

OBSERVATÓRIO ANAHP

Associação Nacional de Hospitais Privados



Edição 03 | 2011



Sumário

ANAHP em números **02**

Carta ao leitor **05**

Editorial **07**

Governança Corporativa **08**

12 Governança Clínica

18 Mercado de Saúde Suplementar

24 Gestão Estratégica

Desempenho Institucional

Análise Econômico-Financeira **30**

Análise Operacional **38**

Gestão de Pessoas **46**

Desempenho Assistencial

50 Gestão Assistencial

68 Qualidade e Segurança Assistencial

74 Protocolos Assistenciais

Perfil institucional **86**

ANAHP em números

➔ **7.355**

Leitos Instalados
no início de 2011 a ANAHP representa **6%** dos leitos privados para medicina suplementar existentes no Brasil.

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – ANS, dez/2010



Faturamento (em R\$ bilhões)



A receita bruta dos hospitais que participaram do estudo atingiu

➔ **7,5 bilhões**

de reais em 2010, crescimento de **16%** sobre o período anterior.

EM

2010

os hospitais da ANAHP responderam por

14%

do total das despesas assistenciais e

10%

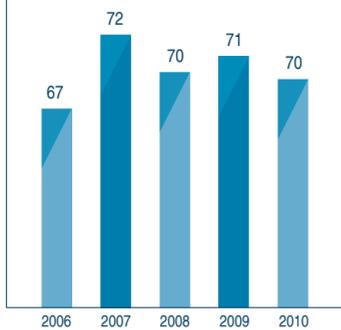
do total de internações do Setor de Saúde Suplementar.

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – ANS

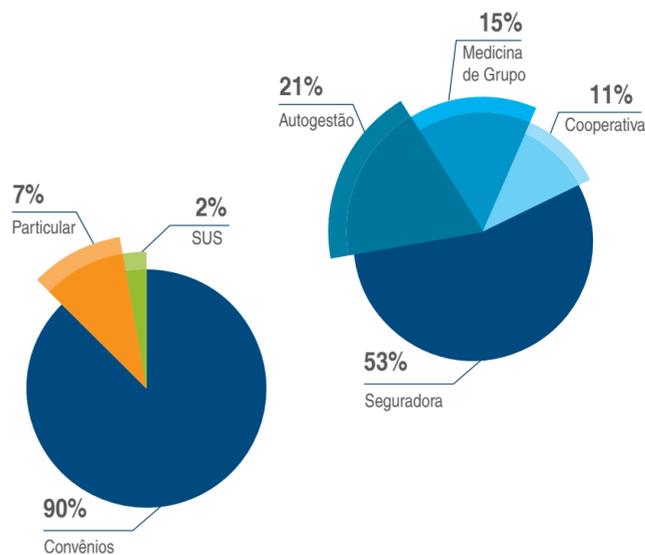
Distribuição de Cirurgias (por porte)

	2006	2007	2008	2009	2010
Ambulatório	12,9%	12,3%	11,4%	12,2%	9,5%
Grande Porte	25,9%	27,4%	26,2%	25,6%	24,2%
Médio Porte	34,5%	33,2%	36,7%	33,8%	38,0%
Pequeno Porte	21,2%	21,4%	20,3%	22,9%	21,1%
Porte Especial	5,5%	5,6%	5,4%	5,5%	7,2%

Prazo Médio de Recebimento (dias)



Receita por Tipo de Fonte Pagadora (2010)



Acreditações em Instituições Hospitalares

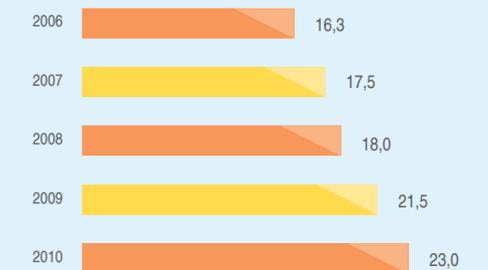
Tipo de Acreditação	ANAHP	Brasil	% ANAHP
Organização Nacional de Acreditação – ONA	31	148	21%
Joint Commission International – JCI	7	14	50%
Accreditation Canada – AC	6	11	55%
National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – NIAHO	1	2	50%

Fonte: ANAHP Pesquisa com Hospitais Associados, 2010; ONA em www.ona.org.br; Accreditation Canada em www.iqg.com.br; JCI em www.cbacred.org.br; e NIAHO em www.dnv.com.br.

Taxa de Ocupação Média



Total de Exames – Laboratório e Imagem (milhões)



Fonte: SINHA/PMPA, 2010



*Competência,
é nosso princípio
ativo.*

NÓS, DA SANOFI-AVENTIS,
TEMOS O ORGULHO DE OFERECER
SEMPRE O MELHOR PARA UMA EQUIPE
MÉDICA TÃO BEM PREPARADA.

sanofi aventis

O essencial é a saúde

Carta ao Leitor



O Sistema Brasileiro de Saúde Privada vive um momento histórico na trajetória do País. Entre os desafios do atual Governo, trazer a saúde para o centro das discussões e desenvolver uma agenda positiva entre os setores público e privado são prioridades.

Em 2010, os usuários de planos de saúde chegaram a 45,6 milhões de beneficiários, segundo informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse número representa um crescimento de 8,7% se comparado ao ano de 2009. O setor movimentou ainda uma receita de mais de R\$ 71 bilhões.

A partir deste cenário, a necessidade de desenvolver mecanismos para avaliar e medir a produção dos serviços de saúde torna-se imprescindível. O próprio Governo tem trabalhado no desenvolvimento de indicadores para avaliar a qualidade e a garantia de acesso aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ciente da necessidade de buscar alternativas que pudessem contribuir com a troca de informações do setor, em 2009 a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) publicou a primeira edição do 'Observatório ANAHP', anuário que marcou a maturidade do Sistema Integrado de Principais Indicadores ANAHP (SINHA) e do Projeto Melhores Práticas Assistenciais (PMPA). Hoje, mais evoluída e com dados mais consistentes, a publicação de indicadores e análises da ANAHP, que se encontra em sua 3ª edição, tornou-se um importante instrumento de consulta para o mercado e ressaltou ainda mais a importância das ações da Associação como referência para o Setor.

Podemos dizer que 2010 foi um ano muito produtivo para a nossa entidade. Além do aprimoramento desta publicação, dentre outras iniciativas de destaque, a ANAHP participou ativamente das discussões relacionadas ao modelo de

remuneração, juntamente com a Agência Reguladora e demais entidades de representatividade, na busca por alternativas de relacionamento comercial mais saudáveis para o sistema. O Grupo de Trabalho da ANS já avançou de forma considerável nas decisões e, para 2011, o assunto continua como tema prioritário na agenda do setor. A importância do envolvimento da classe médica nas discussões também foi exaustivamente abordada em 2010, pois entendemos que somente por meio do diálogo entre as partes envolvidas será possível chegar a uma decisão justa e que favoreça a todos.

Após dois anos em pauta na ANS, a acreditação das Operadoras de Serviços de Saúde, outro capítulo importante na história do setor privado, apresenta desfechos para 2011. A iniciativa pretende definir normas para a acreditação, visando à eficiência dos serviços prestados, por meio da divulgação de indicadores de desempenho, sempre buscando oferecer aos usuários do Sistema Privado de Saúde serviços de qualidade compatível com as suas necessidades e alinhados com a modernidade da prática médica e hospitalar.

O ano de 2011 representa um momento histórico para a Associação, que comemora uma década de existência. Fundada em 2001, a ANAHP foi instituída para defender os interesses do setor e expandir os avanços obtidos pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, favorecendo a todos os brasileiros. Dez anos se passaram e, ao olharmos para o passado, é possível perceber que estamos cumprindo com o desejo dos 23 hospitais associados, que deram início à concretização deste grande sonho. Ainda temos muito a fazer, pois as mudanças apenas começaram. Entretanto, daremos continuidade aos nossos projetos com a sensação de que estamos cumprindo com o nosso dever, que é disseminar as melhores práticas do setor privado de assistência à saúde para o mercado. O Observatório ANAHP é um exemplo deste comprometimento da Associação para com os seus objetivos. Para finalizar, gostaria de agradecer a todos os envolvidos na produção deste material, em especial aos Hospitais Associados, que contribuem diariamente para o sucesso das atividades da Associação.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Henrique Moraes Salvador Silva
Presidente do Conselho Deliberativo

Conselho Deliberativo

**Henrique Moraes Salvador Silva****Presidente**

Hospital Mater Dei – MG

**Claudio Seferin**

Hospital Mãe de Deus – RS

**Gonzalo Vecina Neto**

Hospital Sírio-Libanês – SP

**Fábio Sinisgalli**

Hospital N. Sra. de Lourdes – SP

**Pedro Antônio Palocci**

Hospital São Lucas – SP

**Francisco Balestrin****Vice-presidente**

Hospital Vita Volta Redonda – RJ

**Francisco Eustácio Vieira**

Hospital Santa Joana – PE

**José Ricardo de Mello**

Hospital Santa Rosa – MT

**Miguel Cendoroglo**

Hospital Israelita Albert Einstein – SP

Conselho Fiscal

Sérgio Lopez Bento » Hospital Samaritano – SP**Artur José Hummel** » Casa de Saúde São José – RJ**Luiz Eduardo Blanski** » Hospital N. Sra. das Graças – PR

Expediente Observatório ANAHP

Observatório ANAHP é uma publicação anual da ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados.

Editor

Francisco Balestrin

Conselho Editorial

Daniel Coudry

Denise Schout

Evandro Tinoco

Miguel Cendoroglo

Pedro Palocci

Sérgio Lopez Bento

Valdesir Galvan

Redação

Carla Franco

Evelyn Tiburzio

Consultoria Técnica

Centro Paulista de

Economia da Saúde

(CPES)

S&T Consulte Saúde

Diretor Executivo

Daniel Coudry

Administração

Angela Lopes

Caroline Meneghello

Daniela Hirai

Evelyn Tiburzio

Renata Rúbio

Viviane Tamborim

Colaboraram Nesta Edição

Luciana Faluba Damázio

Nea Miwa Kashiwagi

Produção Gráfica

Epigram

Fotos

Istockphoto – capa

Shutterstock

Jô Mantovani

Tiragem

5.000 exemplares

Impressão

Ipsis

Dez anos de transparência

“A vida só pode ser entendida de trás para frente, porém tem de ser vivida de frente para trás.”

Soren Kierkegaard

Como sabem, em 2011 a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) está comemorando dez anos de intensa atividade associativa, sempre na busca de melhores soluções, modelos de gestão e participação, de relacionamento entre os gestores e técnicos de seus associados e, principalmente, elevando o grau de competitividade de seus hospitais associados. O estímulo à troca de experiências vem sendo fundamental para que os fóruns de discussão no âmbito da ANAHP apresentem sempre e cada vez mais uma importante matéria-prima para o pensamento nacional da gestão hospitalar, seja ela gestão de negócios ou gestão clínica.

A nossa publicação Observatório, nesta sua terceira edição, retrata bem o pensamento do filósofo e teólogo dinamarquês Soren Kierkegaard. Há anos estamos colhendo informações sobre nossos hospitais: informações financeiras, operacionais, clínicas, institucionais e, também há anos, damos publicidade de nossos dados e análises da forma mais transparente possível. No entanto, todos estes dados e informações retratam aquilo que se passou em nossos hospitais. Daí nossa profunda obsessão em recebê-los a tempo e oportunamente, pois, com sua visão histórica, poderemos atuar positivamente em intervenções, as quais, agregadas de nossa atividade de gestão técnica, clínica e empresarial, garantirão um novo ciclo de qualidade mais apurado e positivo aos nossos clientes.

A contribuição da ANAHP e de seu Observatório ANAHP para o mercado é inequívoca. Apresentamos com toda a transparência nossos indicadores, com isto cumprindo nosso desejo de prestar contas à sociedade, aos nossos parceiros, ao nosso corpo técnico e às autoridades

sanitárias. No esforço de incentivarmos o movimento de Acreditação Hospitalar, seja nos hospitais associados, seja no mercado hospitalar brasileiro, acreditamos firmemente que a publicação de nossas informações de caráter técnico-operacional, de qualidade assistencial e índices comparativos, supre a necessidade de informações fidedignas que poderão ser usadas como comparação e *benchmarking* para o mercado de um modo geral e para nossos hospitais em particular.

Neste número do Observatório ANAHP apresentamos quatro artigos introdutórios que visam à consolidação de vertentes trabalhadas no ano de 2010. Publicamos aqui pesquisa realizada no âmbito de nossos hospitais sobre Governança Clínica (e ainda falaremos muito deste tema), onde procuramos evidenciar uma vez mais o pioneirismo de nossos gestores médicos. Também, após uma concisa análise do mercado de saúde suplementar, apresentamos duas retrospectivas destes dez anos: a evolução de alguns aspectos estratégicos de nossos hospitais e o desenho atual da Governança Corporativa em nossa Instituição e uma análise sobre o quanto este modelo, sempre em evolução, é benéfico para o arejamento de nossa estrutura de participação e para o desenvolvimento de novas lideranças e talentos que garantirão a perenidade da ANAHP.

O Observatório ANAHP é construído por muitas mãos e só representa o que é pela beleza deste processo de construção coletiva. Permitam-me, no entanto, citar alguns colegas que contribuíram decisivamente para este. São eles: Sérgio Bento, Valdesir Galvan, Pedro Palocci, Denise Schout, Miguel Cendoroglo, Evandro Tinoco e Daniel Coudry. Todos eles autores de magníficas análises que, com certeza, contribuirão muito com nosso conteúdo. Espero que, ao citá-los, todos os envolvidos se sintam igualmente acariciados e lembrados. Há um quê mágico neste processo que advém das mil mãos invisíveis que produziram este Observatório e que eternamente serão reverenciadas por isto.

Francisco Balestrin

Editor do Observatório ANAHP

ANAHP comemora 10 anos e consolida modelo de Governança

Presença nos principais fóruns de discussão do setor de saúde e aumento da representatividade dos associados são conquistas da primeira década da Associação

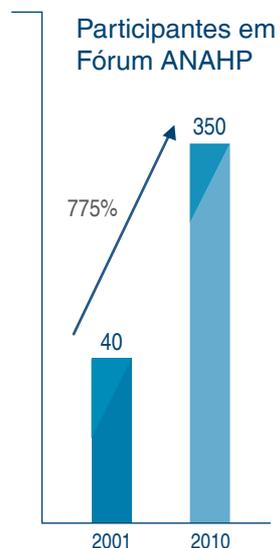
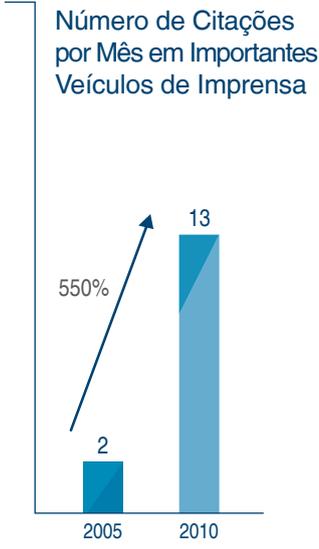
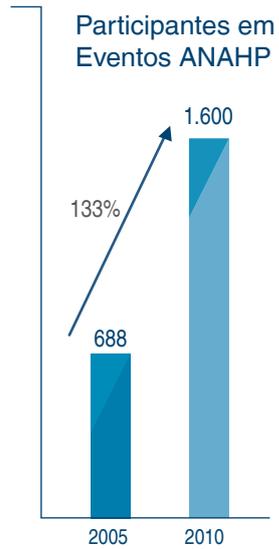
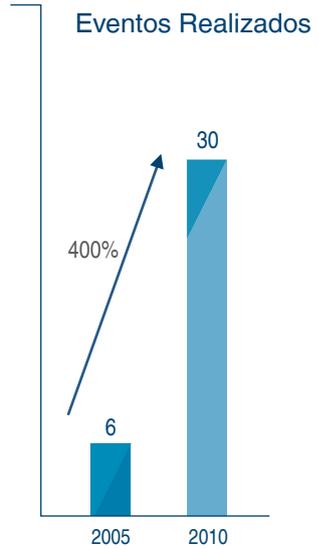
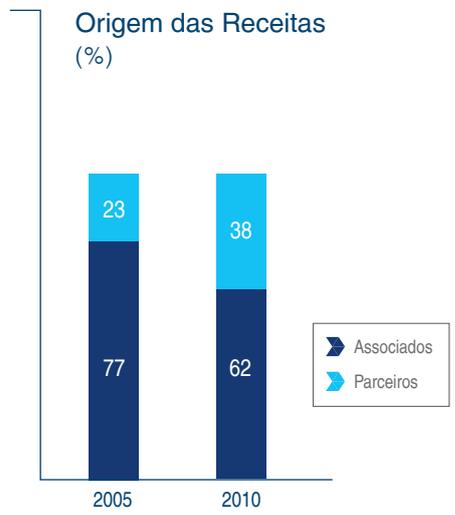
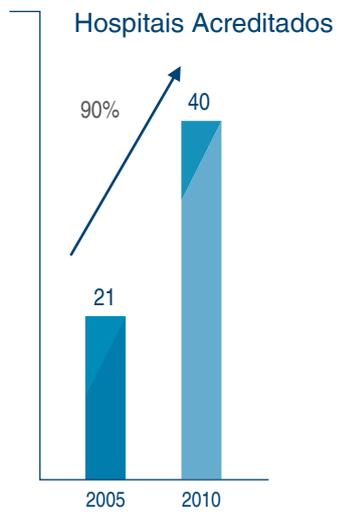
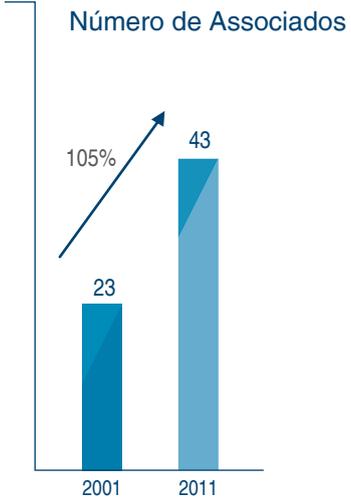


A maior participação dos associados permitiu o surgimento de novos talentos na Associação, que com certeza serão as lideranças do setor nos próximos anos e garantirão um futuro de continuidade e perenidade da ANAHP.

O ano de 2011 tem significado especial para a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). No segundo semestre, ao comemorar sua primeira década de existência, a entidade consolida-se como uma importante associação do segmento de saúde, com atuação em respeitáveis fóruns de discussão do setor no cenário nacional e também internacional.

O balanço destes dez anos revela o amadurecimento da ANAHP, obtido por meio do trabalho consistente de seus dirigentes e associados e de projetos que hoje são uma referência para todo o Setor de Saúde Suplementar, como é o caso do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares (SINHA) e dos Indicadores do Projeto Melhores Práticas Assistenciais (PMPA), consolidados na publicação Observatório ANAHP, hoje na 3ª edição. A Associação chega a 2011 com uma gestão interna mais participativa e uma imagem externa fortalecida, não apenas pelo número de eventos realizados, mas também pela presença constante nos principais veículos de comunicação do País.

Durante esses dez anos de atuação, a ANAHP não perdeu o norte de seus princípios, instituídos na Carta de Brasília, e teve sabedoria para aperfeiçoar a Governança Corporativa ao longo do tempo, de maneira a permitir a grande participação de talentos e de pessoas que, embora não façam necessariamente parte dos órgãos gestores da entidade, têm incorporado aos projetos da Associação expertise e conhecimentos muito ricos. Outro ponto de destaque é o importante papel de liderança da ANAHP e seu reconhecimento no mercado de Saúde Suplementar, resultado não apenas do trabalho da atual gestão como das anteriores, que permitiram à Associação seu amadurecimento, aliado ao que há de mais atual e pioneiro no mercado de saúde.



Publicações ANAHP	
Livros	2
Revista Observatório	2
Informativo Panorama ANAHP	28
Boletim SINHA	14

» Governança Corporativa

Ampliar a representatividade de seus associados, por meio da rotatividade de suas lideranças, e estabelecer um modelo tático-operacional que pudesse garantir o empoderamento da gestão profissional. Este foi o principal objetivo do modelo de Governança Corporativa, adotado pela ANAHP no final de 2009 e consolidado no ano passado e em 2011. O Conselho Deliberativo da ANAHP entendeu que há uma grande diferença entre representação e representatividade: representação pode ser feita por qualquer pessoa designada para este papel; já a representatividade somente pode ser exercida por quem de fato está empoderado para isso, que, no caso da Associação, são seus associados através, principalmente do seu Conselho Deliberativo.

Este novo modelo, mais participativo, foi adotado pela Associação em 2009, depois que uma pesquisa realizada entre os associados apontou a necessidade de otimizar os aspectos de governança, tornar mais claros os critérios de elegibilidade dos hospitais associados e ampliar a participação de seus representantes nos assuntos decisórios. O atual modelo de representatividade da ANAHP foi legitimado por meio de uma reforma no estatuto da associação. O novo documento determinou que para cada quatro associados de uma mesma região do País fosse destinada uma vaga no Conselho Deliberativo da Associação. Hoje a ANAHP conta com nove conselheiros distribuídos de acordo com o número de associados em cada região.

Para fazer parte da ANAHP a instituição candidata deve seguir alguns critérios de elegibilidade, entre eles: possuir Acreditação ONA III, JCI, Accreditation Canada ou ainda NIAHO; hospitais que atendam majoritariamente clientes ligados à medicina suplementar e que não sejam, direta ou indiretamente, controlados por operadoras de planos de saúde.

Norteadas pelas Melhores Práticas de Governança Corporativa, que estabelece os princípios do sistema, a mudança contou também com o envolvimento de consultorias. O trabalho para definição do modelo de planejamento estratégico foi

coordenado pela Fundação Dom Cabral, que instituiu os pilares ou diretrizes estratégicas: a geração de competências, a comunicação e a representatividade institucional.

Já a Deloitte atuou na definição do plano tático, propondo um novo modelo de gestão tático-operacional a ser operado por um diretor executivo (CEO). O papel de Diretor Executivo é investido dos mandatos necessários ao seu desempenho, tendo como foco a aplicação do planejamento estratégico desenvolvido no âmbito do Conselho Deliberativo com a participação dos Hospitais Associados e as atribuições administrativas. O modelo de gestão instituído tem como principal diferencial o fato de ser orientado por processos e não por pessoas, o que garante um legado de longevidade à instituição. A meta para 2011 é ter todos os processos documentados, padronizados e integrados, respaldados pela obtenção da certificação ISO9001.

Dentro da nova Arquitetura Organizacional, definiram-se três programas: Sustentação Técnico-Política, Relacionamento Setorial e Inovação, e Gestão. Destes derivaram 13 projetos estratégicos, que são operacionalizados por grupos de trabalho específicos. Participam destes grupos de trabalho, membros da administração, conselheiros, e principalmente, representantes dos associados, agregando valor aos Programas e seus Projetos, num trabalho de espírito associativo.

O novo modelo permite a disseminação das boas práticas de gestão entre seus associados e representa ainda um *benchmarking* em um setor carente da sistematização das boas práticas. Hoje a ANAHP está presente nas principais discussões do Setor de Saúde Suplementar.

Em 2011, a ANAHP vai promover o 1º Congresso Nacional de Hospitais Privados (ver quadro), além de propor um novo modelo de remuneração de Serviços Hospitalares Privados e de instituir um Programa de Ensino e Aperfeiçoamento. A Associação também vai publicar um livro comemorativo dos 10 anos ANAHP e o Manual de Governança Clínica com recomendações da Associação.

ANAHP realiza Congresso em 2011

Como parte das comemorações de dez anos da ANAHP, a Associação realiza, em 2011, o 1º Congresso Nacional de Hospitais Privados. O evento, fruto de uma parceria inédita com a Hospitalar Feira e Fórum, deve reunir aproximadamente 800 pessoas.

O Congresso terá como tema 'A Importância dos Hospitais Privados na Saúde – Hoje e Amanhã', e como eixos de discussão: Gestão, Assistência e Estratégia.



Eurofarma
segmenta

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO JUNTAS EM UMA EMPRESA 100% BRASILEIRA.

Em janeiro de 2011, a Eurofarma adquire a empresa Segmenta, líder de mercado em SPGV (soluções parenterais de grande volume), e cria a Eurofarma Segmenta, uma empresa 100% nacional, voltada exclusivamente para o mercado hospitalar. A nova empresa une a destacada atuação em marketing e vendas da Eurofarma e a liderança de mercado da Segmenta, e chega para ser referência no fornecimento de produtos aos hospitais das redes pública e privada.

Com cerca de mil colaboradores, a Eurofarma Segmenta atuará em todas as possibilidades de consumo hospitalar, o que inclui um amplo portfólio de produtos como antibióticos, anticoagulantes, anestésicos e SPGV, além dos sistemas de infusão, drogas diluídas e a linha ASA (saneantes, antissépticos e cosméticos).

Além disso, a empresa tem plano de internacionalização, seguindo a visão do Grupo Eurofarma, que pretende estar em 2015, entre as três maiores farmacêuticas do país em participação de mercado, com produtos inovadores próprios, cobrindo 90% do mercado latino-americano. Com isso, o mercado hospitalar se beneficiará de um elevado padrão de qualidade e serviços.



Planta Fabril SPGV, ASA e Materiais
para Saúde - Ribeirão Preto/SP



Complexo Industrial
de Itapevi/SP

www.eurofarma.com.br
www.segmenta.com.br

Gestão de Risco e Segurança evidenciam Governança Clínica nos hospitais da ANAHP

Investir em segurança no ambiente assistencial garante excelência na assistência aos pacientes.



De acordo com a pesquisa, em 97% das instituições existem processos de notificação com livre acesso a todos os profissionais do hospital.

O envolvimento da alta administração no gerenciamento de risco, a existência de critérios estabelecidos para gerenciar estes riscos e a criação de um departamento responsável por estas questões são algumas das características dos hospitais associados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). A conclusão é de um estudo realizado junto a essas instituições, com o objetivo de construir um diagnóstico detalhado sobre as atividades de gestão de risco nos hospitais.

A pesquisa, elaborada a partir de um questionário, teve a participação de 32 hospitais, o que correspondeu a 80% dos hospitais da ANAHP em 2010.

Nos hospitais associados que responderam à investigação, 78% têm um departamento responsável por gestão de risco. Em 84% dos envolvidos neste levantamento, a alta administração participa do processo de gerenciamento dos riscos (Gráfico 1).

A participação dos diretores técnicos na liderança dos times assistenciais é essencial para a implantação das mudanças necessárias e para garantir o envolvimento dos médicos. Esse processo é uma das ações que caracterizam um modelo de organização do corpo clínico direcionado à Governança Clínica. Esse conceito tem como premissas o paciente em primeiro lugar, qualidade e segurança, alinhamento do corpo clínico às estratégias de gestão assistencial, sustentabilidade corporativa e transparência das organizações.

A pesquisa, realizada em setembro de 2010, procurou identificar os seguintes aspectos em gestão de risco: as formas de organização nos hospitais; os processos de notificação de eventos adversos; as atividades de notificação, registro nos prontuários e no sistema; as orientações e formas de gerenciamento para casos de queda, úlcera de pressão, flebite,

alergias, tromboembolismo, broncoaspiração, demarcação de lateralidade, vulnerabilidade emocional, perda de cateter, extubação acidental e transfusão sanguínea.

A investigação foi realizada a partir de um formulário elaborado por uma equipe de profissionais de diversos hospitais. O preenchimento foi feito pelos responsáveis técnicos do setor de qualidade e validada pelos diretores técnicos das instituições.

De acordo com a pesquisa, em 97% das instituições existem processos de notificação com livre acesso a todos os profissionais do hospital. Os eventos adversos passam por processo de análise crítica em 29 (91%) das organizações. Os riscos e os eventos adversos são identificados e avaliados. A partir disso, são planejadas e implantadas ações corretivas na maioria dos hospitais que responderam à pesquisa.

Risco de queda (94%), risco de úlcera de pressão (88%), extubação acidental (97%), perda de cateter (81%), erros de medicação (97%) e reações transfusionais (97%) são

processos que envolvem intervenções coordenadas pelos diversos profissionais envolvidos no cuidado direto com o paciente (Gráficos 2 e 3).

As conclusões do estudo ratificam o histórico de investimentos em capacitação de recursos humanos e qualificação da assistência de enfermagem dos hospitais da ANAHP. Informações e indicadores de recursos humanos como enfermagem e enfermeiro por leito e número de horas de treinamento são indícios desse tipo de ênfase na gestão e qualificação dos recursos humanos. Na assistência ao paciente, em especial, o cuidado da enfermagem tem papel chave no controle e na recuperação das pessoas hospitalizadas. O cuidado de enfermagem é considerado um dos pilares na prevenção de eventos adversos.

Na atualidade, a pronta recuperação do paciente hospitalizado está relacionada à atuação de outros profissionais de saúde no cuidado direto ao paciente. O papel dos fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos clínicos veio crescendo, com impacto importante na redução do tempo de permanência e na diminuição do grau de dependência dos pacientes no momento da alta.

Os programas de qualidade e os processos de acreditação externa valorizam e enfatizam a implantação da gestão de risco nos hospitais. Para aqueles que são referência no atendimento de casos mais complexos, estes programas são estratégicos.

Gráfico 1 – Processos Gerais para Gestão de Risco

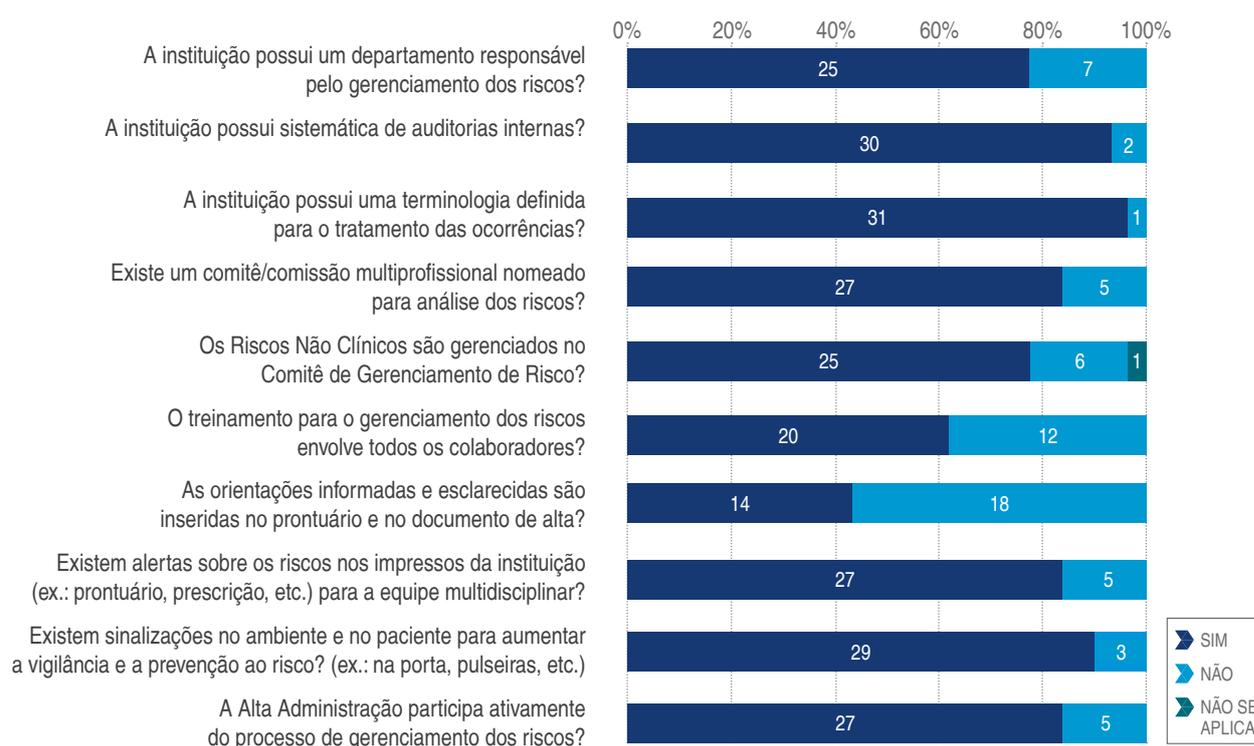


Gráfico 2 – Risco Úlcera de Pressão

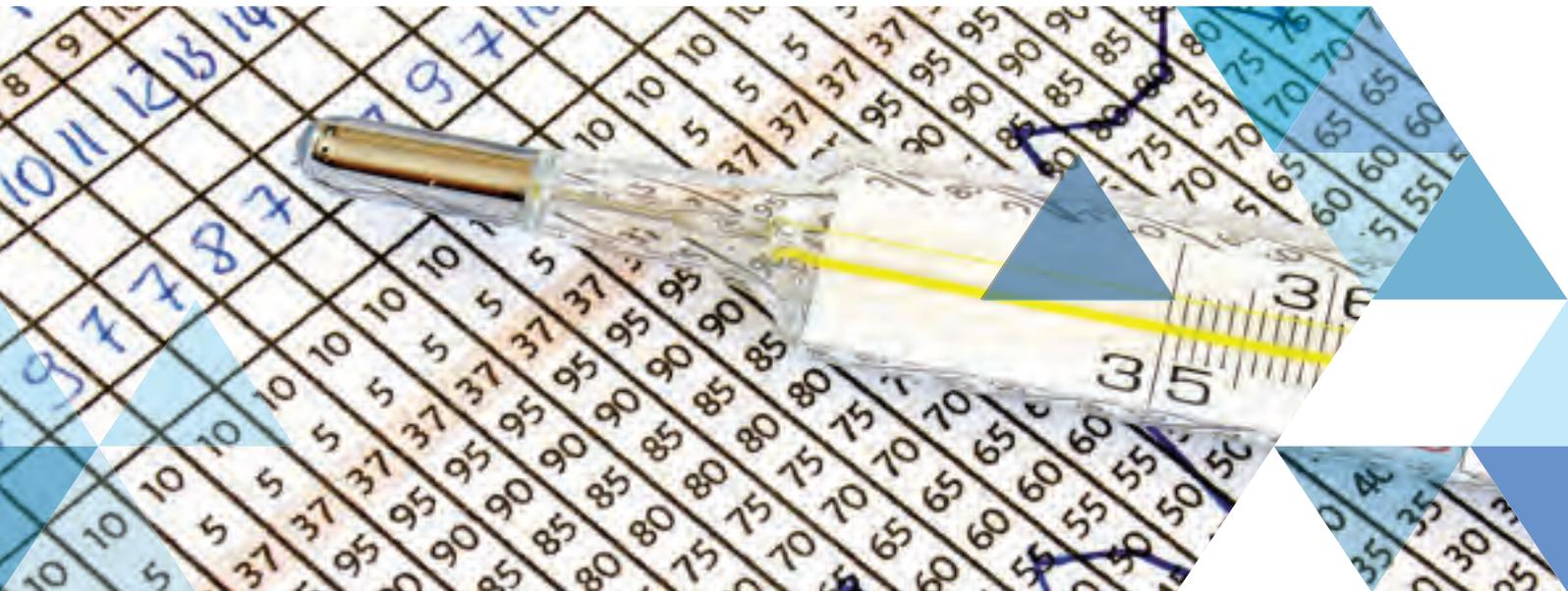
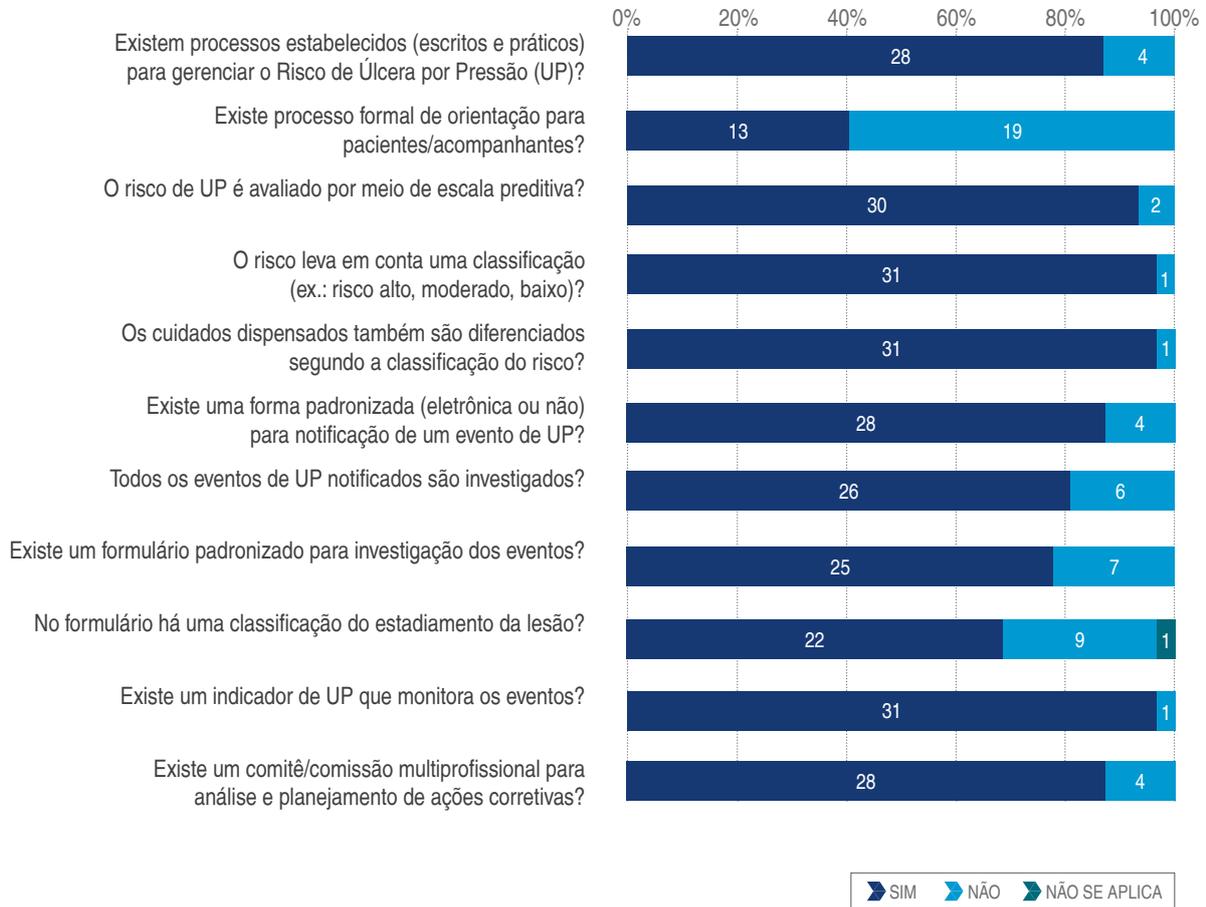


Gráfico 3 – Extubação Acidental



No que se refere aos erros de medicação, evento com grande impacto no resultado do cuidado ao paciente, entre os 31 hospitais que acompanham este tipo de evento 87% investigam todos os casos e avaliam a todas as etapas da cadeia medicamentosa. Entre os que acompanham erros de medicação, 65% utilizam indicadores para monitoramento deste evento (Gráfico 4). Em função dessa descoberta, esse indicador está sendo padronizado e será incluído no Projeto Melhores Práticas Assistenciais.





Gráfico 4 – Erros de Medicação



Outro aspecto muito relevante é a implantação do *check-list* cirúrgico nos hospitais, que pode ser avaliado pela rotina de demarcação de lateralidade. Esse é um evento no qual os médicos cirurgiões e anestesistas estão diretamente envolvidos. A demarcação de lateralidade é realizada em 88% dos hospitais. E, entre aqueles que realizam esse procedimento, 64% também o fazem para cirurgias ambulatoriais (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Cirurgia Segura – Lateralidade



Alguns dos processos devem ser aprimorados nos hospitais, como risco de flebite, detecção de alergias, prevenção de tromboembolismo, bronco aspiração e avaliação de vulnerabilidade emocional. A maioria dos hospitais – 53% a 65% – têm processos de notificação e investigação para estes eventos, mas esse resultado está abaixo do que se considera o padrão.

Não existem documentos com orientações aos acompanhantes para grande maioria dos eventos adversos. Essa lacuna de comunicação institucional identificada pela pesquisa gerou a organização de um grupo de trabalho para elaborar uma minuta a ser adaptada pelos hospitais. Os registros nos prontuários das orientações realizadas e das recomendações de prevenção também não estão sendo feitos de forma sistemática na maioria dos hospitais.

A prevenção, por meio da avaliação de risco, e a identificação rápida e com planos de ações corretivas são determinantes na garantia de segurança para os

pacientes e influenciam a redução do impacto social e econômico desse tipo de ocorrência.

A organização do corpo clínico, sob a coordenação dos diretores técnicos, dá sustentação a esses investimentos. Em outra investigação, realizada junto aos hospitais em janeiro de 2011, pôde-se constatar que 60% dos hospitais associados possuem programas de avaliação de desempenho dos médicos autônomos que atuam nestes hospitais. Além disso, 91% monitoram boas práticas, tais como preenchimento dos prontuários, aderência a protocolos clínicos institucionais, boas práticas de prescrição, indicadores clínicos, educação continuada, entre outros aspectos da atuação profissional nos hospitais. Esses resultados evidenciam o papel da Governança Clínica nos hospitais da ANAHP.

Investir nesse tipo de programa com envolvimento da alta administração define qual a principal estratégia dessas organizações e como estão envolvidas em ofertar os serviços nos melhores padrões de eficiência, qualidade e segurança.

Mercado de saúde privada cresce 8,7% em 2010

Setor aproveitou o desempenho positivo da economia brasileira no ano passado, registrando melhor resultado desde a criação da ANS no ano 2000



O aumento no nível de emprego e a ampliação da renda trouxeram inegável repercussão social e política, elevando a confiança do grande público no futuro pessoal e da coletividade.

O excepcional desempenho da economia brasileira no ano passado, aliado à redução do nível de desemprego e ao aumento da renda *per capita*, proporcionou resultados positivos para o setor de Saúde Suplementar. Ampliação do número de beneficiários, crescimento do valor médio das mensalidades e da receita das operadoras são alguns dos indicadores que evidenciam a fase promissora do mercado de saúde privada.

Entre os indicadores que demonstram o bom resultado de 2010 está o sólido crescimento no número de beneficiários de planos de assistência médica. O número de beneficiários alcançou 45,6 milhões de vidas, um aumento de 8,7% em relação a 2009, o maior crescimento anual no número de beneficiários desde que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada, em 2000.

A receita das contraprestações das operadoras de planos de assistência médico-hospitalar atingiu em 2010 R\$ 71,1 bilhões, resultado 10,7% superior ao de 2009. Já o tíquete médio, equivalente ao valor médio de uma mensalidade de plano de saúde, atingiu R\$ 124,14, uma expansão de 6,9% sobre o ano anterior. Este desempenho segue a tendência positiva da economia brasileira.

Fomos um dos países que menos sofreu os efeitos da crise econômica, que teve início em agosto de 2008 e se estendeu por grande parte de 2009. Depois de enfrentar a maior e mais grave turbulência desde a Grande Depressão dos anos 30, a economia mundial deu início a um processo de recuperação no ano passado. Enquanto em 2009 o Produto Mundial caiu 0,6%, em 2010 a estimativa do Fundo Monetário Internacional (FMI) é de que a economia mundial tenha crescido 4,8%.

A intensidade da recuperação, entretanto, não foi uniforme. Enquanto as economias emergentes cresceram em média, 7% – principalmente pelo excepcional comportamento das economias dos BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), as economias desenvolvidas cresceram apenas 2,7%.



Nos países desenvolvidos, os consumidores, com sua confiança abalada pelos efeitos perversos da crise que destruiu a riqueza e a poupança de incontáveis famílias, restringiram o consumo de bens e serviços em prol de planos de poupança e aposentadoria. Apesar da recuperação observada em 2010, a economia dos países desenvolvidos ainda enfrenta um elevado nível de desemprego, além de adotar políticas monetárias ainda frágeis e vultosos déficits fiscais. Alguns países europeus correm inclusive o risco de não-pagamento de suas dívidas externas (*default*), o que mostra que a recuperação não é uniforme e consistente.

Todo este cenário foi acompanhado de um fator agravante: a alta dos índices gerais de preços, puxados pelo crescimento dos preços das commodities, com destaque para o petróleo, cujo valor do barril se aproxima dos preços pré-crise.

Para 2011, as perspectivas são de que o processo de recuperação continue, porém em menor intensidade. As projeções do Fundo Monetário Internacional (FMI) indicam um crescimento do Produto Mundial de 4,2%, com queda no nível de atividade tanto nas economias desenvolvidas quanto nas emergentes.

O cenário brasileiro, entretanto, é mais favorável. Após uma queda de 0,6% em 2009, o Produto Interno do país cresceu 7,5% em 2010, atingindo R\$ 3,67 trilhões. Tudo indica que o Brasil já é a sétima economia mundial, tendo superado a Itália. A renda *per capita* expandiu-se em 6,5%, e o consumo das famílias teve ampliação de 7,5%.

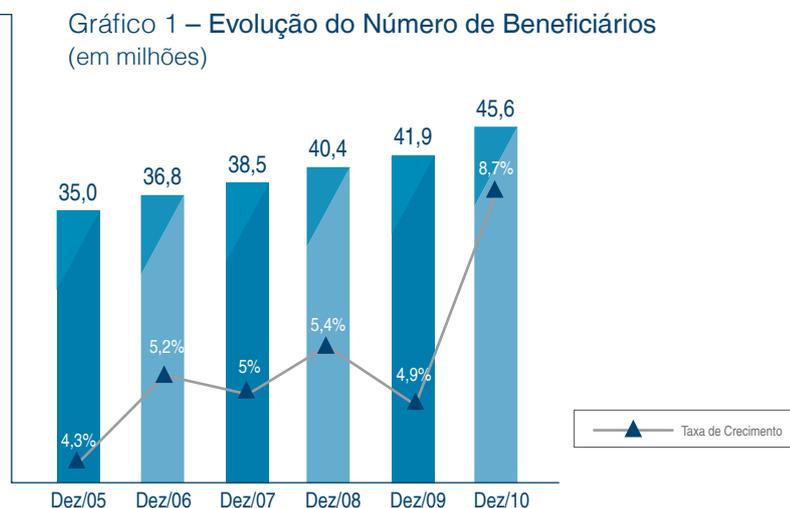
O crescimento acelerado em 2010 levou a taxa de desemprego para o nível de 6%, o mais baixo desde 2003,

início da série histórica. O aumento no nível de emprego e a ampliação da renda trouxeram inegável repercussão social e política, elevando a confiança do grande público no futuro pessoal e da coletividade. Houve forte expansão dos gastos de consumo, acompanhado de crescente e rápida elevação do nível de endividamento de faixas mais amplas da população, embora a taxa de investimento ainda seja baixa: 18,4% do PIB.

Para 2011, a expectativa é de um crescimento do produto entre 4% e 5%. Alguns fatores são motivo de preocupação: a inflação, que em termos acumulados está acima da meta fixada pelo Conselho Monetário Nacional, que tem levado o Banco Central a contínuos aumentos da taxa básica de juros; a evolução dos gastos do governo, o desequilíbrio das contas externas, e uma taxa de câmbio supervalorizada, que, mesmo contribuindo para o controle da inflação, reduz a competitividade na exportação dos produtos industriais brasileiros. O desafio que temos é o de conciliar um crescimento acelerado do produto, com a inflação sob controle. Essa situação de equilíbrio macroeconômico exigirá uma taxa de investimentos acima de 20% do PIB, taxa essa ainda não atingida desde que conseguimos estabilizar nossa moeda, em 1994.

Apesar disso, o mercado de Saúde Suplementar deve continuar crescendo. Para 2011, as perspectivas são positivas, com a manutenção da tendência de crescimento, com aumento do número de beneficiários, embora com menor intensidade.

Gráfico 1 – Evolução do Número de Beneficiários (em milhões)



Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011

Planos Coletivos X Planos Individuais

Seguindo a tendência de anos anteriores, de aumento na participação dos planos coletivos no total da massa de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar, ao final de 2010, 74,2% dos beneficiários da Saúde Suplementar estavam ligados a planos coletivos. Considerando-se os planos novos, comercializados a partir de janeiro de 1999, esta participação é de 78,9%.

Esta situação ressalta a importância da entidade patrocinadora (empregadores, associações de classe, por exemplo), quem efetivamente paga a conta/custo dos atendimentos.

Taxa de Cobertura

Apesar do crescimento expressivo na quantidade de beneficiários nos últimos anos, a Taxa de Cobertura da população brasileira que tem acesso a planos de assistência médico-hospitalar é ainda reduzida, tendo atingido 23,9% do total. Embora esta seja uma das maiores aspirações das famílias brasileiras, as restrições de emprego e renda têm impedido uma expansão mais acelerada da Taxa de Cobertura. Outro aspecto importante, e que merece uma reflexão de todos que atuam na Saúde Suplementar, é que, no espectro das decisões de compra das classes sociais C e D, o valor da saúde ainda tem um apelo menor, por exemplo, do que a aquisição de um aparelho de telefonia celular. Atualmente, a quantidade de aparelhos celulares no país é superior à população brasileira.

Tabela 1 – Taxa de Cobertura da População por Localização e Grandes Regiões (em dezembro de 2010)

Região	Total	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior
Norte	9,8%	22,3%	20,6%	4,3%
Nordeste	10,6%	29,3%	23,8%	5,4%
Centro-Oeste	15,7%	25,1%	20,7%	10,2%
Sul	23,3%	50,4%	36,8%	19,3%
Sudeste	37,1%	57,2%	47,1%	30,3%
Brasil	23,9%	42,2%	36,6%	18,2%

Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011

Concentração de Mercado

A concentração dos mercados em grandes organizações é um fenômeno decorrente do processo de globalização e do aumento de competitividade entre as empresas. No segmento da Saúde Suplementar, principalmente na área das operadoras de planos de assistência médico-hospitalar, o nível de concentração tem crescido a cada ano. Ao final de 2010, pouco mais da metade (50,3%) do total da massa de beneficiários estava concentrada em 36 operadoras, que representavam 3,5% do total em funcionamento no país.

Tabela 2 – Nível de Concentração das Operadoras de Planos de Assistência Médico-Hospitalar

Nº de Beneficiários	Part. %	Nº de Operadoras	Part. %
4.745.043	10,4%	2	0,2%
9.952.687	21,8%	6	0,6%
14.143.871	31,0%	11	1,1%
18.226.540	40,0%	19	1,8%
22.297.390	50,3%	36	3,5%
31.888.961	70,0%	112	10,8%
40.999.357	90,0%	347	33,3%
45.570.031	100,0%	1.041	100,0%

Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011

Por outro lado, das 1.183 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar ativas, ao final de 2010, 139 não tinham beneficiários em suas carteiras, e apenas 88 (equivalendo a 7,4% do total de operadoras ativas) contavam com mais de 100 mil beneficiários, quantidade considerada pelos analistas como mínima para assegurar um equilíbrio financeiro adequado a longo prazo.

Evolução da Receita de Contraprestações e Ticket Médio

Como já observado, o ano de 2010 foi excepcional quando analisado o crescimento da quantidade de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar que atingiu 8,7%, o maior crescimento anual desde 2000. A receita de contraprestações (mensalidades dos planos de saúde) também cresceu significativamente, tendo atingido R\$ 71,1 bilhões, 10,7% acima da registrada em 2009.

Tabela 3 – Evolução da Receita da Contraprestação

Modalidade	2009 (R\$ Mil)	2010 (R\$ Mil)	Taxa de Crescimento
Autogestão	7.581	8.324	9,8%
Cooperativa Médica	23.241	25.856	11,3%
Filantropia	1.506	1.678	11,4%
Medicina de Grupo	19.520	21.260	8,9%
Seguradora	12.404	13.979	12,7%
Total	64.252	71.097	10,7%

Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011

Tabela 4 – Evolução do Ticket Médio por Porte de Operadora de Plano de Assistência Médico-Hospitalar

Porte Operadora	2009 (R\$)	2010 (R\$)	Taxa de Crescimento
Porte Pequeno (até 19.999 beneficiários)	95,92	106,96	11,5%
Porte Médio (20.000 a 99.999 beneficiários)	105,07	113,96	8,4%
Porte Grande (100.000 ou mais beneficiários)	123,37	130,30	5,6%
Total	116,11	124,14	6,9%

Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011

À medida que aumenta o valor da receita média, a Taxa de Crescimento eleva-se em menor intensidade no período analisado. Essa dificuldade pode ser explicada pelas restrições de renda ou pela pressão das entidades patrocinadoras dos planos coletivos, na ocasião do reajuste das mensalidades dos planos.

Evolução da Sinistralidade e das Despesas Administrativas

O ano de 2010 trouxe para as operadoras de planos de assistência médico-hospitalar, além de um crescimento excepcional da massa de beneficiários e da receita das contraprestações, uma queda relativa nas despesas de assistência, proporcionando uma redução no índice de sinistralidade, que atingiu 81,1% contra 83,0% em 2009.





Embora ainda abaixo do índice tecnicamente recomendado, de 75%, esta queda é uma boa notícia para o relacionamento comercial entre prestadores e operadoras, pois deve reduzir o conflito nas negociações de preços.

Tabela 5 – Índice de Sinistralidade por Modalidade de Operadora

Modalidade	2009	2010
Autogestão	94,4%	89,2%
Cooperativa Médica	82,4%	80,3%
Filantropia	82,7%	79,5%
Medicina de Grupo	79,1%	78,9%
Seguradora	83,6%	81,2%
Geral	83,0%	81,1%

Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011

Dentro da estrutura de custos das operadoras de planos de assistência médico-hospitalar, outro ponto que merece atenção são as despesas administrativas que englobam, além das despesas comerciais, o custo da regulação, que envolve a relação operacional com os prestadores de serviços – auditoria, central de autorizações, central de autorizações de materiais, entre outros. Este custo relativo à regulação é um fator crescente, que onera o *overhead* (custo administrativo) tanto das operadoras quanto dos prestadores, e não agrega nenhum valor à cadeia de serviços da Saúde Suplementar.

Tabela 6 – Participação das Despesas Administrativas na Receita de Contraprestação das Operadoras de Planos de Assistência Médico-Hospitalar

Modalidade	2009	2010
Autogestão	13,7%	14,4%
Cooperativa Médica	15,4%	14,9%
Filantropia	107,2%	85,8%
Medicina de Grupo	16,5%	15,4%
Seguradora	7,7%	7,3%
Total	16,2%	15,2%

Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011

O BRASIL É O NOSSO OXIGÊNIO



Qualidade, confiabilidade, eficiência. A produtividade cresce com o conhecimento adquirido.

Há 98 anos, a White Martins cresce junto com o Brasil. Um crescimento que renova o seu fôlego nos constantes investimentos realizados no país e nos talentos brasileiros.

São mais de 5 mil funcionários em toda a América do Sul, todos com vasto conhecimento e capacidade técnica, focados no desenvolvimento de tecnologia e engenharia nacionais, que são exportadas para todo o mundo.

Alcançamos destaque, também, por atuar em todo o território nacional, garantindo um alto índice de confiabilidade no atendimento ao cliente e na implantação de metodologias que aumentam a produtividade, como o Lean e six sigma.

Temos ainda um forte compromisso com a sustentabilidade, que vai além das nossas operações e tem nos garantido um reconhecimento internacional: a Praxair, que na América do Sul é representada pela White Martins, foi selecionada pela 8ª vez consecutiva para integrar o índice Mundial de Sustentabilidade Dow Jones.

Tudo isso reforça o nosso compromisso com o uso do conhecimento adquirido para dar aos nossos clientes cada vez mais produtividade, com qualidade e confiabilidade. É isso que nos motiva e que nos faz acreditar que o nosso futuro é tão grande quanto o sonho que nos inspirou: o Brasil.



www.whitemartins.com.br

WHITE MARTINS
PRAXAIR INC

Gestão Estratégica mostra sua força nos hospitais associados

A complexidade da estrutura hospitalar atual requer o exercício da gestão estratégica que permita à direção dos hospitais definir os caminhos a serem seguidos, visando à sua sobrevivência e sustentabilidade



O objetivo principal da pesquisa, da qual participaram 70 gestores de 25 hospitais associados, foi identificar as práticas de gestão estratégica adotadas por estas instituições.

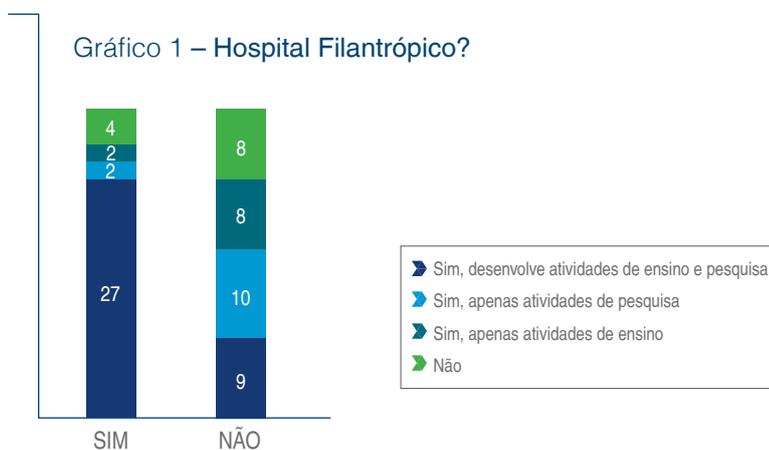
A maior parte dos dirigentes dos hospitais associados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) toma suas decisões de forma coletiva e com base em um planejamento formalmente registrado. Os dirigentes destas instituições são, em sua maioria, administradores, com formação em gestão e valorizam os investimentos em tecnologia, sem desconsiderar o controle de custos.

As conclusões são de pesquisa realizada pela Professora Luciana Faluba Damázio, da Universidade Federal de Minas Gerais e da Fundação Dom Cabral. O estudo investigou as práticas de gestão estratégica desenvolvidas pelos dirigentes dos hospitais associados à instituição.

O objetivo principal da pesquisa, da qual participaram 70 gestores de 25 hospitais associados, foi identificar as práticas de gestão estratégica adotadas por estas instituições. Para realizar o estudo, a Professora Luciana utilizou uma abordagem quantitativa, na qual os gestores responsáveis pelas áreas: clínica, financeira, recursos humanos, mercado e geral de todos os hospitais associados na época da realização da pesquisa, feita entre meados de novembro de 2010 e janeiro de 2011, foram convidados a participar. A coleta dos dados deu-se por meio de questionário autopreenchido e respondido em um link na internet especificamente desenvolvido para essa finalidade.

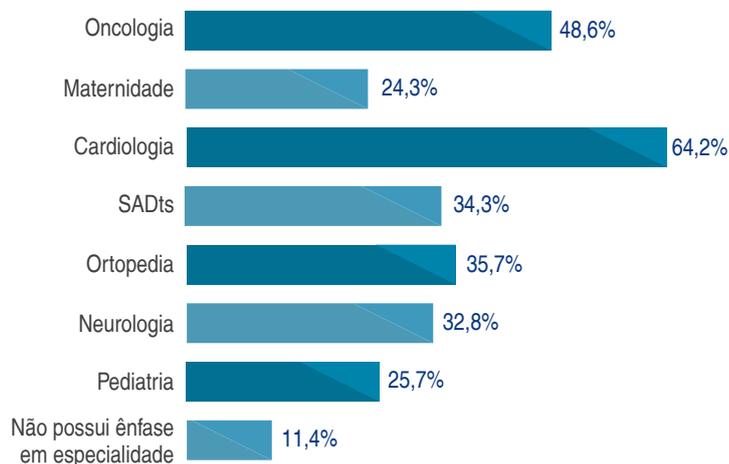
De acordo com a pesquisadora, a complexidade da estrutura hospitalar atual – diversas especialidades médicas, elevado desenvolvimento tecnológico e novas formas de cuidado do paciente – aliada às mudanças no ambiente externo dessas instituições (alterações no perfil demográfico do país e no perfil das doenças, são alguns exemplos), requer o exercício da gestão estratégica que permita à direção dos hospitais definir os caminhos a serem seguidos, visando à sua sobrevivência e sustentabilidade.

Outra conclusão do estudo diz respeito aos investimentos em atividades de ensino e pesquisa, que indicam o potencial para inovação de uma organização. De acordo com as conclusões da sondagem, o cruzamento dos dados dos resultados sobre a natureza do hospital e o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa mostraram que os hospitais filantrópicos investem mais no desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, conforme mostra o gráfico abaixo.



Apesar de constituírem hospitais gerais, foi perguntado aos entrevistados se o hospital possui ênfase em alguma especialidade, com o objetivo de avaliar em que área estão sendo feitos os investimentos do hospital e o que é prioridade em termos estratégicos para as instituições e, ainda, se estes estão alinhados com as tendências ambientais. Apurou-se que Cardiologia foi uma especialidade citada por mais da metade dos entrevistados (64,2%), seguida por Oncologia, também com um elevado índice de citação (48,6%).

Gráfico 2 – Especialidade Predominante no Hospital



Fonte: Pesquisa aplicada nos hospitais ANAHP, 2010



Sobre aspectos relacionados ao perfil dos respondentes, observou-se que 68,5% dos entrevistados afirmaram participar da alta administração das suas instituições, ocupando os seguintes cargos: CEO, Diretor e Superintendente. Dessa forma, estão amplamente qualificados a prestar informações sobre a formulação da estratégia em seus hospitais, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 – Qual é o seu Cargo/Função?

Opções de Resposta	%	Quantidade
CEO	25,7	18
Diretor	25,7	18
Superintendente	17,1	12
Gerente	22,9	16
Coordenador	8,6	6
TOTAL	100	70

A pesquisa revelou que a maior parte deles possui Administração como formação principal, demonstrando uma tendência de profissionalização da gestão nesses hospitais. Corroborando essa afirmação, ao serem questionados sobre sua formação em gestão, mesmo que não fosse a principal, 88,6% dos entrevistados afirmaram possuí-la. As tabelas abaixo mostram esses resultados.

Tabela 2 – Qual é a sua Formação Principal? (Graduação)

Opções de Resposta	%	Quantidade
Medicina	25,7	18
Enfermagem	5,7	4
Administração	31,4	22
Psicologia	10,0	7
Economia	7,1	5
Outro	20,0	14
TOTAL	100	70

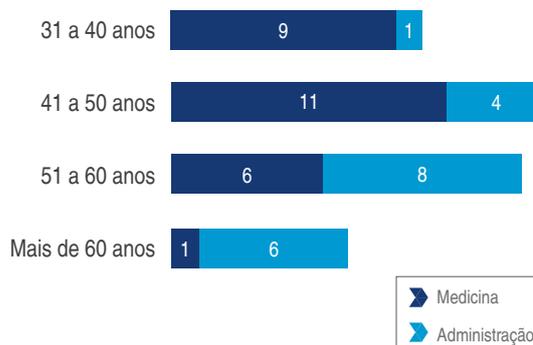
Tabela 3 – Você Possui Formação em Gestão? (Graduação, Pós-Graduação ou Aperfeiçoamento)

Opções de Resposta	%	Quantidade
Sim	88,6	62
Não	11,4	8
TOTAL	100	70

Ainda sobre a formação dos gestores, 61% dos respondentes que afirmaram ser o CEO das suas instituições possuem Administração como formação principal e apenas 27% possuem Medicina como formação principal. Cem por cento dos entrevistados que afirmaram ser o CEO das suas instituições declararam possuir também formação em Gestão – mesmo que em alguns casos essa não fosse sua formação principal. Isso reforça o grau de profissionalização da gestão dessas instituições.

A análise da relação idade *versus* formação principal reforçou a tendência de profissionalização da gestão desses hospitais, uma vez que 73,7% dos entrevistados que afirmaram possuir Medicina como sua formação principal têm mais de 51 anos, e 74% dos entrevistados que afirmaram possuir Administração como sua formação principal têm entre 31 e 50 anos, conforme pode ser visto no gráfico abaixo.

Gráfico 3 – Idade



Sobre as práticas de gestão estratégica propriamente ditas, verificou-se a tendência em atuar em mercados amplos e em expansão, realizar monitoramento ambiental e desenvolver novos produtos e serviços.



Tabela 4 – Relação com o Mercado

Variável	Nota pesquisa	Descrição
Monitoramento Ambiental	4,89	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de grande quantidade de tempo empregada no monitoramento do ambiente.
Desenvolvimento de Produtos	4,49	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de desenvolvimento de novos produtos e serviços.
Domínio de Mercado	5,73	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de atuar em mercados amplos e em expansão.
Opção de Crescimento	4,54	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de entrar agressivamente em novos mercados com novas ofertas de serviços.

A investigação sobre as práticas de gestão estratégica associadas ao desenvolvimento de processos internos revelou que a tecnologia é uma preocupação importante dos dirigentes dos hospitais. No entanto, ao serem questionados sobre a disposição para inovar em oposição ao controle de custos, os gestores foram prudentes e mostraram uma tendência para o controle de custos. Sobre a capacitação dos colaboradores da instituição, verificou-se uma tendência a uma formação mais especializada.

Tabela 5 – Processos Internos

Variável	Nota pesquisa	Descrição
Aporte Tecnológico	5,66	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de aporte tecnológico.
Inovação	3,89	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de inovação.
Pessoas	5,73	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência das competências dos gestores serem consideradas amplas e empreendedoras.

Aspectos da gestão estratégica relacionados à constituição do modelo de gestão também foram investigados e a pesquisa constatou uma posição um pouco mais conservadora dos hospitais nas variáveis que compõem esse quesito.

Tabela 6 – Modelo de Gestão

Variável	Nota pesquisa	Descrição
Coalizão Dominante	3,57	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de concentração no desenvolvimento de novos serviços e expansão para novos mercados.
Planejamento	4,54	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de se preparar para o futuro buscando oportunidades de desenvolvimento de novos serviços e mercados.
Estrutura	2,57	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência da estrutura ser organizada por unidades de negócio autogeridas.
Controle	4,84	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência dos processos serem descentralizados e participativos.

No que diz respeito ao processo de formulação da estratégia desenvolvido nos hospitais, a análise mostrou que o processo da estratégia na amostra pesquisada ocorre da seguinte forma: as decisões são, em sua maior parte, deliberadas, ou planejadas, e formalmente registradas. Também tendem a ser mais racionais do que intuitivas e são tomadas de forma coletiva.

Tabela 7 – Modelo de Decisão

Aspecto	Média
Grau de Intencionalidade	6,06
Grau de Formalismo	5,60
Grau de Racionalidade	4,98
Grau de Individualismo	1,90

Compreender por que algumas escolhas estratégicas produzem melhores resultados do que outras é uma questão central de pesquisa no campo da gestão estratégica, especialmente no universo das organizações privadas, que estão imersas na lógica de geração de receita para assegurar a sobrevivência do negócio. A concepção da estratégia de uma organização é fundamental para sua manutenção e sobrevivência no mercado. Algumas organizações desenvolvem estratégias que são mais bem-sucedidas que outras. Entender isso pode ajudar a aprimorar os processos estratégicos das demais organizações, já que, de modo geral, as organizações tendem a tomar como modelo outras que elas percebem ser mais legítimas ou bem-sucedidas.



soulmv

Mais tecnologia para facilitar o seu dia a dia.

O SOUL MV® inaugura uma nova era em tecnologia de Gestão de Saúde. Simples e completo, traz mais benefícios, economia e produtividade para sua instituição.

Saiba mais em www.soulmv.com.br.



Líder em Gestão de Saúde

| www.mv.com.br |

Análise Econômico-Financeira

Faturamento total dos hospitais associados que participaram do estudo atingiu R\$ 7,5 bilhões



Quando analisado o prazo médio de recebimento dos hospitais ANAHP, verifica-se o indicador de 70 dias, isto é: mais de dois meses para o recebimento das contas hospitalares.

► Receita global dos hospitais da ANAHP

A receita global dos 30 Hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) que participaram da pesquisa do Projeto Sistema de Indicadores Hospitalares (SINHA) no ano passado atingiu R\$ 7,5 bilhões. A receita média por hospital alcançou R\$ 250,2 milhões, uma expansão de 23,7% em relação a 2009, mantendo a tendência de crescimento dos últimos anos (em 2009, este indicador havia crescido 15% em relação a 2008). Projetada para o número total de associados da ANAHP no final de 2010, a receita total seria de R\$ 10,3 bilhões.

Deste montante, 90,3% (o equivalente a R\$9,3 bilhões) são provenientes do atendimento aos beneficiários de planos de assistência médica.

Uma vez que a despesa assistencial das operadoras de planos de assistência médica atingiu R\$ 57,6 bilhões em 2010, conclui-se que os hospitais da ANAHP representaram 16,1% da despesa assistencial das operadoras de planos de assistência médica no ano passado. Esta participação demonstra a relevância da Associação, que contava com 41 hospitais no final do ano passado (hoje são 43). Conforme o Caderno de Informação da Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), edição de março de 2011, em dezembro de 2010 havia 1.408 hospitais gerais atendendo a planos privados de saúde no país. Os hospitais da ANAHP representam 2,9% destes, para uma receita equivalente a 16,1% de toda a despesa assistencial da Saúde Suplementar.

Distribuição da receita global por região

A distribuição da receita global por região indica a maior quantidade de hospitais da Região Sudeste na composição dos hospitais associados, refletindo a maior densidade de beneficiários de planos de saúde nesta região.



Distribuição da receita global por natureza

Como já mostrado nas edições anteriores do Observatório ANAHP, permanece a tendência de queda na participação das receitas de diárias e taxas, contra o aumento das receitas de Insumos Hospitalares. Por outro lado, a receita com os serviços de diagnóstico e terapia – SADTs tem mantido uma participação entre 11% e 12% desde o início deste levantamento. Entretanto, os hospitais associados têm, ao longo do tempo, ampliado a oferta de serviços de diagnósticos, à medida que evolui a tecnologia no segmento. A manutenção da participação da receita de SADTs no mesmo patamar, apesar do aumento no volume de exames, reflete a dificuldade dos hospitais da ANAHP de reajustar os preços desses serviços durante o período analisado.

O desequilíbrio na composição das receitas dos integrantes da Associação, com a queda contínua da receita de diárias e taxas – embora este seja o componente da receita que melhor reflete seu *core business*, que é a prestação de serviço assistencial – é ainda mais acentuado em algumas regiões do país, como é o caso do Nordeste, onde essa natureza de receita corresponde a apenas 15,4% da receita total dos associados nesta região.

A readequação das receitas hospitalares, com a correta precificação das diárias, é um dos temas que estão sendo analisados no Grupo de Trabalho da ANS “Modelos de Remuneração”, do qual a ANAHP participa desde sua criação.

Distribuição da receita global por fonte pagadora

A distribuição da receita global dos hospitais da ANAHP por fonte pagadora mantém basicamente a mesma composição dos anos anteriores, com as operadoras de planos de saúde representando em 2010, 90,3% da receita global; os atendimentos a pacientes particulares, 7,3%; e os atendimentos a pacientes do SUS, 2,4%.

É importante observar a recuperação da modalidade seguradora, que atingiu 47,5% em 2010, com um crescimento significativo em relação aos anos anteriores. Houve também queda na participação da modalidade medicina de grupo e autogestão. No caso da modalidade medicina de grupo, esta redução de participação pode ser explicada pelo intenso processo de verticalização que vem sendo praticado por esse tipo de operadora de planos de assistência médica.

É interessante comparar a distribuição da receita global dos hospitais da ANAHP com a composição da receita das contraprestações das operadoras de planos de assistência médica, segundo a modalidade da operadora em 2010:

Tabela 1 – Receita por Fonte Pagadora

Modalidade de Operadora	Participação na Receita das Contraprestações em 2010
Seguradora	19,7%
Autogestão	11,7%
Medicina de Grupo	29,8%
Cooperativa Médica	36,4%
Filantropia	2,4%

Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011

Enquanto as seguradoras detêm apenas 19,7% do market share do mercado da Saúde Suplementar, medido pela receita das mensalidades dos planos de saúde, a participação dos hospitais da ANAHP neste quesito é de 47,5%, no mesmo período analisado.

Evolução dos preços médios dos hospitais da ANAHP

A análise da evolução de preços médios hospitalares é sempre uma tarefa difícil, pois diferentemente de uma atividade comercial ou industrial, em que os produtos são sempre os mesmos, no hospital, cada caso realizado de um mesmo procedimento tem características diferentes entre si – seja pelas características clínicas ou demográficas do paciente, seja pela atuação de equipes médicas diferentes, seja pela reduzida padronização na adoção de insumos e protocolos de atendimento.

O Projeto SINHA adotou dois indicadores para medir os preços médios dos hospitais associados: a receita média líquida por paciente-dia e a receita média líquida por saída. Ao longo do período analisado, a receita média líquida por paciente-dia cresceu 7,6%, uma expansão modesta frente aos indicadores de inflação para o mesmo período. Se comparado este crescimento com a variação dos preços das mensalidades dos planos de saúde autorizadas pela ANS, para o mesmo período, observa-se que o reajuste da Agência atingiu 27,11% (O IGP-M cresceu, no mesmo período, 29,45%).

A receita média líquida por saída, para o mesmo período analisado, cresceu 25,86%, ainda assim abaixo da variação dos reajustes autorizados pela ANS e do IGPM. Vale observar que o indicador receita média líquida por saída é muito menos uniforme do que a receita média líquida por paciente-dia, pela grande variação das patologias tratadas nos Hospitais ANAHP.



Distribuição das despesas dos hospitais da ANAHP

A distribuição das despesas dos Hospitais ANAHP tem apresentado pouca variação ao longo do período analisado nesta edição. Este fenômeno já fora observado nas edições anteriores do Observatório. Pode-se destacar uma elevação de 1,2 ponto percentual no item Custo de Pessoal entre 2009 e 2010. As outras variações têm pouca significância.

Como já analisado em edição anterior do Observatório, é importante comparar a estrutura das receitas dos Hospitais da ANAHP com sua estrutura de despesas, para avaliar a distorção existente no modelo hoje adotado para a cobrança dos serviços hospitalares.

Tabela 2 – Correlação Receitas / Despesas

Natureza da Receita		Natureza da Despesa	
Diárias e Taxas	27,4%	Custo de Pessoal	38,5%
		Outros Insumos	3,6%
		Contratos Apoio	6,5%
		Utilidades	2,6%
		Manutenção	2,1%
		Subtotal	53,3%
Insumos Hospitalares	54,0%	Insumos Hospitalares	31,2%

Fonte: ANS – Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2011 / SINHA – ANAHP, 2010

Embora a correlação das despesas com a natureza das receitas apresentada no quadro acima seja aproximada, pois leva em conta dados consolidados, pode-se avaliar a distorção na composição das receitas hospitalares: o custo alocado às receitas com diárias e taxas é 94,5% superior à receita da mesma natureza, enquanto o custo dos Insumos Hospitalares equivale a 57,8% da respectiva receita.

Prazo Médio de Recebimento e Índice de Glosas

Manteve-se praticamente estável o prazo médio de recebimento dos hospitais associados nos últimos três anos, oscilando entre 69 e 70 dias. Este é um prazo de recebimento excessivamente elevado quando comparado com outros segmentos da atividade econômica, o que onera a gestão financeira dos hospitais, principalmente se considerado o elevado custo financeiro no país.

Quando analisada a distribuição regional do prazo médio de recebimento, verifica-se que, na Região Sul do país, este indicador foi de 94,75 dias, isto é, mais de três meses para o recebimento das contas hospitalares.

Sem dúvida, este é um item que deverá estar na pauta das discussões do Grupo Técnico da ANS que trata da adoção de novos modelos de remuneração. É pouco compreensível que as operadoras de planos de saúde precisem de tanto tempo para analisar e processar as contas hospitalares, principalmente agora, com a adoção de sistemas informatizados de faturamento por parte dos prestadores de serviços.

Outro aspecto importante a ser analisado na relação comercial entre hospitais e operadoras de planos de saúde é o fenômeno da glosa. Em 2010, o índice de glosas dos Hospitais da ANAHP foi de 2,6%, com ligeira melhora frente a 2009 (2,8%).

Se considerado o prazo médio de recebimento de 70 dias e um custo financeiro de 2% ao mês, tem-se um custo de financiamento deste prazo de 4,67%. Se acrescido a este custo o índice de glosas, chega-se a uma perda de receita de 7,6%, o que impacta diretamente os hospitais associados. Certamente, esta realidade precisará ser rediscutida, à medida que os hospitais adotarem modelos de remuneração que aumentem seu risco operacional.

EBITDA

O Resultado EBITDA dos Hospitais da ANAHP em 2010, calculado sobre a receita líquida, apresentou queda de 2 pontos percentuais, quer seja medido pela média, ou pela mediana. Assim é que, na média, enquanto em 2009 o indicador foi de 19,6%, em 2010 caiu para 18,2%. Se adotarem a mediana, em 2009 ela foi de 17,5%, contra 16,1% em 2010.

Tabela 3 – Evolução da Receita Global dos Hospitais da ANAHP

Ano	Receita Total (em R\$ Milhões)	Nº de Hospitais	Receita Média por Hospital (em R\$ Milhões)
2006	5.180,9	33	157,0
2007	5195,1	33	157,4
2008	5979,3	34	175,9
2009	6473,7	32	202,3
2010	7.506,1	30	250,2

Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 4 – Distribuição da Receita Global
(por natureza)

Natureza da Receita	2006	2007	2008	2009	2010
Diárias e Taxas	31,7%	33,1%	30,3%	29,4%	27,4%
Insumos Hospitalares ⁽¹⁾	44,8%	46,3%	48,6%	50,9%	54,0%
SADT	12,0%	11,1%	12,6%	11,6%	11,3%
Outras de Serviços	3,0%	2,9%	2,5%	3,2%	3,0%
Outras Operacionais	8,5%	6,6%	6,0%	4,8%	4,3%

(1) Insumos Hospitalares incluem: materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais

Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 5 – Distribuição por Região da Receita
(por natureza – 2010)

Natureza da Receita	Centro-Oeste	Nordeste	Sul	Sudeste	ANAHP
Diárias e Taxas	28,5%	15,4%	20,6%	30,0%	27,4%
Insumos Hospitalares ⁽¹⁾	54,4%	56,5%	50,7%	53,3%	54,0%
SADT	11,2%	20,7%	13,9%	9,7%	11,3%
Outras de Serviços	3,3%	3,7%	4,4%	3,3%	3,1%
Outras Operacionais	2,7%	5,9%	10,4%	3,8%	4,4%

(1) Insumos Hospitalares incluem: materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais

Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 6 – Distribuição da Receita Global
(por fonte pagadora)

Fonte Pagadora	2006	2007	2008	2009	2010
Operadoras de Planos de Saúde	91,0%	90,0%	91,0%	91,0%	90,3%
Seguradora	42,1%	42,0%	41,8%	40,7%	47,5%
Autogestão	23,1%	20,8%	19,4%	23,0%	19,2%
Medicina de Grupo	16,0%	18,6%	18,4%	16,8%	13,6%
Cooperativa Médica	9,8%	8,6%	11,4%	10,4%	10,0%
Particular	7,0%	8,0%	7,0%	7,0%	7,3%
SUS	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,4%

Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 7 – Evolução da Receita Média Líquida
(por Paciente-dia⁽¹⁾)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010
Centro-Oeste	982	993	1.127	1.681	1.329
Nordeste	2.234	2.056	2.118	2.476	2.480
Sul	1.453	1.546	1.600	1.768	1.744
Sudeste	2.607	2.604	2.713	3.220	3.445
ANAHP	2.304	2.141	2.118	2.488	2.478

(1) Para este quadro adotou-se a mediana em vez da média, devido a critérios estatísticos.

Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 8 – Evolução da Receita Média Líquida
(por saída⁽¹⁾)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010
Centro-Oeste	3.973	4.270	5.110	7.192	4.962
Nordeste	9.564	8.758	9.276	8.814	11.289
Sul	7.668	7.679	7.423	8.152	7.823
Sudeste	9.192	8.344	9.305	12.742	11.467
ANAHP	8.386	8.322	9.170	10.239	10.555

(1) Para este quadro adotou-se a mediana em vez da média, devido a critérios estatísticos.

Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 9 – Distribuição das Despesas dos Hospitais da ANAHP

Natureza da Despesa	2006	2007	2008	2009	2010
Custo Pessoal	37,1%	37,5%	36,8%	37,3%	38,5%
Insumos Hospitalares ⁽¹⁾	29,6%	30,5%	30,1%	30,9%	31,2%
Outros Insumos	4,3%	3,9%	3,6%	3,7%	3,6%
Contratos Técnicos e Operacionais	7,6%	8,3%	8,3%	7,1%	6,5%
Contratos de Apoio e Logística	3,5%	3,7%	4,2%	4,2%	3,9%
Utilidades	3,7%	3,3%	3,0%	2,7%	2,6%
Manutenção e Assistência Técnica	1,9%	2,2%	2,1%	2,1%	2,1%
Depreciação	4,6%	4,7%	5,0%	5,1%	4,9%
Outras Despesas	7,7%	5,9%	6,9%	6,8%	6,7%

(1) Insumos Hospitalares incluem: materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais
 Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 10 – Distribuição por Região Geográfica das Despesas (2010)

Natureza da Despesa	CO	NE	S	SE	ANAHP
Custo de Pessoal	29,0%	40,6%	38,9%	38,5%	38,5%
Insumos Hospitalares ⁽¹⁾	28,0%	31,4%	30,6%	31,6%	31,2%
Outros Insumos	0,9%	3,7%	4,4%	3,7%	3,6%
Contratos Técnicos e Operacionais	6,8%	5,8%	8,5%	6,4%	6,5%
Contratos de Apoio e Logística	5,5%	2,4%	4,9%	4,0%	3,9%
Utilidades	3,2%	3,2%	2,4%	2,5%	2,6%
Manutenção e Assistência Técnica	1,1%	2,6%	1,8%	2,1%	2,1%
Depreciação	10,4%	3,2%	4,6%	4,9%	4,9%
Outras Despesas	15,0%	7,2%	3,9%	6,5%	6,7%

Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 11 – Evolução do Prazo Médio de Recebimento por Região
(em dias)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010
Centro-Oeste	45,09	67,80	66,56	67,86	68,16
Nordeste	52,44	66,71	61,79	63,83	64,85
Sul	103,69	113,45	95,39	93,03	94,75
Sudeste	67,03	65,33	67,42	69,35	67,99
ANAHP	66,81	71,79	69,19	70,69	69,91

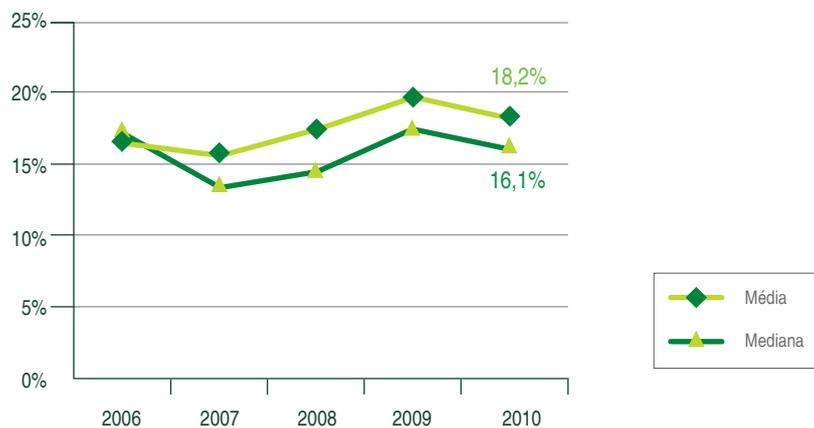
Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Tabela 12 – Evolução do Índice de Glosas por Região
(% sobre receita líquida)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010
Centro-Oeste	4,1%	5,8%	6,3%	5,5%	4,5%
Nordeste	3,2%	2,4%	1,3%	1,1%	1,6%
Sul	7,8%	4,2%	5,6%	3,1%	2,8%
Sudeste	3,2%	3,2%	2,9%	2,7%	2,5%
ANAHP	3,9%	3,4%	3,3%	2,8%	2,6%

Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

Gráfico 1 – EBITDA



Fonte: SINHA – ANAHP, 2010

BD™ Produtos com Dispositivo de Segurança
Você cuida do seu paciente, nós cuidamos de você!



Ajudando as
pessoas a viverem
vidas saudáveis

A BD possui a mais completa linha de produtos de segurança disponível no mercado.

Com produtos para injeção de medicamentos, terapia intravenosa e coleta de sangue a vácuo, oferecemos as melhores soluções para a segurança dos profissionais de saúde e seus pacientes.

Na hora de escolher, escolha o melhor!

Análise Operacional

Crescimento das internações em Unidades de Terapia Intensiva pressionam a capacidade instalada dos hospitais



Em 2010, o total de cirurgias por sala apresentou queda, tanto em relação à média (-7,5%), quanto em relação à mediana (-11,5%).

As internações em UTI tiveram crescimento médio de 22,1% (Tabela 1) na participação do total das internações dos hospitais da ANAHP em 2010, resultando, entre 2009 e 2010, numa Taxa de Crescimento maior do volume de Paciente-dia de UTI de Adulto do que o total de Paciente-dia (Gráfico 1).

Tabela 1 – Evolução da Taxa de Internação – UTI

ANAHP	2006	2007	2008	2009	2010	Varição 2009/2010
Média	12,0%	12,6%	13,1%	14,0%	17,1%	22,1%
Mediana	11,6%	10,1%	9,8%	9,6%	9,8%	2,0%
N (amostra)	31	34	36	34	33	-2,9%

Esta evolução vem pressionando toda a capacidade instalada dos hospitais, como pode ser evidenciada no aumento da Taxa de Ocupação Média, passando de 76,1% em 2008 para 78% em 2010 (Gráfico 2), e uma ocupação média de 85% nas UTIs e na diminuição do giro de leitos (Gráfico 3) refletindo na média de permanência (Gráfico 4). Percebem-se também os efeitos deste crescimento no aumento dos números de exames por internação, que tiveram uma evolução da ordem de 8,7% (Tabela 2). O crescimento destas internações ocorreu praticamente em todas as regiões com destaque para o Centro-Oeste, com quase o dobro do aumento da participação (Gráfico 5). Este movimento pode ser reflexo do envelhecimento da população, o que aumenta o volume de casos mais graves e que exigem mais cuidados intensivos e, que por sua vez,

caracterizam pacientes de maior permanência. Isto é evidenciado pelo aumento de 40,9% na Taxa de Residentes nos hospitais com mais de 90 dias, com sua participação aumentando de 0,1 para 0,7 no total de internados (Gráfico 6).

Gráfico 1 – Evolução Paciente

(dia/ano)

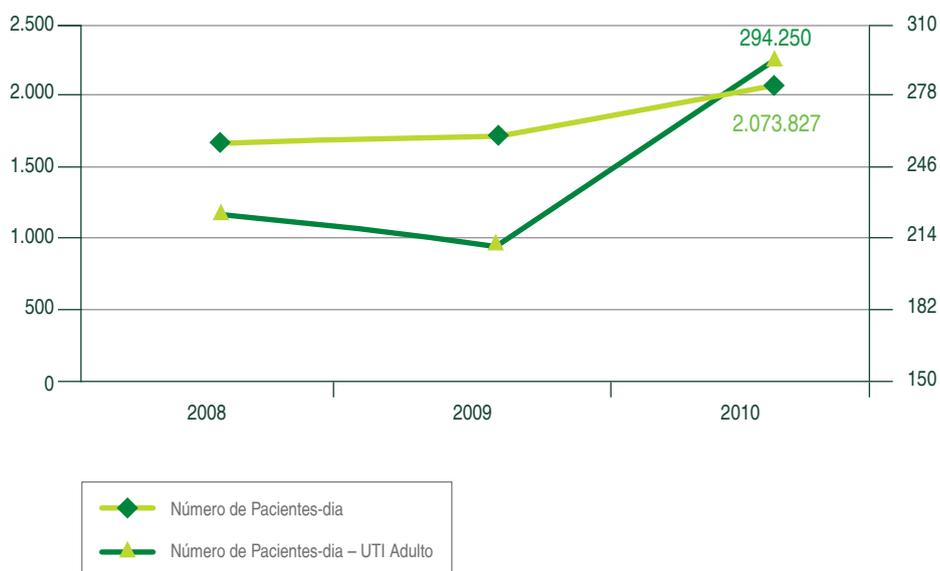


Gráfico 2 – Evolução – Taxa de Ocupação Média

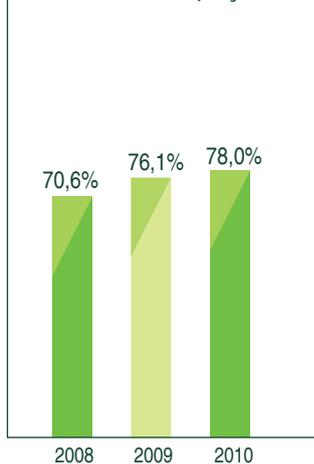


Gráfico 3 – Evolução do Giro de Leitos

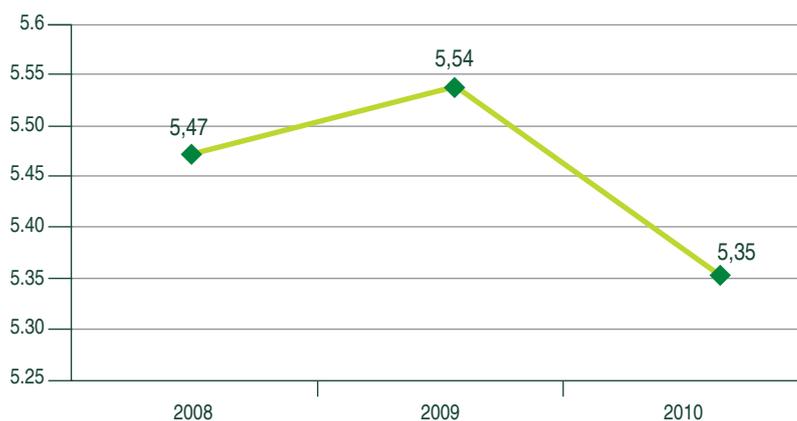


Gráfico 4 – Evolução Média de Permanência

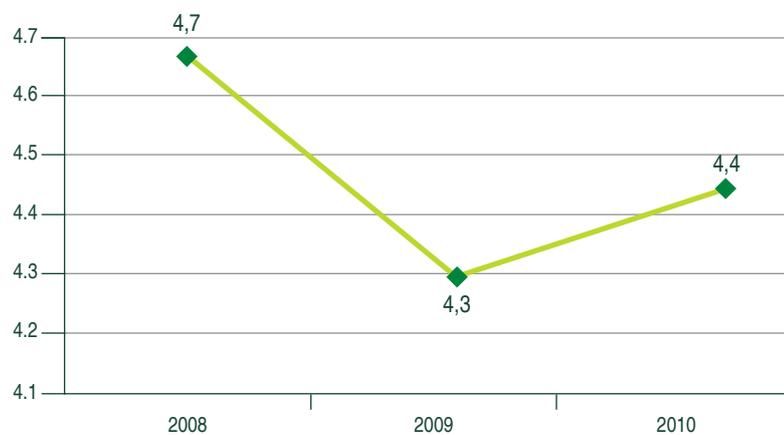


Tabela 2 – Taxa de Exames por Internação (por ano)

ANAHP	2006	2007	2008	2009	2010	Varição 2009/2010
Média	23	23	23	25	27	8,7%
Mediana	24	22	24	23	25	8,1%
N (amostra)	32	32	32	31	33	6,5%

Gráfico 5 – Participação de Internação em UTI (por região)

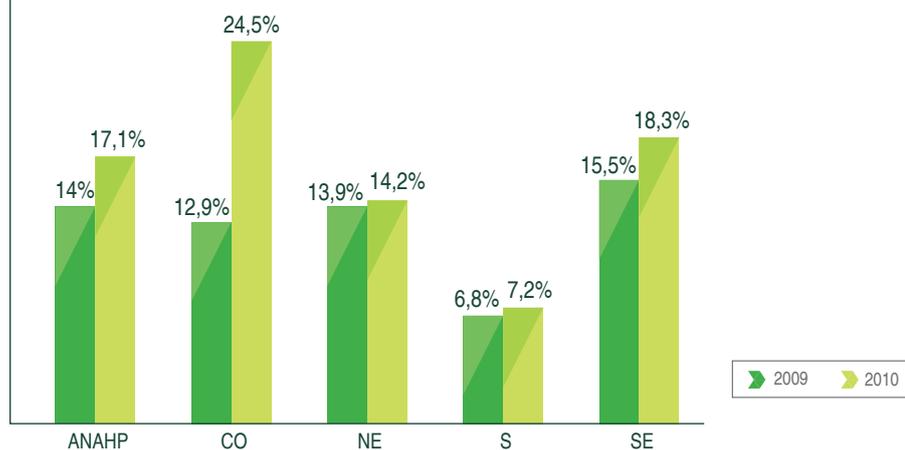


Gráfico 6 – Evolução Volume e Participação de Paciente > 90 dias



Em 2010, o total de cirurgias por sala apresentou queda, tanto em relação à média (-7,5%), quanto em relação à mediana (-11,5%) – (Tabela 3). Cabe ressaltar que, em 2010, a participação das cirurgias de médio porte cresceu 12,3%, tomando lugar das cirurgias de pequeno porte, que apresentaram queda de 7,8% no volume total. Este movimento ocorreu em praticamente todas as regiões (Tabela 4). Outro ponto a ressaltar é a ligeira redução no total de pacientes cirúrgicos, consolidando a tendência de aumento da participação dos pacientes clínicos. Este comportamento ocorreu em três das quatro regiões do país (Gráfico 7).

Tabela 3 – Cirurgias por Sala (por ano)

ANAHP	2006	2007	2008	2009	2010	Varição 2009/2010
Média	823	856	953	931	861	-7,5%
Mediana	789	784	897	896	793	-11,5%
N (amostra)	31	31	35	33	32	-3,0%

Gráfico 7 – Evolução dos Pacientes Cirúrgicos (por região)

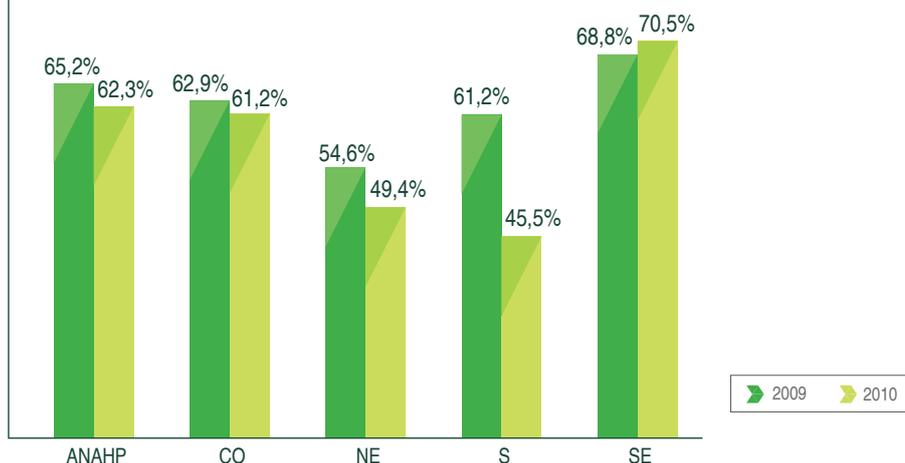


Tabela 4 – Porte de Cirurgia

(por região 2009/2010)

Região	Porte	2009	2010	Varição 2009/2010
ANAHP	Ambulatorial	12,2%	9,5%	-21,9%
	Médio Porte	33,8%	38,0%	12,3%
	Pequeno Porte	22,9%	21,1%	-7,8%
	Porte Especial/Grande	31,1%	31,4%	1,0%
CO	Ambulatorial	8,7%	8,6%	-0,3%
	Médio Porte	38,6%	40,4%	4,7%
	Pequeno Porte	22,1%	20,5%	-7,3%
	Porte Especial/Grande	30,6%	0,0%	-100,0%
NE	Ambulatorial	5,4%	11,3%	108,8%
	Médio Porte	38,6%	40,4%	4,7%
	Pequeno Porte	22,1%	20,5%	-7,3%
	Porte Especial/Grande	30,6%	30,4%	-0,6%
S	Ambulatorial	32,6%	30,3%	-7,0%
	Médio Porte	17,1%	19,3%	12,9%
	Pequeno Porte	29,8%	22,4%	-25,0%
	Porte Especial/Grande	20,5%	28,0%	36,6%
SE	Ambulatorial	8,1%	4,5%	-45,0%
	Médio Porte	38,6%	42,4%	10,0%
	Pequeno Porte	22,6%	23,2%	2,8%
	Porte Especial/Grande	30,7%	29,8%	-2,9%

O volume de partos por sala apresentou ligeira queda (em relação à média: -3,8% – Tabela 5) em 2010 quando comparado a 2009, com evoluções díspares entre as regiões: no Centro-Oeste e Sul com aumento e, no Nordeste e Sudeste com reduções (Gráfico 8).

Quanto ao volume de exames, ocorreu alta de 6,7% em 2010 na comparação com 2009 motivada pela demanda dos pacientes internados (Tabela 6). Isto pode ser percebido pelo crescimento da relação exame-paciente internado, que evoluiu de 25 em 2009 para 27 em 2010 (base: Média – Tabela 7), aumentando ligeiramente a participação dos exames internos (58% – Tabela 8). Provavelmente isto seja reflexo do aumento de internação em UTIs. Analisando-se a relação exame por internação por região (Gráfico 9) verifica-se que o Centro-Oeste (CO) e o Sudeste (SE) foram as regiões responsáveis pelo incremento, sendo que no SE, 2010 é o segundo ano consecutivo de aumento (Tabela 9).

Tabela 5 – Evolução Parto

(por sala ano)

ANAHP	2006	2007	2008	2009	2010	Varição 2009/2010
Média	496	529	523	545	524	-3,8%
Mediana	446	478	517	456	456	0,1%
N (amostra)	20	20	20	21	21	0,0%

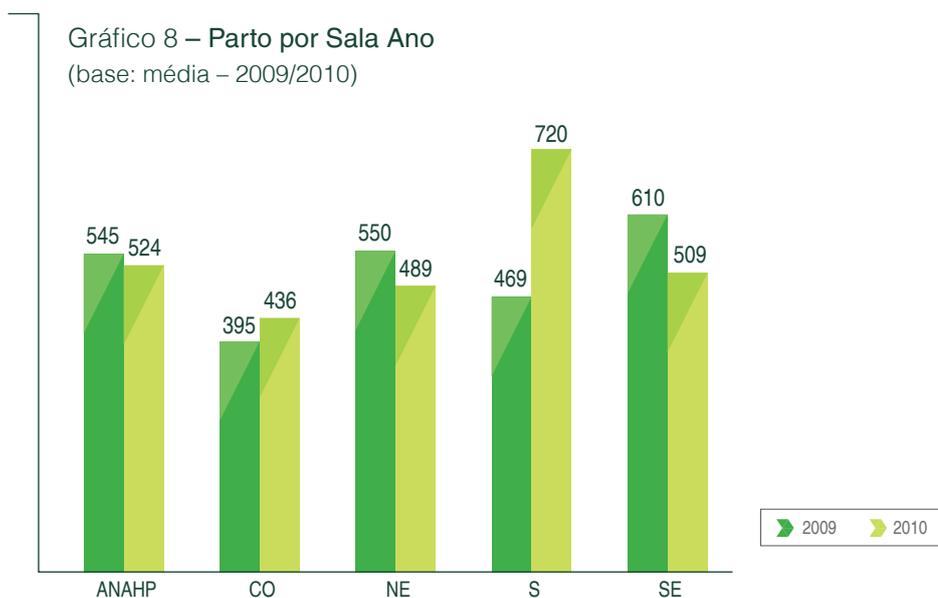


Tabela 6 – Variação no Volume de Exames

ANAHP	2009	2010	Variação 2009/2010
Total de Exames	21.527.874	22.978.022	6,7%
Amostra	34	31	-8,8%

Tabela 7 – Exames por Paciente Internado

ANAHP	2006	2007	2008	2009	2010	Variação 2009/2010
Média	23	23	23	25	27	8,7%
Mediana	24	22	24	23	25	8,1%
N (amostra)	32	32	32	31	33	6,5%

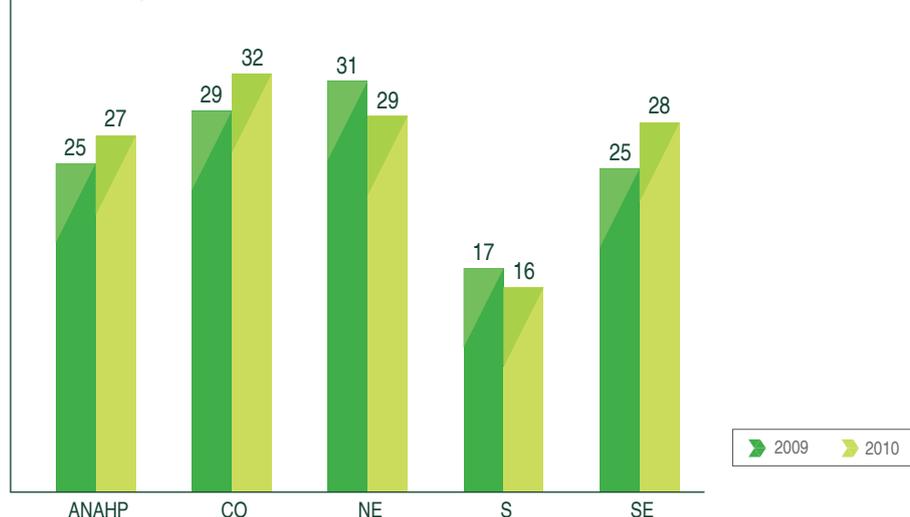
Gráfico 9 – Evolução da Relação Exame Paciente Internado
(por região 2009/2010)

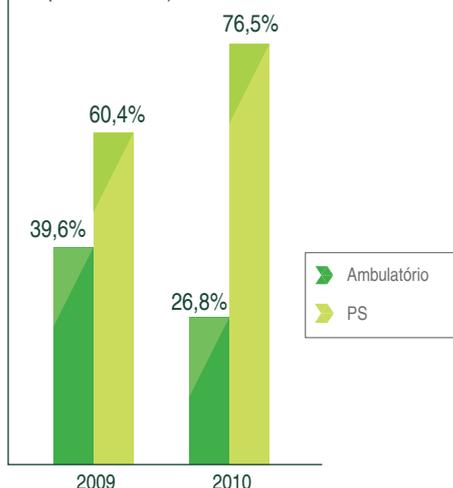
Tabela 8 – Participação do Volume de Exames por Natureza
(por região 2009/2010)

Região	Natureza	2009	2010	Varição
CO	Exames Internos	58%	70%	12 pp
	Exames Externos	42%	30%	-12 pp
	N	4	4	-
NE	Exames Internos	45%	56%	11 pp
	Exames Externos	55%	44%	-11 pp
	N	5	4	(1)
S	Exames Internos	41%	38%	-2 pp
	Exames Externos	59%	62%	2 pp
	N	4	4	-
SE	Exames Internos	64%	60%	-4 pp
	Exames Externos	36%	40%	4 pp
	N	21	19	(2)
ANAHP	Exames Internos	57%	58%	1 pp
	Exames Externos	43%	42%	-1 pp
	N	34	31	(3)

Tabela 9 – Exames por Paciente Internado
(região sudeste)

SE	2006	2007	2008	2009	2010	Varição 2009/2010
Média	21	23	21	25	28	14,8%
Mediana	18	20	20	21	24	14,8%
N (amostra)	19	20	21	19	20	5,3%

Gráfico 10 – Variação na Taxa de Consulta Ambulatório x PS
(2009/2010)



A distribuição entre consultas em ambulatórios e emergência em 2010 vem reforçar as evidências de utilização da estrutura do pronto-socorro (PS) como ambulatório, com aumento da participação da Taxa de Consulta no PS (+26,6%, base média) e queda da Taxa de Consulta em Ambulatório (-32,4% base média – Gráfico 10). Esta configuração de maior participação do PS só é diferente no Sul (Gráfico 11).

Observou-se em 2010 que houve diminuição na proporção de consultas em emergência que geraram internações, tanto para a média (-10,5%) quanto para a mediana (-6,2%). Este comportamento é notado em quase todas as regiões (Gráfico 12). A provável causa é a gripe H1N1, que pressionou os serviços de emergência, provocando aumento da Taxa de Conversão em 2009. Quanto ao número de internações com origem no PS, houve queda, com exceção para a região Nordeste, que teve elevação neste tipo de origem em 2010 quando comparado a 2009 (Gráfico 13).

Gráfico 11 – Taxa de Consulta (por região)

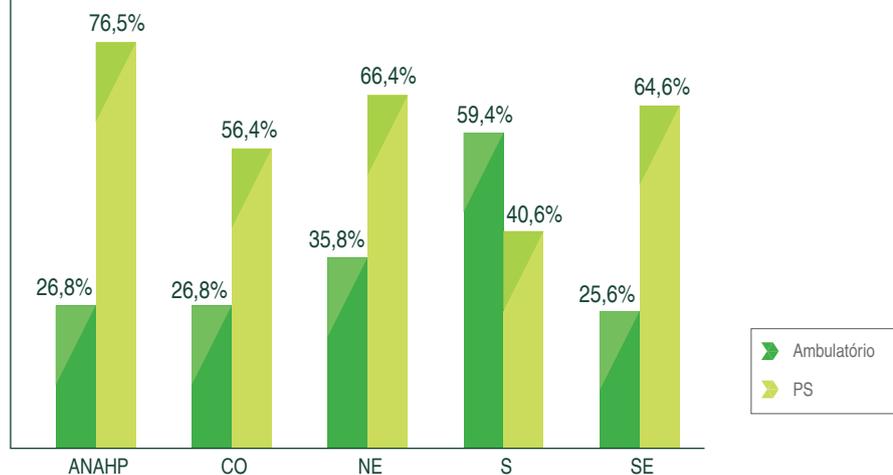


Gráfico 12 – Percentual de Consultas em PS que Geram Internação (por região)

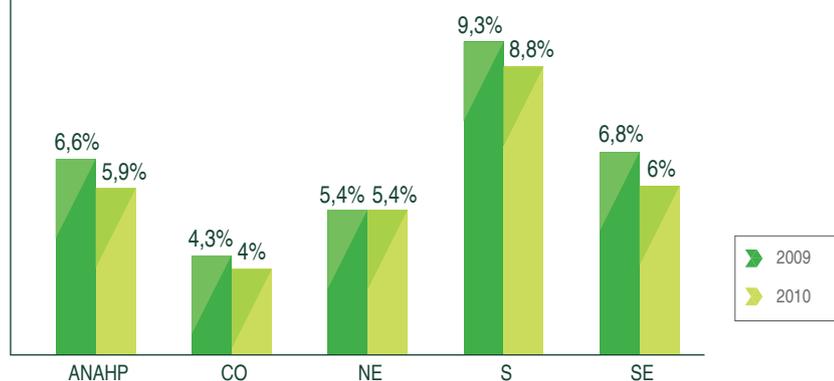
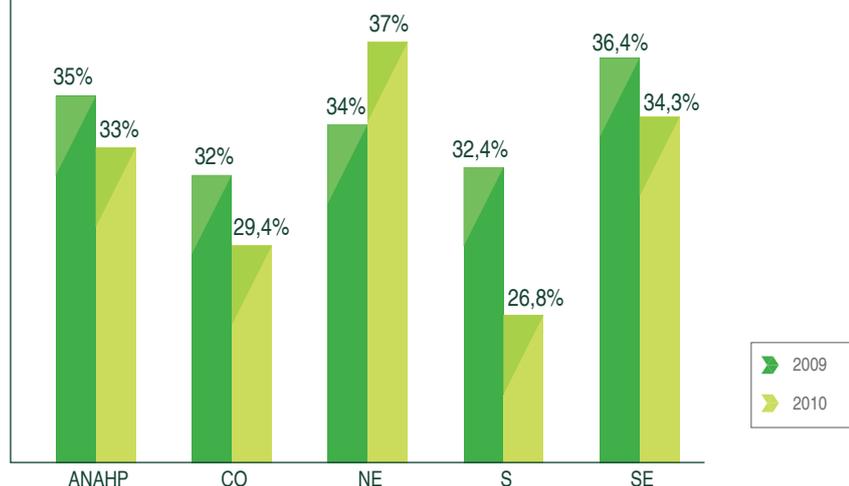


Gráfico 13 – Percentual de Internação Tendo como Origem o PS (por região)



Quanto ao número de internações com origem no PS, houve queda, com exceção para a região Nordeste, que teve elevação neste tipo de origem em 2010 quando comparado a 2009.



Gestão de Pessoas

Hospitais ANAHP investem na profissionalização de seus funcionários



Força de trabalho com nível superior atuando nos hospitais ANAHP salta para 30%.

A análise dos indicadores de recursos humanos do SINHA - Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares ANAHP – indica que os hospitais associados estão investindo mais na profissionalização de seus funcionários.

Esta tendência é compatível com outros setores da economia brasileira e também mundial, nas quais se observa a valorização do principal ativo das empresas, em especial quando a atividade é voltada para o setor de serviços. Este movimento ocorreu principalmente após o ano de 2008 quando se instalou a maior crise econômica do capitalismo moderno, nos Estados Unidos.

A escolaridade depois deste período, sofreu reflexo imediato, com a substituição intensa de funcionários de formação básica e intermediária por outros de nível mais aprimorado, sendo que somente entre os anos de 2009 e 2010 este incremento na escolaridade de ensino superior completo foi de 36% e, na pós-graduação, de 2%. Paralelamente, houve queda de 43% na faixa de escolaridade que vai do ensino médio ao fundamental incompleto, sendo que neste menor nível de escolaridade a redução de pessoas se estabeleceu na faixa de 32% do número de colaboradores.

Tabela 1 – Nível de Escolaridade (em %)

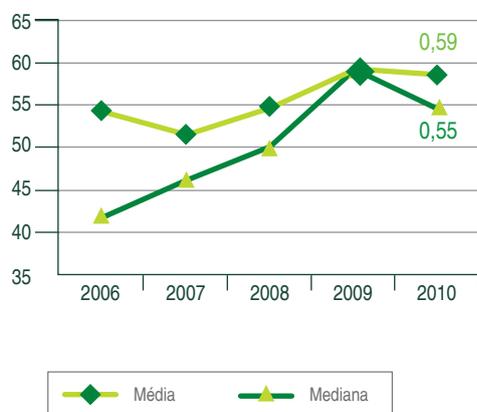
	2006	2007	2008	2009	2010
Total Pós-Graduação Completo	4,93	4,42	4,26	4,57	4,66
Total Superior Completo	18,69	17,97	17,58	18,14	24,61
Total Ensino Médio Completo	58,15	62,05	64,54	64,05	59,09
Total Ensino Fundamental Completo	13,32	11,77	9,60	9,45	9,06
Total Ensino Fundamental Incompleto	4,90	3,79	4,01	3,80	2,57



Em 2010, o indicador que mede a relação Enfermeiro-leito apresentou estabilidade quando comparada com os últimos dois anos, possivelmente tendo alcançado o nível ideal para os cuidados assistenciais e segurança dos pacientes. No ano passado, a média de enfermeiros-leito observada nos hospitais que participaram da pesquisa foi de 0,59, o mesmo número constatado em 2009.

Tabela 2 – Relação Enfermeiro-Leito

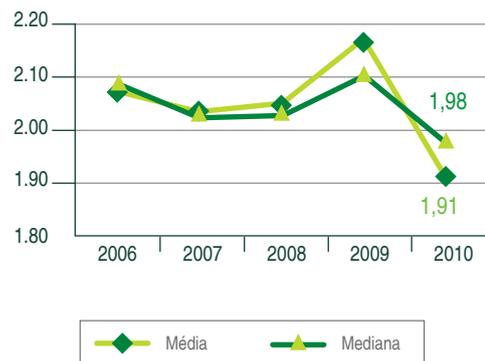
	2006	2007	2008	2009	2010
Média	0,54	0,51	0,55	0,59	0,59
Mediana	0,42	0,46	0,50	0,59	0,55



Por outro lado, observa-se no indicador Auxiliares e Técnicos de Enfermagem por Leito em queda de 2,17 em 2009 para 1,91 em 2010, sendo este um dado que merece uma análise ainda mais cuidadosa, uma vez que reflete uma inversão de tendência em relação aos últimos cinco anos.

Tabela 3 – Relação Auxiliares e Técnicos de Enfermagem por Leito

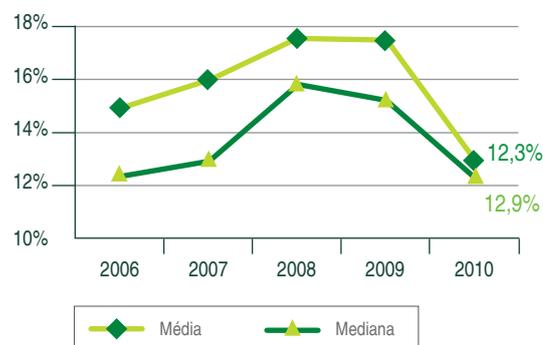
	2006	2007	2008	2009	2010
Média	2,07	2,03	2,05	2,17	1,91
Mediana	2,09	2,03	2,04	2,11	1,98



A estabilidade econômica alcançada nos últimos anos em nosso país teve um reflexo importante na estabilidade do emprego, implicando uma queda acentuada (26%) do Índice de Rotatividade em relação a 2009. A mediana deste indicador também apresentou redução acentuada de 19%.

Tabela 4 – Índice de Rotatividade (em %)

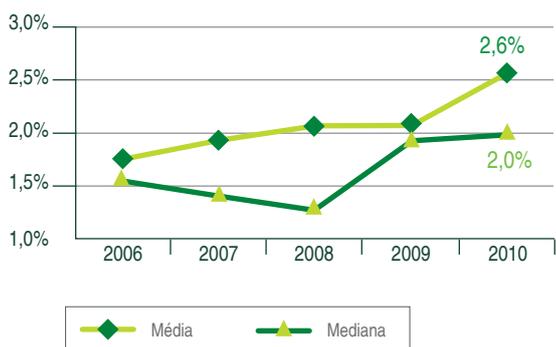
	2006	2007	2008	2009	2010
Média	14,9%	16,0%	17,5%	17,5%	12,9%
Mediana	12,4%	13,0%	15,8%	15,2%	12,3%



A Taxa de Absenteísmo alcançou uma média elevada de 2,6%, com um aumento de 24% em relação ao ano de 2009. Esta taxa, que já estava em um nível elevado em 2008, pode ser um reflexo preocupante de dupla jornada de trabalho, quando comparados estes dados com estudos realizados em alguns hospitais da ANAHP e que podem ser encontrados no livro "Melhores Práticas de Gestão de Pessoas", publicado pela Associação em 2010.

Tabela 5 – Taxa de Absenteísmo

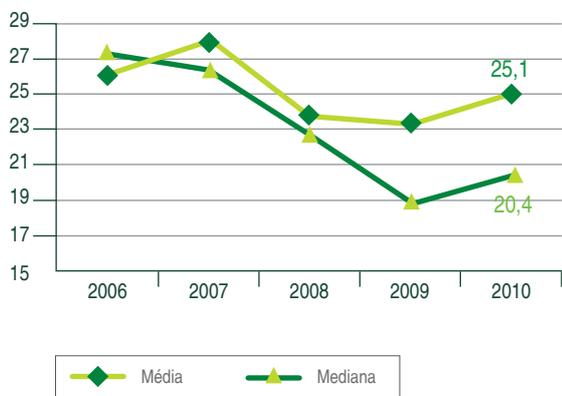
	2006	2007	2008	2009	2010
Média	1,8%	1,9%	2,1%	2,1%	2,6%
Mediana	1,6%	1,4%	1,3%	1,9%	2,0%



O aumento das horas de treinamento dos funcionários em 2010 pode indicar uma solução adotada pelos hospitais para este tipo de problema.

Tabela 6 – Horas de Treinamento (em horas por ano)

	2006	2007	2008	2009	2010
Média	26,0	28,0	23,8	23,4	25,1
Mediana	27,4	26,4	22,8	18,9	20,4

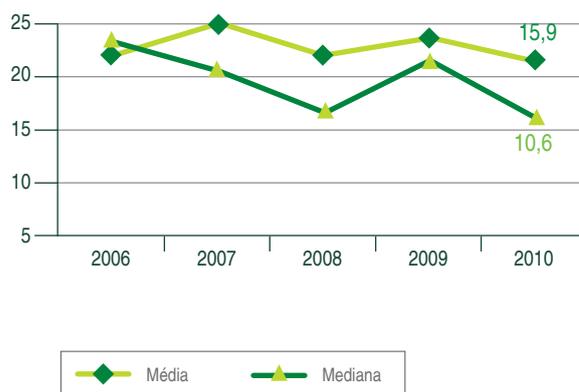


Vale ressaltar que há uma grande variável de situações que também podem interferir de forma negativa neste indicador. Tais causas são objeto de outros estudos nos setores de Gestão de Pessoas em hospitais da ANAHP e que oportunamente serão analisados e divulgados.

O índice de Acidentes de Trabalho com Afastamento reverteu a tendência de alta observada de 2008 para 2009 e se estabeleceu nos menores patamares dos últimos cinco anos, caindo para a média de 16 por milhão de horas trabalhadas, ante 18 eventos alcançados no período anterior. A mediana deste índice apontou uma queda ainda maior, de 15,8 para 11 eventos por milhão de horas trabalhadas, uma redução de 30%.

Tabela 7 – Acidentes de Trabalho com Afastamento (nº de acidentes por 1.000.000 de horas)

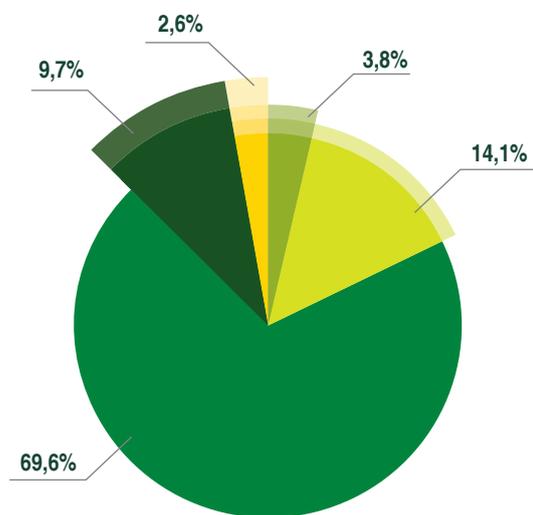
	2006	2007	2008	2009	2010
Média	16,3	19,4	16,4	18,0	15,9
Mediana	17,6	14,7	11,0	15,8	10,6



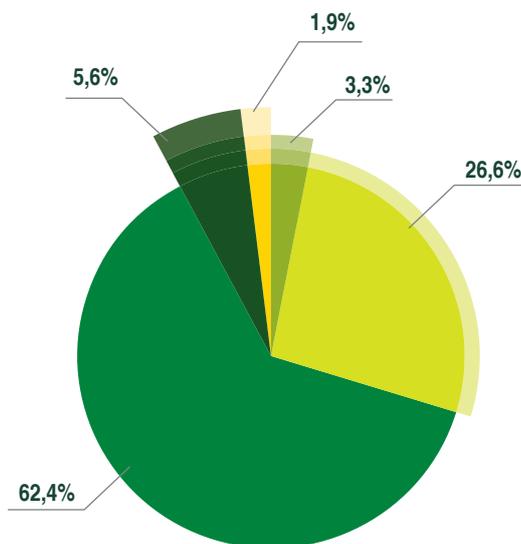
Como já mencionado no início desta análise, o dado mais notável de mudanças no setor hospitalar desde o ano de 2008 está relacionado à mudança do nível de escolaridade dos colaboradores, na qual houve um incremento de 2% na escolaridade de pós-graduação completa e de 36% no nível de escolaridade superior completa, em contraste com a queda dos demais níveis de escolaridade e uma marcada diminuição dos colaboradores que apresentavam índices de escolaridade de ensino fundamental incompleto (32%). Somado à queda no total de funcionários com escolaridade inferior ao ensino médio completo esta redução alcança 43%. A qualidade e a quantidade de informações do Projeto SINHA têm sido monitoradas com muito mais rigor nos últimos anos, para que seja possível uma análise mais exata das causas e relações destes indicadores, de tal forma que estes possam ser utilizados também como ferramentas objetivas de transformação destas taxas em níveis cada vez maiores de qualificação, proporcionando um incremento de qualidade dos serviços prestados.

Nível de Escolaridade

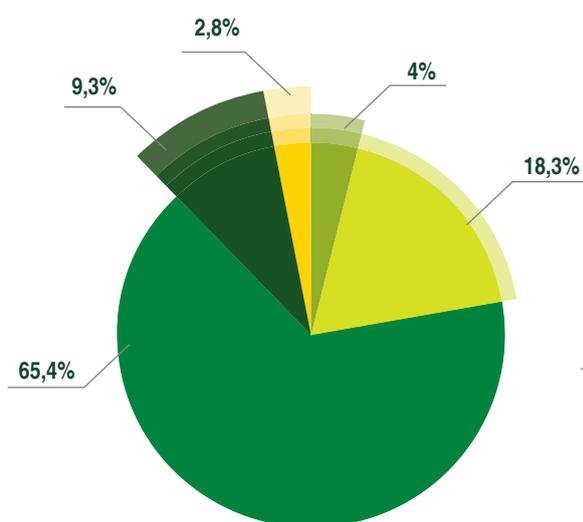
(por região 2010)



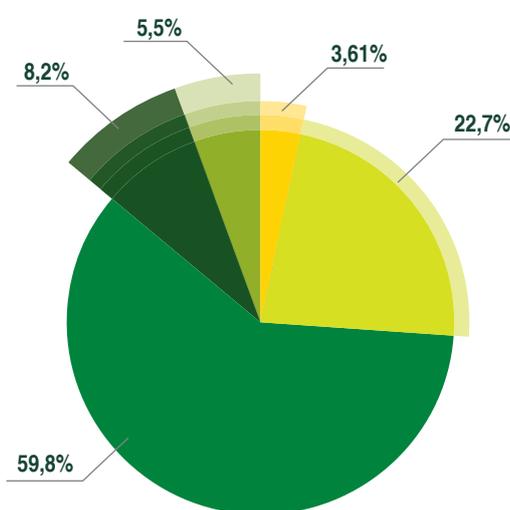
Região Centro-Oeste



Região Nordeste



Região Sul



Região Sudeste

- ▶ Pós-Graduação completo
- ▶ Superior completo
- ▶ Ensino Médio completo
- ▶ Ensino Fundamental completo
- ▶ Ensino Fundamental incompleto

Fonte: SINHA, 2010



Gestão Assistencial

Incentivar, apoiar e disseminar a excelência da Prática Clínica nos hospitais associados e no mercado de saúde



Os processos de acreditação e a participação no Projeto Melhores Práticas Assistenciais têm impacto no aprimoramento dos registros dos diagnósticos tanto nos prontuários quanto nos sistemas de informação.

O Projeto Melhores Práticas Assistenciais (PMPA) é uma das iniciativas da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) que tem como escopo incentivar, apoiar e disseminar a excelência da prática clínica nos hospitais associados e no mercado de saúde.

Com início em 2003, o Projeto visa implantar protocolos clínicos baseados em evidências e disseminar boas práticas entre os associados. A partir de 2007, foi incorporado um conjunto de dados e indicadores monitorados mensalmente para avaliação do desempenho assistencial dos hospitais, incluindo o monitoramento de protocolos clínicos para determinadas doenças.

Durante o ano de 2010, o Projeto realizou seis reuniões, com participação intensa dos diretores técnicos e equipes técnicas dos hospitais. Três dos encontros ocorreram fora da sede da ANAHP, no Hospital Vita Curitiba, no Hospital Copa D'Or e no Hospital São Camilo Pompeia.

Um dos aspectos que diferencia e qualifica o trabalho destes projetos é o envolvimento dos diretores técnicos e a contribuição das equipes técnicas dos hospitais associados. Tal contribuição é o principal ganho dos projetos e tem papel determinante na construção do sistema de acompanhamento e na implantação de melhorias decorrentes deste trabalho. Desde 2004, 24 hospitais enviam dados regularmente e têm atuação destacada no desenvolvimento das atividades.

Desde janeiro de 2011, a ANAHP conta com 43 hospitais associados. A estrutura desses hospitais e respectiva complexidade caracterizam estas instituições como hospitais de grande porte (entre 150 e 500 leitos) ou porte extra (acima de 500 leitos) em sua maioria (81%), e o restante, de porte médio. Considerando a portaria do Ministério da Saúde Portaria nº 2224 – MS), que classifica os hospitais e pontua segundo padrões de complexidade



assistencial; tipo e volume de leitos de terapia intensiva; número de salas cirúrgicas e atenção a gestação de alto risco, 75% dos hospitais apresentam maiores pontuações nestes quesitos e se enquadram em porte 4, estrato de maior complexidade na estrutura assistencial ofertada.

Reforçando estas características, em pesquisa realizada no início de 2011 e respondida por 35 hospitais associados, 49% destes contam com Institutos de Ensino e Pesquisa e 34% dispõem de centros de ensino e pesquisa (83% no total), o que denota o grande investimento em produção de conhecimento nestes hospitais e importante papel na capacitação de recursos humanos, em especial na formação de médicos residentes. Nesta investigação, foi observado que 66% dos hospitais desenvolvem programas de ensino voltados predominantemente à habilitação de médicos especialistas e enfermeiros em vários campos de atuação especializada. Na comparação com o mesmo tipo de avaliação em anos anteriores, estas atividades cresceram nos hospitais.

Os diretores técnicos nos hospitais têm trabalhado de forma integrada, construindo um cenário diferenciado de gestão do corpo clínico dos hospitais, o que tem permitido avanços na implantação de boas práticas assistenciais e alcance de metas de segurança e qualidade preconizadas pelo Institute for Healthcare Improvement.

Alguns fatores têm contribuído para transformar a cultura das organizações, aumentando a eficiência dos protocolos clínicos e a efetividade para os pacientes. Entre eles, a definição de diretrizes de atuação para a Organização do Corpo Clínico, bem como a avaliação de desempenho dos profissionais, além da utilização de critérios de qualidade e segurança e o envolvimento dos times assistenciais sob a liderança dos médicos na implantação e monitoramento dos protocolos clínicos estabelecidos.

O Projeto Melhores Práticas Assistenciais compila dados e indicadores desde janeiro de 2007. Ao longo deste período, foram incluídos critérios de avaliação de acordo com a necessidade de aprimoramento das análises, levando em conta a maior capacidade de informação

dos hospitais e buscando atender metas de qualidade e segurança estabelecidas na literatura internacional.

Na série analisada a qualidade das informações registradas nos sistemas de informação dos hospitais no que tange aos diagnósticos no momento da alta hospitalar foi progressivamente aprimorada. No início da série, 26% dos casos não tinham informação registrada; já em 2010, este índice caiu para apenas 5%, aproximadamente.

Os processos de acreditação e a participação no Projeto Melhores Práticas Assistenciais têm impacto no aprimoramento dos registros dos diagnósticos, tanto nos prontuários quanto nos sistemas de informação.

Um dos indicadores utilizados para avaliar a qualidade do registro clínico dos diagnósticos é a Taxa de Diagnósticos inespecíficos (proporção de casos incluídos no capítulo Sinais e Sintomas). Ao longo do período, observa-se crescimento desta taxa, sendo que, nos últimos anos, têm-se mantido em torno de 6% do volume de saídas hospitalares. O contingente é significativo e deve ser reduzido, pois, quanto maior a precisão do registro clínico, menor o risco assistencial. Investimentos em capacitação de recursos humanos habilitados nos Serviços de Arquivo Médico, exclusão dos médicos do processo de codificação e ampliação de utilização dos dados clínicos na gestão podem modificar radicalmente este resultado. Deste modo, há ganhos para o patrimônio clínico das organizações e para a segurança de cada paciente em particular.

Em todo o período, 12 grandes grupos de diagnósticos responderam por 80% a 90% da demanda dos hospitais: Gravidez, Parto e Puerpério, Neoplasias (câncer), Doenças do Aparelho Digestivo, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Geniturinário, Doenças do Aparelho Respiratório, Sinais e Sintomas, Fatores (motivos de procura que não são doenças, como procedimentos específicos – retirada de pinos e parafusos em ortopedia, fechamento de colostomia, e recém-nascidos normais), Doenças do Aparelho Osteomuscular, Lesões e Envenenamentos (fraturas e lesões decorrentes de acidentes e causas externas), Moléstias Infecciosas e Doenças Perinatais.

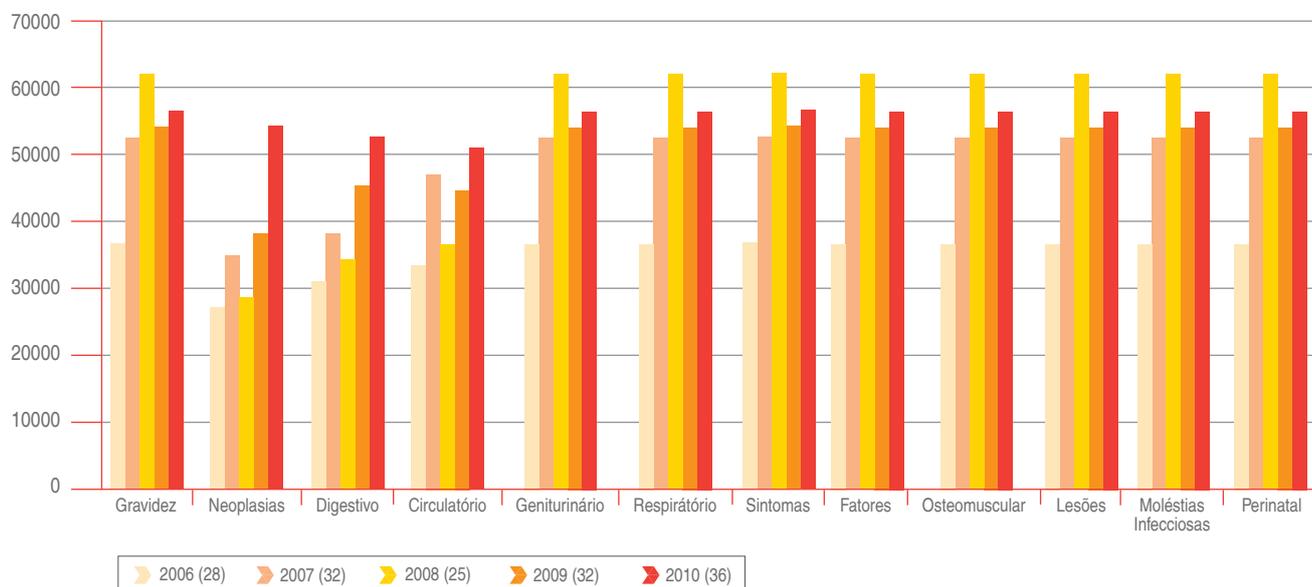


Tabela 1 – Distribuição Anual das Saídas Hospitalares Segundo Diagnóstico Principal por capítulo da CID
(Hospitais ANAHP – 2004 a 2010)

Capítulo CID	Ano										Var. 09/10
	2006 (28)		2007 (32)		2008 (25)		2009 (32)		2010 (36)		
	Nº	%									
Gravidez	36,866	11.4	51,983	12.4	61,023	16.6	53,125	12.1	54,771	11.1	3.1
Neoplasias	27,342	8.5	34,718	8.3	29,648	8.1	37,361	8.5	53,256	10.8	42.5
Digestivo	30,639	9.5	38,959	9.3	34,317	9.3	44,317	10.1	52,336	10.6	18.1
Circulatório	36,308	11.2	45,644	10.9	37,402	10.2	44,525	10.2	51,534	10.4	15.7
Geniturinário	29,101	9.0	39,122	9.3	37,673	10.2	46,561	10.6	49,989	10.1	7.4
Respiratório	23,531	7.3	28,945	6.9	26,440	7.2	32,687	7.5	35,803	7.2	9.5
Sintomas	16,778	5.2	22,080	5.3	21,713	5.9	26,240	6.0	29,155	5.9	11.1
Fatores	5,869	1.8	22,809	5.4	28,461	7.7	21,261	4.9	28,073	5.7	32.0
Osteomuscular	16,742	5.2	20,884	5.0	21,299	5.8	24,450	5.6	27,315	5.5	11.7
Lesões	15,797	4.9	22,212	5.3	20,226	5.5	25,121	5.7	27,125	5.5	8.0
Moléstias Infecciosas	9,158	2.8	10,081	2.4	8,607	2.3	9,471	2.2	12,627	2.6	33.3
Perinatal	6,753	2.1	10,567	2.5	11,948	3.3	8,549	2.0	10,676	2.2	24.9
Endócrino	6,441	2.0	8,339	2.0	6,656	1.8	8,264	1.9	10,470	2.1	26.7
Sistema Nervoso	7,150	2.2	8,663	2.1	6,815	1.9	8,373	1.9	9,909	2.0	18.3
Pele	3,340	1.0	4,548	1.1	4,055	1.1	4,766	1.1	5,109	1.0	7.2
Congênitas	2,415	0.7	3,137	0.7	2,943	0.8	3,458	0.8	3,907	0.8	13.0
Olhos e anexos	3,359	1.0	3,656	0.9	2,978	0.8	2,943	0.7	2,689	0.5	-8.6
Sangue	1,668	0.5	2,004	0.5	1,812	0.5	2,005	0.5	2,217	0.4	10.6
Ouvido	1,366	0.4	1,704	0.4	1,471	0.4	1,665	0.4	2,096	0.4	25.9
Mental	1,057	0.3	1,282	0.3	1,003	0.3	1,145	0.3	1,307	0.3	14.1
Sem informação	41,612	12.9	38,806	9.2	1,086	0.3	31,189	7.1	24,380	4.9	-21.8
Total	323,292	100.0	420,143	100.0	367,576	100.0	437,476	100.0	494,744	100.0	13.1

Gráfico 1 – Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Principais Diagnósticos

(capítulo CID - 10ª revisão) – Hospitais ANAHP – 2005 a 2010



Para cada grupo diagnóstico observam-se tendências diferentes ao longo do tempo. Entre 2010 e 2009, há variação de 13% no volume de internações. Porém, parte desta variação deve-se à entrada de novos hospitais. Quando excluído o movimento destes novos hospitais, o crescimento é de 6% na variação anual. Comparando-se o volume de saídas de 2010 com o de 2006, entre os 24 hospitais que enviaram dados regularmente o crescimento das internações foi de aproximadamente 16% no período (cerca de 3% ao ano).

Neoplasias, Doenças do Aparelho Digestivo e Doenças do Aparelho Geniturinário lideram entre os diagnósticos que exigem intervenções cirúrgicas eletivas. As Doenças do Aparelho Circulatório, Respiratório e as Moléstias Infecciosas encabeçam os motivos de internação para tratamento clínico de forma predominante.

As internações classificadas como Lesões e Envenenamentos são principalmente eventos agudos em geral relacionados a causas externas, como queda, acidentes e contusões atendidos na emergência por ortopedistas. As Doenças do Aparelho Osteomuscular são, na maioria, casos de patologias com evolução crônica que exigem intervenções cirúrgicas eletivas visando ao diagnóstico ou tratamento.

É interessante analisar o movimento de Gravidez, Parto e Puerpério, em conjunto com o capítulo Doenças Perinatais. Esses capítulos estão relacionados à assistência materno-infantil ou Perinatologia. Vale chamar a atenção para o grupo Fatores. Em alguns hospitais, os sistemas de informação registram prontuários separados para os recém-nascidos normais. Por esta razão, no grupo de menores de 15 anos o grande volume de registros é relacionado aos recém-nascidos normais.

Nos últimos anos observa-se, em relação à área de Perinatologia, deslocamento da idade da primeira gestação na população feminina. Essa mudança sociocultural, comprovada por dados obtidos a partir das declarações de nascidos para o conjunto da população (crescem o número de primigestas acima de 30 anos e declina a proporção de grávidas na faixa dos 20 a 29 anos, ainda que este grupo na população seja predominante), é mais evidente quando selecionado o grupo de maior escolaridade e melhor condição socioeconômica, cuja cobertura por assistência suplementar também é mais significativa.

O impacto desta mudança implica, de um lado, o maior risco (maior prevalência de comorbidades e complicações) para mãe e criança durante a gestação, necessitando de um melhor acompanhamento no pré-natal; e, de outro, maiores chances de prematuridade e complicações durante o parto. Outro aspecto a ser ressaltado é o crescimento das intervenções de fertilização in vitro, realizadas geralmente em mulheres acima dos 30 anos, que contribuem para aumento da gemelaridade e da prematuridade.

Para corroborar as afirmações acima se apresenta na Tabela 2 e no Gráfico 2 a distribuição por sexo e faixa etária dos pacientes internados nos hospitais da ANAHP em 2009 e 2010. Na análise dos diagnósticos segundo faixa etária, pode-se observar que, tanto em 2009 como em 2010, o grupo de mulheres na faixa de 30 a 44 anos é bem mais numeroso que o de 15 a 29 anos. Este achado não é semelhante ao observado na população em geral, mesmo ajustando-se para o grupo de maior escolaridade. Isto indica, portanto, que os hospitais associados são referência para atenção de gestantes de alto risco e recém-nascidos prematuros, de baixo peso, os quais exigem manejo crítico em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.



As mulheres predominam de forma mais significativa na faixa reprodutiva. Nos menores de 15 anos e na faixa de 60 a 74 anos os homens representam o maior grupo. As informações de sexo e idade ignorados aparecem em pequena proporção, mas evidenciam inconsistências nos registros de cadastro nos sistemas. Estas não conformidades devem ser corrigidas para aumentar a confiabilidade das bases de dados e diminuir as inadequações dos cadastros no sistema de informação.

Tabela 2 – Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Sexo e Faixa Etária
(Hospitais ANAHP – 2009)

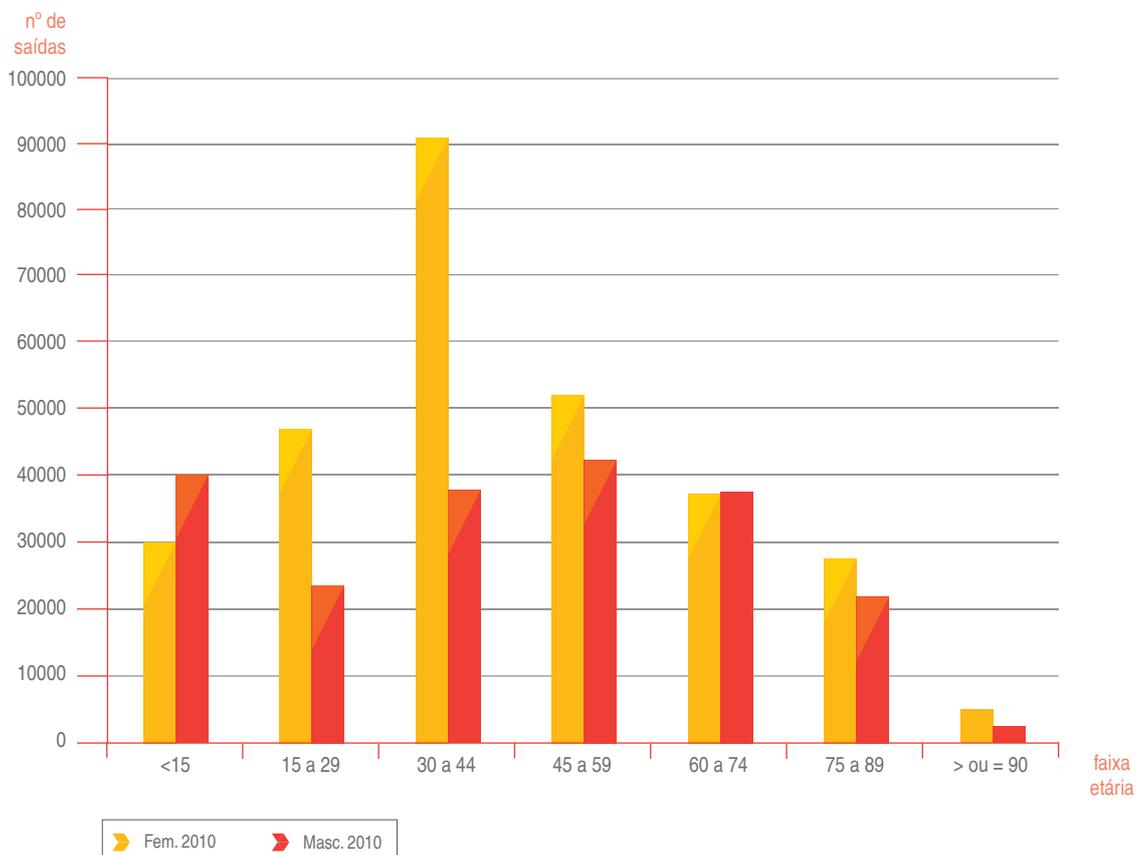
Faixa etária (em anos)	2009 (32)							
	Sexo						Total	
	Fem.		Masc.		Ign			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Total	%
< 15	23.065	8,8	31.399	17,8	26	20,0	54.490	12,5
15 a 29	46.152	17,7	21.219	12,1	15	11,5	67.386	15,4
30 a 44	83.807	32,1	31.480	17,9	30	23,1	115.317	26,4
45 a 59	46.998	18,0	37.512	21,3	29	22,3	84.539	19,3
60 a 74	33.064	12,7	32.618	18,5	21	16,2	65.703	15,0
75 a 89	24.197	9,3	19.526	11,1	7	5,4	43.730	10,0
> ou = 90	3.558	1,4	1.711	1,0	1	0,8	5.270	1,2
Sem informação	525	0,2	515	0,3	1	0,8	1.041	0,2
Total	261.366	100,0	175.980	100,0	130	100,0	437.476	100,0

Tabela 3 – Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Sexo e Faixa Etária
(Hospitais ANAHP – 2010)

Faixa etária (em anos)	2010 (36)							
	Sexo						Total	
	Fem.		Masc.		Ign			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Total	%
< 15	30.263	10,5	39.817	19,4	12	15,6	70.092	14,2
15 a 29	46.451	16,1	23.817	11,6	13	16,9	70.281	14,2
30 a 44	90.441	31,3	42.502	18,0	15	19,5	127.363	25,7
45 a 59	52.068	18,0	37.585	20,7	21	27,3	94.591	19,1
60 a 74	37.205	12,9	32.618	18,3	11	14,3	74.801	15,1
75 a 89	27.474	9,5	21.884	10,6	4	5,2	49.362	10,0
> ou = 90	4.373	1,5	2.105	1,0	0	0,0	6.478	1,3
Sem informação	883	0,3	892	0,4	1	1,3	1.776	0,4
Total	289.158	100,0	205.509	100,0	77	100,0	494.744	100,0

Faixa etária (em anos)	Var. 10/09
< 15	28,6
15 a 29	4,3
30 a 44	10,4
45 a 59	11,9
60 a 74	13,8
75 a 89	12,9
> ou = 90	22,9
Sem informação	70,6
Total	13,1

Gráfico 2 – Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Sexo e Faixa Etária
(Hospitais ANAHP – 2010)



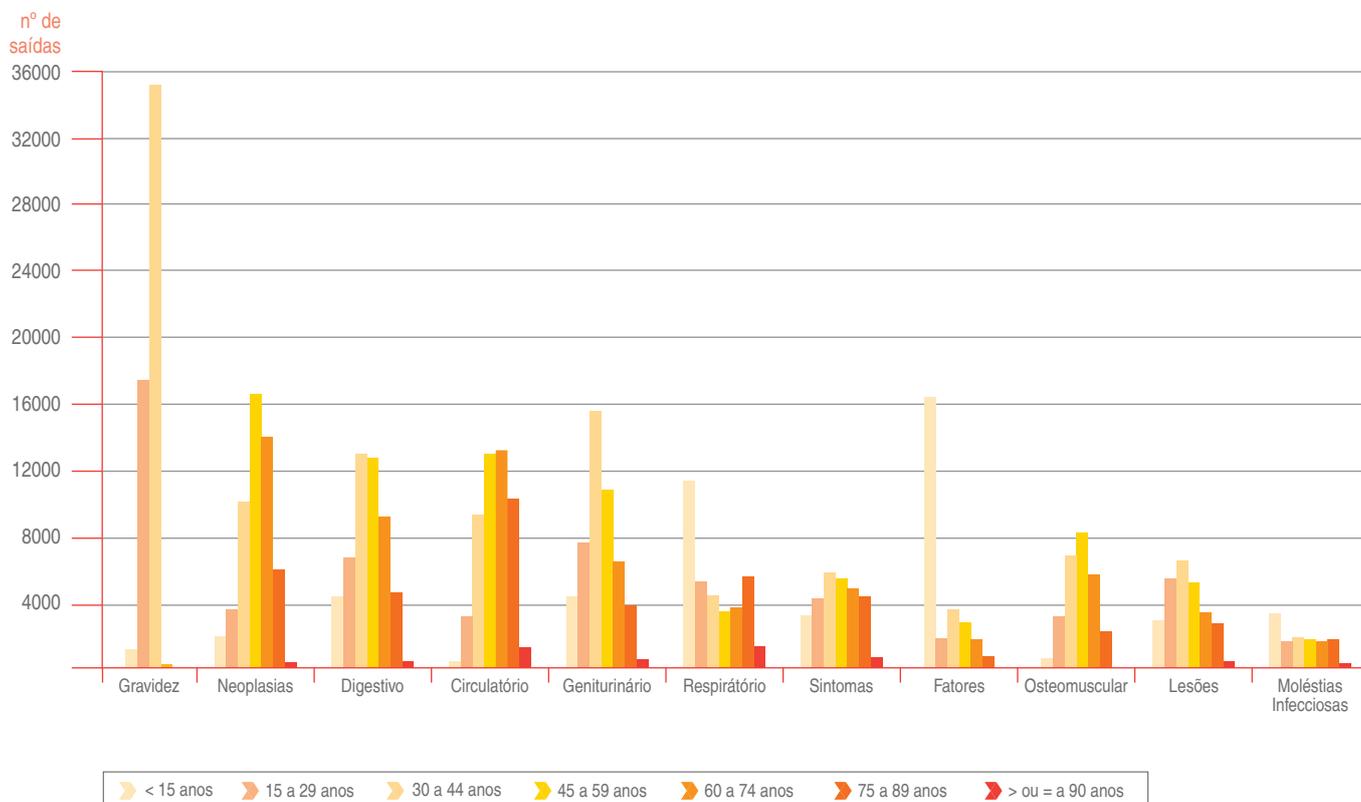
É interessante observar a proporção de mulheres na faixa de 30 a 44 anos internadas por motivo de gravidez, parto e puerpério. Esta observação reforça as afirmações anteriores. Na faixa de 15 a 29 anos e de 30 a 44 anos, as Doenças do Aparelho Geniturinário e as Doenças do Aparelho Digestivo também são frequentes como causas de internação. Os procedimentos mais comuns no Aparelho Digestivo são: colecistectomia videolaparoscópica e tratamento de herniorrafia inguinal. (Tabela 3 e Gráfico 3). Nos menores de quinze anos, fatores e Doenças Perinatais predominam, seguidas das Doenças do Aparelho

Respiratório. As Doenças do Aparelho Circulatório, as neoplasias e as Doenças do Aparelho Osteomuscular estão concentradas nos grupos etários acima de 45 anos – com grande frequência acima dos 50 anos. As Doenças do Aparelho Circulatório são a principal causa de internação na faixa de 75 a 89 anos, sendo as Doenças Isquêmicas do Coração, a Insuficiência Cardíaca Congestiva e as Doenças Cerebrovasculares as principais patologias que acometem este grupo. No grupo etário acima de 90 anos as Doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório são os principais agravos que determinam as internações.



Gráfico 3 – Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Principais Diagnósticos e Faixa Etária

(capítulo CID – 10ª revisão) – Hospitais ANAHP – 2010



Na tabela 4 apresentamos o Tempo Médio de Permanência (TMP) segundo diagnóstico, agrupados em capítulos (Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão) e no Gráfico 4 os TMP, segundo diagnósticos mais frequentes. O Tempo Médio de Permanência geral dos hospitais associados tem se mantido em 4,2 dias nos últimos anos. Podem-se agrupar os diagnósticos em três grandes grupos na avaliação de TMP. O primeiro grupo é Gravidez, Fatores, Geniturinário, Doenças do Aparelho Digestivo e Doenças do Aparelho Osteomuscular cujo TMP varia entre 2,5 e 3 dias. Procedimentos obstétricos e cirúrgicos puxam o tempo de permanência para baixo. Entre os diagnósticos relacionados a procedimentos cirúrgicos, os que afetam o aparelho geniturinário apresentam menor tempo médio de permanência.

O segundo grupo de Tempo Médio de Permanência é o grupo de Doenças do Aparelho Circulatorio e Doenças do Aparelho Respiratório, seguida pelas Neoplasias e Sintomas. O TMP variou de 4 a 6 dias, sendo que as Doenças do Aparelho Respiratório têm apresentado tendência de aumento para 6 dias. O capítulo *Sinais e Sintomas e Afecções mal definidas* em que estão os diagnósticos inespecíficos deve ser reduzido, aumentando o detalhamento e especificação dos registros clínicos. Com investimentos em aprimoramento da precisão dos registros clínicos nos sistemas de informação, a recuperação

das informações clínicas para pesquisa e a segurança para os pacientes e para o hospital ganham significativamente. A meta é conseguir que passem a representar cerca de 2% do total de diagnósticos de alta dos hospitais.

O terceiro grupo são o das Doenças Perinatais e as Moléstias Infecciosas, cujo TMP variou de 5 a 8 dias, com maior peso das Doenças Perinatais. Ainda que este grupo represente cerca de 5% da demanda, sua contribuição no TMP é significativa. O manejo dos recém-nascidos patológicos, a garantia de cuidados críticos de excelência e a assistência domiciliar para estas crianças têm sido alternativas para o aprimoramento do cuidado deste grupo de pacientes. Em relação a Moléstias Infecciosas, o manejo da Sepsis, em especial a implantação de protocolos de Sepsis nos hospitais associados, tem contribuído para diminuir o TMP e melhorar a assistência oferecida nestes casos, como poderá ser demonstrado nos dados do Projeto Melhores Práticas Assistenciais. Outro aspecto essencial é o controle das infecções hospitalares, que também tem sido objeto do trabalho intenso nos hospitais e que evidencia resultados muito positivos. Um dos aspectos a ser ressaltado é o do manejo criterioso dos antibióticos, assim como a perspectiva cada vez mais frequente de dar alta precoce, fornecendo os antibióticos até o término do tratamento ou acompanhando estes pacientes em hospital-dia.

O mais novo instituto de treinamento na área de saúde da América Latina.

A Johnson & Johnson desenvolveu um instituto que oferece os mais avançados treinamentos em equipamentos médicos e procedimentos diagnósticos para profissionais de saúde da América Latina. São 4.500 m² que oferecem sala de cirurgia com tecnologia de última geração, salas de cirurgia adicionais com equipamentos de laparoscopia de alta definição, equipamentos de simulação virtual, sistema de videoconferência, auditório, além de outras inovações. Johnson & Johnson Medical Innovation Institute. **Excelência em saúde.**

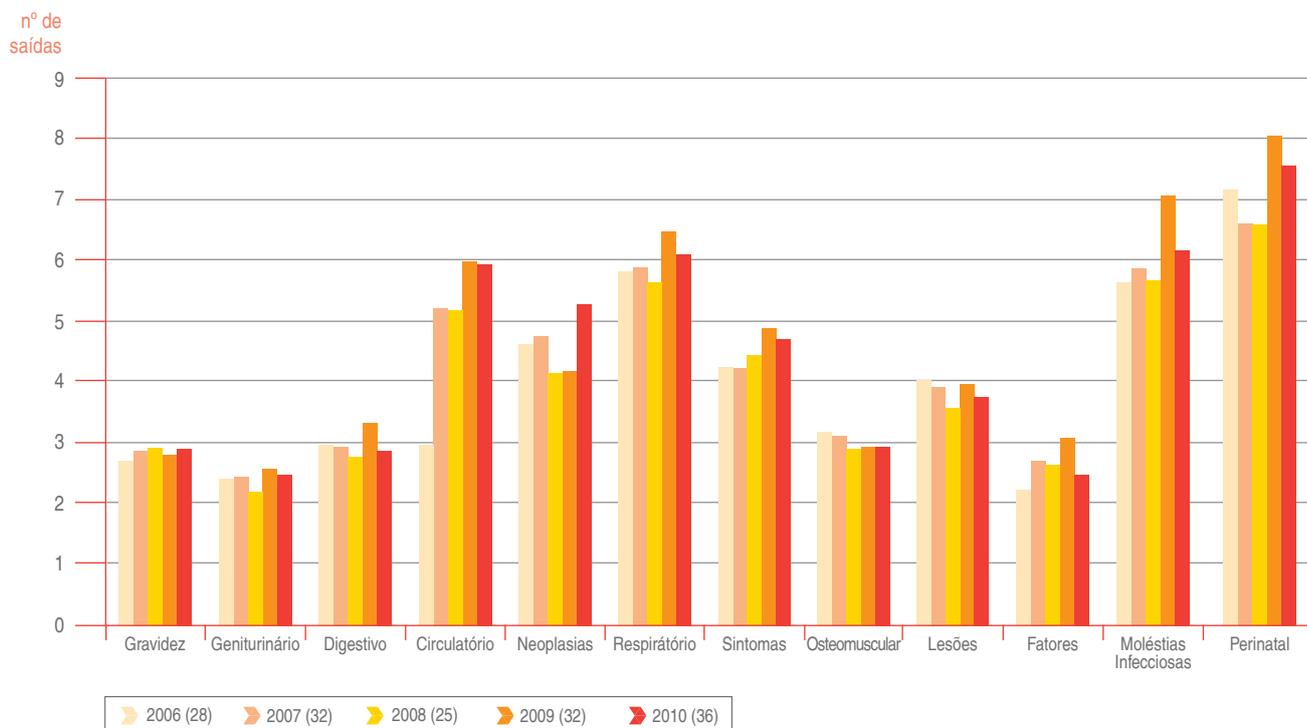
Johnson & Johnson Medical Innovation Institute
Rua Agostinho Cantu, 214 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3030-8800 - e-mail: innovationinstitute@its.jnj.com

Johnson & Johnson
MEDICAL INNOVATION INSTITUTE

Tabela 4 – Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Principais Diagnósticos
(capítulo CID – 10ª revisão) – Tempo Médio de Permanência (TMP) – Hospitais ANAHP – 2005 a 2010

Capítulo	2006 (28)			2007 (32)			2008 (25)			2009 (32)			2010 (36)		
	Nº	%	TMP												
Gravidez	36,866	11.4	2.7	51,983	12.4	2.8	61,023	16.6	2.9	53,125	12.1	2.8	54,771	11.1	2.9
Geniturinário	29,101	9.0	2.4	39,122	9.3	2.5	37,673	10.2	2.2	46,561	10.6	2.6	49,989	10.1	2.5
Digestivo	30,639	9.5	3.0	38,959	9.3	2.9	34,317	9.3	2.8	44,317	10.1	3.3	52,336	10.6	2.9
Circulatório	36,308	11.2	5.4	45,644	10.9	5.2	37,402	10.2	5.2	44,525	10.2	6.0	51,534	10.4	5.9
Neoplasias	27,342	8.5	4.6	34,718	8.3	4.8	29,648	8.1	4.2	37,361	8.5	4.2	53,256	10.8	5.3
Respiratório	23,531	7.3	5.8	28,945	6.9	5.9	26,440	7.2	5.6	32,687	7.5	6.5	35,803	7.2	6.1
Sintomas	16,778	5.2	4.2	22,080	5.3	4.2	21,713	5.9	4.4	26,240	6.0	4.9	29,155	5.9	4.7
Osteomuscular	16,742	5.2	3.2	20,884	5.0	3.1	21,299	5.8	2.9	24,450	5.6	2.9	27,315	5.5	2.9
Lesões	15,797	4.9	4.0	22,212	5.3	3.9	20,226	5.5	3.6	25,121	5.7	4.0	27,125	5.5	3.8
Fatores	5,869	1.8	2.2	22,809	5.4	2.7	28,461	7.7	2.6	21,261	4.9	3.1	28,073	5.7	2.5
Moléstias Infecciosas	9,158	2.8	5.6	10,081	2.4	5.9	8,607	2.3	5.7	9,471	2.2	7.1	12,627	2.6	6.2
Perinatal	6,753	2.1	7.2	10,567	2.5	6.6	11,948	3.3	6.6	8,549	2.0	8.1	10,676	2.2	7.6
Sistema Nervoso	7,150	2.2	5.5	8,663	2.1	5.6	6,815	1.9	5.7	8,373	1.9	6.4	9,909	2.0	5.8
Endócrino	6,441	2.0	4.6	8,339	2.0	4.4	6,656	1.8	4.2	8,264	1.9	5.1	10,470	2.1	4.4
Pele	3,340	1.0	4.9	4,548	1.1	5.0	4,055	1.1	4.4	4,766	1.1	5.8	5,109	1.0	5.9
Congênitas	2,415	0.7	6.6	3,137	0.7	5.1	2,943	0.8	5.1	3,458	0.8	6.1	3,907	0.8	5.4
Olhos e anexos	3,359	1.0	0.5	3,656	0.9	0.9	2,978	0.8	0.6	2,943	0.7	1.2	2,689	0.5	1.5
Sangue	1,668	0.5	4.9	2,004	0.5	4.9	1,812	0.5	4.8	2,005	0.5	6.4	2,217	0.4	5.5
Ouvido	1,366	0.4	1.8	1,704	0.4	1.9	1,471	0.4	2.2	1,665	0.4	2.5	2,096	0.4	2.3
Mental	1,057	0.3	12.9	1,282	0.3	9.2	1,003	0.3	10.9	1,145	0.3	10.6	1,307	0.3	10.4
Sem informação	41,612	12.9	3.9	38,806	9.2	2.5	1,086	0.3	7.7	31,189	7.1	3.3	24,380	4.9	4.1
Total	323.292	100.0	4,6	420.143	100.0	4,4	367.576	100.0	4,3	437.476	100.0	4,3	494.744	100.0	4,2

Gráfico 4 – Distribuição Anual do Tempo Médio de Permanência Segundo Principais Diagnósticos
(capítulo CID – 10ª revisão) – Hospitais – 2005 a 2010



O monitoramento dos indicadores permite evidenciar a qualidade dos processos na assistência e os resultados do trabalho de gestão da prática clínica nos hospitais da ANAHP, representando uma iniciativa pioneira na transparência das informações no setor privado. O sistema de monitoramento implantado desde janeiro de 2007 é o primeiro sistema de gestão da qualidade assistencial para determinadas doenças denominadas traçadoras do processo assistencial. Isto é, são doenças nas quais existem padrões de boas práticas consagrados na literatura, o itinerário diagnóstico e terapêutico dos pacientes portadores desta afecção está diretamente relacionado a resultados assistenciais e tem grande relevância na assistência. Entre os indicadores que vêm sendo acompanhados, destacam-se os seguintes:

Indicadores de Desempenho Assistencial

- ✦ Taxa de Ocupação Geral (Paciente-dia/Leitos-dia Operacionais*100) – e de UTI Adulto
- ✦ Média de Permanência (Pacientes-dia/Saídas)
- ✦ Índice de Giro (Saídas/Leitos Operacionais)
- ✦ Intervalo de Substituição ($100 - \text{Tx Ocupação} * \text{Média de Permanência} / \text{Taxa de Ocupação}$)
- ✦ Taxa de Pacientes Submetidos a Procedimentos Cirúrgicos (Pacientes Cirúrgicos/Saídas*100)
- ✦ Índice de Cirurgias por Paciente ($\text{n}^\circ \text{ de Cirurgias} / \text{Pacientes Cirúrgicos}$)
- ✦ Taxa de Mortalidade Cirúrgica ($\text{n}^\circ \text{ de Óbitos Cirúrgicos} / \text{Pacientes Cirúrgicos} * 100$)
- ✦ Taxa de Mortalidade Institucional ($\text{n}^\circ \text{ Óbitos } \geq 24\text{hs} / \text{Saídas} * 100$)

Estes indicadores refletem dimensões importantes de avaliação: eficiência na gestão do leito operacional, predominância de atividade nos hospitais, complexidade média dos procedimentos cirúrgicos e resultados assistenciais. Ao longo do ano de 2010, 34 hospitais enviaram dados e informações sobre estes indicadores. Os resultados dos dados e indicadores estão apresentados na Tabela 5.

No que diz respeito à eficiência na gestão do leito operacional, os hospitais têm apresentado tendência de crescimento linear das Taxas de Ocupação associado a discreto aumento da média de permanência, mas importante redução do intervalo de substituição, o que tem determinado aumento do giro do leito hospitalar (Tabela 5, Gráficos 5, 6 e 7). O crescimento do volume de internações é significativo, a complexidade assistencial vem crescendo, a gravidade dos pacientes (tendo por referência a mediana de idade dos pacientes, a qual

creceu 5%) é maior e a média de permanência mantém-se entre 4,2 e 4,5 dias. Isso indica uma gestão assistencial voltada para melhor utilização dos leitos em operação. Os dados de média de permanência, acompanhados pelo Projeto mensalmente, são consistentes com os dados

apresentados anteriormente e reforçam a importância da gestão do cuidado em determinados agravos para se conseguir bons resultados clínicos e que causem impacto menor no custo assistencial.

Gráfico 5 – Distribuição Mensal da Média de Permanência e Tendências Linear

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

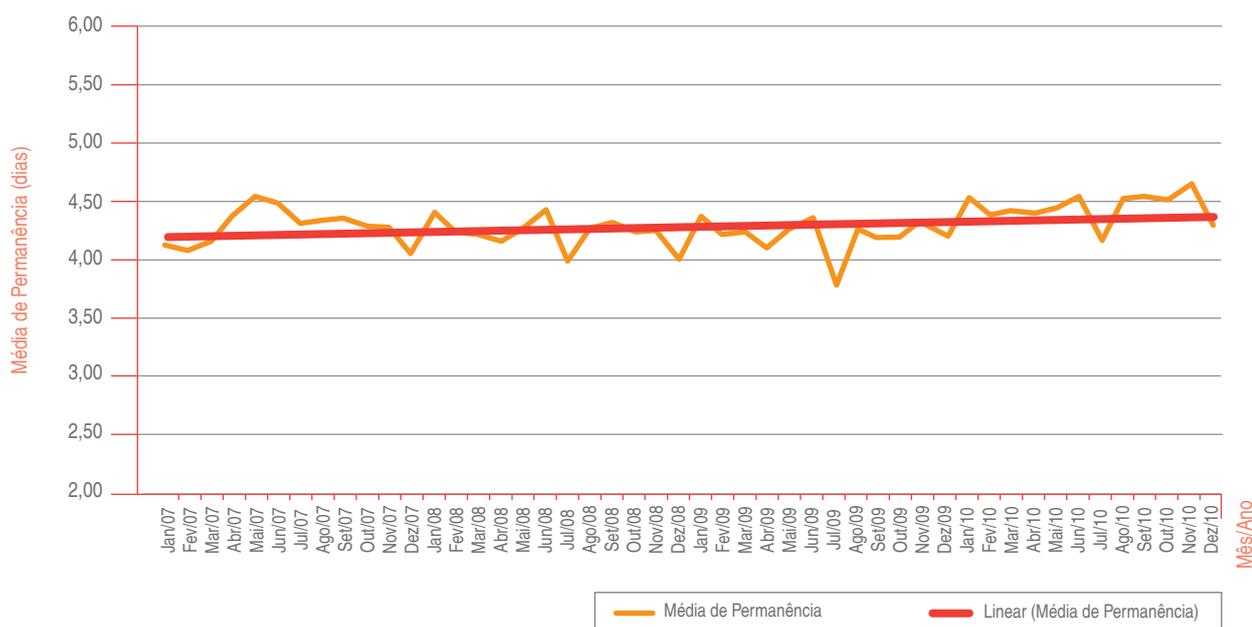


Gráfico 6 – Distribuição Mensal do Índice de Intervalo de Substituição e Tendência Linear

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

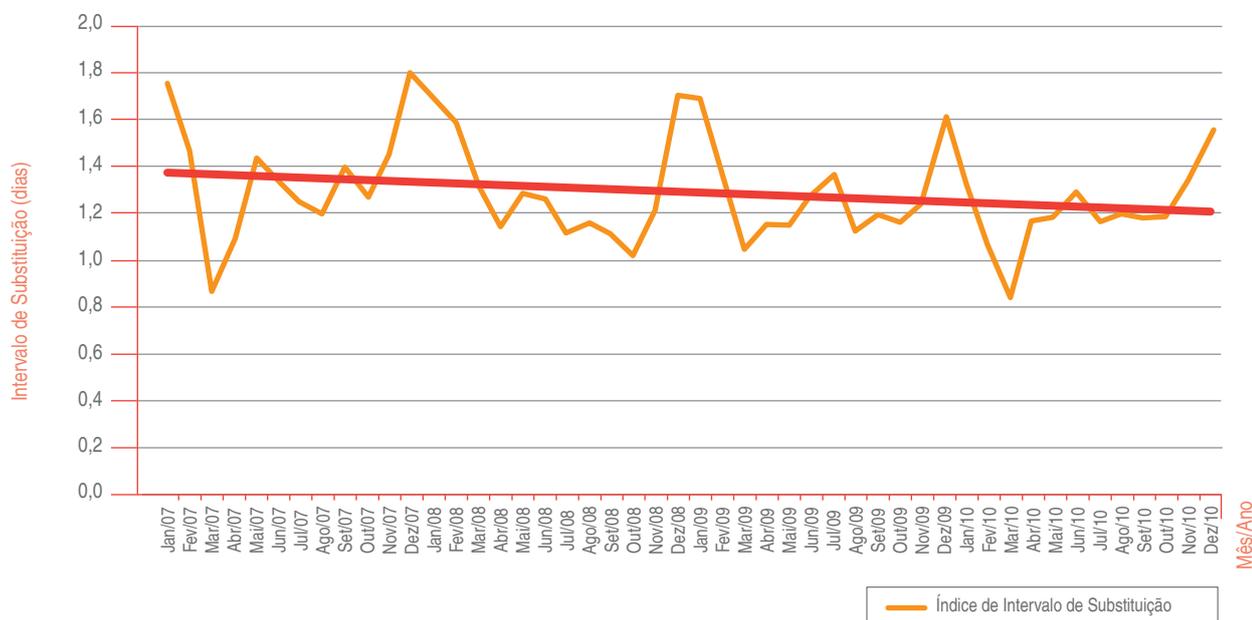
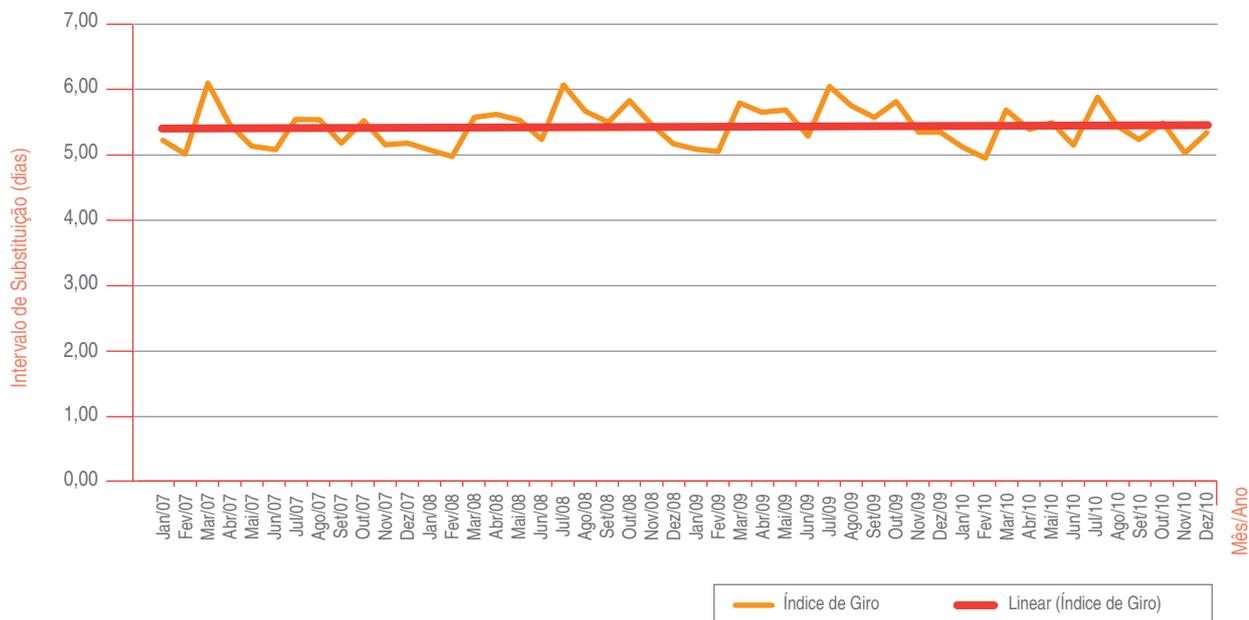


Gráfico 7 – Distribuição Mensal do Índice de Giro e Tendência Linear

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

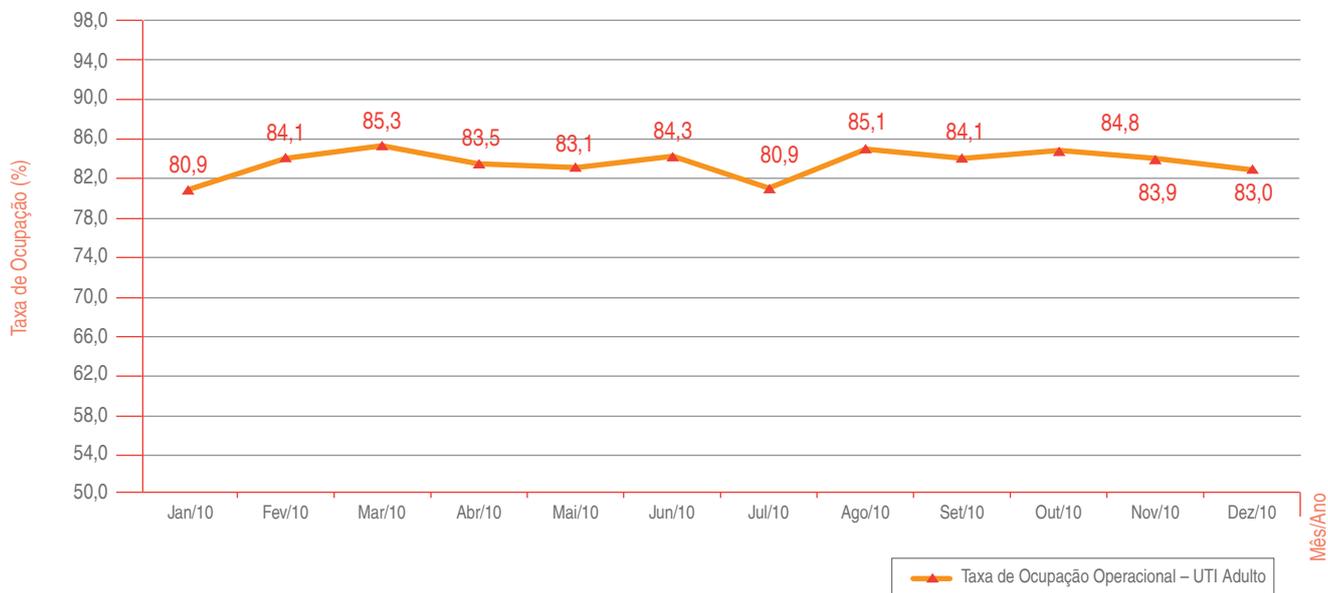


Um aspecto que deve ser considerado com cuidado: as Taxas de Ocupação das Unidades de Terapia Intensiva (adultos). As Taxas de Ocupação das Unidades Críticas para pacientes adultos têm apresentado valores entre 82% a 85% (Gráfico 8). O limite de segurança no ambiente assistencial para qualquer unidade hospitalar é 85% de Taxa de Ocupação. Denota-se aqui grande pressão por leitos críticos. Observa-se nos últimos anos crescimento da oferta de leitos de semi-intensiva. Em alguns hospitais o número de leitos de semi-intensiva é o dobro do número de leitos de

terapia intensiva, evidenciando a importância desse tipo de leito para o cuidado de pacientes cirúrgicos e clínicos de alta complexidade, a ampliando assim a rotatividade dos leitos de terapia intensiva. Atualmente, nos hospitais associados, os leitos de terapia intensiva correspondem a 14 do total de leitos instalados. Em alguns hospitais tal proporção alcança 30% do total de leitos. Essa é uma tendência observada em outros países: o crescimento das internações clínicas que necessitam de cuidados intensivos e semicríticos.

Gráfico 8 – Distribuição Mensal da Taxa de Ocupação – UTI Adulto

(Hospitais ANAHP – janeiro a dezembro/2010)



Os hospitais têm como atividade principal a realização de procedimentos cirúrgicos, sendo que em 2010 observa-se crescimento do volume de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos (cerca de 25%) e da Taxa de Procedimentos Cirúrgicos por Saída, variando de 63% a

80% do movimento dos hospitais. O número de cirurgias por paciente também cresceu, indicando aumento de procedimentos de média e baixa complexidade. Esse índice variou em torno de 1,27 e aumentou em relação a 2009 (Tabela 5, Gráficos 9 e 10).

Gráfico 9 – Distribuição Mensal da Taxa de Procedimentos Cirúrgicos e Tendências Linear

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

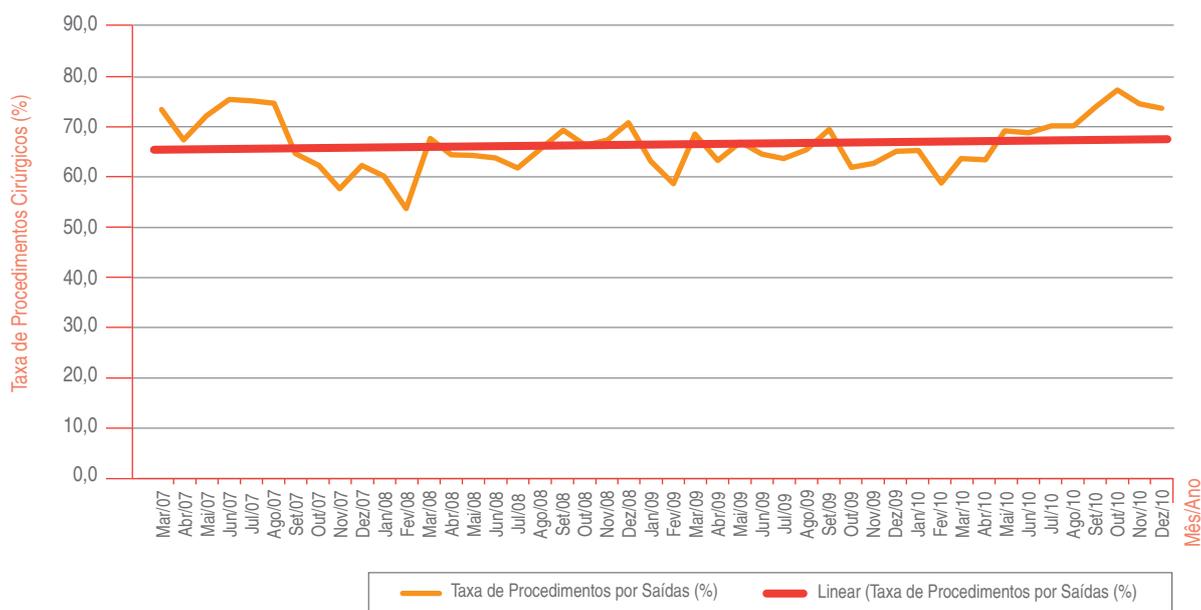
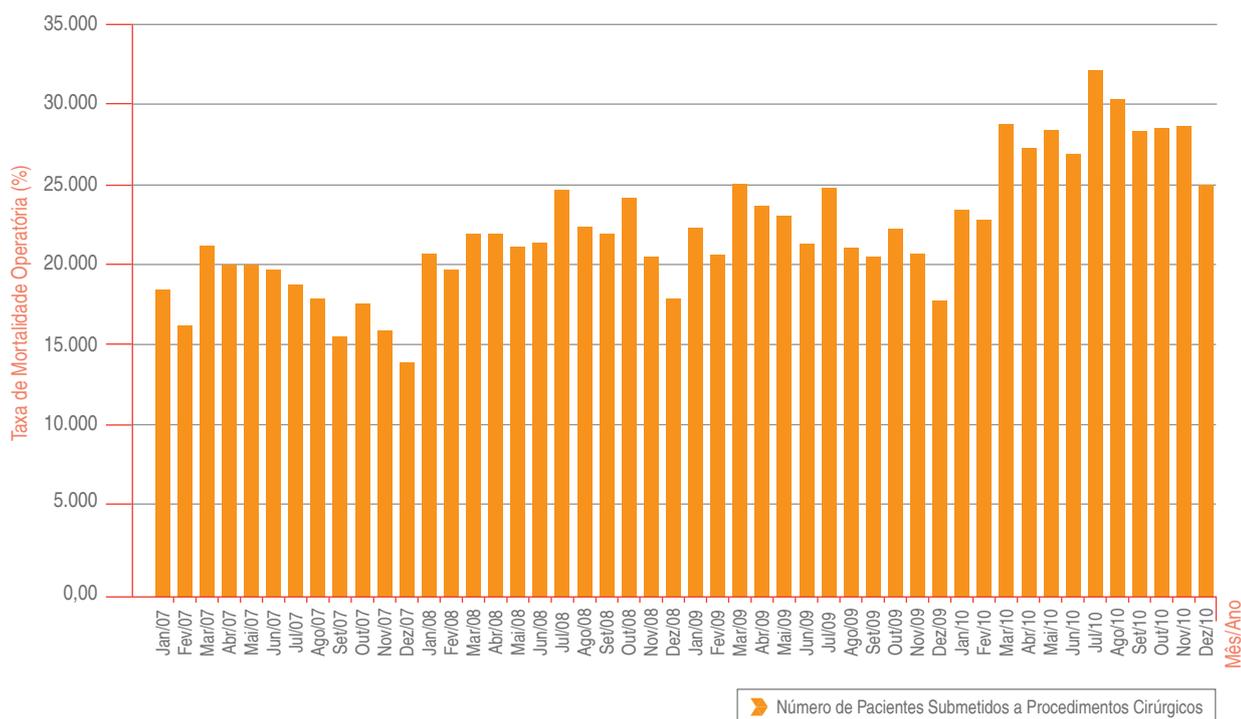
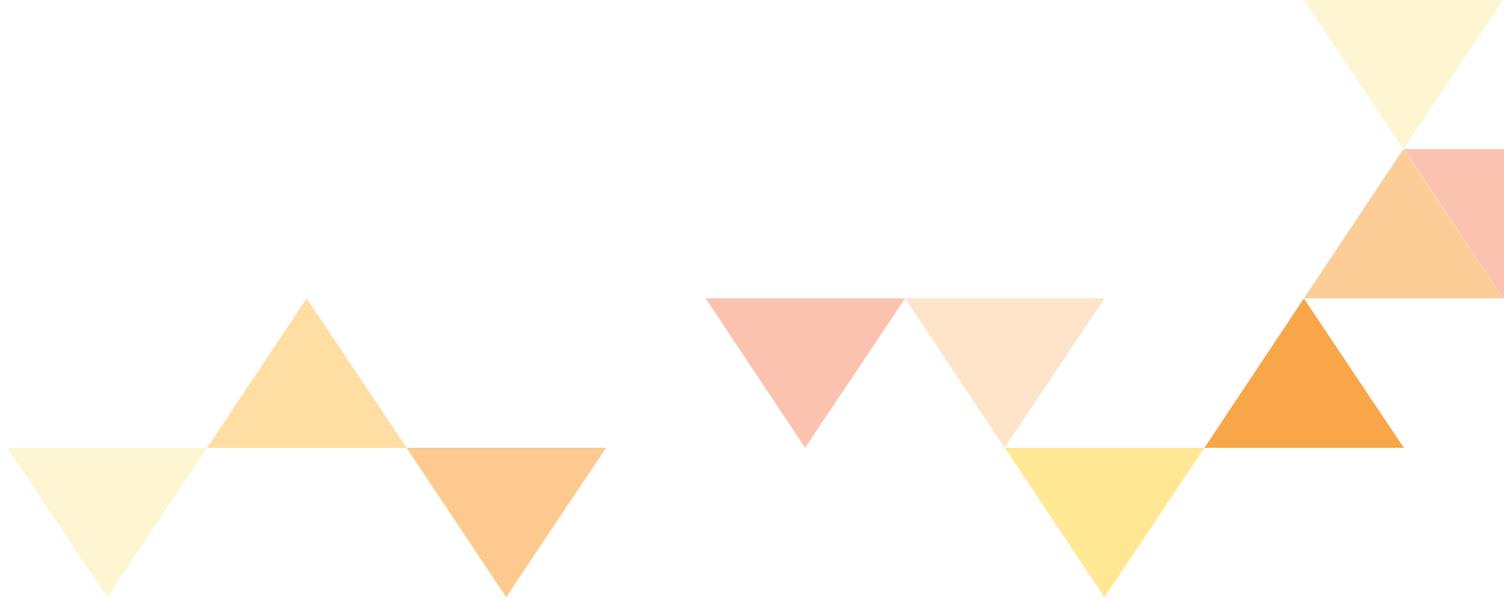


Gráfico 10 – Distribuição Mensal do Número de Pacientes Submetidos a Procedimentos Cirúrgicos

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

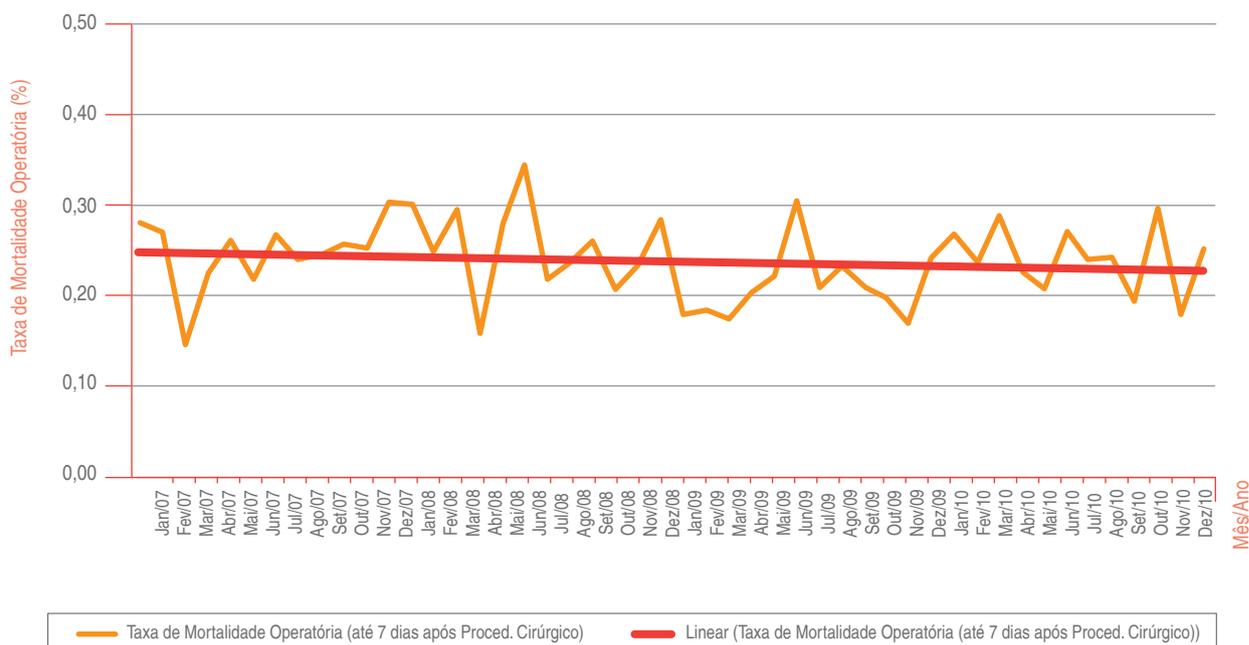




A Taxa de Mortalidade Operatória está relacionada à complexidade do procedimento e principalmente ao risco anestésico. Em 2010, houve redução da complexidade dos procedimentos, como citado anteriormente. Considera-se que o risco anestésico vem crescendo nos últimos anos. Ainda que não se disponha destas informações no Projeto, dados indiretos demonstram aumento da mediana da idade e das comorbidades prevalentes, o que implica maior risco anestésico. Observa-se tendência linear de diminuição das Taxas de Mortalidade Operatória, evidenciando melhoria dos resultados assistenciais (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade Operatória e Tendências Linear

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

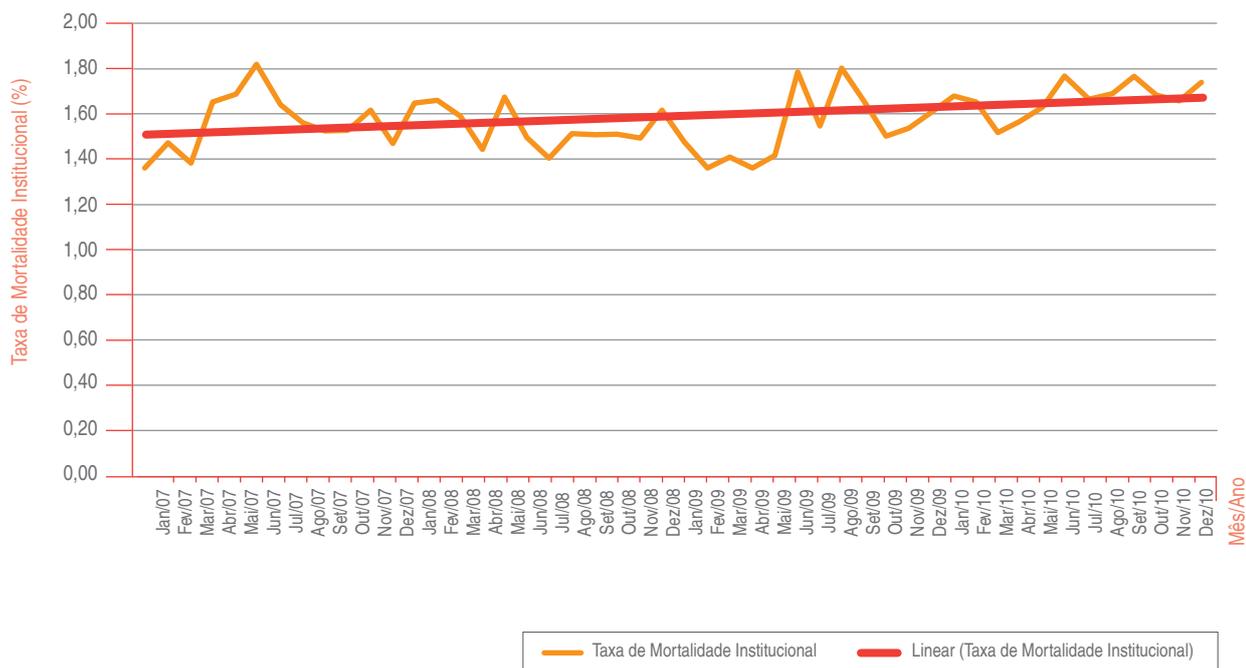


Desempenho Assistencial

Outro indicador relacionado a resultado é a Taxa de Mortalidade Institucional. As Taxas de Mortalidade Institucional dos hospitais da ANAHP cresceram discretamente entre janeiro de 2007 e dezembro de 2010 (Gráfico 12). Os valores mantiveram-se em torno de 1,7%. A menor variabilidade durante o ano de 2010 pode indicar melhor gestão e controle dos processos assistenciais. O aumento da mediana de idade e da prevalência de comorbidades poderia ter contribuído para crescimento mais significativo das Taxas de Mortalidade Institucional.

Isso não ocorreu, como consequência do intenso trabalho de qualidade e segurança dos hospitais da ANAHP, que será descrito na próxima seção. Quando se comparam os valores das Taxas de Mortalidade Institucional com dados do sistema de monitoramento coordenado pelo Comitê de Qualidade Hospitalar (CQH) da Associação Paulista de Medicina, publicados nos Indicadores PROHASA nº 58 e 59 para hospitais gerais, as taxas dos hospitais da ANAHP são menores do que a mediana apontada pelo CQH (2,8%).

Gráfico 12 – Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade Institucional e Tendências Linear
(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)





ALCOA



FSFX



H. SAMARITANO
(L+M GETS / BRA)



H. SÍRIO LIBANÊS



UNIMED SANTOS

PROJETAR . CONSTRUIR . EQUIPAR . MANTER

A L+M GETS cria e conserva espaços que promovem o melhor estado de bem-estar possível. Entre os diferenciais estão os espaços sempre contemporâneos e em sintonia com as necessidades de cada cliente.

A integração do trabalho centraliza competências e coloca um ponto final nos conflitos e nas desgastantes tentativas de transferência de responsabilidades, tão comum entre projetistas, gerenciadores de obra, construtoras e fornecedores de equipamentos.

A equipe da L+M GETS já atendeu mais de 270 clientes entre cooperativas médicas, operadoras de planos de saúde, consultórios, clínicas e hospitais e realizou mais de 800 projetos. No total foram mais de 1 milhão de m² de arquitetura, ambientação, estrutura, instalações e tecnologia médica, e já entregou mais de 500 mil m² em obras.

PATROCINADOR ANAHP

L+M GETS
Gestão de Espaços e Tecnologias em Saúde

11 3215-8200
WWW.LMGETS.COM.BR

Tabela 05 – Dados e Indicadores de Desempenho e Qualidade Assistencial
(Hospitais ANAHP 2007 a 2010)

Dados Indicadores Operacionais e Assistenciais	2007	2008	2009	2010												Anual
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nº de Leitos Instalados	5,513	6,272	6,453	7,543	7,577	7,620	7,643	7,712	7,734	7,694	7,725	7,758	7,604	7,616	7,355	7,632
Nº de Leitos Operacionais	5,047	6,040	6,144	7,192	7,310	7,339	7,350	7,435	7,472	7,433	7,229	7,263	7,125	7,138	6,873	7,263
Leitos-dia Operacionais	1,824,735	2,187,619	2,234,514	214,754	197,553	218,989	221,637	229,736	224,622	231,929	225,055	218,685	221,867	215,535	215,138	2,635,500
Nº de Salas Cirúrgicas	286	331	334	396	400	381	381	376	376	377	377	377	365	365	349	377
Nº de Pacientes-dia	1,387,365	1,675,829	1,716,441	166,261	159,016	184,026	175,197	181,345	174,862	181,012	177,701	173,401	175,494	167,471	158,041	2,073,827
Nº Saídas Hospitalares (altas+óbitos+transferências externas)	323,830	396,564	408,308	36,785	36,273	41,692	39,778	40,749	38,551	43,613	39,422	38,163	38,908	35,894	36,811	466,639
Nº de Pacientes com Permanência Maior ou Igual a 90 Dias	95	129	177	269	268	269	236	242	237	254	252	238	239	250	243	250
Nº de Óbitos >= 24h	5,054	6,121	6,259	620	602	636	627	667	685	729	671	680	659	596	646	7,818
Nº Total de Óbitos	6,426	7,927	7,594	741	676	751	744	789	818	857	806	797	771	694	782	9,226
Nº de Pacientes Submetidos a Procedimentos Cirúrgicos	215,608	258,941	264,371	23,503	22,855	28,851	27,333	28,495	27,001	32,231	30,421	28,402	28,600	28,789	25,064	331,545
Nº Total de Cirurgias	ND	ND	300,105	32,148	30,511	37,297	34,448	36,105	34,403	41,416	38,392	34,084	34,970	34,102	31,479	419,355
Nº de Óbitos Cirúrgicos	525	657	552	63	54	83	62	59	73	77	74	55	85	52	63	800
Nº de Leitos Operacionais – UTI Adulto	ND	ND	ND	940	937	969	992	993	999	1,007	999	1,008	982	985	973	982
Nº de Leitos-dia Operacionais – UTI Adulto	ND	ND	ND	28,111	25,502	29,022	29,661	30,591	29,802	30,906	30,397	29,721	30,081	29,192	29,042	352,028
Nº de Infecções Hospitalares – UTI Adulto	3,576	4,296	3,558	279	268	360	294	337	314	304	356	302	264	267	320	3,665
Nº de Infecções Hospitalares Associadas a Cateter Vascular Central – UTI Adulto	582	660	590	46	37	57	43	55	53	41	41	35	31	43	36	518
Nº de Pacientes-dia – UTI Adulto	174,433	223,795	212,063	22,754	21,447	24,765	24,781	25,409	25,124	24,998	25,868	24,995	25,512	24,504	24,093	294,250
Nº de Cateter-dia – UTI Adulto	101,223	134,285	125,427	12,016	11,233	13,188	13,029	14,181	13,713	13,748	14,361	13,582	13,629	13,032	12,900	158,612
Nº de Leitos Operacionais – UTI Neonatal	ND	ND	ND	316	317	327	320	318	318	354	353	358	336	337	326	332
Nº de Leitos-dia Operacionais – UTI Neonatal	ND	ND	ND	8,925	8,199	9,371	9,615	9,928	9,574	9,493	10,472	10,235	10,064	9,934	10,056	115,866
Nº de Infecções Hospitalares – UTI Neonatal	ND	ND	909	67	59	73	80	67	67	79	60	55	67	74	68	816
Nº de Pacientes-dia – UTI Neonatal	ND	ND	77,869	7,428	6,655	7,880	7,448	8,110	8,735	6,948	7,232	7,627	8,167	6,999	7,286	90,515
Nº de Cateter-dia – UTI Neonatal	ND	ND	ND	1,887	1,807	2,251	2,351	2,513	2,420	1,996	2,156	2,044	1,880	2,138	2,194	25,637
Nº de Cirurgias Limpas	ND	ND	144,891	10,583	10,437	12,072	11,686	12,022	11,509	13,729	13,381	12,237	12,843	11,688	9,931	142,119
Nº de Infecções em Sítio Cirúrgico	ND	ND	759	57	74	92	64	68	70	93	77	57	69	70	60	851
Taxa de Ocupação	76.0	76.6	76.8	77.4	80.5	84.0	79.0	78.9	77.8	78.0	79.0	79.3	79.1	77.7	73.5	78.7
Média de Permanência	4.3	4.2	4.2	4.5	4.4	4.4	4.4	4.5	4.5	4.2	4.5	4.5	4.5	4.7	4.3	4.4
Índice de Giro	5.3	5.5	5.5	5.1	5.0	5.7	5.4	5.5	5.2	5.9	5.5	5.3	5.5	5.0	5.4	5.4
Índice de Intervalo de Substituição	1.36	1.30	1.28	1.32	1.06	0.84	1.17	1.19	1.29	1.17	1.20	1.19	1.19	1.34	1.55	1.20
Taxa de Pacientes Residentes no Hospital (> 90 dias)	0.4	0.4	0.5	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	0.6
Taxa de Mortalidade Institucional (>= 24h)	1.6	1.5	1.5	1.7	1.7	1.5	1.6	1.6	1.8	1.7	1.7	1.8	1.7	1.7	1.8	1.7
Taxa de Mortalidade Operatória (até 7 dias após o procedimento cirúrgico)	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2
Taxa de Ocupação Operacional – UTI Adulto	ND	ND	ND	80.9	84.1	85.3	83.5	83.1	84.3	80.9	85.1	84.1	84.8	83.9	83.0	83.6
Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar – UTI Adulto	20.6	19.1	16.7	12.3	12.5	14.5	11.9	13.3	12.5	12.2	13.8	12.6	10.7	11.3	13.8	12.5
Taxa de Utilização de CVC – UTI Adulto	58.0	60.1	59.1	52.8	52.4	53.3	52.6	55.8	54.6	55.0	55.5	56.5	55.4	55.3	55.6	53.9
Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Vascular Central – UTI Adulto	5.7	4.9	4.7	3.8	3.3	4.3	3.3	3.9	3.9	3.0	2.9	2.6	2.3	3.3	2.8	3.3
Taxa de Ocupação Operacional – UTI Neonatal	ND	ND	ND	83.2	81.2	84.1	77.5	81.7	91.2	73.2	69.1	74.5	81.2	70.5	72.5	78.1
Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar – UTI Neonatal	ND	ND	11.8	9.0	8.9	9.3	10.7	8.3	7.7	11.4	8.3	7.2	8.2	10.6	9.3	9.0
Taxa de Utilização de CVC – UTI Neonatal	ND	ND	ND	25.4	27.2	28.6	31.6	31.0	27.7	28.7	29.8	26.8	23.0	30.5	30.1	28.3
Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Vascular Central – UTI Neonatal	ND	ND	ND	3.4	4.3	4.1	0.5	1.8	1.9	1.5	0.0	2.5	1.7	1.7	0.2	1.9
Taxa de Infecção em Sítio Cirúrgico	ND	ND	0.5	0.54	0.70	0.76	0.55	0.56	0.60	0.68	0.57	0.47	0.54	0.59	0.61	0.60
Taxa de Procedimentos por Saídas (%)	66.6	65.2	64.7	63.9	63.0	69.2	68.7	69.9	70.0	73.9	77.2	74.4	73.5	80.2	68.1	71.0
Índice de Cirurgias por Paciente	ND	ND	1.1	1.37	1.33	1.29	1.26	1.27	1.27	1.28	1.26	1.20	1.22	1.18	1.26	1.26

Qualidade e Segurança Assistencial

Os indicadores de qualidade e segurança foram ampliados



Durante o ano de 2010, foi dado grande enfoque na apresentação de experiências dos Hospitais ANAHP em Qualidade e Segurança Assistencial.

Os hospitais associados são acreditados por algum sistema de avaliação externa, isto os obriga a investir em ações que os diferenciam e garantam qualidade e segurança na atenção aos pacientes.

Durante o ano de 2010, foi dado grande enfoque na apresentação de experiências dos hospitais ANAHP em Qualidade e Segurança Assistencial. O empenho das equipes técnicas multiprofissionais, com liderança e envolvimento dos médicos, em especial nas Unidades Críticas, tem sido muito produtivo, com resultados de grande impacto assistencial.

Os indicadores de qualidade e segurança foram ampliados gradativamente, tradicionalmente avaliados nos hospitais de forma individual, foi essencial a padronização mais detalhada entre todas as instituições para permitir consistência e comparabilidade. Com relação a estes indicadores, 34 hospitais enviaram dados durante o ano de 2010.

Um dos indicadores que ainda merece cuidado nas análises é a Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico, uma vez que em 2011 se investirá na padronização da busca ativa das infecções para aprimorar a comparabilidade dos resultados deste indicador.

Os indicadores de qualidade e segurança devem ser interpretados à luz da estrutura assistencial e do perfil assistencial dos hospitais. Neste sentido, são comparáveis a hospitais de grande porte e de alta complexidade. Os dados e indicadores estão apresentados na tabela 5.

Os indicadores monitorados pelo Projeto Melhores Práticas Assistenciais são:

Indicadores de Qualidade e Segurança

- ✘ Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar (IH) – UTI Adulto e UTI Neonatal
- ✘ Taxa de Densidade de Incidência de IH Associada a Cateter Venoso Central (CVC) – UTI Adulto



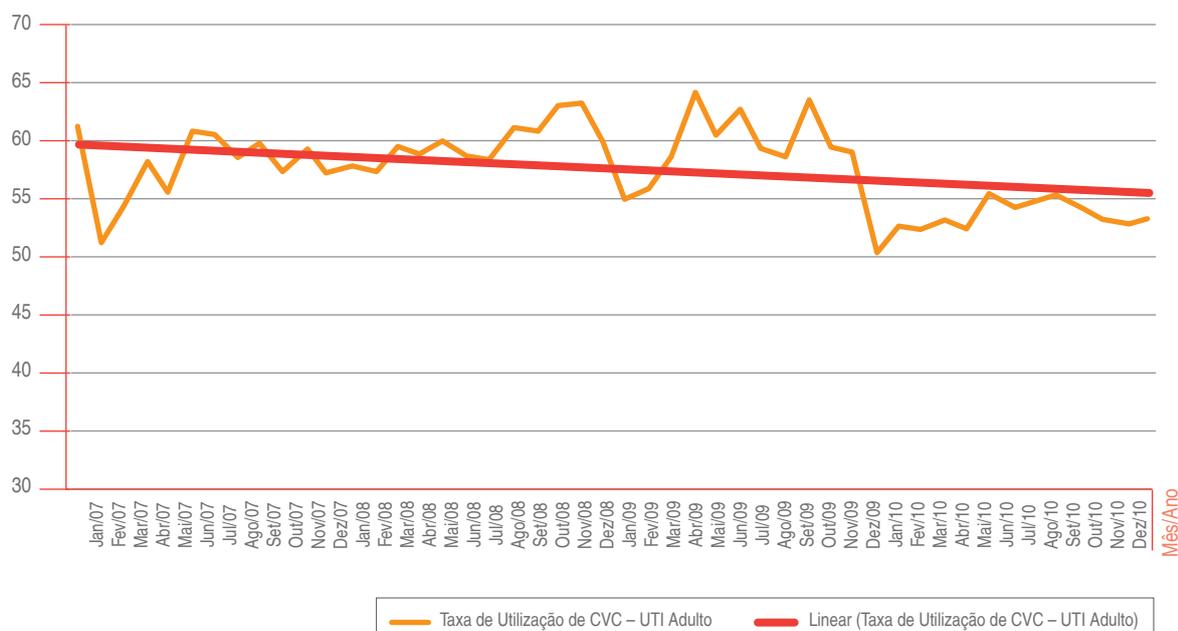
- ✘ Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto e UTI Neonatal
- ✘ Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico
- ✘ Índice de Úlcera de Pressão
- ✘ Índice de Queda (inclui quase queda)

A Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar (n° de infecções hospitalares/ n° de pacientes-dia $\times 1000$) está relacionada diretamente com a Taxa de Utilização de Procedimentos Invasivos nas Unidades de Terapia Intensiva, isto é, quanto maior a utilização de procedimentos, maior o risco de infecção hospitalar. Os dois tipos principais de infecção que ocorrem nas unidades críticas são: infecções

relacionadas a cateter venoso central e infecção associada à ventilação mecânica. Atualmente, apenas é monitorada no Projeto Melhores Práticas Assistenciais a Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Associada a Cateter Venoso Central (n° de infecções hospitalares associadas a cateter venoso central/ n° de cateter-dia $\times 1000$). Em 2011, deve-se padronizar e incluir os indicadores para acompanhar as infecções associadas à ventilação mecânica.

Observa-se uma tendência de diminuição na Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central (n° de cateter-dia/ pacientes-dia $\times 100$) nas Unidades de Terapia Intensiva de adultos (Gráfico 13). Durante o ano de 2010 a utilização de cateter manteve-se em cerca de 56% dos pacientes-dia internados nas Unidades de Terapia Intensiva para adultos.

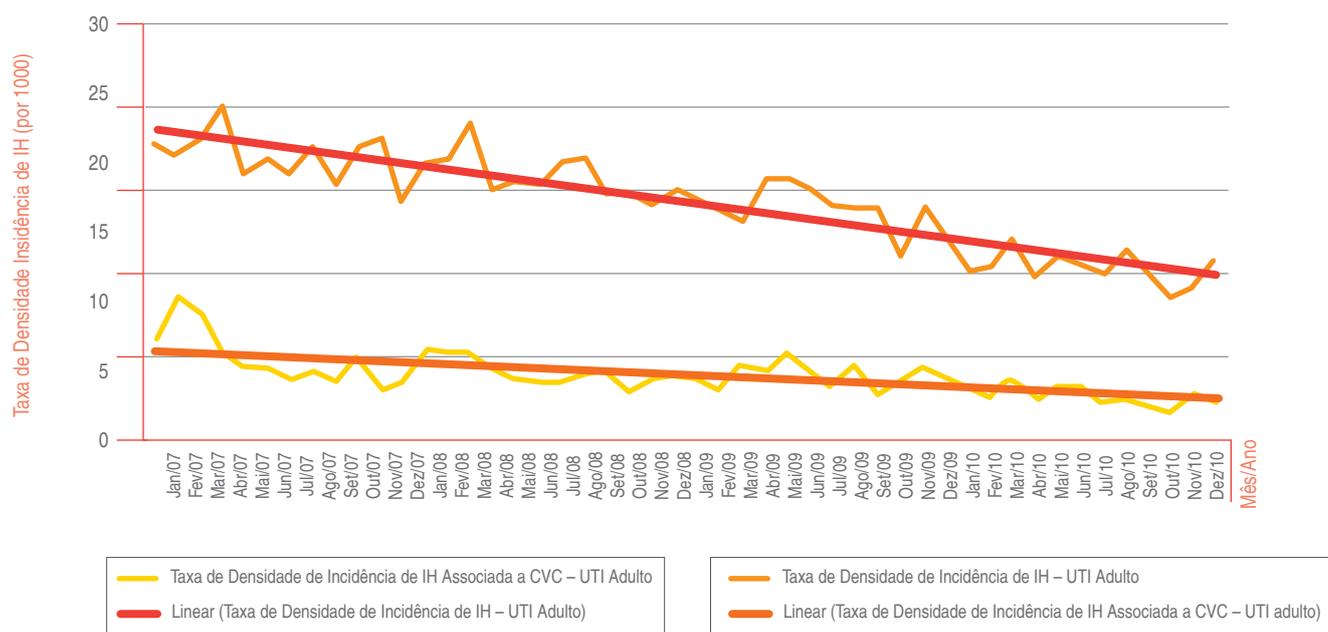
Gráfico 1 – Distribuição Mensal da Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTIs Adulto
(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)



Em relação às Taxas de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva de Adultos, observa-se redução significativa, assim como nas taxas de densidade de incidência de infecção hospitalar associada a cateter venoso central (Gráfico 2).



Gráfico 2 – Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência IH nas UTIs Adulto e Taxa de Densidade de Incidência de IH Associada a CVC nas UTIs Adulto e Respectivas Tendências Lineares (Hospitais ANAHP – 2007 a 2010)

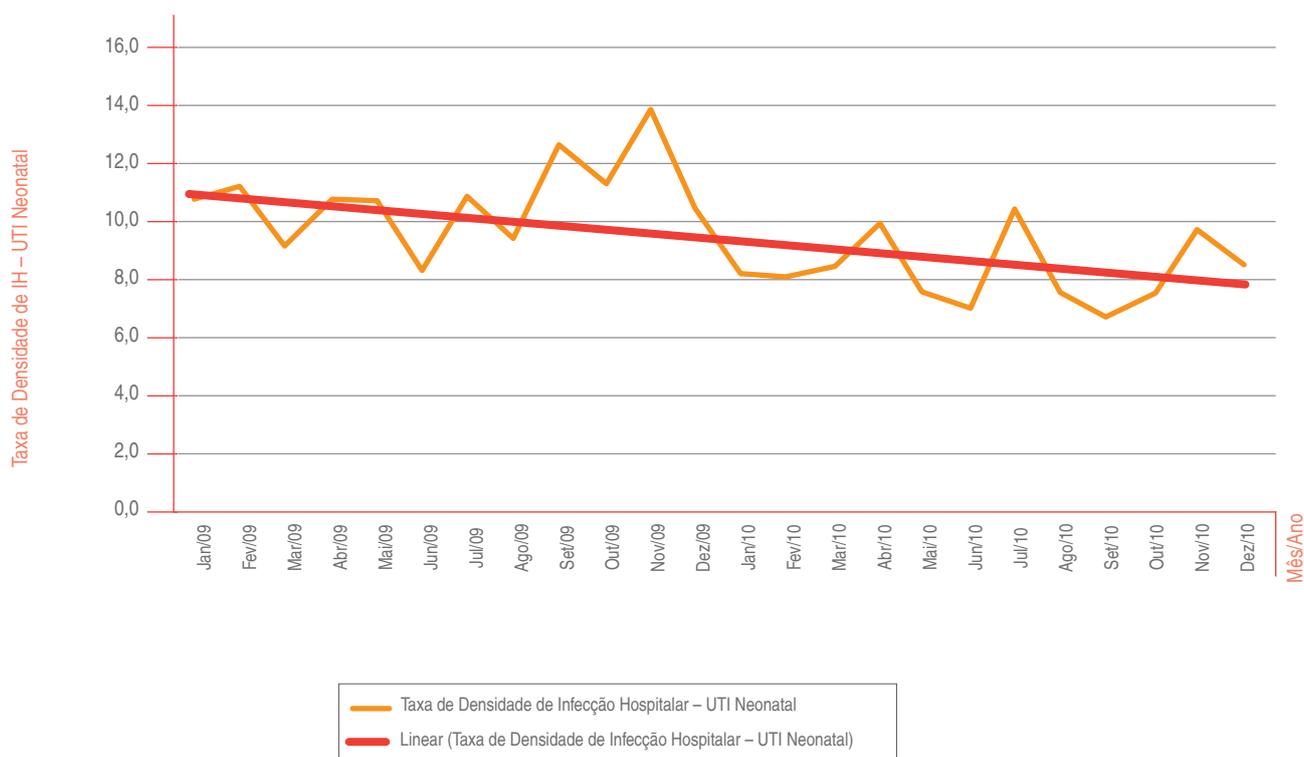


Esses resultados evidenciam o aprimoramento da qualidade da atenção dispensada nos hospitais da ANAHP. Os parâmetros de indicadores de infecção hospitalar utilizados como meta são respectivamente 16/1000 pacientes-dia para Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em UTI adulto e 3/1000 cateteres-dia para Taxa de Densidade de Incidência Associada a Cateter Venoso Central. Observa-se que os valores dos indicadores encontrados na rede de hospitais da ANAHP estão abaixo daqueles encontrados pelo NHSN (National Healthcare Safety Network – sistema de monitoramento americano de indicadores de infecção hospitalar) para a Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar e também abaixo do encontrado para cateter venoso central. As tendências (regressão linear) para os dois indicadores são de queda acentuada, mas existe uma diferença no ângulo da tendência linear, provavelmente atribuível à queda das Taxas de Densidade de Incidência de Infecção Associadas à Ventilação Mecânica. A meta de redução das taxas de densidade de incidência é próxima de zero e alguns hospitais já a atingiram, mas o trabalho para manter esse resultado é árduo. Diminuir a infecção, reduzir o tempo de permanência na UTI e, portanto, minimizar as complicações para os pacientes são um esforço contínuo das organizações. Este esforço tem implicações sociais com

retorno mais rápido à atividade produtiva, com menor custo social, representando economia significativa de recursos para o sistema de saúde e para as famílias. A partir de 2009, foram incluídos entre os indicadores acompanhados aqueles voltados para a segurança e para qualidade na assistência das unidades críticas neonatais. No Projeto há 21 hospitais com maternidade e leitos críticos neonatais que informam dados e indicadores sobre a assistência neonatal. A partir de 2010, incorporou-se a Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Venoso Central em UTI Neonatal. A densidade de incidência de infecção também está relacionada à taxa de utilização de cateter nas unidades de terapia neonatais. Na tabela 5 pode-se perceber que os valores durante o ano de 2010 variaram entre 25 a 30% de taxa de utilização. Como se observa no Gráfico 3, a Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais apresenta tendência linear de queda significativa, oscilando em 2010 entre 7 e 11/1000 cateter-dia, bem abaixo do observado em 2009. O principal componente é a infecção associada a cateter venoso central, o que também evidencia queda com resultados na comparação entre o quarto trimestre e o primeiro trimestre de 2011 (Tabela 5).

Gráfico 3 – Distribuição Mensal da Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar – UTIs Neonatais e Tendência Linear

(Hospitais ANAHP – janeiro a dezembro/2010)



A Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico também passou a ser monitorada a partir de 2009 (Gráfico 4). Observa-se variação deste indicador ao longo dos 24 meses de acompanhamento, com valores entre 0,5 a 0,7%. Os resultados são adequados na comparação com dados da literatura, mas a precisão dos dados precisa ser aprimorada, pois se considera que a padronização das ações de busca ativa nos hospitais ainda é inadequada, impondo limitações na análise deste indicador.

Indicador novo que passou a ser acompanhado a partir de janeiro de 2010, a Taxa de Densidade de Incidência de Úlcera de Pressão também apresenta queda ao longo do período (Gráfico 5). Isso reforça a avaliação da melhoria de segurança e da qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que este indicador está relacionado à qualidade do cuidado da enfermagem nos hospitais.



Gráfico 4 – Distribuição Mensal da Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico
(Hospitais ANAHP – janeiro a dezembro de 2010)

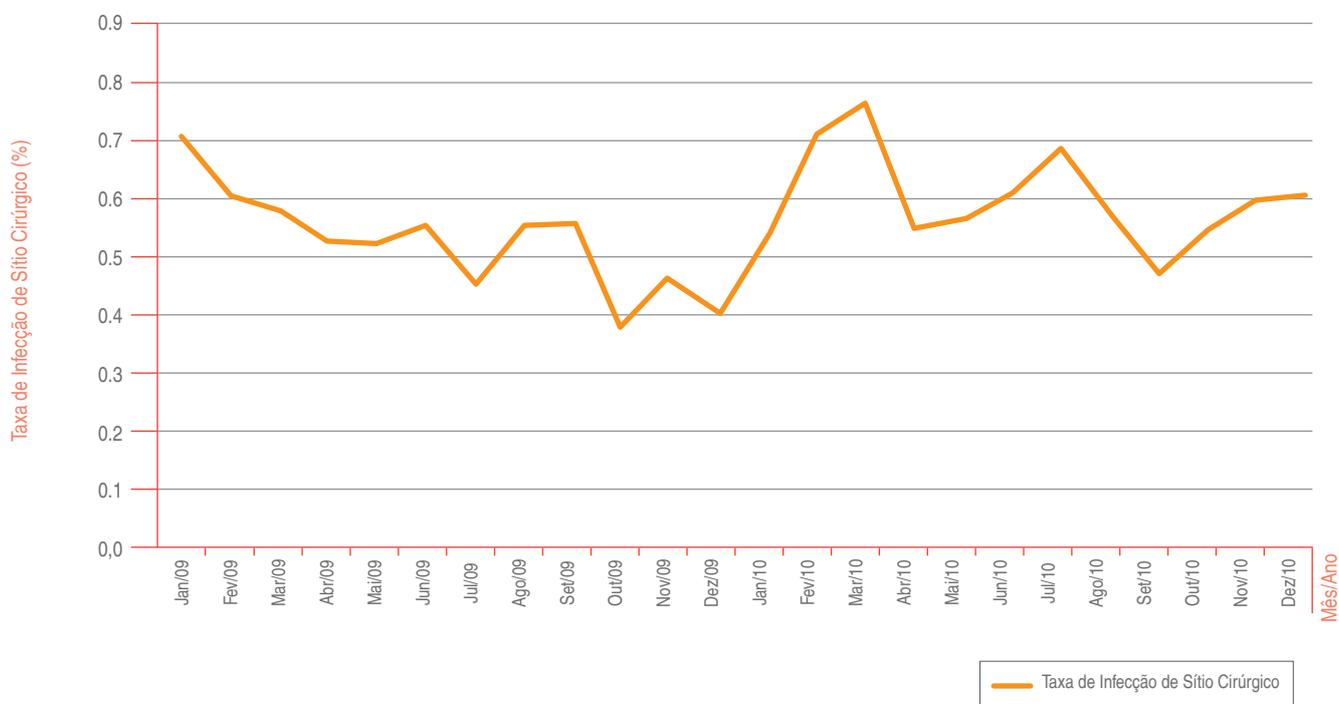
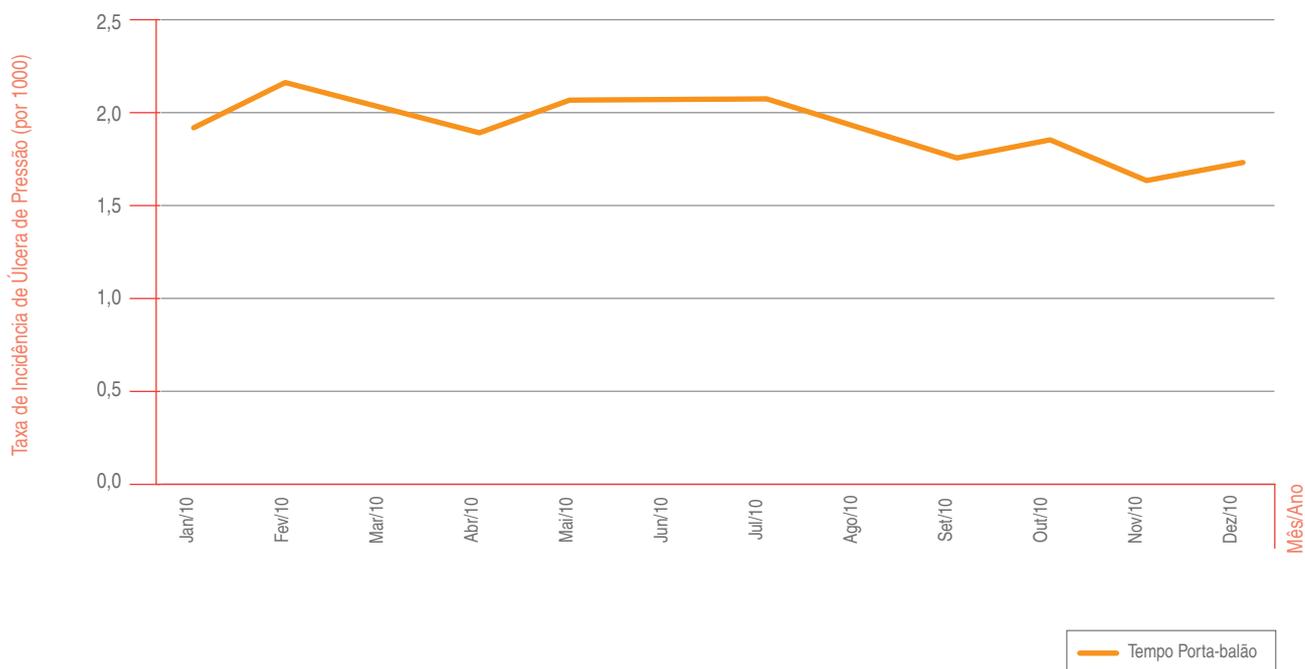


Gráfico 5 – Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência de Úlcera de Pressão
(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)



SOLUÇÕES BIONEXO PARA A SAÚDE TÃO INOVADORAS QUANTO ESSENCIAIS

bio|nexo

opme|nexo

publi|nexo

info|nexo

Protocolos Assistenciais

O processo de coleta e análise de dados é constantemente aprimorado por reuniões periódicas



O monitoramento de Indicadores Clínicos permite evidenciar a evolução e qualidade dos Protocolos Assistenciais nos hospitais ANAHP.

➤ Protocolos Assistenciais

Os indicadores utilizados no Projeto Melhores Práticas Assistenciais para monitorar os protocolos clínicos, foram selecionados por critérios clássicos, para inclusão em um sistema de monitoramento baseado em critérios válidos extraídos de diretrizes clínicas consagradas na literatura internacional e nacional.

Os indicadores utilizados são:

Patologias Selecionadas com seus Indicadores Clínicos

- ✘ Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
 - ✘ Tempo Porta-Balão (IAM com supradesnivelamento)
 - ✘ Taxa de Angioplastia Primária (com supradesnivelamento)
 - ✘ Taxa de Aspirina na Alta
 - ✘ Média de Permanência
 - ✘ Taxa de Mortalidade
- ✘ Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)
 - ✘ Tempo Porta-Tomografia
 - ✘ Taxa de Tomografia
 - ✘ Média de Permanência
 - ✘ Taxa de Mortalidade
- ✘ Pneumonias Adquiridas na Comunidade (PAC) – Adultos e Crianças
 - ✘ Média de Permanência
 - ✘ Taxa de Mortalidade
- ✘ Taxa de Antibioticoterapia Adequada



- ✘ Sepses
 - ✘ Média de Permanência
 - ✘ Taxa de Mortalidade
 - ✘ Taxa de Antibioticoterapia Adequada
- ✘ Insuficiência Cardíaca Congestiva
 - ✘ Média de Permanência
 - ✘ Taxa de Mortalidade
- ✘ Colectomia Videolaparoscópica e Herniorrafia Inguinal
 - ✘ Média de Permanência em Horas
- ✘ Histerectomia Abdominal
 - ✘ Média de Permanência em Dias

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM):

As Doenças do Aparelho Circulatório são a primeira causa de morte em todas as regiões brasileiras, e corresponderam ao coeficiente de mortalidade de 167,6 por 100.000 habitantes em 2008. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é, entre as Doenças do Aparelho Circulatório, a segunda causa de morte no Brasil e a primeira nas regiões Sudeste e Sul. Os dois grupos principais que compõem as Doenças do Aparelho Circulatório como causa de morte são as Doenças Isquêmicas e as Doenças Cerebrovasculares. São doenças que, na atualidade, possuem diretrizes clínicas nacionais bem-estruturadas e consagradas pelas sociedades de especialistas.

Nos hospitais da ANAHP as Doenças do Aparelho Circulatório têm representado nos últimos anos entre 10 a 11% da demanda de internação. Aí estão incluídos os casos de Insuficiência Cardíaca Congestiva, que tem menor taxa de letalidade, porém apresentam taxas de reinternação importantes e intenso consumo de recursos.

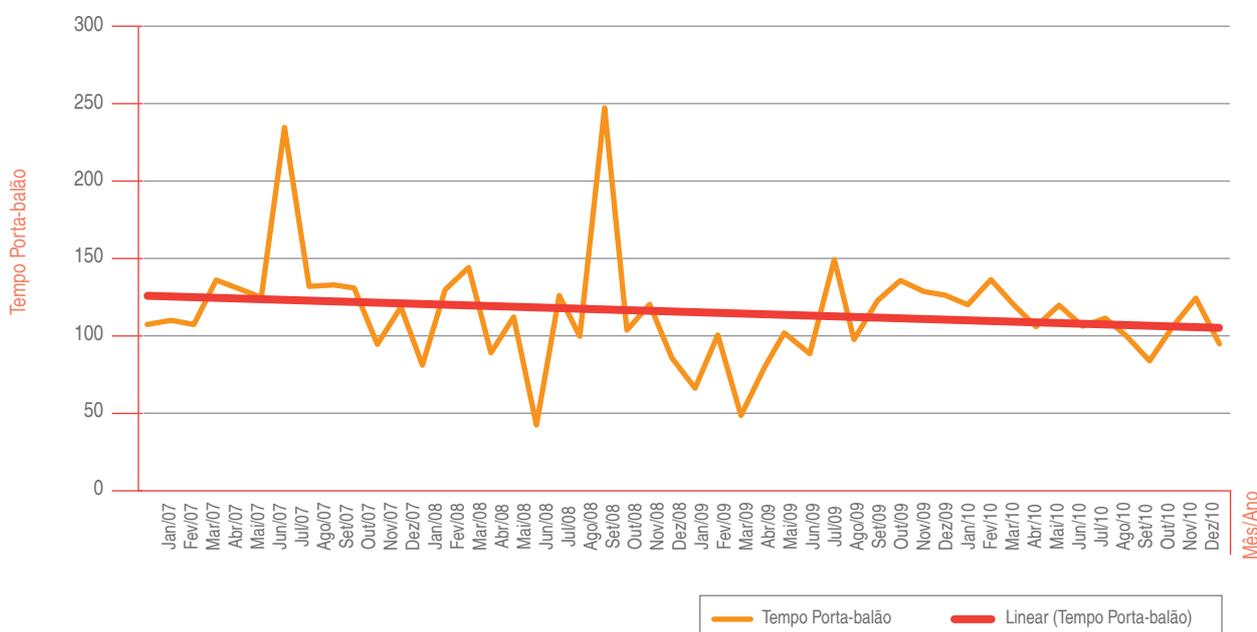
Neste grande grupo estão as doenças Isquêmicas do Coração – o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é o principal diagnóstico – e as doenças Cerebrovasculares, entre as quais cerca de 75% dos casos são Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos (vulgarmente denominados Derrames) que, em geral, são atendidas na emergência dos hospitais e que acarretam maior letalidade. Nesses diagnósticos existem diretrizes bem-estabelecidas, e o cuidado realizado prontamente e de acordo com as boas práticas define resultados mais custo-efetivos para o serviço e para a sociedade.

Em relação à precisão das informações coletadas, observa-se melhoria significativa da qualidade e da quantidade de hospitais que passaram a informar os indicadores relacionados ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Em 2010, 26 hospitais enviaram informações sobre esta patologia.

Os resultados dos indicadores para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) revelam média de 108 minutos do Tempo Porta-Balão (tempo entre a chegada na porta do hospital e a realização do procedimento – angioplastia primária), com diminuição da variabilidade ao longo do ano e melhores resultados quando se compara o segundo semestre em relação ao primeiro semestre do ano passado. Considera-se como o melhor padrão assistencial para esta doença, tempo porta-balão de 90 minutos e esta é uma meta que os hospitais estão buscando intensamente e a tendência linear evidencia este aprimoramento (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição Mensal do Tempo Porta Balão e Tendência Linear

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

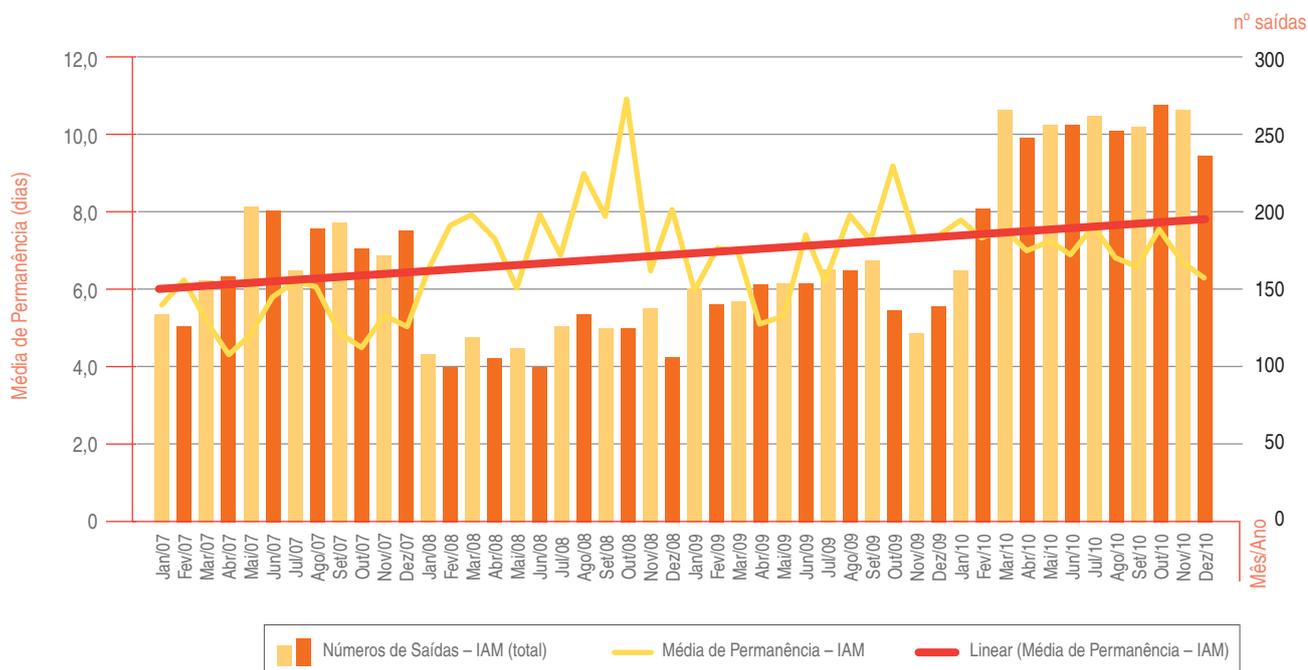




Em relação ao processo de atenção, a média de permanência preconizada como padrão, segundo as diretrizes internacionais é de 6 a 8 dias para os casos de IAM. Nos hospitais associados observa-se redução importante deste indicador a partir de 2009 e menor variabilidade, evidenciando padronização do cuidado oferecido para estes casos. A média observada em 2010 variou entre 6,4 e 7,9 dias (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição Mensal da Média de Permanência dos Pacientes com IAM – Tendência Linear e Números Saídas de IAM

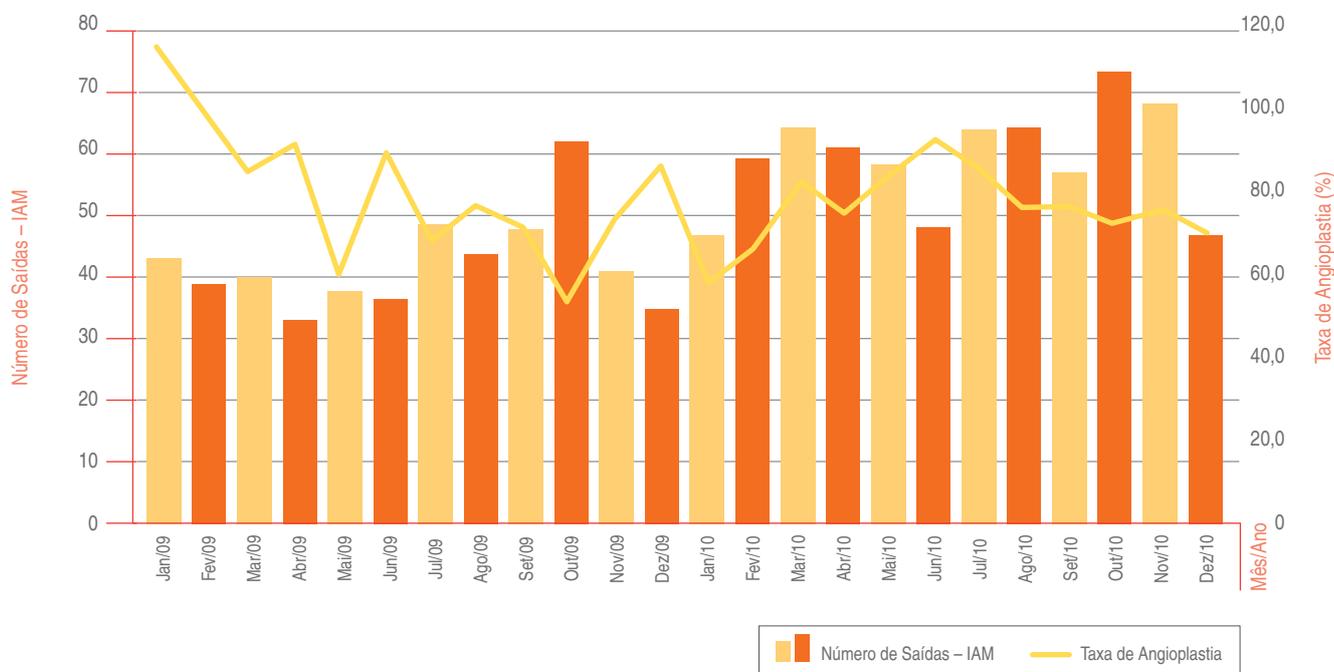
(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)



A Taxa de Angioplastia Primária é acompanhada apenas para os casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnívelamento. Por isso, o número de casos é menor do que aquele apresentado no Gráfico 2. Em 2010, variou de 59% a 92%. Portanto, ainda com maior variação do que o recomendado (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição Mensal da Taxa de Angioplastia em Pacientes com IAM com Supra ST – Tendência Linear e Número de Saídas

(Hospitais ANAHP – janeiro/2009 a dezembro/2010)

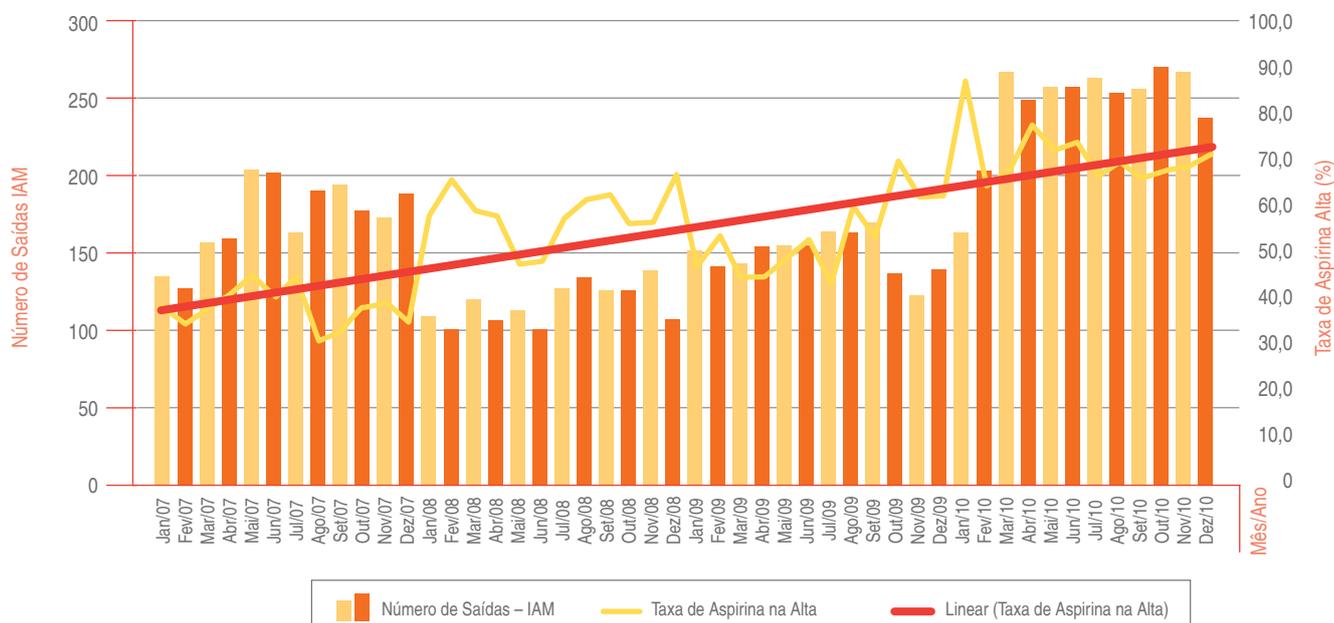


A Taxa de Prescrição de Aspirina na alta apresenta tendência de crescimento e menor variabilidade em 2010 (Gráfico 4). Os índices estão acima dos observados em 2009, e os valores estiveram entre 65% e 87%. Esses resultados estão

compatíveis com outros estudos nacionais, mas aquém do preconizado pelas recomendações. A literatura internacional vem apontando 85% de Taxa de Aspirina na Alta.

Gráfico 4 – Distribuição Mensal da Taxa de Aspirina na Alta de Pacientes com IAM – Tendência Linear e o Número de Saídas

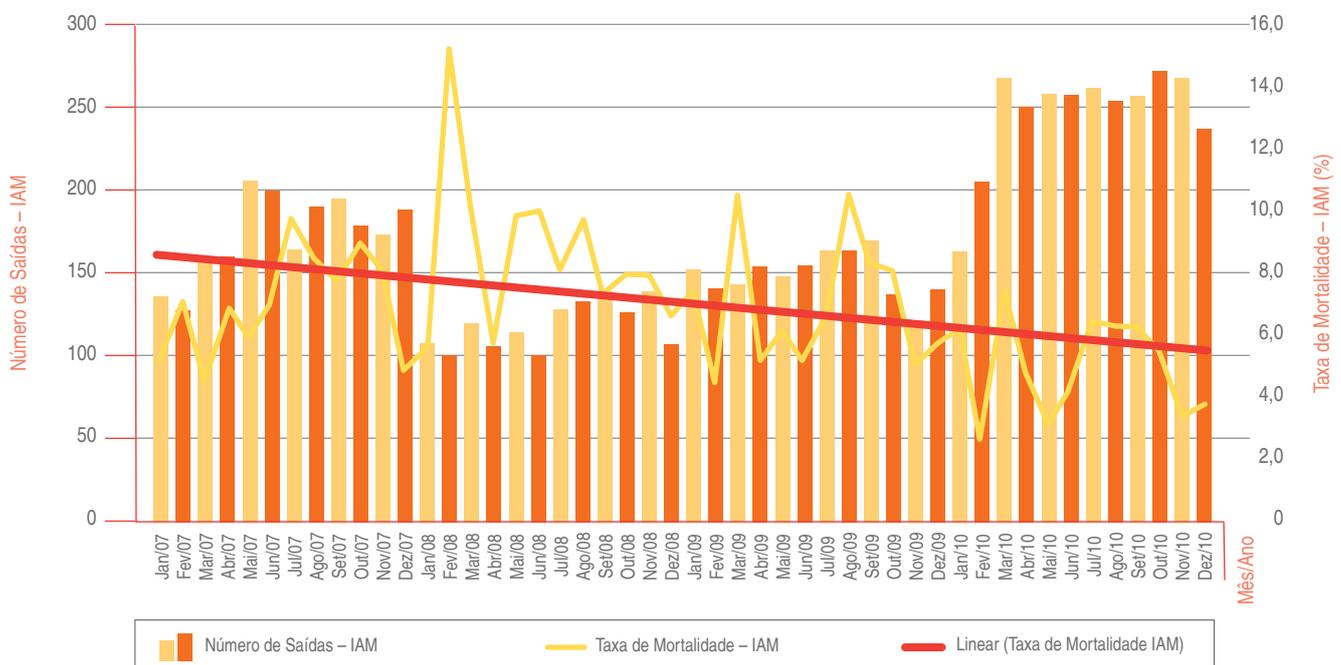
(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)



O principal indicador de resultado é a Taxa de Mortalidade, que vem declinando de forma significativa. Considerando que ocorreu incremento no número de casos apontados e melhora na precisão de coleta, é possível supor que os casos estão sendo mais bem atendidos, principalmente quando se analisam as informações em conjunto (Gráfico 5). A procura mais rápida da população aos serviços, o acesso e o diagnóstico oportuno dos casos nos pronto-atendimentos contribuíram para menores taxas de mortalidade, o que indiretamente resulta menor custo social ao sistema.

Gráfico 5 – Distribuição Mensal da Taxas de Mortalidade de Pacientes com IAM – Tendência Linear e o Número de Saídas

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)



Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)

As Doenças Cerebrovasculares estão relacionadas à prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população, à aderência ao tratamento da hipertensão e a fatores de risco determinantes, como tabagismo, sedentarismo e obesidade.

A procura imediata aos serviços de saúde no momento do início dos sintomas e o diagnóstico rápido deste tipo de caso na chegada à emergência são ações de prevenção secundária que definem o prognóstico e o grau de incapacidade e, portanto, a qualidade de vida para o indivíduo e o impacto social para as famílias após a alta do paciente.

No caso do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), a padronização do diagnóstico entre os profissionais e serviços de saúde, diferente do que ocorre no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), é menor, especialmente em nosso meio.

Os hospitais associados têm em menor frequência protocolos implantados para este agravo. No entanto o rigor na coleta e a análise dos indicadores aumentaram ao longo dos anos.

Os indicadores para AVCI apresentaram resultados mais adequados na comparação com os padrões de melhores práticas preconizados pelas recomendações das diretrizes nacionais e internacionais.

O tempo Porta-tomografia caiu, indicando aumento da efetividade. A Taxa de Tomografia vem crescendo, porém ainda apresenta grande variação no período, sugerindo processos ainda não completamente padronizados. Observa-se redução das Taxas de Mortalidade, com variações ao longo do ano entre 3,5% e 9,8%, próximo aos valores encontrados em outros serviços de excelência.

Gráfico 6 – Distribuição Mensal do Tempos Porta-CT dos Pacientes com AVCI – Tendência Linear

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

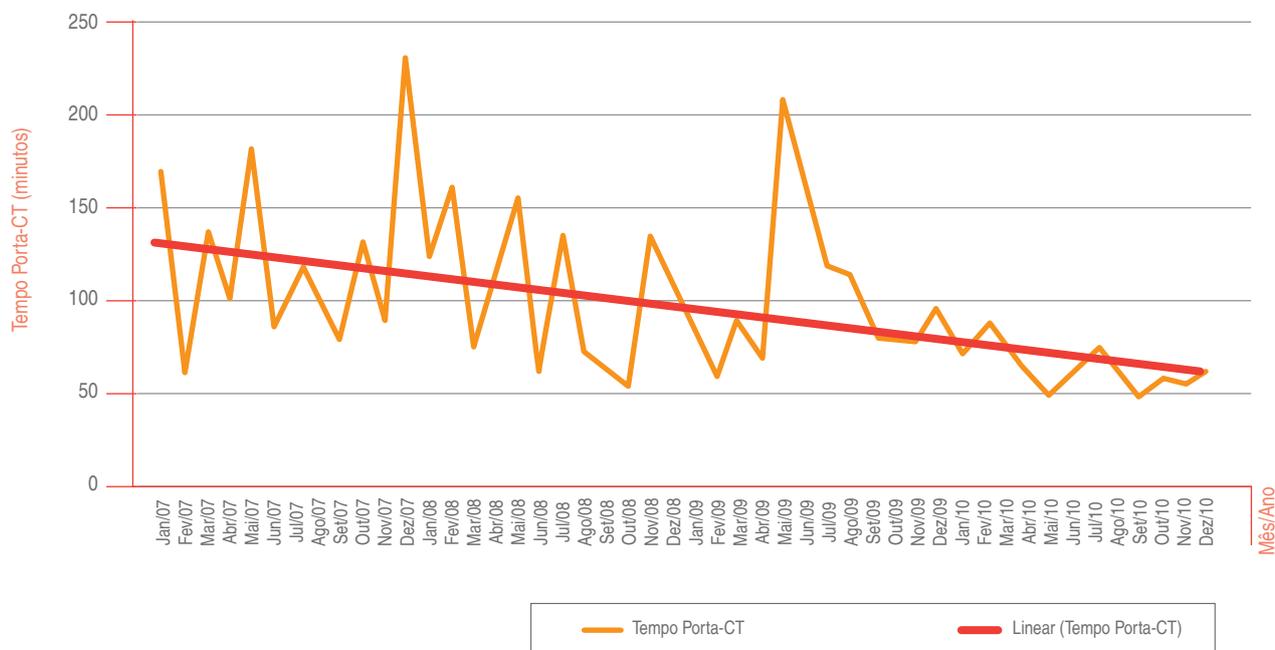


Gráfico 7 – Distribuição Mensal da Taxa de Tomografia em Pacientes com AVCI – Tendência Linear e o Número de Saídas

(Hospitais ANAHP – janeiro/2009 a dezembro/2010)

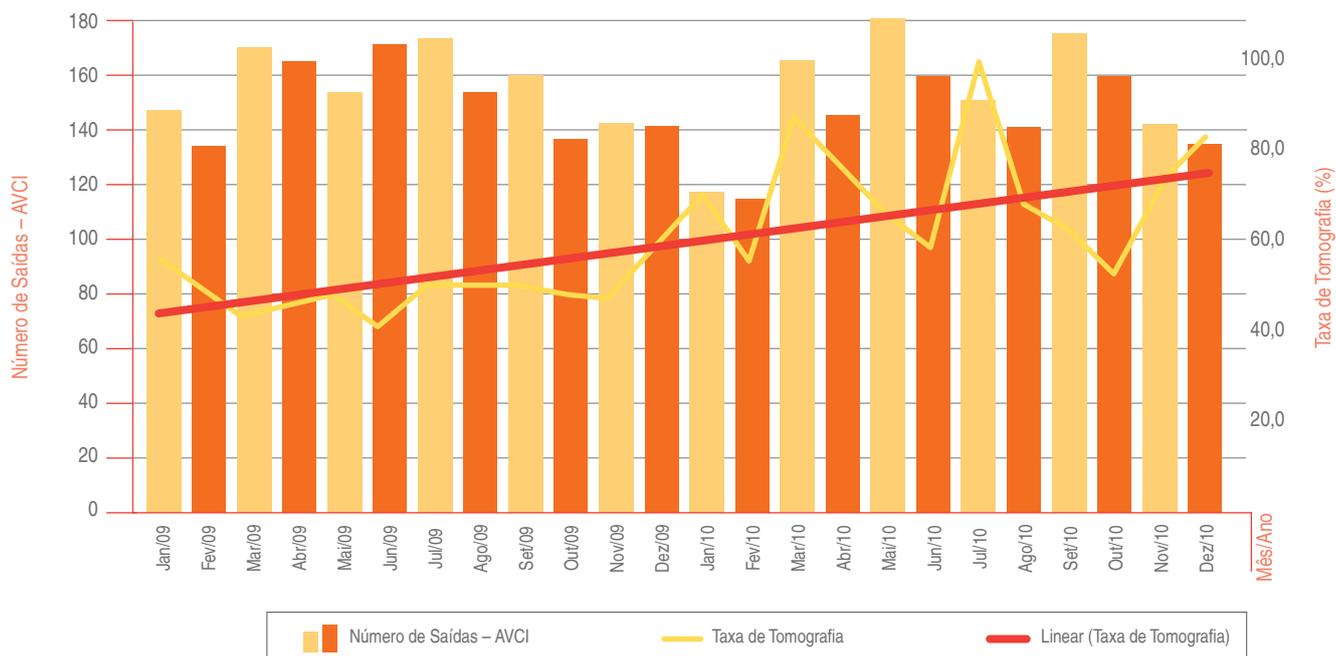
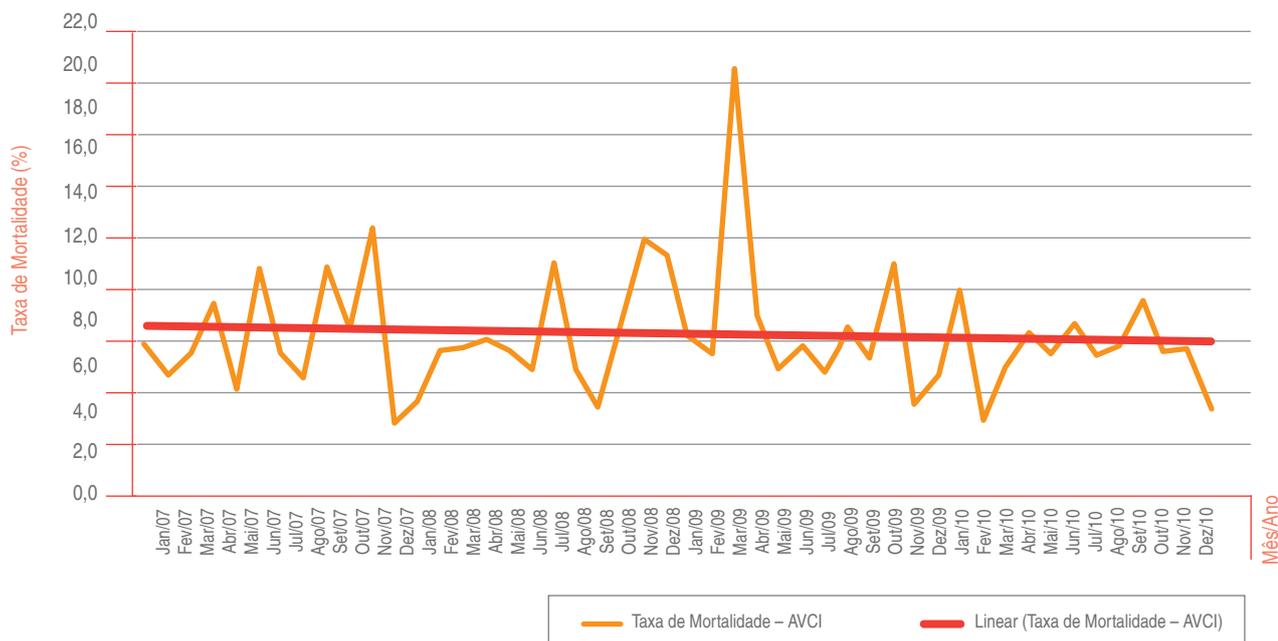


Gráfico 8 – Distribuição Mensal das Taxas de Mortalidade dos Pacientes com AVCI e Tendência Linear
(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)



Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)

As Doenças do Aparelho Respiratório como causa de morte têm crescido em nosso meio e, entre estas, as pneumonias adquiridas na comunidade são uma causa importante em crianças portadoras de Doenças Respiratórias de Base (como asma e bronquite asmática) e em idosos. O Projeto monitora os protocolos para crianças e adultos, com foco diferenciado para os maiores de 60 anos, que apresentam maior letalidade para esta afecção.

Observa-se variação sazonal para as crianças. A média de permanência apresenta discreta redução durante o período. Em 2010, variou entre 4,5 dias e 7,0, resultados abaixo daqueles observados em 2009 (Gráfico 9).

Para os adultos também se observa variação na média de permanência, com redução entre 2009 e 2010. A menor variabilidade sugere protocolos mais ajustados (Gráfico 10).

Gráfico 9 – Distribuição Mensal da Média de Permanência dos Pacientes < 13 anos com PAC – Tendência Linear e Número de Saídas

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

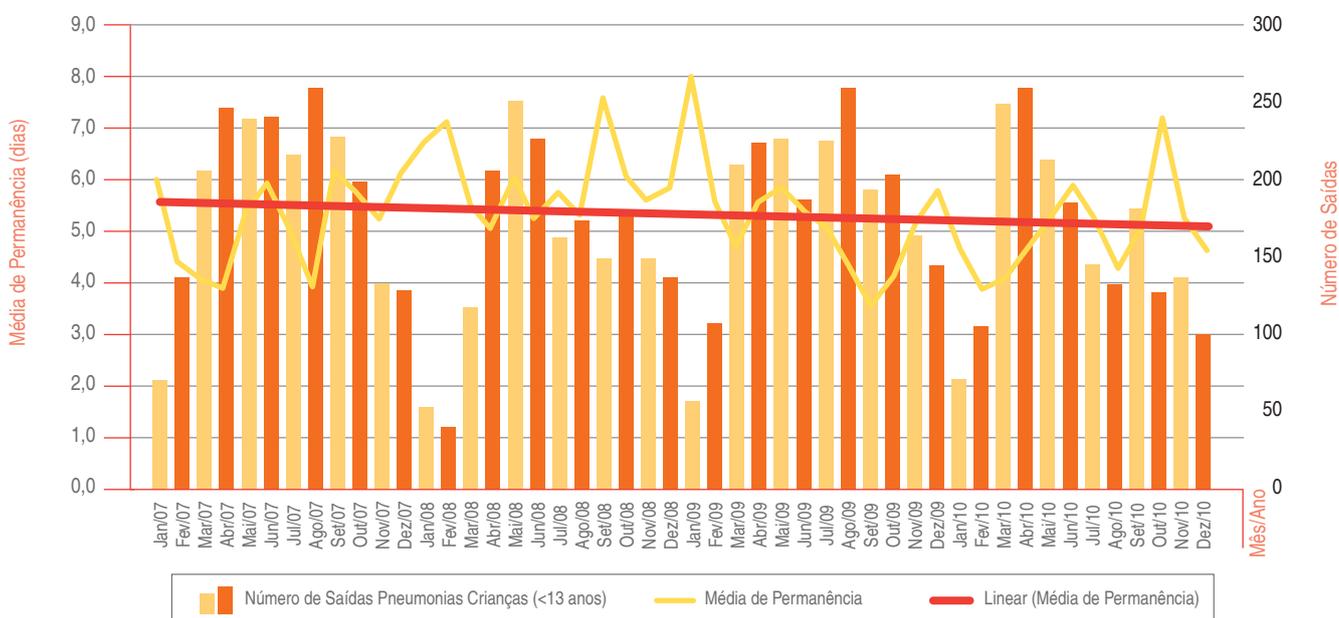
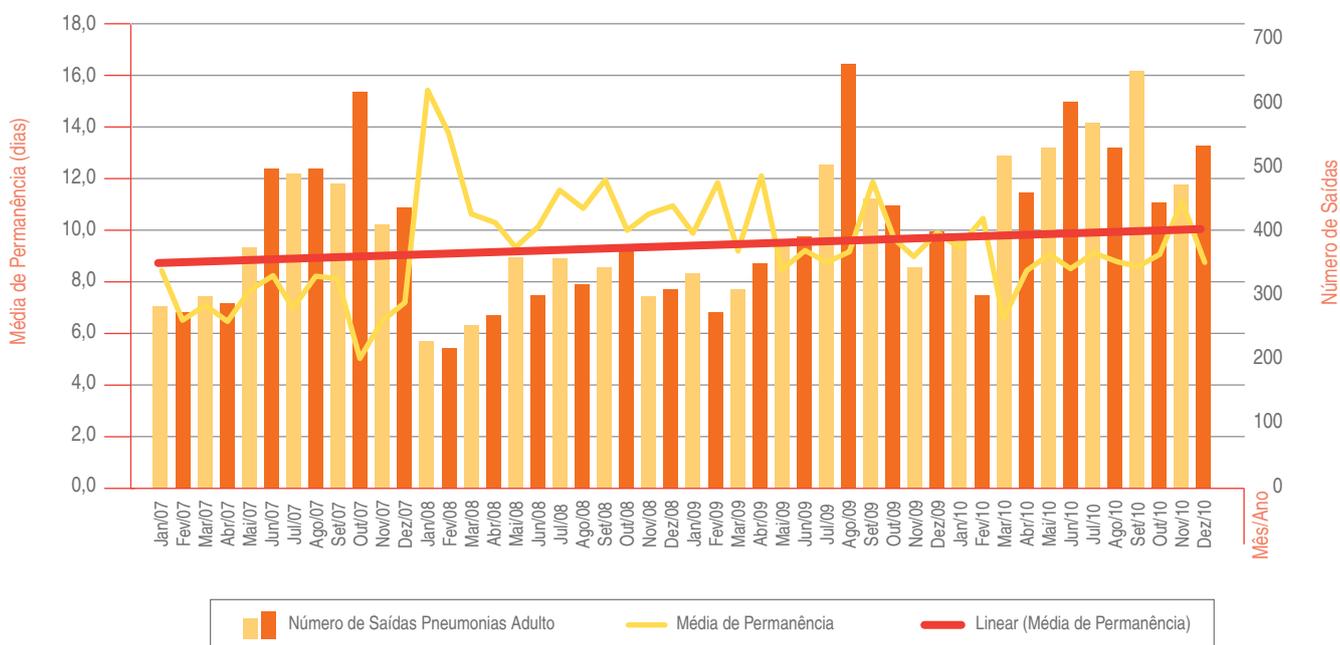


Gráfico 10 – Distribuição Mensal da Média de Permanência de pacientes Adultos com PAC – Tendência Linear e o Número de Saídas

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)



As Taxas de Antibioticoterapia adequadas (tempo, esquema e duração do esquema de tratamento), em conformidade com o recomendado, cresceram para as crianças e os adultos (Gráfico 11 e 12).

Gráfico 11 – Distribuição Mensal da Taxa de Uso de Antibioticoterapia Adequada em Pacientes <13 anos com PAC – Tendência Linear e o Número de Saídas

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)

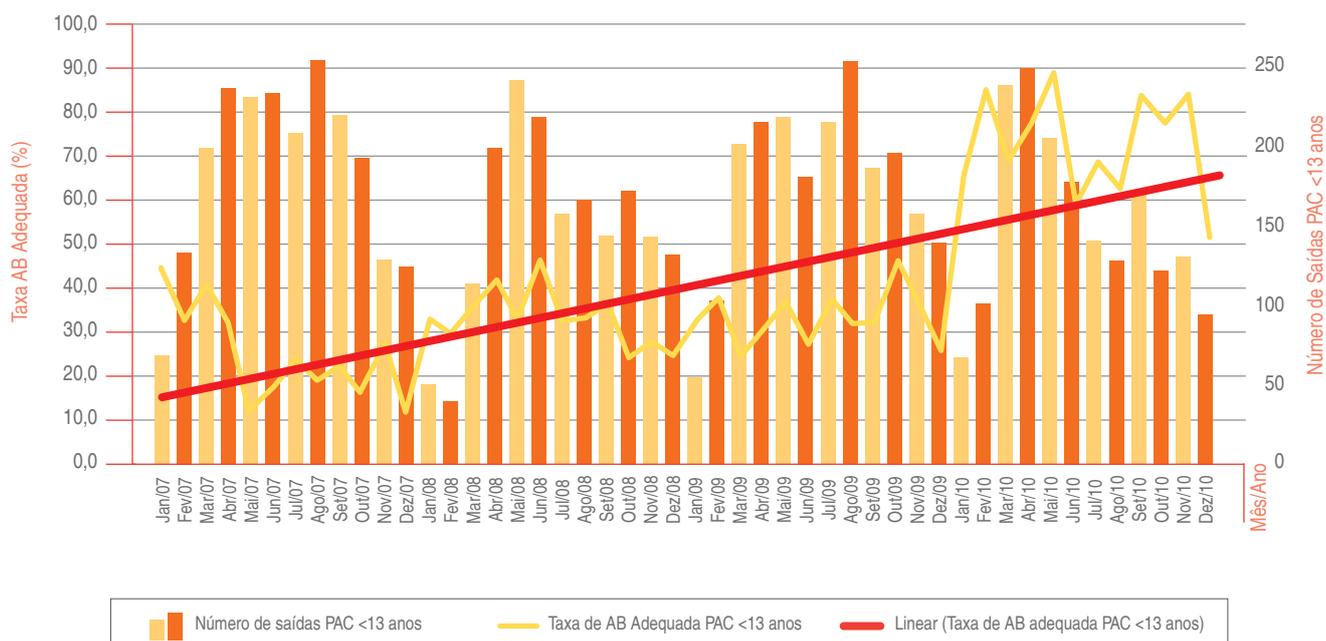
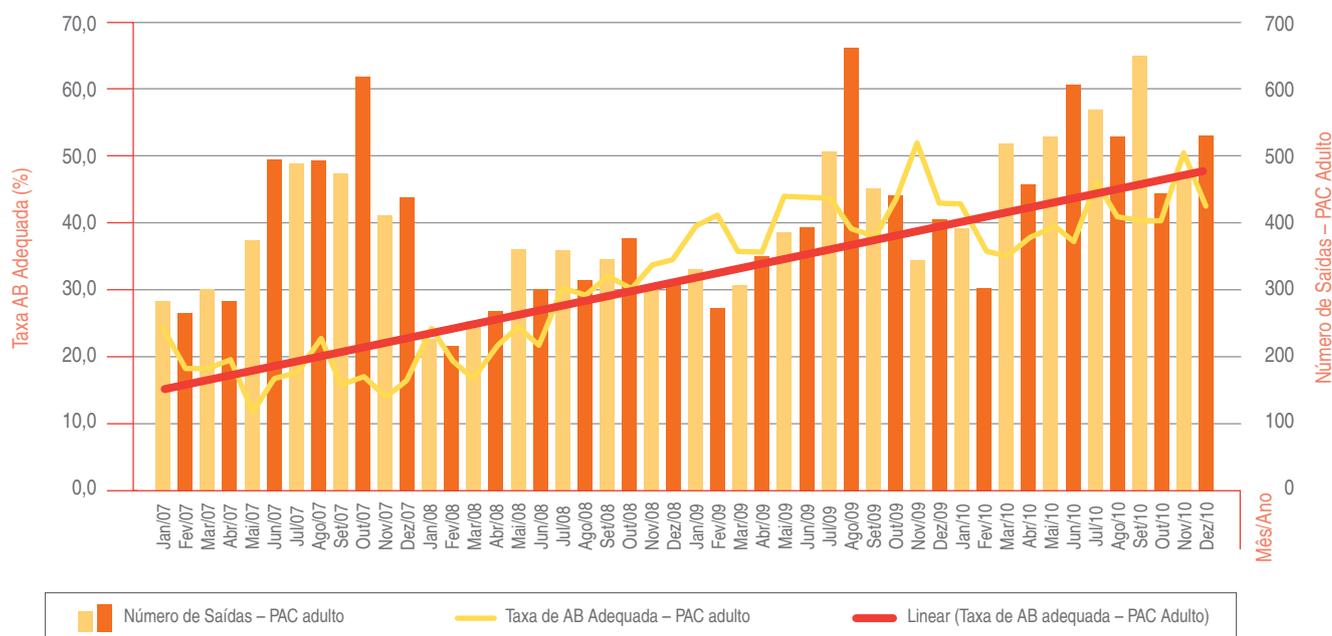


Gráfico 12 – Distribuição Mensal da Taxa de Uso de Antibioticoterapia Adequada em Pacientes Adultos com PAC – Tendência Linear e o Número de Saídas

(Hospitais ANAHP – janeiro/2007 a dezembro/2010)



A Taxa de Mortalidade para Crianças deve estar, segundo as diretrizes internacionais, abaixo de 1%, e nos hospitais participantes em 2010, a média foi de 0,5%, abaixo do esperado e do encontrado em 2009. As Taxas de Mortalidade para Adultos dependem do volume de casos de pacientes acima de 60 anos atendidos nos hospitais com esta patologia. Em 2010, 66% dos pacientes com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) tinham idade acima dos 60 anos. A média de permanência para estes casos esteve em 8,9 dias, com variação entre 6,4 e 11,2. Para o conjunto de pacientes adultos, a taxa de mortalidade foi 8,4%, enquanto que para os pacientes acima de 60 anos este valor chega 12,9%. As informações sobre o resultado dos outros indicadores acompanhados pelo Projeto estão apresentadas na tabela 6.

Referências – Diretrizes e Protocolos Clínicos

O processo de implantação dos protocolos nos hospitais associados iniciou-se em 2004 com treinamento e a adesão dos hospitais. Em 2005 e 2006 foram feitas as visitas e discussões nos hospitais associados, em um trabalho conjunto com as equipes técnicas para o desenvolvimento dos protocolos. O fornecimento e discussão das diretrizes clínicas, a padronização do método de trabalho e o apoio dos hospitais envolvidos na elaboração dos fluxos e algoritmos, bem como o monitoramento dos protocolos clínicos em cada hospital associado, respeitando a organização e articulação de cada instituição, foram alguns dos princípios que nortearam o trabalho de implantação dos protocolos clínicos.

Apresentamos abaixo algumas referências nacionais e internacionais atualizadas (últimos cinco anos) de diretrizes e protocolos clínicos para Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), que subsidiam o trabalho do 'Projeto Melhores Práticas Assistenciais'.

Sites de interesse para seleção e acompanhamento das atualizações de diretrizes para prática clínica e protocolos

clínicos: www.guidelines.gov; www.icsi.org; www.sign.ac.uk; cihi.ca e <http://library.nhs.uk/guidelinesfinder/>

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)

Diretrizes Internacionais

✦ J. Donald Easton, MD, FAHA, Chair; Jeffrey L. Saver, MD, FAHA, Vice-Chair; Gregory W. Albers, MD; Mark J. Alberts, MD, FAHA; Seemant Chaturvedi, MD, FAHA, FAAN; Edward Feldmann, MD, FAHA; Thomas S. Hatsukami, MD; Randall T. Higashida, MD, FAHA; S. Claiborne Johnston, MD, PhD; Chelsea S. Kidwell, MD, FAHA; Helmi L. Lutsep, MD; Elaine Miller, DNS, RN, CRRN, FAHA; Ralph L. Sacco, MD, MS, FAAN, FAHA Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease Stroke 2009;40;2276-2293; originally published online

May 7, 2009; DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.192218
Stroke is available at <http://stroke.ahajournals.org>

- ✘ Harold P. Adams, Jr, MD, FAHA, Chair; Gregory del Zoppo, MD, FAHA, Vice Chair; Mark J. Alberts, MD, FAHA; Deepak L. Bhatt, MD; Lawrence Brass, MD, FAHA†; Anthony Furlan, MD, FAHA; Robert L. Grubb, MD, FAHA; Randall T. Higashida, MD, FAHA; Edward C. Jauch, MD, FAHA; Chelsea Kidwell, MD, FAHA; Patrick D. Lyden, MD; Lewis B. Morgenstern, MD, FAHA; Adnan I. Qureshi, MD, FAHA; Robert H. Rosenwasser, MD, FAHA; Phillip A. Scott, MD, FAHA; Eelco F.M. Wijdicks, MD, FAHA Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke A Guideline From the American Heart Association/ American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups Stroke 2007;38:1655-1711; originally published online Apr 12, 2007; DOI: 10.1161/STROKEAHA.107.181486 <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/38/5/1655>

- ✘ Institute for Clinical Systems improvement Diagnosis and Treatment of Ischemic Stroke – Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010 Jun. 70 p. [190 references] Ninth Edition/June 2010, http://icsi.org/guidelines_and_more/.

- ✘ Sign (Scottish Intercollegiate guidelines network Management of patients of stroke: rehabilitation, prevention and management of complications and discharge planning – National clinical guideline – Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network – National Government Agency; 2010 Jun. 101 p. (SIGN publication; no. 118). [300 references] ISBN 978 1 905813 63 6; www.sign.ac.uk

Diretrizes Nacionais

- ✘ Martins SCO, Brondani R, Frohlich AC, Castilhos RM, Dallalba CC, Mesquita JB, Chaves MLF, Nasi LA. Trombólise no AVCI agudo em um Hospital da Rede Pública: a experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev Neurocienc 2007;15/3:219–225
- ✘ Martins SCO, Brondani R, Friedrich M, Araújo MD, Wartchow A, Passos P, Manenti E, Jaeger C, Rech R, Silveira D, Ruschel K, Nasi LA, Chaves MLF, Ehlers JA. Quatro anos de experiência no tratamento trombolítico do AVC Isquêmico na cidade de Porto Alegre. Rev Neurocienc 2006; 14(1):031-036

Infarto Agudo do Miocárdico (IAM)

Diretrizes Internacionais

- ✘ Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines (writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction). I Am Coll Cardiol

2007;50:e1-e157. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. Am Coll Cardiol 2008;51:210-47.

- ✘ Institute for Clinical Systems improvement Diagnosis and Treatment of Chest Pain and ACS – Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010 Oct. 72 p. [155 references] Sixth Edition/October 2010 http://www.icsi.org/acs_acute_coronary_syndrome/acute_coronary_syndrome_and_chest_pain__diagnosis_and_treatment_of_2.html

Diretrizes Nacionais

- ✘ Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):e179-e264.
- ✘ Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A. Jr. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007). Arq Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-e131.

Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)

Diretrizes Internacionais

- ✘ Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Niederman MS, Torres A, Whitney CG. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007 Mar 1;44 Suppl 2:S27-72. [335 references]. Nazarian DJ, Eddy OL, Lukens TW, Weingart SD, Decker WW, American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the management of adult patients presenting to the emergency department with community-acquired pneumonia. Ann Emerg Med 2009 Nov;54(5):704-31. [57 references]
- ✘ Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based care guideline for community acquired pneumonia in children 60 days through 17 years of age. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2006 Jul. 16 p. [80 references]

Diretrizes Nacionais

- ✘ Corrêa RA, Cavalcanti FLL, Pereira-Silva JL, Silva RLF, Cardoso AP, Lemos ACM, Rossi F, Michel G, Ribeiro L, Cavalcanti MAN, Figueiredo MRF, Holanda MA, Valery MIBA, Aidê MA, Chatkin MN, Messeder O, Teixeira PJZ, Martins RLM e Rocha RT Comissão de Infecções Respiratórias e Micoses – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia Diretrizes brasileiras para Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em adultos imunocompetentes – 2009. J Bras Pneumol. 2009;35(6):574-601

Tabela 06 – Indicadores Clínicos Patologias Seleccionadas
(Hospitais ANAHP 2007 a 2010)

Patologias	Indicadores	2007	2008	2009	2010														
					Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Anual		
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Tempo Porta-balão (minutos)	127	111	110	117	134			117	103	117	103	108	96	80	103	122	93	108
	Média de Permanência – IAM (dias)	5.4	7.9	7.0	7.9	7.5			7.7	7.1	7.4	7.0	7.8	6.9	6.7	7.7	6.8	6.4	7.2
	Taxa de Angioplastia – IAM (%)	28.3	42.1	79.9	58.7	62.1			85.7	71.7	84.2	91.5	84.1	74.6	75.0	70.8	76.1	69.6	75.5
	Taxa de Aspirina na Alta – IAM (%)	38.3	58.0	53.6	87.0	64.7			68.0	77.9	72.0	73.5	66.7	69.2	66.0	67.9	68.4	70.9	70.6
	Taxa de Mortalidade – IAM (%)	7.1	8.6	7.0	6.2	2.5			7.5	4.8	3.1	4.3	6.5	6.3	6.3	5.5	3.4	3.8	5.0
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)	Tempo Porta-CT (minutos)	122	102	97	71	84			66	62	49	55	70	61	48	56	55	58	61
	Tempo Porta-trombólise (minutos)	ND	ND	27	68	59			130	66	71	108	117	144	52	133	76	127	96
	Média de Permanência – AVCI (dias)	9.1	10.4	11.1	9.8	9.3			7.7	9.8	8.8	9.3	9.7	11.9	9.0	9.4	12.8	10.3	9.7
	Taxa de Tomografia – AVCI (%)	22.0	36.7	48.4	69.9	54.8			86.7	74.7	65.7	58.1	98.0	67.6	61.9	49.7	72.0	80.6	70.0
	Taxa de Mortalidade – AVCI (%)	7.7	7.7	8.1	9.8	3.5			6.0	7.5	6.6	8.1	6.6	7.0	9.1	6.8	7.0	4.2	6.9
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	Média de Permanência – ICC (dias)	ND	ND	ND	12.1	9.5			9.9	17.4	12.3	10.6	13.3	10.5	10.7	12.1	9.4	10.1	11.5
	Taxa de Mortalidade – ICC (%)	ND	ND	ND	11.0	12.6			10.0	12.7	9.6	4.9	8.4	10.6	8.1	11.5	5.2	7.8	9.1
Pneumonia (PAC) em Crianças	Média de Permanência – PNM < 13 anos (dias)	4.9	5.6	4.9	4.5	3.7			3.9	4.5	5.0	5.7	5.1	4.1	4.8	7.0	5.1	4.4	4.8
	Taxa de AB Adequada – PNM < 13 anos (%)	22.6	33.2	32.3	64.2	85.1			68.2	76.7	88.8	57.9	67.6	61.4	83.2	76.9	83.7	50.5	73.1
	Taxa de Mortalidade – PNM < 13 anos (%)	0.5	1.0	0.6	3.0	0.0			0.0	0.4	0.0	0.0	0.7	0.0	0.6	0.8	0.8	3.2	0.5
Pneumonia (PAC) em Adultos	Média de Permanência – PNM Adultos (dias)	7.1	11.1	9.8	9.3	10.3			6.4	8.3	8.9	8.3	8.8	8.6	8.4	8.8	10.9	8.4	8.7
	Taxa de AB Adequada – PNM Adultos (%)	17.2	26.8	41.2	41.6	34.3			33.1	35.5	35.6	35.2	43.1	39.2	37.1	38.6	48.2	39.3	38.4
	Taxa de Mortalidade – PNM adultos (%)	8.5	9.4	9.8	8.9	10.3			9.5	8.9	7.5	7.7	9.5	8.1	8.7	8.0	12.3	9.7	9.0
	Média de Permanência – PNM >60 (dias)	ND	ND	11.6	13.4	16.5			10.0	10.9	10.9	10.2	11.4	9.8	9.3	10.6	12.4	10.0	10.9
	Taxa de Mortalidade – PNM >60 (%)	ND	ND	13.9	17.4	17.2			17.0	13.4	10.6	10.1	14.0	10.9	11.2	10.7	16.3	12.4	12.9
Sepse	Média de Permanência – Sepse (dias)	6.9	13.6	12.0	16.1	24.0			15.0	20.6	15.8	17.6	14.9	16.8	14.0	14.1	14.2	16.4	16.5
	Taxa de AB Adequada – Sepse (%)	12.2	37.6	62.6	55.8	56.8			64.8	61.4	55.9	62.5	73.7	82.8	75.5	74.3	68.2	66.5	67.1
	Taxa de Mortalidade – Sepse (%)	61.7	27.7	25.8	31.7	29.7			30.3	26.8	27.7	27.4	21.5	23.1	25.5	22.3	24.6	24.0	25.9
Cirúrgicos	Média de Permanência – Histerectomia (dias)	1.5	2.2	1.7	2.8	3.3			2.9	2.5	2.7	2.6	2.1	2.6	2.0	2.2	2.5	3.3	2.6
	Média de Permanência – Colectomia VLP (horas)	34.0	43.2	34.3	24.5	22.9			23.5	28.2	25.7	25.2	21.6	25.7	23.7	27.8	23.5	25.3	24.8
	Média de Permanência – Herniorrafia Inguinal (horas)	27.0	25.7	17.9	17.8	17.9			16.6	22.8	20.9	20.9	23.9	20.8	22.5	19.7	17.2	16.8	19.8

» Casa de Saúde São José
Hospital A.C Camargo
Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hospital Aliança
Hospital Anchieta
Hospital Bandeirantes
Hospital Barra D'Or
Hospital Copa D'Or
Hospital do Coração
Hospital Esperança
Hospital Israelita Albert Einstein
Hospital Mãe de Deus
Hospital Mater Dei
Hospital e Maternidade Brasil
Hospital e Maternidade Santa Joana
Hospital Memorial São José
Hospital Meridional
Hospital Moinhos de Vento
Hospital Monte Sinai
Hospital Nipo-Brasileiro
Hospital Nossa Senhora das Graças
Hospital Nossa Senhora de Lourdes
Hospital Nove de Julho
Hospital Português
Hospital Pró-Cardíaco
Hospital Quinta D'Or
Hospital Samaritano
Hospital Santa Catarina
Hospital Santa Genoveva
Hospital Santa Joana
Hospital Santa Luzia
Hospital Santa Rosa
Hospital São Camilo Pompéia
Hospital São Lucas
Hospital São Luiz Itaim
Hospital Sírio-Libanês
Hospital Vera Cruz
Hospital VITA Batel
Hospital VITA Curitiba
Hospital VITA Volta Redonda
Hospital viValle
Real Hospital Português
Vitória Apart Hospital

Perfil Institucional dos Hospitais ANAHP



Casa de Saúde São José

► Breve histórico da Instituição

A Casa de Saúde São José, com a missão de servir à vida promovendo saúde, é uma instituição hospitalar mantida pela Associação Congregação de Santa Catarina, a segunda maior entidade filantrópica privada do Brasil e a primeira no setor de saúde. A Associação controla 34 obras sociais em todo o Brasil, prestando assistência à saúde, promovendo educação e dirigindo serviços pastorais. Os recursos para a manutenção das instituições são compartilhados e integrados de forma autossustentável.

Fundada há mais de 80 anos, a Casa de Saúde São José fortalece seus valores e investe em tecnologia e calor humano para ser o mais avançado e especializado centro de tratamento de alta complexidade do Rio de Janeiro. Preparada para atuar em 24 especialidades médicas, é referência em serviços de emergência cardiológica e ortopédica, além de serviços diagnósticos e de apoio ao tratamento. Nossa Casa conta ainda com um dos Centros de Terapia Intensiva mais modernos do país nas diversas especialidades: neurológica, geral, coronariana e neonatal. Conta com 22 salas cirúrgicas e capacidade para 2,5 mil procedimentos cirúrgicos ao mês, destacando-se pela excelência na gestão e na prestação de serviço aos cariocas.

Contribuir para a manutenção dessas obras é servir à vida, é atuar na missão da Casa de Saúde São José, porque, para nós, a vida é sagrada.

Destaques 2010 e 2011

A Casa de Saúde São José, primando pelo seu compromisso com a renovação tecnológica, realizou investimento de US\$ 3 milhões, na remodelação do Centro de Diagnóstico por Imagem, incluindo obras de ampliação e renovação de todo o parque tecnológico, bem como a contratação da solução de digitalização de imagens médicas RIS/PACS (Radiology Information System/Picture Archiving and Communication System). Com essas ações, a Casa de Saúde São José pretende fortalecer ainda mais a estrutura de alta complexidade que suporte as ações estrategicamente desenhadas no plano de expansão da estrutura física do Hospital. A expansão trará novas especialidades e serviços voltados à alta complexidade.

Mereceu destaque o investimento na capacitação de seu corpo executivo que, em parceria com a conceituada instituição Fundação Dom Cabral, elaborou um programa de desenvolvimento de líderes para a gestão de negócio durante os anos de 2009 e 2010.

Visando à garantia da qualidade assistencial e segurança do paciente, a Casa de Saúde São José – primeiro Hospital do Estado do Rio de Janeiro a obter o Certificado de Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) desde 2004 – busca a Acreditação Internacional em 2011 pelo *Canadian Council on Health Services Accreditation* – CCHSA.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1923
Área construída da Instituição	30.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	209
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	68
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	6.032
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	612
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	1.047
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	1.000
Nº de internações	(2010)	19.929
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	22.002
Nº de partos	(2010)	3.032
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	365.485
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	191,9



Rua Macedo Sobrinho, 21
Humaitá
Rio de Janeiro – RJ
22271-080
(21) 2538-7626
www.cssj.com.br



Hospital A.C. Camargo

► Breve histórico da Instituição

Fundado em 1953, o Hospital A.C. Camargo é pioneiro no país em Oncologia e referência internacional em ensino, pesquisa e tratamento de câncer. Nele são tratados os mais de 800 tipos de tumores identificados pela medicina. De forma integrada entre 44 especialidades e sempre baseado na assistência interdisciplinar, atua com uma equipe de 2,5 mil profissionais de saúde, sendo cerca de 400 médicos especializados em Oncologia – 80% deles com título de mestrado e doutorado.

Outro diferencial está em sua produção científica, com ênfase em linhas de pesquisa sobre os tipos mais incidentes de câncer como mama, próstata e colorretal e outros diretamente relacionados aos hábitos de vida de grupos populacionais do país, como tumores de cabeça e pescoço, pênis e estômago. Essa experiência adquirida nos laboratórios de pesquisa é transferida para a rotina clínica para implantação de novos métodos terapêuticos, cada vez mais eficazes no tratamento.

Mantido pela Fundação Antônio Prudente, superou em 2010 a marca de 900 mil procedimentos (internações, consultas ambulatoriais, cirurgias, rádio e quimioterapias e diagnósticos por imagem). Na área de ensino e pesquisa, o A.C. Camargo criou a 1ª residência oncológica, em 1953, e é responsável pela formação de metade dos oncologistas em atividade no Brasil. Já formou mais de mil oncologistas, que hoje tratam o câncer nas mais diversas instituições em todos os estados brasileiros e até mesmo no exterior. Sua pós-graduação, criada em 1996, é a melhor do país em Oncologia e uma das duas melhores em Medicina.

Destaques 2010 e 2011

O grande destaque de 2010 ficou por conta da inauguração do Centro Internacional de Pesquisa e Ensino do Hospital A.C. Camargo Ricardo Renzo Brentani (CIPE), com a presença do prêmio Nobel de Medicina de 2008, Harald zur Hausen. Esse espaço foi projetado para reunir em um único lugar o desenvolvimento e a gestão das atividades de pesquisa efetuadas pela Instituição. Com o início do funcionamento do CIPE, entrou em ação o ultrassequenciador Solid 4, o mais moderno da América Latina. Ainda em 2010, ocorreu a primeira edição do A.C. Camargo Global Meeting of Translational Science, um dos mais importantes encontros de ciência do Hemisfério Sul promovido em parceria com a Fapesp e que reuniu os mais conceituados cientistas do mundo em Imunologia, Neurociência, Genômica e Oncologia. Ainda em 2010, o Hospital A.C. Camargo realizou

investimentos vultosos da ordem de R\$ 70 milhões e ampliou sua moderna infraestrutura com novas acomodações e tecnologia para as áreas de Quimioterapia, Oncologia Clínica, Anatomia Patológica, Medicina Nuclear, entre outros. Para 2011, está prevista a conclusão da Torre Tamandaré, que contará com um amplo complexo pediátrico e mais 120 leitos, totalizando 441 leitos. Em 2011, todas as atenções da Instituição se voltam ainda mais para a qualidade e segurança do paciente.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1953
Área construída da Instituição	43.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	321
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	36
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	397
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.907
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	18.220
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	270.948
Nº de internações	(2010)	13.760
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	8.996
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	1.537.859
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	404,3



Rua Prof. Antonio Prudente, 211
Liberdade
São Paulo – SP
01509-900
(11) 2189-5000
www.accamargo.org.br





Hospital Alemão Oswaldo Cruz

► Breve histórico da Instituição

Fundado em 26 de setembro de 1897 por imigrantes de língua alemã, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz foi idealizado com o objetivo de oferecer à comunidade serviços médicos de qualidade, como forma de retribuir o acolhimento que recebeu do povo brasileiro.

A instituição, desde o início, sustenta sua vocação para cuidar das pessoas, aliando o acolhimento à precisão, refletidos na excelência do atendimento integral à cadeia da saúde, que engloba educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Com cinco áreas-foco – Doenças Circulatórias, Digestivas, Osteomusculares, Oncológicas e Atenção ao Idoso – o hospital desenvolve uma linha de evolução permanente na busca de indicadores que assegurem ser referência em suas áreas de atuação.

Em 2009, a instituição conquistou a certificação pela Joint Commission International (JCI), garantindo resultados médicos-assistenciais de qualidade e segurança aos seus pacientes equivalentes aos das melhores instituições de saúde do mundo. O reconhecimento como uma das melhores instituições de saúde do Brasil é reflexo da atuação integrada de seu competente Corpo Clínico com os profissionais que compõem o escopo de colaboradores do Hospital. Os investimentos constantes em formação, capacitação e treinamento de suas equipes assistenciais têm sido determinantes para os reconhecimentos obtidos pelo Hospital em diversos segmentos do cenário nacional.

Destaques 2010 e 2011

Nos últimos anos, por meio do planejamento estratégico que orienta sua gestão, o Hospital definiu suas cinco áreas de referência e estabeleceu metas de expansão baseadas no conceito de crescimento sustentável. Entre as ações realizadas para atingir esses objetivos, houve a implantação de modernas ferramentas de avaliação e melhoria de processos, medidas para reforçar o relacionamento com os profissionais e investimentos na capacitação de pessoal.

Além disso, o ano de 2010 foi marcado pela expansão das unidades do Hospital, com entrada em operação de novas unidades: Unidade Ambulatorial de Sustentabilidade Social, CIAMA – Instituto da Mama, em parceria com a Pró-Matre Paulista e o Centro de Especialidades do Campo Belo.

Já em 2011, áreas como Cardiologia, CDI (Centro de Diagnóstico por Imagem), Ortopedia e Hemodiálise serão ampliadas e ganharão novo layout, para oferecer instalações mais confortáveis e recursos mais avançados para médicos

e pacientes. Destaca-se ainda a preparação e a implantação do novo sistema de gestão hospitalar, o Sistema Integrado de Gestão do Hospital Alemão (SIGHA). Além disso, a obra do novo prédio no complexo hospitalar do Paraíso receberá investimentos significativos para que as instalações estejam em funcionamento já em 2012.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1897
Área construída da Instituição	72.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	239
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	34
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	5.045
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.747
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	60.214
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	16.545
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	20.391
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	158.203
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	417,9



Rua João Julião, 331
Paraíso
São Paulo – SP
01313-020
(11) 3549-1000
www.hospitalalemao.org.br



Hospital Aliança

► Breve histórico da Instituição

Com capital 100% nacional, pertencente ao grupo segurador Aliança da Bahia, a Sociedade Anônima Hospital Aliança foi fundada em dezembro de 1981, tendo como objeto social a prestação de serviços médicos e hospitalares, assim como a construção de hospitais e instalações complementares e afins em todo o território nacional.

Em outubro de 1990, foi inaugurado o Hospital Aliança, parte de um complexo formado pelo próprio hospital e um centro médico, localizado estrategicamente no bairro do Rio Vermelho, na cidade de Salvador (BA), numa área de 55,5 mil m² e com estacionamento para 800 veículos. Após sucessivas ampliações realizadas desde sua inauguração, passou a contar com 213 leitos de internação clínica, cirúrgica e UTIs, um centro médico com 77 consultórios, equipado com centro de convenções, serviço de pronto-atendimento e serviços de diagnóstico por imagem e laboratoriais.

Destaques 2010 e 2011

O Hospital Aliança deverá atualizar todo seu parque tecnológico em 2011, como também ampliar suas instalações físicas com aumento do número de leitos. Fará revisão e implementação de novos processos, implantação do programa de gestão por competências, planejamento estratégico e orçamento integrado.

Está realizando o Programa de Desenvolvimento de Gestores, em parceria com a Fundação Dom Cabral.

Recentemente foi agraciado com o prêmio *TOP OF MIND SALVADOR*.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1990
Área construída da Instituição	29.216 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	em processo

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	203
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	42
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	2.533
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.659
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	66.040
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	11.750
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	7.075
Nº de partos	(2010)	1.826
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	82.514
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	208,5

Av. Juracy Magalhães Junior, 2096
Rio Vermelho
Salvador – BA
41920-900
(71) 2108-5600
www.hospitalalianca.com.br





Hospital Anchieta

► Breve histórico da Instituição

Fundado em 6 de setembro de 1995, o Anchieta é um dos mais modernos complexos de saúde privada do País, graças à completa infraestrutura, com serviços ambulatoriais, diagnósticos e toda a retaguarda hospitalar para assistência à alta complexidade. É também *benchmarking* em Gestão pela Qualidade no segmento de Health Care: foi o primeiro hospital da América Latina a receber a certificação ISO 9001:2000, tendo sido recertificado no primeiro semestre de 2010 pela última versão do selo de qualidade respeitado internacionalmente, a 9001:2008. Em 2006, tornou-se o primeiro hospital do Brasil a obter a Acreditação com Excelência (Nível 3), concedida pelo Ministério da Saúde/ONA.

“Na prática, uma instituição hospitalar que opta por adotar sistemas de qualidade tem, entre seus principais objetivos, a oferta de segurança e assistência de elevado padrão. Isso porque cada um dos modelos – seja a ISO, a Acreditação ou o PNQ – determina o foco no cliente, a visão de mercado e prevê a padronização de todos os processos, a mensuração de indicadores e a realização de melhorias contínuas”, destaca o Dr. Délcio Rodrigues, Superintendente.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010, o Hospital Anchieta inaugurou sua nova e arrojada UTI Adulto, após dois anos e meio entre projeto e execução e um investimento na casa de R\$ 23 milhões em obras e equipamentos. Com uma área de 2,5 mil m², a Unidade conta com 36 leitos, com 15 m² cada. Conta ainda com um centro cirúrgico interno, salas reservadas para que os familiares conversem com os médicos, além de espaço de conforto para os acompanhantes.

Para 2011, o Hospital registra as seguintes realizações:

- ✘ Adesão ao Paex – Fundação Dom Cabral, com vistas a estabelecer um programa avançado de planejamento e acompanhamento.
- ✘ Implementação de novo modelo organizacional, que estabelece como centro de todos os esforços o pleno atendimento ao Cliente – nos âmbitos administrativo e assistencial. Um dos destaques é a implementação da gestão por processos.
- ✘ O Laboratório da instituição recebeu, em fevereiro, o Certificado de Excelência – Categoria Ouro, conferido pelo Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ) da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC) às empresas que por dez anos consecutivos apresentaram padrão de excelência.

- ✘ O Hospital Anchieta conta ainda com a inauguração da nova Lavanderia Hospitalar, além da conclusão de três pavimentos de flats de internação, para maior conforto do paciente e acompanhantes, com destaque para a humanização dos espaços. Investimento previsto: R\$ 8 milhões.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1995
Área construída da Instituição	60.374 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	110
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	42
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	902
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	797
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	192.551
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	10.118
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	6.071
Nº de partos	(2010)	1.440
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	66.044
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	86,1

Área Especial 8, 9 e 10 Setor C Norte
 Taguatinga Norte
 Taguatinga – DF
 72115-700
 (61) 3353-9000
www.hospitalanchieta.com.br



Hospital Bandeirantes

► Breve histórico da Instituição

Em 2010, ao comemorar 35 anos, o Grupo Saúde Bandeirantes (GSB) inaugurou o Novo Hospital Bandeirantes, que determinou a mudança de patamar em hotelaria, instalações e equipamentos médicos de alta tecnologia, colocando a instituição entre os maiores hospitais do País. Merecem destaque o Centro de Diagnóstico e o Serviço de Medicina Nuclear, além da UTI humanizada.

O Hospital Bandeirantes possui a certificação ONA 3 – Excelência da Organização Nacional de Acreditação (ONA). O Grupo Saúde Bandeirantes, do qual faz parte, é constituído por duas divisões: Rede Privada, com os Hospitais Bandeirantes, na Liberdade, e Leforte, no Morumbi; e Rede Contratos de Gestão, com os Hospitais Glória, na Liberdade, e Lacan, para atendimento psiquiátrico, em São Bernardo do Campo. São 860 leitos, 2,3 mil colaboradores e cerca de 1,7 mil cirurgias/mês, no total.

O Hospital Bandeirantes, primeiro da rede, é referência em atendimentos de alta complexidade, com *know-how* nas áreas de atenção cardiovascular, transplantes, cirurgias especializadas e Oncologia. Além disso, merecem destaque as ações na área socioambiental, através do Instituto Saúde Bandeirantes de Responsabilidade Socioambiental, em iniciativas como o Programa Socorrista Mirim e a Campanha Óleo Aqui; e o apoio ao ensino, pesquisa e extensão, por meio do Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP-GSB).

Destaques 2010 e 2011

O ano de 2010 foi marcado por fatos de grande relevância para o Grupo Saúde Bandeirantes (GSB). Em setembro, foi inaugurado o Novo Hospital Bandeirantes. Os investimentos resultaram na ampliação e modernização das instalações e abertura de um novo Centro de Diagnósticos, com Ressonância Magnética de 1,5 Tesla, Tomografia Computadorizada Multislice 64 canais e Espaço de Saúde da Mulher. Também foram inaugurados o Serviço de Medicina Nuclear, com equipamento de PET/CET de 16 canais e Cintilografia; e o Serviço de Iodoterapia, com quarto terapêutico que segue todas as recomendações legais para este procedimento.

No segundo semestre, o Grupo Saúde Bandeirantes teve grande destaque na mídia, com a veiculação de sua primeira campanha televisiva, celebrando a abertura do Novo Hospital Bandeirantes e o primeiro ano de funcionamento do Hospital Leforte, no Morumbi. O ano de 2010 também foi o da décima edição do Simpósio de Terapia Intensiva e Cardiologia, evento já consolidado na

agenda científica nacional, e do I Simpósio Paulista de Medicina Hospitalar.

Em dezembro, o Hospital Bandeirantes foi escolhido pela Associação Comercial de São Paulo como Destaque Empresarial 2010. Na mesma época, a instituição contou com a parceria da Fundação Dom Cabral no estabelecimento de seu novo Planejamento Estratégico, definindo diretrizes audaciosas de crescimento para 2011, que será o ano da consolidação dos investimentos do Grupo Saúde Bandeirantes em pessoas e tecnologia, na busca incansável pela excelência.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1975
Área construída da Instituição	30.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	204
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	56
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	2.752
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.257
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	76.013
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	44.945
Nº de internações	(2010)	11.517
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	7.242
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	não se aplica
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	183

Rua Galvão Bueno, 257
Liberdade
São Paulo – SP
01506-000
(11) 3345-2000
www.gruposaudbandeirantes.com.br





Hospital Barra D'Or

► Breve histórico da Instituição

Pioneiro no conceito de hotelaria hospitalar, o Hospital Barra D'Or reúne o que há de mais novo em tecnologia a um ambiente propício que alivia a angústia dos que procuram o serviço hospitalar.

Sendo o primeiro hospital inaugurado da Rede D'Or e concebido por um grupo de médicos, engenheiros e arquitetos, o hospital oferece um ambiente claro, com cores alegres e linhas suaves, que aliado ao atendimento seguro, personalizado e a profissionais altamente especializados, fazem a diferença.

O Hospital Barra D'Or possui leitos de Unidades de Internação, Semi-Intensiva, Cardiointensiva, Terapia Intensiva, Emergência, Day Hospital e Quarto Terapêutico.

A determinação em oferecer um serviço de excelência na área de saúde motivou a participação do Hospital em processos de certificação, e hoje a unidade possui a certificação internacional pela Accreditation Canada e também pela ONA, em nível 3.

Destaques 2010 e 2011

O Hospital Barra D'Or reambientou e mudou o setor Pós-Operatório para atender ainda melhor. Modernas instalações, mais leitos, proximidade com o centro cirúrgico e um novo modelo de assistência médica foi implantado, visando a garantir mais agilidade e maior conforto aos pacientes.

Também foi inaugurado um novo CTI, ampliando a capacidade de internações em unidades de tratamento intensivo.

Em março de 2011 o Hospital reafirmou sua qualidade e segurança no cuidado com a recertificação Canadense pela certificadora Accreditation Canada.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1998
Área construída da Instituição	não informado
Organização do Corpo Clínico	Misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	248
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	89
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.500
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.489
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	93.022
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	30.525
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	6.817
Nº de partos	(2010)	960
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	801.888
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	não informado



Av. Ayrton Senna, 2541
Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ
22793-000
(21) 2430-3600
www.barrador.com.br

Hospital Copa D'Or

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Copa D'Or nasceu em maio de 2000, a partir do desejo de criar um novo modelo de atendimento hospitalar no Rio de Janeiro: um hospital que pudesse reunir tecnologia de ponta, profissionais altamente qualificados e serviços padrão cinco estrelas; um lugar onde as pessoas encontrassem segurança e conforto para cuidar da sua saúde.

Localizado no bairro de Copacabana, zona sul do Rio de Janeiro, o Hospital Copa D'Or é reconhecido pelo elevado padrão de qualidade e identificado como um dos mais importantes centros de medicina do país. Serviços excelentes, competência técnica, investimentos constantes em tecnologia e tratamentos de última geração, realizados com respeito e calor humano, são as suas principais marcas. O Hospital Copa D'Or foi o primeiro hospital privado do Rio de Janeiro certificado pela Joint Commission International (JCI), e pode ser comparado aos melhores hospitais do mundo.

A medicina de alta complexidade é um ponto de destaque e, para isso, mantém equipe médica do mais elevado padrão acadêmico, com formação e especializações nas mais expressivas instituições de ensino da área da saúde, do Brasil e do exterior.

São mais de 270 leitos disponíveis, distribuídos pelos setores de Internação, Terapia Intensiva, Semi-Intensiva, Pediatria, Emergência – adulto e pediátrica, Unidade Coronariana e Day Clinic.

Destaques 2010 e 2011

O Hospital Copa D'Or, que já era referência em tratamentos de alta complexidade, ampliou a área do CTI Geral, que ficou muito mais moderna e confortável para atender com a excelência que a Rede D'Or oferece.

Além disso, também houve a inauguração de novas instalações internas, a reforma de todo um andar e a ampliação do laboratório.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2000
Área construída da Instituição	não informado
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	270
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	90
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	2.000
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.681
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	104.296
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	11.521
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	7.482
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	117.924
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	não informado



Rua Figueiredo de Magalhães, 875
Copacabana
Rio de Janeiro – RJ
22031-011
(21) 2475-3600
www.copador.com.br





Hospital do Coração – HCor

► Breve histórico da Instituição

Classificado pelo Ministério da Saúde como hospital de excelência no Brasil, o HCor – Hospital do Coração é uma entidade beneficente e não lucrativa, mantida pela Associação do Sanatório Sírio. Hospital de referência no atendimento cardiológico desde a sua inauguração, em 1976, o HCor é visto atualmente como idealizador e propulsor de novas tecnologias, tratamentos e pesquisas nacionais e internacionais na área da saúde, por meio de seu Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP).

Atualmente, é reconhecido pela medicina de excelência não só em Cardiologia, mas também em diversas especialidades, com destaque para Ortopedia, Urologia, Neurologia, Cardiopediatria, Medicina Fetal, Oncologia, Gastroenterologia, Medicina do Esporte, Nefrologia, entre outras. Além disso, o HCor conta com um moderno Centro de Diagnósticos e equipes médicas e multidisciplinares altamente qualificadas.

Para expandir ainda mais seus trabalhos, após parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS) em 2008, o HCor iniciou em 2009 o lançamento de 22 projetos filantrópicos em conjunto com o Ministério da Saúde nas áreas de gestão, pesquisa, capacitação e tecnologia em benefício de toda a população. É por esses e por outros trabalhos que o Hospital do Coração foi reacreditado em 2009 pela Joint Commission International (considerada a mais importante certificação na área da saúde), com conformidade total em 98,33% dos 1.138 elementos de mensuração, atendendo aos índices máximos nos padrões de qualidade.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010, o HCor expandiu de forma significativa os seus serviços e lançou novas especialidades e centros diferenciados como o Centro de Medicina do Sono e o Serviço de Otorrinolaringologia, ambos contando com modernos recursos que possibilitam o diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico de diversas patologias.

Destaque também para a Cirurgia Plástica (face, rinoplastia, implantes de mama, abdominoplastias, lipoaspirações, cirurgias reparadoras e tratamento de traumas) e a expansão do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço com uma equipe multidisciplinar especializada em tratar afecções da área.

Já em 2011, o hospital inaugurou o Centro de Obesidade para oferecer aos pacientes obesos exames diagnósticos, orientação nutricional e programas de reabilitação. Em março foi a vez do Centro de Medicina Reprodutiva para identificar

e tratar os problemas que acarretam a infertilidade masculina e feminina, entre outros procedimentos.

O IEP – Instituto de Ensino e Pesquisa idealizou e coordenou o maior estudo clínico da história na área de prevenção de nefropatia induzida por contraste. Foram 2.308 pacientes de 46 hospitais públicos e privados submetidos a procedimentos clínicos.

O projeto Tele-Eletrocardiografia Digital completou um ano contabilizando 4.621 eletrocardiogramas em mais de 100 municípios do país, por meio do SAMU. Em abril, o HCor expandiu a UTI Pediátrica para um atendimento humanizado de neonatos, lactentes, crianças e também adolescentes internados para o tratamento clínico e cirúrgico de cardiopatias congênitas.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1976
Área construída da Instituição	44.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	223
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	40
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.070
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.895
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	30.027
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	8.697
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	4.496
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	1.232.077
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	252



Rua Desembargador Eliseu
Guilherme, 147
Paraíso
São Paulo – SP
04004-030
(11) 3053-6611
www.hcor.com.br



Hospital Esperança

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Esperança foi inaugurado às margens do Rio Capibaribe, na capital pernambucana, também já reconhecida nacionalmente como o segundo polo médico do Brasil. Alcançou um rápido crescimento e consolidou a posição de um dos mais avançados complexos hospitalares do país graças ao tratamento humanizado, que pode ser percebido na vista panorâmica de todos os apartamentos, suítes, UTIs, bloco cirúrgico e restaurante. Esse diferencial tem origem no fato de a instituição passar ao paciente, acompanhante e seu corpo clínico a sensação de que eles não estão em um hospital, e sim em um hotel.

Mas há outros fatores envolvidos, ligados a itens fortemente defendidos pelo complexo: inovação, precisão, respeito e avanço. Toda a filosofia de trabalho e políticas de qualidade estão focadas no cuidado e na segurança dos pacientes.

O Esperança é o primeiro hospital de Pernambuco a ser acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), passando a ser reconhecido nacionalmente pela qualidade na prestação de serviços em saúde.

O hospital também busca promover o bem-estar geral dos seus colaboradores por meio de investimentos técnicos e profissionais e de sustentabilidade, levando-os a um nível de satisfação e motivação, a fim de obter ganhos reais de produtividade e excelência no atendimento ao cliente, traduzindo o comprometimento da empresa com a comunidade e o meio ambiente.

Destaques 2010 e 2011

A partir da associação com a Rede D'Or, em 2008, novos processos operacionais começaram a ser implantados e desenvolvidos no Hospital Esperança, o qual está sendo beneficiado pelas vantagens corporativas da rede, agregadas a um modelo de gestão profissional focado na qualidade, na segurança e na excelência no atendimento ao paciente. Investimentos na ordem de R\$ 25 milhões começaram a ser realizados para a construção de um novo centro de diagnóstico e reestruturação da emergência para o atendimento de casos complexos e ampliação do número de leitos de internação.

Também foram adquiridos novos equipamentos de ponta na área de diagnóstico por imagem, a exemplo da tomografia Multislice de 64 canais, ressonância magnética de alto campo e novo equipamento de hemodinâmica (Allura fd20). Outros R\$ 10 milhões foram aplicados na construção de um prédio anexo, para abrigar áreas de apoio como almoxarifados, farmácia de produção, faturamento e

auditoria. A hotelaria e a gastronomia também fazem parte dos novos investimentos, tudo para garantir o bem-estar do paciente e de seus familiares.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2000
Área construída da Instituição	não informado
Organização do Corpo Clínico	Misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	163
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	44
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	857
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.280
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	82.139
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	11.064
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	6.646
Nº de partos	(2010)	1.925
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	59.904
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	não informado

Rua Antônio Gomes de Freitas, 265
Ilha do Leite
Recife – PE
50070-480
(81) 3302-2020
www.hospitalesperanca.com.br





Hospital Israelita Albert Einstein

► Breve histórico da Instituição

O nascimento da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), na década de 50, resultou do compromisso da comunidade judaica em oferecer à população de nosso país uma referência em qualidade da prática médica. Construído com recursos provenientes de doações e do trabalho de um grupo de pessoas dedicadas, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) foi inaugurado no dia 28 de julho de 1971. A partir de então, tornou-se referência em tratamentos com tecnologia de ponta e atendimento humanizado e expandiu suas fronteiras com ações de responsabilidade social e atividades de ensino e pesquisa. Focado pela incessante busca de excelência na assistência à saúde, o HIAE ocupa posição de destaque entre as instituições hospitalares da América Latina, ocupando, pela segunda vez consecutiva, o primeiro lugar no *ranking* da *America Economia* como o melhor hospital latino-americano. Tal reconhecimento é resultado de quatro certificações da Joint Commission International, certificações ISO em diversas áreas, bem como creditações de qualidade do *American College of Radiology*, *College of American Pathologists* e *American Association of Blood Banks*. Pioneiro em muitas frentes, o hospital disponibiliza uma medicina sintonizada com a vanguarda científica e tecnológica internacional, com destaques nas áreas de Cardiologia, Neurologia, Transplantes, Ortopedia e Cirurgia. Além disso, é referência em qualidade de seu corpo clínico e em seu modelo de gestão. Como líder na área de qualidade e segurança, o HIAE também teve papel importante e histórico na constituição da ANAHP.

Destaques 2010 e 2011

O ano de 2010 foi marcado pela expansão. Em outubro, o Hospital Israelita Albert Einstein inaugurou a Unidade Perdizes-Higienópolis, na Zona Oeste de São Paulo, uma estrutura que contempla as mais avançadas tecnologias em exames diagnósticos, tratamentos e procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade e um espaço dedicado exclusivamente à saúde da mulher. Também no segundo semestre do ano, com investimentos na ordem de R\$ 3,5 milhões, inaugurou-se uma nova Casa de Check-Up, com modernos recursos de diagnósticos e uma equipe interdisciplinar altamente capacitada, ampliando o número de atendimentos diários e implantando uma nova metodologia de atendimento, que facilita a vida de quem passa pela instituição. Outro espaço criado foi o Auditório Moise Safra, que conta com 12 mil m² distribuídos em salão e salas de aula, com capacidade

para acomodar 500 pessoas e tecnologia para promover diversos formatos de eventos. Nesse mesmo ano, o Banco de Sangue do hospital foi o primeiro da América Latina a obter Acreditação do *College of American Pathologists*, que assegura a promoção de qualidade e segurança de coleta, processamento, testes, distribuição e administração do sangue e seus subprodutos. Tal reconhecimento veio para complementar as creditações já recebidas anteriormente, como ISO 9000 e da *American Association of Blood Banks* (AABB). Como destaque, o hospital conquistou a primeira posição do mundo em número de transplantes de fígado e conquistou pioneirismo em cirurgias cardíaca e torácica com auxílio de robô.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1971
Área construída da Instituição	173.942,63 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	577
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	57
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	5.231
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	8.655
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	108.543
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	172.934
Nº de internações	(2010)	43.241
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	33.171
Nº de partos	(2010)	3.448
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	2.979.743
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	1.093,8

Av. Albert Einstein, 627
Morumbi
São Paulo – SP
05651-901
(11) 2151-1233
www.einstein.br



Hospital Mãe de Deus

► Breve histórico da Instituição

Fundado em 1979, o Hospital Mãe de Deus (HMD) é mais do que um grande hospital e referência em atendimento de alta complexidade. É reconhecido no cenário gaúcho como Instituição de saúde de referência e, nacionalmente, como um prestador inovador de serviços, tanto na gestão quanto no atendimento médico assistencial.

Possui serviços direcionados a pacientes particulares e convênios, o que possibilita a sustentabilidade de todo o Sistema de Saúde Mãe de Deus (rede constituída de hospitais e serviços de saúde que reúne oito hospitais e dois centros clínicos onde se pratica medicina de alta resolubilidade e um centro de Oncologia Radioterápica). O Hospital Mãe de Deus é um importante pilar para todo o Sistema e contribui para viabilizar a atualização tecnológica, a qualificação profissional e, ainda, a ampliação e o desenvolvimento dos projetos sociais.

Consolidado como centro de excelência e de qualidade na assistência médico-hospitalar, o Mãe de Deus foi a primeira instituição da região sul do país certificada pela Organização Nacional de Acreditação, em nível de excelência. O superintendente do Sistema de Saúde Mãe de Deus, Claudio Seferin, acredita que a competência do grupo de profissionais formado por médicos, técnicos e administradores é um fator fundamental para obtenção dos resultados obtidos hoje. "Nossos investimentos estão focados nas necessidades de saúde da população e para isso é preciso buscar a especialização constante dos profissionais", relata Seferin.

Destaques 2010 e 2011

Em fevereiro de 2011, o HMD inaugurou a sala híbrida. Essa sala altamente equipada para procedimentos de hemodinâmica e cirurgia e a nova área de eletrofisiologia cardíaca constituem passo importante para a consolidação do Instituto de Medicina Vascular, que abriga as áreas de Cardiologia, Neurologia, Vascular Periférica, Centro de Terapia Endovascular, além de Ensino e Pesquisa Clínica. Outra grande inovação ocorreu pela parceria com a MEDTRONIC dos Estados Unidos para a instalação de um Centro Tecnológico na América Latina tendo o Hospital Mãe de Deus como sede. Os primeiros frutos desse acordo já foram colhidos. Desde o final de outubro de 2010 está em operação o tomógrafo móvel – O ARM – um sistema que permite a obtenção de imagens tridimensionais. Acoplado ao navegador cirúrgico, permite que neurocirurgiões e ortopedistas ofereçam a seus pacientes o máximo de

precisão nos procedimentos cirúrgicos, com resultados já confirmados no próprio centro cirúrgico.

Em janeiro de 2010, o HMD inaugurou ainda a nova estrutura física do Instituto do Câncer Mãe de Deus. A infraestrutura é composta de oito boxes de quimioterapia, cinco consultórios, farmácia oncológica e instalações administrativas, completando o Serviço de Oncologia do Mãe de Deus, que conta também com o oitavo andar do hospital e o Centro de Oncologia Radioterápica (COR).

Em 1º de setembro de 2010, o Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD) assumiu a gestão médico-técnica e administrativa do Hospital de Pronto-Socorro de Canoas (HSPC), sendo responsável pela reestruturação dessa instituição, a fim de torná-la ainda mais segura e eficiente.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1979
Área construída da Instituição	51.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	428
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	47
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	3.800
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	2.048
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	não se aplica
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	138.602
Nº de internações	(2010)	16.540
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	15.835
Nº de partos	(2010)	1.651
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	1.381.530
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	226



Rua José de Alencar, 286
Menino Deus
Porto Alegre – RS
90880-480
(51) 3230-6000
www.maedeus.com.br





Hospital Mater Dei

► Breve histórico da Instituição

O Mater Dei foi fundado em 1º de junho de 1980, com propósito claro e focado na missão de compromisso com a qualidade pela vida. Com mais de 30 anos de existência, a Instituição é referência hospitalar em Minas Gerais e no Brasil, reconhecida pela inovação, qualidade assistencial e gestão eficiente. Alguns fatos, ao longo das três décadas, foram responsáveis por atestar o padrão de excelência e credibilidade, entre eles o nascimento, em 1989, do primeiro bebê mineiro por técnica de fertilização in vitro, feita no Mater Dei; a realização do primeiro implante de stent em artéria ilíaca no estado, em 1994; a ampliação do Hospital com a construção do Bloco II com 27 mil m² de área construída, em 2000; a conquista da acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA III), em 2004, sendo o primeiro hospital de Belo Horizonte a alcançá-la; a obtenção do certificado ISO 9001/2000, em 2008, e em 2009 acreditação pela National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO), certificado internacional utilizado pelo modelo de saúde americano, sendo o primeiro hospital a obtê-lo fora dos EUA.

Em 2010, o Mater Dei iniciou projeto de expansão com a compra de terreno que irá abrigar uma nova unidade hospitalar com mais de 300 leitos.

No corpo clínico, possui mais de 2 mil profissionais de saúde cadastrados e oferece diversos serviços médico-hospitalares; 334 leitos, sendo 50 de CTI e 24 de CTI pediátrico.

Destaques 2010 e 2011

Com o intuito de atender melhor às necessidades dos clientes, o Mater Dei investiu, por meio de uma compra em leilão, na aquisição, em dezembro de 2010, de um terreno com 7,8 mil m² onde será construída nova unidade hospitalar com 12 andares, 7 subsolos, totalizando 21 pavimentos e aproximadamente 310 leitos. Com a Taxa de Ocupação crescente nos atuais Blocos I e II e a demanda por leitos superando a capacidade de atendimento, o projeto de expansão se tornou imprescindível para continuar mantendo o padrão de excelência dos serviços. Estão planejados para compor a estrutura: pronto-socorro, unidade de oncologia, bloco cirúrgico, CTI, SADT, unidades de internação e heliponto. A localização do novo prédio é privilegiada e estratégica: tem frente para a Avenida do Contorno e acesso facilitado para a Região Metropolitana e principais vias de Belo Horizonte.

A empresa de arquitetura contratada para executar a obra, a Zanettini, possui 50 anos de experiência e planejará a

construção com base no desenvolvimento sustentável com a utilização racional de energia elétrica, preservação de área verde, uso de tecnologia não poluidora e aproveitamento dos recursos naturais. As obras para a construção da nova unidade já foram iniciadas, e a previsão de inauguração é até 2014. A estimativa de fluxo de pessoas circulando na unidade diariamente é de 4 mil e a previsão de aumento do corpo funcional, incluindo médicos, profissionais ligados à assistência e a setores administrativos e de apoio é de mais de 50%.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1980
Área construída da Instituição	35.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Semiaberta
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	328
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	74
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	2.608
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.411
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	261.832
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	20.716
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	22.543
Nº de partos	(2010)	2.191
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	1.123.740
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	210

Rua Mato Grosso, 1.100
Santo Agostinho
Belo Horizonte – MG
30190-081
(31) 3339-9000
www.materdei.com.br





Hospital e Maternidade Brasil

► Breve histórico da Instituição

A ideia do futuro se constrói a partir do novo. Mas de que forma a chegada desse futuro pode afetar a vida das pessoas? De muitas, em especial se estiver ligada à realização de um grande sonho, como o ambicionado por um grupo de jovens médicos, no ano de 1966, que acreditou ser possível oferecer à comunidade da região de Santo André uma assistência hospitalar com o mesmo padrão de qualidade encontrado nos melhores centros da Capital. O que era apenas uma ideia começou a tomar forma, e o que deveria inicialmente ser apenas um serviço de saúde transformou-se no esboço de um hospital amplo e moderno: o Hospital e Maternidade Brasil.

Em julho de 1967, as obras tiveram início e, em 8 de abril de 1970, foi inaugurada a primeira parte do Hospital, composta de dois andares, 30 apartamentos, duas salas de cirurgia, duas salas de parto, berçário e um centro de recuperação. O projeto, no entanto, previa seis pavimentos, que foram sendo construídos ao longo dos anos. Paralelamente, os fundadores sentiram a necessidade de investir na sofisticação de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, de aumentar a diversidade de especialidades médicas oferecidas e de promover maior especialização dos serviços. Tudo isso com um único objetivo: a busca da melhoria de todo o processo de promoção da saúde dos pacientes.

Destaques 2010 e 2011

Incorporado pela Rede D'Or em abril de 2010, o Hospital e Maternidade Brasil recebeu atualizações tecnológicas (nova ressonância magnética, novos monitores e respiradores) e aumento de 14 leitos de terapia intensiva, com a preparação para abertura de mais 24 leitos de terapia intensiva em 2011. Houve a contratação de mais de 400 novos funcionários e a manutenção de toda equipe assistencial. Com a aquisição de um outro hospital em São Bernardo (Hospital e Maternidade Assunção) e o início da construção de outro em São Caetano do Sul (HM São Luiz – unidade São Caetano), a Rede D'Or monta uma base muito forte no ABC Paulista, com o compromisso de alavancar a evolução da prática hospitalar na região e o desenvolvimento de novas parcerias com empresas locais.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1970
Área construída da Instituição	29.936,73 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	302
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	53
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	588
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.908
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	237.796
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	293.675
Nº de internações	(2010)	21.177
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	16.094
Nº de partos	(2010)	2.972
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	1.207.553
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	42,7



Rua Cel. Fernando Prestes, 1177
Vila Dora
Santo André – SP
09020-110
(11) 2127-6666
www.hospitalbrasil.com.br





Hospital e Maternidade Santa Joana

► Breve histórico da Instituição

No final da década de 1940, o acesso a atendimento hospitalar para gestantes ainda era limitado na cidade de São Paulo. Eram tempos nos quais a maioria dos bebês ainda nascia em casa. Foi nesse cenário, em 1948, que um grupo de jovens médicos formados pela Faculdade de Medicina da Santa Casa fundou a Casa de Saúde Santa Joana, oferecendo mais segurança e especialização para gestantes e bebês. Entre eles, estava Dr. Eduardo Amaro.

A pequena casa de saúde evoluiu e se tornou o Hospital e Maternidade Santa Joana. Sua vocação para o pioneirismo manteve-se ao longo das últimas seis décadas. Depois de inovar o segmento de maternidades com um novo conceito em arquitetura e hotelaria hospitalar, no início dos anos 1990, a instituição tornou-se referência no tratamento de prematuros de baixo peso, tendo hoje uma estrutura de UTI Neonatal com 100 leitos, corpo clínico altamente capacitado e tecnologia de ponta.

Parceiro de universidades nacionais e do exterior, o Hospital e Maternidade Santa Joana é também referência em anestesia obstétrica, no atendimento à gestação de alto risco e no controle de infecção hospitalar, além de dispor do maior banco de leite humano privado do País. Em 2005, foi a primeira maternidade do Brasil acreditada em Nível 3 – Excelência, o mais alto da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Nos últimos seis anos, foi eleita a melhor maternidade do Brasil.

Destaques 2010 e 2011

A fim de aprimorar serviços e tecnologias, o Hospital e Maternidade Santa Joana está ampliando suas instalações. Com conclusão prevista para novembro de 2011, a obra contempla um novo prédio, no Paraíso, com centros obstétrico e cirúrgico inteiramente novos, totalizando 21 salas de cirurgias. Além disso, serão renovadas as UTIs e construídos mais 40 apartamentos. Ao final da ampliação, a maternidade Santa Joana crescerá 18,2 mil m² em área construída.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1948
Área construída da Instituição	40.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	330
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	104
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	3.900
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	2.200
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	41.000
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	22.800
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	7.700
Nº de partos	(2010)	14.700
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	5.200
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	não informado



Rua do Paraíso, 450
Paraíso
São Paulo – SP
04103-000
(11) 5080-6000
www.hmsj.com.br



Hospital Memorial São José

► Breve histórico da Instituição

Fundado em 2 de junho de 1989, o complexo Hospitalar Memorial São José (HMSJ) surgiu no Recife com o propósito de primar pela qualidade dos serviços e de oferecer ao estado de Pernambuco e à região Nordeste inovações tecnológicas e procedimentos de alta complexidade – antes realizados apenas fora do país.

O HMSJ possui uma infraestrutura física que congrega em seu complexo seis prédios com heliponto, equipamentos de última geração e um dos mais completos centros de diagnóstico do Brasil. Tudo isso permite que seus pacientes façam no próprio hospital qualquer exame ou procedimento. Essa estrutura coloca o Hospital Memorial São José na vanguarda da prestação de serviços na área da saúde no país.

O Hospital Memorial São José dispõe de 151 leitos projetados para oferecer o máximo conforto aos pacientes. Além da urgência multidisciplinar, urgência pediátrica, UTIs adulto, pediátrica, neonatal e coronariana, o complexo conta com três centros cirúrgicos, sendo um exclusivo para o Memorial Mulher – um novo conceito em maternidade destinado à gestante e ao bebê. O HMSJ também oferece o Hospital Dia, para procedimentos que não necessitem mais que 12 horas de internamento e mais 15 unidades médicas das mais diversas especialidades. Todos os investimentos em área física e em tecnologia de ponta são acompanhados do constante aperfeiçoamento profissional de sua equipe médica e gerencial. O Memorial São José foi o primeiro hospital do Brasil a possuir o ISO 9001:2000 em enfermagem, concedido em 1999.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010 o Hospital Memorial São José intensificou a busca pelas melhores práticas de gestão, garantido segurança para seus pacientes e qualidade no atendimento. O HMSJ investiu fortemente no aprimoramento de suas ações, recursos humanos e infraestrutura, compreendendo a aquisição de equipamentos médicos de ponta; a inauguração de mais um andar destinado à clínica cirúrgica com 13 leitos adaptados às exigências internacionais de hotelaria; a implantação do SAC; o aumento dos leitos de UTIs (totalizando 40), criando assim uma assistência diferenciada para os pacientes de alta complexidade. Merece destaque também o lançamento da plataforma de comunicação “Vida em Alta” que disponibiliza informação e interação, incentivando a busca por hábitos saudáveis e qualidade de vida.

Consolidando o planejamento de investimentos e a ampliação do complexo hospitalar, o HMSJ inaugurou também em 2010, no Memorial Clínicas, o serviço especializado no tratamento de doenças do joelho – ARTHRO –, aumentando a capacidade de atendimento nas mais diversas especialidades.

Em 2011, dando continuidade ao planejamento de investimentos na ordem de R\$ 6 milhões, está programada a criação do primeiro espaço médico virtual do Nordeste – visando a fortalecer os processos que buscam a excelência nos padrões internacionais.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1989
Área construída da Instituição	25.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Em processo

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	151
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	40
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	585
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	888
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	58.466
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	10.312
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	6.756
Nº de partos	(2010)	1.339
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	174.123
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	73



**MEMORIAL
SÃO JOSÉ**
HOSPITAL E CLÍNICAS

Av. Agamenon Magalhães, 2291
Derby
Recife – PE
50.070-160
(81) 3216-2222
www.hospitalmemorial.com.br





Hospital Meridional

► Breve histórico da Instituição

Excelência no atendimento em saúde. Esta é a frase que melhor define o Hospital Meridional, que tem uma visão social da saúde, buscando sempre contribuir para a construção de uma realidade mais humana por meio de princípios como cordialidade, respeito, ética e competência técnica.

Durante esses anos, a instituição se tornou referência em procedimentos de alta complexidade e conquistou diversos avanços científicos, como o plantão neurológico 24 horas e o centro de diagnóstico 100% digital. Possui uma área construída de 14.783 m² e é destaque em transplantes de coração e fígado. Possui um centro de transplantes dedicado exclusivamente para o preparo e acompanhamento de pacientes candidatos a transplantes, transplantados e seus familiares.

Estas e tantas outras conquistas colocam o Meridional entre os maiores centros médico do país. Tudo isso com o objetivo de oferecer saúde e bem-estar por meio de serviços humanizados, com infraestrutura e tecnologia avançada.

Destaques 2010 e 2011

O ano de 2010 foi de consolidação do constante desenvolvimento científico do Hospital Meridional.

Na área de transplante de órgãos, o Hospital Meridional realizou um raro procedimento: o primeiro transplante simultâneo de coração e rim, cirurgia inédita no Espírito Santo. Também em 2010, o Hospital Meridional inaugurou a primeira Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de Fígado do Espírito Santo. Ao todo foram 11 leitos voltados para pacientes com alguma complicação hepática. O Meridional promoveu ainda a criação do Polo Espírito Santo da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança ao Paciente (Rebraensp), com o objetivo de disseminar a segurança nas organizações de saúde.

Nesse mesmo período, o Hospital Meridional foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional em Acidente Vascular Cerebral (AVC), tornando-se o único do Estado com a titulação.

E findando 2010, o Meridional inaugurou o Centro de Dor Orofacial para tratar de patologias típicas das articulações temporomandibular e implantou com sucesso todo o processo de cirurgia segura, reafirmando seu foco de crescimento voltado para a qualidade e a segurança de cada serviço que oferece.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída da Instituição	14.738 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	180
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	52
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	468
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	636
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	95.933
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	60.813
Nº de internações	(2010)	10.355
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	5.364
Nº de partos	(2010)	102
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	362.758
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	69,9



Rua São João Batista, 200
Trevo de Alto Lage
Cariacica – ES
29151-920
(27) 3346-2000
www.hospitalmeridional.com.br

Hospital Moinhos de Vento

► Breve histórico da Instituição

Em 17 de outubro de 1912, a Assembleia Geral da Liga das Sociedades Germânicas aprovou a construção de um hospital alemão em Porto Alegre, que foi inaugurado em 2 de outubro de 1927, para atender a todos os doentes, independente de raça, credo religioso ou nacionalidade, preservando os valores, o idioma e a cultura alemã no Rio Grande do Sul. Inicialmente, foi administrado pelas diaconisas alemãs, que no mesmo ano fundaram a Escola de Enfermagem, ainda existente. No início da década de 70, a administração foi profissionalizada. Em 2004, dobrou suas instalações e atualmente o hospital é composto por um Bloco Hospitalar, dois Centros Clínicos e um Instituto de Educação e Pesquisa. Além disso, inaugurou em 2004 uma unidade junto ao Shopping Center Iguatemi (Hospital Moinhos de Vento Iguatemi), que oferece prevenção, consultas, serviços de diagnóstico e tratamentos. Também integram a Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV) unidades assistenciais nas quais são desenvolvidas ações de assistência social às comunidades. Além de ser o primeiro hospital da região sul acreditado pela Joint Commission International (JCI), desde 2002. Em 2008, foi reconhecido como um dos hospitais de excelência a serviço do SUS pelo Ministério da Saúde e teve início o projeto Restinga e Extremo Sul, que propõe a constituição de um sistema regional de atenção à saúde, tendo a atenção primária aliada à atenção especializada, às urgências e serviços hospitalares de média complexidade.

Destaques 2010 e 2011

Para o Hospital Moinhos de Vento, o ano de 2010 foi de muitos avanços que terão continuidade em 2011, com investimentos em tecnologias, pessoas e infraestrutura. Em 2010, o hospital implementou um conceito novo de emergência, com ampliação de sua estrutura física, aumentando a capacidade de atendimento, alinhado a um novo modelo assistencial de classificação de risco e reafirmando seu compromisso com a qualidade do atendimento prestado. Durante o ano de 2011, outra fase do projeto de expansão da emergência será concluída, contemplando mais 13 leitos de unidade de pré-internação. Também em 2011, sempre em dia com os avanços médicos assistenciais e tecnológicos, o Moinhos de Vento inaugurou a sua nova maternidade, inspirada no que há de mais moderno em termos de cuidado materno infantil. Os pilares que sustentam este projeto de excelência são humanização, segurança/tecnologia, privacidade e hotelaria. Neste contexto, o HMV passou a contar em março de 2011 com 379 leitos e com a conclusão da emergência

passará a ter 392 até o segundo semestre de 2011. Outras áreas estão em projeto de expansão como endoscopia, hemodiálise, traumatologia, neurologia, centro cirúrgico ambulatorial, farmácia e nutrição, fortalecendo a qualificação do HMV como centro de referência nacional em saúde.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1927
Área construída da Instituição	86.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	335
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	61
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	4.441
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	2.194
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	29.668
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	93.150
Nº de internações	(2010)	21.430
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	15.505
Nº de partos	(2010)	3.669
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	488.923
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	259,2



Rua Ramiro Barcelos, 910
Moinhos de Vento
Porto Alegre – RS
90035-001
(51) 3314-3434
www.hospitalmoinhos.org.br





Hospital Monte Sinai

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Monte Sinai, desde sua fundação em 1994, investe para ser um centro de referência em alta complexidade na Zona da Mata Mineira. Sua marca sempre esteve ligada ao empreendedorismo e, hoje, é modelo de estrutura física e serviços hospitalares de qualidade. Com uma trajetória de alto investimento em tecnologia de ponta, possui o maior centro diagnóstico da região e a inovação em técnicas e procedimentos é uma rotina. O resultado foi além do sucesso na área médico-científica, e o Monte Sinai passou a ser sinônimo também de pioneirismo na gestão pela qualidade. Desde 2002, sua política de gestão é baseada nos princípios da Fundação Nacional da Qualidade. A busca pela Excelência levou o Monte Sinai a ser o primeiro hospital acreditado pela ONA em Minas, em 2003. Seu modelo de gestão é reconhecido e ele se tornou o primeiro centro hospitalar faixa Ouro no Prêmio Mineiro de Qualidade, em 2006. Hoje o Hospital trabalha seus processos e resultados na manutenção do Nível 3 da ONA e está em processo de certificação internacional.

Referência para mais de 2 milhões de habitantes de toda a área de abrangência de Juiz de Fora, que é polo regional da saúde na Zona da Mata, em Minas, o Monte Sinai recebe regularmente pacientes das cidades das regiões Sul Fluminense e Vale do Paraíba. Investindo sempre em recursos, valores da hospitalidade e qualificação do corpo assistencial, os processos são trabalhados com a visão de torná-lo referência nacional.

Destaques 2010 e 2011

Depois das mudanças estruturais, realizadas em 2009, nas áreas que darão suporte a todo o futuro Complexo Hospitalar Monte Sinai, o maior investimento do hospital, em 2010, foi na organização interna. O Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital foi certificado ISO 9001:2008, pela empresa credenciada Det Norske Veritas (DNV), com abordagem baseada em risco (Risk Based Certification™), demonstrando sua capacidade de suportar as áreas de maiores riscos, além de avaliar as conformidades quanto a padrões selecionados.

Em 2011, a nova UTI Adulto do Hospital Monte Sinai, além de ampla e moderna estrutura, inaugurou um novo conceito de humanização para o setor. O espaço de 1,1 mil m² alia evolução tecnológica a uma inovadora utilização do espaço físico, inserindo recursos da Arquitetura, como aproveitamento da luz natural, controle térmico, redução do estresse acústico e outras inovações. O foco é o acolhimento físico e emocional

do paciente. Para garantir mais segurança, uma moderna central de monitorização permite ao médico plantonista controlar, diagnosticar e, eventualmente, intervir na forma de monitorar, sem a necessidade de interagir diretamente com o paciente, que tem um ganho em privacidade, instalado em quartos individuais. Em 2011, também será inaugurado o Centro Médico Monte Sinai. A estrutura terá 312 consultórios, de 36 m² a 50 m², distribuídos em dois prédios ligados ao Hospital por uma passarela suspensa, 24 lojas, academia de ginástica, 562 vagas de estacionamento, auditório com 250 lugares, três salas de conferência e um foyer para eventos científicos, além de praça de alimentação. A obra completará o projeto de ampliação do Complexo Hospitalar Monte Sinai, que destacará Juiz de Fora no cenário nacional da Saúde.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1994
Área construída da Instituição	28.301,60 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	216
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	48
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.086
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	781
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	28.681
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	30.675
Nº de internações	(2010)	11.512
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	13.327
Nº de partos	(2010)	973
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	869.077
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	83,5

Rua Vicente Beguelli, 315
Dom Bosco
Juiz de Fora – MG
36025-550
(32) 3239-4455
www.hospitalmontesinai.com.br





Hospital Nipo-Brasileiro

► Breve histórico da Instituição

Em junho de 1983 é constituída a comissão de Pró-Construção do Hospital Nipo-Brasileiro, presidida pelo Sr. Tadashi Takenaka. O terreno foi doado pela JAMIC – órgão do governo japonês. O custo total para a construção do Hospital foi de US\$ 5,5 milhões. Deste montante, US\$ 3,5 milhões seriam subsidiados pelo Governo Japonês, e o restante cobertos com recursos angariados no Brasil, por meio de contribuições de membros da comunidade nikkei, doações de pessoas jurídicas e recursos próprios da Enkyo. Em 18 de junho de 1988, dia do aniversário de 80 anos da imigração japonesa no Brasil, foi inaugurado o Hospital Nipo-Brasileiro. A Instituição iniciou suas atividades em 19 de setembro com 30 leitos instalados. Em 1995, foi entregue a segunda etapa da construção, com a inauguração do Pavilhão R. Jinnai. Em 1º de agosto de 2004, foi inaugurado o Centro de Diagnóstico, integrando setores como endoscopia, quimioterapia, espirometria e outros.

Atualmente, o Hospital Nipo-Brasileiro possui mais de 230 leitos e destaca-se como centro de referência em procedimentos minimamente invasivos, adotando técnicas de vídeo e de angioplastia avançadas. O aprimoramento da instituição é contínuo, o HNB recebe médicos de outros países e encaminha integrantes de suas equipes para treinamentos, cursos e estágios no Brasil e no Exterior.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010, o Hospital NIPO inaugurou novas instalações do ambulatório de pediatria, ampliando atendimento da especialidade, com a inclusão de dois novos serviços: consulta de retorno e acompanhamento, que deve ocorrer aos sete dias da realização do exame do pezinho, e o exame de fisioterapia funcional para crianças. Houve ampliação de mais 11 leitos de unidade de internação e mais 11 leitos de atendimento pré-internação e pós-alta. Reforçando as atividades de responsabilidade social, foi firmado convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Nipo-Brasileiro para implantação de serviço de tomografia aos usuários dos hospitais municipais de urgências de Guarulhos. A meta é realizar 400 exames de imagem por mês, o que significará uma ampliação em 50% da oferta deste exame no Município. Dando prosseguimento à parceria, inauguramos no mesmo município a Clínica de Ortopedia e Reabilitação Guarulhos. A nova Unidade atenderá as especialidades de Ortopedia, Fisioterapia, Acupuntura e exames de raios-x. Continuará em 2010 com atividades socioeducativas por meio da assistência médica e odontológica a crianças carentes,

atividades de geração de renda aos familiares, palestras para gestantes e grupos para adolescentes, capacitando e promovendo a emancipação das famílias atendidas. Estão em andamento reforma e ampliação do Pronto-Atendimento Pediátrico e conclusão das obras do Centro Administrativo. Este último projeto permitirá a abertura das novas unidades assistenciais.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1988
Área construída da Instituição	não informado
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	231
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	33
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	414
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.353
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	304.020
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	236.630
Nº de internações	(2010)	14.906
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	13.295
Nº de partos	(2010)	2.622
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	362.985
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	não informado



HOSPITAL NIPO-BRASILEIRO
BENEFICÊNCIA NIPO-BRASILEIRA DE SÃO PAULO

Rua Pistóia, 100
Parque Novo Mundo
São Paulo – SP
02189-000
(11) 2633-2200
www.hospitalnipo.org.br





Hospital Nossa Senhora das Graças

► Breve histórico da Instituição

Fundado em 1953, o Hospital Nossa Senhora das Graças é uma instituição filantrópica pertencente à Companhia Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo. Acreditado com Excelência pela Organização Nacional de Acreditação, é referência Nacional e Internacional em tratamentos clínicos e cirúrgicos de alta complexidade, como transplante de medula óssea e hepático.

O Hospital Nossa Senhora das Graças preocupa-se e investe em gestão da qualidade, a fim de oferecer padrão de excelência aos seus clientes e é reconhecido por unir um corpo clínico e funcional altamente especializado com uma estrutura em constante atualização tecnológica e científica. São mais de 2,5 mil profissionais que trabalham juntos priorizando o bem-estar dos pacientes e a humanização. O resultado é uma história repleta de conquistas, sonhos, premiações e profundo comprometimento.

Além disso, o Hospital Nossa Senhora das Graças possui políticas de humanização, responsabilidade social e parceria público-privada em prol do ser humano. Em 2007, incorporou a Maternidade Mater Dei, de Curitiba, que realiza mais de 600 procedimentos obstétricos por mês pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2008, assinou contrato com o governo do estado de Santa Catarina para administrar o Hospital Materno-infantil Dr. Jeser Amarante Faria, localizado em Joinville.

Destaques 2010 e 2011

O HNSG recebeu, em dezembro de 2010, da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a certificação de Hospital Acreditado com Excelência, que reconhece a qualidade e segurança nos serviços prestados, por meio de processos padronizados.

Nos últimos anos o HNSG implantou e fortaleceu protocolos multidisciplinares de assistência, aperfeiçoou seus processos de investimentos em tecnologia e novos serviços e incentivou seus colaboradores a inovarem. Com isso, consolidou-se ainda mais a gestão da qualidade e os resultados beneficiaram não somente o Hospital, mas os seus clientes.

O HNSG, que é referência internacional em Transplante de Medula Óssea (TMO), foi credenciado pelo Ministério da Saúde para realização de TMO não aparentado, sendo o único hospital privado do Paraná a realizar esse procedimento. Os pacientes são atendidos por uma equipe médica renomada do grupo Instituto Pasquini de TMO e Hematologia. Para essa importante conquista, foram realizados altos investimentos na área estrutural e funcional e o HNSG adequou-se a rigorosos critérios.

Outro destaque é a conclusão das obras da Unidade de Internação Diferenciada. O novo ambiente é composto por quartos mais amplos e suítes requintadas, com elevado padrão arquitetônico. Além destes diferenciais, o cliente da unidade conta com cardápio opcional diferenciado.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1950
Área construída da Instituição	39.756,44 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	178
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	34
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.087
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.116
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	97.438
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	46.411
Nº de internações	(2010)	13.266
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	8.085
Nº de partos	(2010)	2.102
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	632.149
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	82,6

Rua Alcides Munhoz, 433
Mercês
Curitiba – PR
80810-040
(41) 3240-6060
www.hnsg.org.br





Hospital Nossa Senhora de Lourdes

► Breve histórico da Instituição

Atuando nos mais diversos segmentos de prestação de serviços em saúde, o Grupo Nossa Senhora de Lourdes é um complexo médico-hospitalar, localizado no bairro do Jabaquara, zona centro-sul de São Paulo, formado por dez empresas coligadas. O grupo começou com a fundação, em 1958, do Hospital Nossa Senhora de Lourdes pelo médico Dr. Cícero Aurélio Sinisgalli, que pretendia que a instituição tivesse um nome que representasse uma homenagem religiosa. Após pesquisas, o nome escolhido para registro era “Nossa Senhora de Lourdes” que, por coincidência ou não, é a padroeira dos doentes.

A partir da década de 90, o Hospital Nossa Senhora de Lourdes passa a se tornar um Centro de Referência em Saúde, formando o Grupo Nossa Senhora de Lourdes, e, por meio da associação com médicos de seu corpo clínico, inaugura as suas empresas coligadas.

Hoje, com mais de meio século de atividades, o Grupo Nossa Senhora de Lourdes conta com equipamentos com tecnologia de ponta, estrutura física funcional e recursos humanos totalmente capacitados, que proporcionam atendimento ágil e eficiente em todas as áreas, tornando o Grupo um completo e moderno centro de referência hospitalar. As empresas que compõem o grupo: Hospital Nossa Senhora de Lourdes (1958), Hospital da Criança (1998), Centro Diagnóstico (1997), Angiodinâmica (1992), Lithocenter (1991), Saúde Medicol (1980), Hospclean (1993), CMI – Centro de Medicina Integrada (1994), Interlar HomeCare (1999) e Escola Nossa Senhora de Lourdes (2000).

Destaques 2010 e 2011

O grupo Nossa Senhora de Lourdes fechou 2010 com uma receita bruta de R\$ 250 milhões.

Com a conclusão de todo projeto de ampliação e modernização da estrutura física e tecnológica do Hospital, o Grupo deu mais um passo em seu projeto de expansão, crescimento e solidificação no segmento hospitalar. Além da manutenção da certificação em excelência ONA Nível 3 para o Hospital Nossa Senhora de Lourdes e o Hospital da Criança, adotou as melhores práticas de governança corporativa, profissionalizando sua gestão, fortalecendo e consolidando o Grupo como referência nacional na área de saúde hospitalar.

A Faculdade Nossa Senhora de Lourdes começou a funcionar, oferecendo curso de graduação em Enfermagem e três cursos de pós-graduação, *lato sensu*. Inaugurou o Centro Integrado de Oncologia com instalações amplas e

privativas, que ocupam cerca de 1000 m², com o espaço dividido em duas alas, sendo uma para atendimentos em radioterapia e outra para quimioterapia.

O início de 2011 é marcado pela inauguração do novo Centro Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora de Lourdes. Com instalações espaçosas numa área construída de cerca de 1.800 mil m² para proporcionar maior conforto aos cirurgiões e equipe, o novo Centro Cirúrgico, um dos mais modernos do País, ocupa dois andares do hospital, e teve investimento total de R\$ 16 milhões, incluindo equipamentos e mobiliário. O novo espaço conta com 15 salas, sendo duas inteligentes, todas integradas a uma central de abastecimento cirúrgico, e foi construído de acordo com projeto arquitetônico inédito, moderno e funcional.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1958
Área construída da Instituição	32.800 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	285
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	55
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	2.300
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.544
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	250.000
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	185.000
Nº de internações	(2010)	14.500
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	13.450
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	173.000
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	250

Rua das Perobas, 344
Jabaquara
São Paulo – SP
04321-120
(11) 5018-4000
www.nsl.com.br





Hospital Nove de Julho

► Breve histórico da Instituição

Fundado em 1955, o Hospital Nove de Julho é uma das mais importantes instituições privadas de saúde do Brasil. Referência em medicina de alta complexidade, o Hospital direciona seus investimentos no atendimento de emergência e no desenvolvimento de Centros de Especialidades.

O Centro de Trauma é um dos centros privados pioneiros no atendimento às vítimas de trauma do Brasil, composto por médicos especialistas, completa infraestrutura de pronto-socorro, centro cirúrgico e UTI, promove agilidade, alta qualidade e segurança ao atendimento às vítimas. Assim como o Centro de Trauma, o Hospital é referência nas demais especialidades: Coluna, Dor e Neurocirurgia Funcional, Gastroenterologia, Medicina do Exercício e do Esporte, Oncologia, Ortopedia e Urologia/Rim.

O ano de 2010 para o Hospital Nove de Julho foi marcado pela conquista de certificados que atestam a qualidade e a segurança da assistência oferecida aos pacientes. A instituição conquistou a Acreditação Internacional – Modelo Canadense (*Canadian Council for Health Services Accreditation – CCHSA*) e, logo após esta conquista, deu início ao processo de acreditação pela Joint Commission International (JCI). Além das certificações internacionais, o H9J foi recertificado em Nível 3 – “Acreditado com Excelência” – pela Organização Nacional de Acreditação – ONA.

Destaques 2010 e 2011

Dentre os acontecimentos recentes, merecem destaque as seguintes ações de expansão e modernização do Hospital 9 de Julho:

- ✘ Remodelação de todos os apartamentos;
- ✘ Novos andares de internação;
- ✘ Remodelação e ampliação da área de emergência, passando de 800 m² para 1.600 m²;
- ✘ Unidade de emergência avançada que se constitui com 10 leitos de UTI conectados com o pronto-socorro;
- ✘ Remodelação da área do Serviço de Investigação Diagnóstica;
- ✘ Inauguração de nova área e parque tecnológico do Serviço de Diagnóstico por Imagem, destacando a aquisição do PET-CT;
- ✘ Inauguração do Centro de Medicina Especializada;
- ✘ Início das obras de construção da nova torre (120 apartamentos, 6 salas cirúrgicas, 6 subsolos de estacionamento e heliporto);
- ✘ Remodelação da fachada do Hospital Nove de Julho na Rua Peixoto Gomide e na Rua Engenheiro Monlevade;

- ✘ Implantação de um sistema de gestão de informações do paciente, com avaliação e score de gravidade nas Terapias Intensivas – EPIMED;
- ✘ Implantação de um novo sistema para informatização do processo de vigilância, gerenciamento dos riscos e monitorização de boas práticas no controle de Infecção Hospitalar – HEPIC.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1955
Área construída da Instituição	27.218,47 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	310
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	70
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	4.304
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.467
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	92.701
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	40.966
Nº de internações	(2010)	16.538
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	12.012
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	844.207
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	289,6



Rua Peixoto Gomide, 625
 Cerqueira César
 São Paulo – SP
 01409-902
 (11) 3147-9999
www.hospital9dejulho.com.br





Hospital Português

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Português é a realização de um sonho, iniciativa de cidadãos bem-sucedidos da Comunidade Portuguesa da Bahia, preocupados em assistir seus compatriotas necessitados, uniram a Sociedade Dezesseis de Setembro e a Sociedade Portuguesa de Beneficência, criando, assim, em 14 de agosto de 1859, a Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesseis de Setembro.

Pelo Alvará de 27 de maio de 1863, o Rei de Portugal, D. Luiz I, protetor da entidade, concedeu-lhe o título de Real, passando, então, a denominar-se Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesseis de Setembro.

Graças a seus associados e benfeitores, em 16 de Setembro de 1866, a Instituição criou, no Alto do Bonfim, o Hospital Português. Em 1927, a diretoria passou a admitir sócios subscritos de qualquer nacionalidade, assim como esposas e filhos de portugueses. Por isso, em 24 de maio de 1929, a Sociedade foi reconhecida como de Utilidade Pública.

Em 1931, foi inaugurado na Avenida Princesa Isabel, o novo Hospital, mais moderno e com capacidade para prestar assistência à população em geral. Desde então, o Hospital Português vem passando por uma série de ampliações que traduzem a medicina de alta complexidade nele desenvolvida, sem perder o seu perfil de filantropia.

Destaques 2010 e 2011

O Hospital Português iniciou processo de reestruturação da gestão, com ênfase na otimização da assistência e do relacionamento com o Corpo Clínico. Foi adotado o Corpo Clínico de tipo misto, com definição das áreas assistenciais de acordo com o perfil institucional de alta complexidade e filantropia.

Com o incentivo da criação de lideranças de especialidades, foram incrementados a comunicação e o contato entre a gestão institucional e o Corpo Clínico (e as lideranças de especialidade). Conseqüentemente, foram criadas e incentivadas condições de estímulo ao maior envolvimento do Corpo Clínico com os processos de gestão e de resultados.

Foi criada a Comissão Multiprofissional de Ética Hospitalar e estabelecida a realização de reuniões multidisciplinares de rotina para incentivar uma integração progressiva entre as áreas profissionais de assistência e aprimorar os processos assistenciais.

Foi viabilizada a realização e disponibilização de cursos de aprimoramento para os gestores, bem como a elaboração de treinamentos e a implementação de melhor formação dos colaboradores.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1857
Área construída da Instituição	25.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA I)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	434
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	88
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.657
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	2.588
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	25.089
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	15.985
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	6.090
Nº de partos	(2010)	1.777
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	711.798
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	242,7



Av. Princesa Isabel, 914
Barra Avenida
Salvador – BA
40140-901
(71) 3203-5555
www.hportugues.com.br





Hospital Pró-Cardíaco

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Pró-Cardíaco foi fundado em 9 de novembro de 1959, sob um modelo de pronto-socorro cardiológico.

Contando hoje com 110 leitos para internações clínico-cirúrgicas, suas atividades sempre estiveram voltadas para a alta complexidade. O Hospital sempre buscou como *benchmarking* as melhorias institucionais do Brasil e do exterior, somando qualidade assistencial e inovação. Conquistou a posição destacada no cenário nacional como Hospital Premium. Contribuíram para estes resultados as unidades da emergência, terapia intensiva e coronariana.

Ao longo de sua trajetória, conquistou marcos importantes: primeira unidade Coronariana, em 1968; primeira hemodinâmica em hospital particular, em 1980; Centro de Terapia Intensiva com moderna tecnologia e assistência transdisciplinar e um centro cirúrgico, em 1988; e a primeira Unidade de Dor Torácica do país, em 1995.

Em 2003, iniciou o trabalho pioneiro de células-tronco em cardiopatia isquêmica. Em 2007, o Hospital Pró-Cardíaco foi acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA III) e, no ano seguinte, recebeu o prêmio Mérito em Ciência e Tecnologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que reflete as importantes contribuições científicas do corpo clínico e dos investigadores cardiovasculares da instituição.

Destaques 2010 e 2011

O Hospital Pró-Cardíaco no último ano adotou novo modelo de gestão, priorizando divisão de decisões, além de focar na segurança de sua equipe e de seus pacientes. Nesta linha de pensamento, o Hospital investiu na construção de um novo laboratório de intervenção cardiovascular trazendo novo conceito de hotelaria, além da aquisição de novo aparelho de Hemodinâmica, com baixa emissão de radiação.

Houve também investimento na reestruturação do setor de emergência: uma nova área de 200 m² que integra tecnologia, segurança, conforto e eficiência, levando o conceito de cuidado personalizado, que também fica aparente na nova área VIP do hospital, com serviços de hotelaria diferenciados. Além das melhorias de estrutura hoteleira e tecnológica, a instituição investiu no atendimento direcionado nas áreas de cirurgia vascular aguda e Neurologia de alta complexidade. Para isso, novas equipes de cirurgia vascular e Neurointensivismo foram agregadas ao corpo clínico do hospital.

Em 2010 houve revisita dos avaliadores para recertificação da Acreditação Hospitalar ONA nível III, conquistada com

excelência e, a partir disso, optou-se por iniciar processo de Acreditação Internacional pela Canadian Accreditation.

O setor de ensino e pesquisa passou por um remodelamento estrutural e técnico. Foi resgatada a pesquisa de células-tronco e realizado investimento em pesquisa clínica, com desenho de novos protocolos e linhas de pesquisa.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1959
Área construída da Instituição	não informado
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	110
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	25
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	550
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	839
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	7.996
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	74
Nº de internações	(2010)	4.379
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	1.658
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	27.575
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	155



Rua Dona Mariana, 219
Botafogo
Rio de Janeiro – RJ
22280-020
(21) 2131-1449
www.procardiaco.com.br



Hospital Quinta D'Or

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Quinta D'Or, inaugurado em setembro de 2001, situado em frente à Quinta da Boa Vista, nasceu da renovação do antigo Hospital São Francisco de Paula. Espaços da histórica edificação foram restaurados e toda a estrutura foi modernizada, preservando características como os amplos apartamentos e a iluminação natural dos corredores, que criam um ambiente acolhedor e humanizado. Com uma localização estratégica, já se tornou referência em qualidade de atendimento de emergências clínicas e cirúrgicas na região.

A medicina de alta complexidade é um ponto de destaque no Hospital Quinta D'Or e, para isso, mantém uma equipe médica do mais elevado padrão acadêmico, com formação e especializações nas mais expressivas instituições de ensino da área da saúde, do Brasil e do exterior. O corpo clínico aberto assegura atendimento a diversas especialidades, com total qualidade e o reconhecimento das diversas sociedades médicas.

Com o intuito de assegurar níveis elevados de qualidade e segurança, o Hospital participa de processos de certificação, através da certificadora internacional Accreditation Canada, e da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que já atestou nível 3 à unidade.

São mais de 200 leitos disponíveis e distribuídos pelos setores de Internação, Terapia Intensiva, Semi-Intensiva, Pediatria, Maternidade, Emergência – adulto e pediátrica e hemodinâmica.

Destaques 2010 e 2011

Em julho de 2009, o Hospital Quinta D'Or inaugurou o Centro de Tratamento Cirúrgico de Obesidade, que oferece um pacote completo para pacientes que precisam de tratamento cirúrgico de obesidade, dentro de um ambiente hospitalar, onde podem ser realizados exames e prestados atendimentos pré e pós-cirúrgicos. Um novo serviço de Nefrologia também foi implantado.

No final de 2009, o Hospital foi recertificado em Acreditação Hospitalar pela certificadora canadense Accreditation Canada, reafirmando sua qualidade e segurança no cuidado ao paciente.

No início de 2010, foi inaugurada uma nova área para Unidade Coronariana. Além disso, um novo prédio está em fase final de implantação, que dará vida ao Centro de Oncologia da Rede D'Or. O novo núcleo ocupará 700 m² de área construída na expansão do Hospital Quinta D'Or e contará com uma equipe multidisciplinar. O novo núcleo

oferecerá as técnicas mais modernas em quimioterapia, radioterapia e exames complementares para diagnósticos precoces e rastreamento, além de contar também com a mais inovadora tecnologia em radiocirurgia: Novalis™, único aparelho do estado e segundo do país.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída da Instituição	não informado
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III) Accreditation Canada

Principais Indicadores

Nº de total de leitos operacionais	(dez-10)	206
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	65
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	não informado
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	não informado
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	não informado
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não informado
Nº de internações	(2010)	não informado
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	não informado
Nº de partos	(2010)	não informado
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	não informado
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	não informado



Rua Almirante Baltazar, 435
São Cristóvão
Rio de Janeiro – RJ
20941-150
(21) 3461-3600
www.quintador.com.br





Hospital Samaritano

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Samaritano localiza-se em São Paulo, principal metrópole brasileira e um dos mais importantes centros financeiros do mundo. Nesse cenário moderno e próspero, o Hospital Samaritano é um dos principais centros de excelência em saúde do país, reconhecido pelo Ministério da Saúde pela sua qualidade na assistência e pelos serviços prestados na área de responsabilidade social, destacando os programas voltados para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Inaugurado em 25 de janeiro de 1894, o Hospital Samaritano quebrou paradigmas ao adotar a filosofia de receber pessoas de todas as crenças, raças e nacionalidades, conforme desejo de José Pereira Achaó, que fez a doação à Igreja Presbiteriana para a construção de um hospital que atendesse a todos sem discriminação.

Conta com excelente infraestrutura, tecnologia de última geração e um corpo clínico altamente especializado nas áreas clínica e de cirurgia geral, como Cardiologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, transplantes, entre outras especialidades, com destaque para a promoção de assistência diferenciada pelo corpo de enfermagem.

A permanente busca pela qualidade do atendimento rendeu ao Hospital, no ano de 2004, o certificado internacional de Acreditação pela Joint Commission International (JCI), importante órgão americano certificador de padrões de qualidade hospitalar no mundo. A conquista da certificação internacional consolidou a sua posição como um centro hospitalar de excelência. Em 2011, o Hospital foi novamente reacreditado pela JCI.

Destaques 2010 e 2011

Entre os investimentos realizados em 2010, destacam-se a aquisição dos equipamentos de Mamografia Digital (modelo Selenia), mesa para Estererotaxia (modelo Multicare Platinum) e o PET/CT MCT 64 canais (modelo Biograph MCT S/X 64), entre outros. Em 2010, a Medicina Diagnóstica apresentou um crescimento de 21% no número de exames realizados se comparado a 2009. Já na área de Tecnologia da Informação, a Instituição completou um ano da utilização do sistema de gestão hospitalar, o Tasy, que possibilitou grande avanço na otimização dos processos internos e na criação de um registro eletrônico dos pacientes, além de ter iniciado o processo de certificação digital, que garante a autenticidade e a identidade de um usuário sem a necessidade de assinatura em papel.

Também no mesmo ano inaugurou o Ambulatório de Cuidados Paliativos, tornando o Hospital uma das primeiras instituições privadas a realizar tal iniciativa e a Unidade de Cuidados

Especiais. A área é voltada ao atendimento de pacientes adultos em estado crítico, com necessidade de cuidados de Terapia Intensiva.

No primeiro semestre de 2011, o Samaritano inaugurou seu novo prédio hospitalar. Com 32 mil m² e 19 andares mais um heliponto, o edifício contempla o Instituto de Conhecimento, Ensino e Pesquisa, que conta com auditório de 200 lugares para conferências e bibliotecas; novo Serviço de Gastronomia e Nutrição; 10 Salas Cirúrgicas para a realização de procedimentos de alta complexidade; leitos de internação e de Terapia Intensiva; 300 novas vagas de estacionamento; átrio com serviços e conveniência, além de outras facilidades.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1894
Área construída da Instituição	60.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	211
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	59
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.383
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.722
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	135.271
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	14.500
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	10.900
Nº de partos	(2010)	251
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	1.334.654
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	260,7



Rua Conselheiro Brotero, 1486
Higienópolis
São Paulo – SP
01232-010
(11) 3821-5300
www.samaritano.org.br





Hospital Santa Catarina

► Breve histórico da Instituição

Há mais de 100 anos, o Hospital Santa Catarina (HSC) prima pela excelência no atendimento seguro e humanizado. Referência de qualidade na prestação de serviços de saúde no Brasil, o HSC é considerado uma das melhores e mais bem preparadas instituições para a realização de procedimentos de alta complexidade em Ortopedia, Neurologia, Cardiologia, Oncologia, entre outras especialidades.

Com moderna infraestrutura, equipamentos de última geração, completas UTIs e equipe especializada, o Hospital Santa Catarina promove a melhoria contínua de seus processos. Com isso, conquistou o certificado da Acreditação Internacional Canadense, do Accreditation Canada, e da Organização Nacional de Acreditação (ONA) a Acreditação Hospitalar com excelência.

O Hospital Santa Catarina faz parte da Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), segunda maior instituição filantrópica do país de acordo com a Kanitz&Associados. A ACSC é composta por 34 Casas distribuídas nos setores de saúde, educação e assistência social.

Destaques 2010 e 2011

O ano de 2010 foi um marco na história do Hospital Santa Catarina que, no mês de setembro, inaugurou o Serviço de Radioncologia, Radioterapia e Radiocirurgia Estereotáxica para o tratamento do câncer. A área, composta por equipamentos de alta precisão, exigiu um investimento de R\$ 20 milhões.

Em dezembro, a Maternidade do HSC foi eleita, pela segunda vez, a melhor do Brasil pelo Prêmio Hospital Best, da Associação Brasileira de Marketing de Saúde. Esse prêmio é o reconhecimento do trabalho dedicado e cuidadoso dos profissionais da área.

O ano de 2011 já conta com grandes realizações, como a inauguração do novo Pronto-Atendimento Infantil, em janeiro. A estrutura, com mais de 600 m², dispõe de ambientes climatizados e decoração temática. No projeto foram investidos cerca de R\$ 3 milhões.

No mesmo mês, também foi inaugurado o Restaurante Vila Paulista, decorado com painéis assinados pela artista Carla Caffé. O ambiente é aberto ao público geral e teve um investimento de R\$ 2 milhões.

Em março deste ano, o HSC iniciou mais uma ação de melhoria. O Pronto-Atendimento Adulto da Instituição entra em reforma com o objetivo de viabilizar mais conforto e segurança para os pacientes do Hospital.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1906
Área construída da Instituição	79.549,24 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores

Nº de total de leitos operacionais	(dez-10)	321
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	88
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	6.000
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	2.081
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	128.872
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	19.315
Nº de internações	(2010)	19.589
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	26.583
Nº de partos	(2010)	4.457
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	1.279.029
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	362,9

Av. Paulista, 200
Bela Vista
São Paulo – SP
01310-000
(11) 3016-4133
www.hsc.org.br





Hospital Santa Geneveva

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Santa Geneveva (HSG) é um dos tradicionais serviços privados de saúde de Goiás, classificado como Hospital Geral e referência em cirurgia cardíaca, cirurgia bariátrica, cirurgia geral, Neurologia, Ortopedia; transplantes de coração, rins, pâncreas-rins (único hospital privado de Goiás a realizar transplantes). Seu fundador, Dr. Francisco Ludovico, é também fundador da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Fundado em 1964, dentro de um bosque, com área de preservação ambiental e mata nativa, o Hospital com mais de 10 mil m² de área construída, possui 148 leitos entre apartamentos, enfermarias, UTI, Berçário, Day Clinic e Unidade de Emergência 24 horas. Conta com centro cirúrgico com seis salas, serviços próprios de diagnóstico e diagnose como: hemodinâmica, radiologia, tomografia, ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia, ergometria, ecografia, holter, mapa, laboratório de análises clínicas. Possui amplo estacionamento para até 250 carros. O HSG é o único hospital de Goiás acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e conta com residência médica em Cardiologia, Cirurgia Geral e Anestesiologia, todas autorizadas pelo MEC, e sustentadas por recurso próprio do hospital. Promover a vida em todos os seus valores, fundamentado no conhecimento, tecnologia e no modelo de gestão autossustentável, com responsabilidade social e ambiental, é a razão de ser do hospital para os nossos clientes internos e externos.

Destaques 2010 e 2011

O ano de 2010 foi marcado por grandes avanços no processo de gestão do HSG, com o comprometimento de toda a equipe transdisciplinar, além do alinhamento de suas estratégias à gestão integrada, em consonância a gestão de riscos. Foram realizados investimentos no capital humano, dando sequência ao programa de educação continuada com cursos de pós-graduação (Fundação Getúlio Vargas) para os gestores administrativos e capacitação dos supervisores de enfermagem em especialização (UTI, Pronto-Socorro e controle de infecção), além da participação dos gestores no curso de Capacitação para Avaliadores do Sistema de Gestão da Qualidade em Organizações de Saúde – reconhecido pela ONA. Em infraestrutura, os investimentos somaram mais de R\$ 1 milhão, ampliando e reformando toda a ala de enfermarias e diversos apartamentos. Em 2010, o hospital atingiu a marca de 150 transplantes renais realizados.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1970
Área construída da Instituição	11.300 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA I)

Principais Indicadores

Nº de total de leitos operacionais	(dez-10)	137
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	19
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	94
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	328
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	21.545
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	57.406
Nº de internações	(2010)	7.001
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	1.741
Nº de partos	(2010)	37
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	26.602
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	29,6



Av. da Concórdia, nº 26
Setor Santa Geneveva
Goiânia – GO
74670-430
(62) 3264-9000
www.santagenoveva.com.br





Hospital Santa Joana

► Breve histórico da Instituição

No início da década de 70, com um projeto arquitetônico moderno e elegante e ambientação concebida com avançados conceitos de hotelaria, foi inaugurado o Hospital Santa Joana, com a proposta de oferecer excelência de qualidade nos cuidados com o paciente, aliados à segurança e ao conforto. Três décadas depois, o reconhecimento e o prestígio dos clientes e da classe médica sinalizam que a coragem e determinação de quebrar paradigmas, implementando novos conceitos na gestão de saúde privada, foram iniciativas incorporadas à nossa Instituição. O centro cirúrgico, já naquela época, foi inaugurado com sistema de pressão positiva com filtros especiais. O Hospital também destacou-se como o primeiro da América Latina a possuir um Angiógrafo Biplanar Tridimensional para a realização de intervenções neurológicas e cardiológicas. A Maternidade do Santa Joana foi a primeira da região com pediatria em regime de plantão 24h, além de contar com outras iniciativas pioneiras, como a implantação dos primeiros serviços de UTI e de Radiologia com plantão 24h, em hospital privado em Pernambuco. O Hospital também foi o primeiro da rede privada a implantar uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em Pernambuco. Ao longo de sua história, o Hospital Santa Joana desenvolve uma política de investimentos permanentes em tecnologia de ponta e aprimoramento de seus recursos humanos, buscando sempre oferecer a médicos e pacientes o que existe de mais moderno nos diversos segmentos. Em razão disso, o Santa Joana é hoje referência em diversos serviços especializados e de alta complexidade.

Destaques 2010 e 2011

Desde sua fundação, o Hospital Santa Joana desenvolve ações e investimentos com foco na melhoria constante de seus serviços, consolidando a cada dia sua posição entre os centros hospitalares mais modernos do país. Entre elas podemos destacar: ampliação e renovação completa da Unidade de Oncologia, que sempre foi referência em atendimento e serviços e agora passa a ser mais moderna e com arquitetura diferenciada e aconchegante; criação da Central de Acolhimento e Relacionamento, oferecendo serviços da hotelaria hospitalar, além de um SAC para registros de atendimento dos pacientes, que tem o objetivo de garantir um atendimento diferenciado e promover ainda mais o bem-estar dos pacientes e familiares, não só durante a permanência, mas também após a alta. Houve também a aquisição de equipamentos com a maior resolutividade

no mercado mundial. Outro destaque foi a construção da nova UTI, que ocupará todo um andar do prédio principal, e a ampliação do Complexo Hospitalar através da expansão física, com aumento de 20% no número de leitos, aumento das vagas de estacionamento, inauguração de serviços inovadores com duas unidades especializadas, inicialmente em Urologia e Ortopedia, além da inauguração do Casarão, espaço que reunirá áreas de acolhimento, gestores técnicos e também disponibilizará aos clientes um lounge para eventos, restaurante e cyber-café.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1979
Área construída da Instituição	16.336,44 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Em processo

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	148
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	47
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	670
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.281
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	80.272
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	10.842
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	9.146
Nº de partos	(2010)	1.468
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	156.186
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	96,5



Rua Joaquim Nabuco, 200
Graças
Recife – PE
52011-000
(81) 3216-6666
www.santajoana.com.br





Hospital Santa Luzia

► Breve histórico da Instituição

Há mais de 40 anos, o Grupo Santa Luzia atua na área da saúde dedicando-se a cuidar de pessoas de forma integral, por meio do apoio médico-hospitalar, com competência humana e técnica. A instituição tem tradição no segmento da saúde desde 1968, ano de fundação da Clínica Santa Luzia, que contava com oito leitos e prestava atendimento somente para consultas e pequenas cirurgias na área de Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

Com localização privilegiada em Brasília, no Setor Hospitalar Local Sul (SHLS), o hospital, pertencente ao Grupo Santa Luzia, soma, atualmente, 165 leitos e é uma das maiores organizações privadas de saúde do Centro-Oeste brasileiro. Referência no país em atendimento de alta complexidade, integra toda assistência médica necessária para a promoção e preservação da saúde. Presta assistência pré, intra e pós-hospitalar, dispondo de serviços ambulatoriais, pronto-atendimento, apoio diagnóstico e terapêutico, bloco cirúrgico, bloco materno-infantil, centro de terapia intensiva e unidades de internação. Para as especialidades de Cardiologia, Pneumologia e Angiologia conta com a parceria do Hospital do Coração do Brasil (HCB), empresa do mesmo Grupo ao qual o hospital está fisicamente ligado por uma passarela aérea.

O Santa Luzia é movido pela visão de “ser uma organização de excelência no cuidar das pessoas, capaz de proporcionar uma profunda sensação de segurança e respeito à individualidade”, e criou, ao longo desses 43 anos, uma cultura humanizada entre seus colaboradores e serviços prestados, enfatizando os valores de carinho, respeito, aperfeiçoamento contínuo e sustentabilidade.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010, o Hospital Santa Luzia (HSL) fez um grande investimento em sua estrutura, visando a promover, juntamente com a equipe de profissionais, uma assistência ainda mais segura, ágil e humana.

Parte desse investimento foi feito na modernização e transformação do serviço de atendimento de emergência, que teve sua área triplicada, fruto da crescente demanda pelos serviços – são 13 mil atendimentos por mês. O novo Pronto-Atendimento, cujas dimensões alcançam 1,3 mil m², conta agora com uma ala de internação, além de uma avançada infraestrutura para a assistência emergencial. O setor disponibiliza atendimento 24 horas nas especialidades de Clínica Médica, Ginecologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Neurologia e Urologia e o exclusivo Serviço

de Apoio de Gravidade Assistencial (Saga), programa criado com o objetivo de afiançar segurança e agilidade nos atendimentos de urgência e emergência, por meio da avaliação do risco assistencial.

Outra parte do investimento foi destinada à expansão do Centro de Diagnóstico por Imagem e à reforma do Laboratório de Análises Clínicas, que ganhou novas instalações. Ainda em 2010, a Unidade de Internação foi ampliada com mais 14 leitos e teve seus quartos reformados, oferecendo, assim, apartamentos mais modernos e equipados com total segurança aos pacientes.

Em 2011, o Hospital Santa Luzia concluirá a implantação do avançado sistema de prontuário eletrônico e de armazenamento, guarda e compartilhamento de exames de imagem.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1968
Área construída da Instituição	não informado
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	165
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	49
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	404
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.138
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	138.796
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	70.223
Nº de internações	(2010)	14.374
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	7.869
Nº de partos	(2010)	1.826
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	691.328
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	não informado



SHLS 716, conjunto E, lote 5
Asa Sul
Brasília – DF
70390-903
(61) 3445-6000
www.hsl.com.br



Hospital Santa Rosa

► Breve histórico da Instituição

O Hospital Santa Rosa, localizado em Mato Grosso, uma região em franca expansão no Oeste brasileiro, acompanha o desenvolvimento do estado e da capital, Cuiabá, revelando-se com um projeto inovador e tecnológico para o atendimento à saúde. Fundado em 1997, o Hospital Santa Rosa é o resultado de dedicação profissional, investimentos e a incansável busca pela excelência. O centro hospitalar do Hospital Santa Rosa é hoje um complexo que ocupa dois edifícios em uma área nobre da cidade, o que permite o fácil acesso, inclusive para clientes de outros estados, como Rondônia e Acre.

Investindo em medicina especializada, eficaz em procedimentos de média e de alta complexidade, foi a primeira instituição de saúde do estado a realizar cirurgias inéditas, como transplantes renais, transplantes ósseos e cirurgias de Parkinson. Além de ser o único hospital de Mato Grosso a receber a Certificação em Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA II) pleno.

Destaques 2010 e 2011

O capital intelectual e humano é prioridade para o Hospital Santa Rosa. Essa filosofia aplicada manteve o foco voltado à liderança, com capacitação e gestão de processos, realinhando estratégias e implantando ações que buscam resultados excelentes. Os investimentos em capital humano refletem-se em toda a equipe técnica e multiprofissional, incluindo o programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, o Estágio em Ortopedia e a Residência em Fisioterapia, coordenados pelo Centro de Estudos.

O lançamento da Revista Santa Rosa é uma ferramenta de desenvolvimento intelectual e de informação à sociedade. A responsabilidade social é uma iniciativa com o intuito de estreitar laços com a comunidade através do Instituto Santa Rosa.

Investindo em instalações modernas e bem-equipadas, o Hospital Santa Rosa também oferece conforto e humanização de seus espaços, expandindo também o número de leitos de internação e de UTI para garantir um melhor atendimento e suprir a demanda por um serviço de melhor qualidade. O Pronto-atendimento recebeu um projeto arrojado de arquitetura, começando pela recepção que, além da funcionalidade, oferece conforto para os pacientes e acompanhantes. Houve também a expansão dos leitos e consultórios.

Os investimentos, além da satisfação de bem atender, motivaram também o reconhecimento hospitalar, resultando, pela quarta vez, na maior premiação do estado, por meio do prêmio Top Of Mind 2010, como o hospital mais lembrado da região.

As premiações, os investimentos e a dedicação de nossos profissionais são reflexos de reconhecimento da sociedade que busca atendimento e tratamento em nossas instalações, com qualidade. O hospital Santa Rosa não vê apenas desafios nos próximos anos, mas um conjunto de realizações em que todos participam.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1997
Área construída da Instituição	13.937 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	136
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	34
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	880
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	612
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	53.167
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	7.258
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	6.760
Nº de partos	(2010)	196
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	589.626
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	36,6



Rua Adel Maluf, 119
Jardim Mariana
Cuiabá – MT
78040-783
(65) 3618-8000
www.hospitalsantarosa.com.br





Hospital São Camilo Pompeia

► Breve histórico da Instituição

O Hospital São Camilo Pompeia é um hospital filantrópico pertencente à Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo, cujo propósito maior é contribuir para a manutenção de outros 43 hospitais da Sociedade Beneficente São Camilo (SBSC), espalhados pelo País e que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às comunidades carentes nas regiões onde estão instalados. A SBSC mantém ainda 26 creches, três núcleos socioeducativos, duas casas de passagem, dois albergues e duas casas de repouso em todo o Brasil.

Localizada na zona oeste de São Paulo, a Unidade Pompeia é um hospital geral com capacidade para atendimentos eletivos, emergenciais, transplantes, entre outras cirurgias de alta complexidade. Com uma infraestrutura moderna e segura, a Unidade conta com 300 leitos e um quadro clínico de aproximadamente 4 mil médicos cadastrados altamente capacitados, que prestam atendimento a cerca de 1 milhão de pessoas por ano.

A história do hospital marca a entrada da Província Camiliana no Brasil. Idealizada pelo Padre Inocente Radrizzani, a Policlínica São Camilo, inaugurada em 1928, foi a pedra fundamental para a construção do que viria a se tornar um amplo e moderno complexo hospitalar. Após passar por uma série de reformas e ampliações no decorrer do tempo, a Policlínica se transformou no Hospital São Camilo Pompeia, em 23 de janeiro de 1960.

Além da Unidade Pompeia, a Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo também é composta pelas Unidades Santana (220 leitos) e Ipiranga (120 leitos).

Destaques 2010 e 2011

O Hospital São Camilo Pompeia iniciou o ano de 2011 com novidades. Depois de inaugurar, em 2010, um prédio hospitalar com oito andares, a Unidade deu sequência ao cronograma de ampliações e revitalizações e inaugurou um Centro de Referência para transplante de medula óssea e pacientes onco-hematológicos, chegando a 300 leitos. Este Centro, além de ter um local para coleta de células-tronco, ainda possui um grande diferencial: todos os leitos reversíveis para Unidade de Terapia Intensiva. Caso haja necessidade, não é preciso transferir o paciente, pois o leito já é equipado para atendê-lo. Nesse sentido, além de evitar eventuais transtornos da transferência, o paciente tem a vantagem de continuar sendo assistido pela mesma equipe de médicos e enfermeiros com a qual já estava habituado. Eleito na categoria “Melhor Hospital do Ano” pelo prêmio

Best, em 2010, o Hospital São Camilo também teve grande destaque na área científica. Em novembro foi realizado o Congresso dos Hospitais São Camilo de São Paulo, com o tema “Emergências Clínicas e Cirúrgicas”, que reuniu mais de 100 palestrantes e cerca de mil pessoas. E este ano já começaram os preparativos para o II Congresso, que irá abordar “Urgência e Emergência e Segurança do Paciente”. Após conquistar, em fevereiro de 2010, o certificado internacional da Acreditação Canadense, a Unidade Pompeia iniciou processo para obter a certificação da Joint Commission International (JCI).

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1960
Área construída da Instituição	38.772 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	300
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	74
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	4.098
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.547
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	262.000
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	91.600
Nº de internações	(2010)	17.500
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	10.342
Nº de partos	(2010)	912
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	230.441
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	285,6

Avenida Pompeia, 1178
Pompeia
São Paulo – SP
05024-000
(11) 3677-4444
www.saocamilo.com





Hospital São Lucas

► Breve histórico da Instituição

Com larga abrangência no mercado de Saúde Suplementar no interior do Estado de São Paulo, o Hospital São Lucas S/A é reconhecido como um dos principais prestadores de serviços médico-hospitalares, com qualidade e segurança, de Ribeirão Preto e região, atuando preferencialmente em procedimentos de alta complexidade.

É uma entidade hospitalar fundada através da associação de professores e médicos da Faculdade de Medicina da USP - Ribeirão Preto, tendo sido inaugurado no dia 2 de janeiro de 1969. O Hospital São Lucas S/A, ao longo de sua existência, tem conduzido suas atividades acreditando que, para uma empresa desse ramo desenvolver-se e consolidar-se, é imprescindível que atue dentro dos mais altos padrões de qualidade e rígidos princípios éticos, tendo plena consciência de sua responsabilidade social e de seu papel como prestadora de serviços de saúde, sempre preocupada com a satisfação, a segurança e o respeito aos seus clientes. Estes valores sempre pavimentaram suas ações e garantiram seus compromissos.

Em outubro de 2001, tornou-se o 7º hospital do Brasil e o 1º do interior do país a receber a Certificação de Acreditação Hospitalar, conferida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade credenciada pelo Ministério da Saúde para acreditação das instituições hospitalares e demais organizações de saúde.

Destaques 2010 e 2011

Em novembro de 2010, o Hospital São Lucas de Ribeirão Preto inaugurou o Serviço de Transplante de Medula Óssea e realizou o primeiro transplante em hospital Privado de Ribeirão Preto e região.

A Unidade de Transplante de Medula Óssea possui três leitos de internação em isolamento, e é capaz de realizar transplante autólogo de medula óssea, assim como outros tratamentos que envolvam uso de altas doses de quimioterapia e necessidade de isolamento.

Investimentos foram realizados para assegurar qualidade no atendimento, nos serviços prestados e nas condições de trabalho de sua equipe, com a reforma de quartos para internação, centro cirúrgico, UTIs, berçário, pronto-atendimento, cozinha industrial e lavanderia. Projetar um hospital é articular em um único edifício as evoluções humana e tecnológica para contribuir positivamente com o estado emocional dos pacientes e dos acompanhantes. O conceito de arquitetura do hospital foi um dos principais pontos incorporados à gestão do grupo neste último ano.

As mais importantes e recentes aquisições de equipamentos contam com mais um Microscópio Cirúrgico Zeiss, e outros equipamentos completos para videocirurgia de última geração, além de um novo equipamento Gama Camera Elscint, de dupla captação, único na região. Desde março de 2010, o Einstein Medicina Diagnóstica assumiu toda a área de laboratório do hospital e demais unidades do grupo.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1969
Área construída da Instituição	8.592 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	100
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	22
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.438
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	503
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	51.071
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	5.132
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	8.917
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	226.424
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	44,9

Rua Bernardino de Campos, 1426
Vila Seixas
Ribeirão Preto – SP
14015-130
(16) 4009-0020
www.saolucasribeirania.com.br





Hospital São Luiz Itaim

► Breve histórico da Instituição

Fundada em 1938, a rede de hospitais São Luiz é uma das maiores do Brasil. Nas três unidades instaladas na capital – Itaim, Morumbi e Anália Franco – atende a mais de 40 especialidades médicas clínicas e cirúrgicas. Ao todo são 803 leitos; 15 mil médicos credenciados; 4,5 mil funcionários, entre diretos e indiretos; 6,3 mil internações/mês; 3,3 mil cirurgias/mês; 51 mil atendimentos/mês no pronto-socorro e 13 mil partos/ano.

Em 2010, o grupo D'Or – maior operadora independente de hospitais e laboratórios do Brasil, e que faz parte do portfólio de Merchant Bank do Grupo BTG Pactual – obteve o controle acionário do São Luiz. Com isso, a rede D'Or, que possuía forte presença no Rio de Janeiro (RJ), no ABC Paulista e em Pernambuco (PE), passou a operar com 65 unidades de diagnóstico e 17 hospitais próprios (14 da Rede D'Or e três unidades do São Luiz), além de dois hospitais sob gestão e três em fase de construção.

Dentro da estratégia do grupo, ficou estabelecido que o São Luiz será responsável pela gestão e pelos planos de expansão de todas as unidades localizadas no estado de São Paulo. Assim, administra agora cinco unidades: além das três localizadas na Capital, assume o Hospital e Maternidade Brasil, localizado em Santo André, e o Hospital Assunção, em São Bernardo do Campo. Também administrará o centro hospitalar que será construído na cidade de São Caetano do Sul, previsto para ser entregue em 2013.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010, após a implantação de vários programas que geraram eficiência dos processos, melhoria de fluxo – principalmente no centro cirúrgico com a metodologia Lean Six Sigma – e eliminação de desperdícios, além de otimização do ciclo receitas/despesas, a Rede São Luiz foi incorporada à Rede D'Or, consolidando o maior grupo hospitalar do país.

Em 2011, além da continuidade do Ciclo de Planejamento Estratégico, dos projetos de ampliação do PLR para todos os colaboradores e do Jeito São Luiz de Servir – programa que intensifica o relacionamento dos funcionários com os diversos públicos da instituição – haverá treinamentos específicos para áreas como Enfermagem, Hotelaria, Nutrição e Administração, visando a aprimorar o conceito de hospitalidade, cujo objetivo é oferecer bem todos os serviços e criar canais de comunicação para que o paciente e os acompanhantes tenham mais comodidade e se sintam cada vez mais acolhidos pela instituição.

Ao todo, estão sendo investidos R\$ 75 milhões, com destaque para a ampliação física e o aumento da capacidade de atendimento do pronto-socorro, aumento do número de leitos de internação – mais 39 – e para a modernização da maternidade, todos na unidade Itaim, além da modernização tecnológica e de equipamentos em todas as nossas unidades.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1938
Área construída da Instituição	35.500 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	378
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	37
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	11.553
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.689
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	133.327
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	34.123
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	39.013
Nº de partos	(2010)	8.871
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	197.722
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	308

Rua Dr. Alceu de Campos
Rodrigues, 95
Vila Nova Conceição
São Paulo – SP
04544-000
(11) 3040-1100
www.saoluiz.com.br



Hospital Siro-Libanês

► Breve histórico da Instituição

Com 90 anos completados em 2011, a Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Siro-Libanês é uma instituição filantrópica, referência internacional na área da saúde, que está baseada em um tripé formado pelo Hospital Siro-Libanês, o Instituto Siro-Libanês de Ensino e Pesquisa e a área de Filantropia.

Atualmente, o Hospital Siro-Libanês (HSL) tem como principal característica a união da excelência médica e tecnológica com o tratamento humanizado oferecido aos pacientes do Brasil e também do exterior que procuram a instituição em busca de diagnóstico e tratamento em mais de 60 especialidades. Esse resultado é alcançado por meio de investimentos permanentes na modernização de sua estrutura, no treinamento de seus profissionais e na valorização do corpo clínico, constituído por médicos de grande reconhecimento em todo o País. Conhecido pelo seu pioneirismo, foi o primeiro na América Latina a inaugurar uma Unidade de Terapia Intensiva.

A instituição também conta com o Instituto Siro-Libanês de Ensino e Pesquisa, que tem como missão gerar e difundir conhecimentos e capacitar os profissionais, contribuindo para a excelência da assistência da saúde.

No campo da Filantropia, mantém uma série de Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Ainda promove atividades por meio do Instituto de Responsabilidade Social Siro-Libanês, como o Programa de Saúde da Família da Bela Vista, das equipes das Unidades Básicas de Saúde Nossa Senhora do Brasil e Humaitá, localizadas na Bela Vista, além da gestão de três AMAs e do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, referência em Pediatria na cidade de São Paulo.

Destaques 2010 e 2011

Além da reacreditação pela Joint Commission International (JCI), 2010 foi marcado pela expansão do HSL. Em São Paulo, foi inaugurada a Unidade Itaim, com serviços ambulatoriais, hospital-dia, Centros de Diagnóstico e de Oncologia. Foram iniciadas as obras da nova Unidade de Brasília (Oncologia), a instalação do Centro de Diagnóstico da Mulher na Avenida Brasil, na capital paulista, além da construção do Hospital em Campinas. São obras inseridas em um projeto que vai dobrar a capacidade da própria sede, com investimentos de mais de R\$ 600 milhões até 2013.

Em tecnologia, o HSL instalou o equipamento com tecnologia robótica que combina Angiografia, Tomografia Computadorizada e Ultrassonografia (Artiz-Zeego) e o

acelerador linear Novalis TX para radioterapia (o único no Brasil e um dos cinco utilizados ao redor do mundo). Ainda inaugurou a Suíte Neurocirúrgica, com ressonância magnética e neuronavegador acoplados à sala cirúrgica.

Em Pesquisa, incorporou novos equipamentos e iniciou ensaios clínicos em novas áreas do conhecimento. Foram feitos dois depósitos internacionais de pedidos de patente: na área de novos equipamentos e para uma nova molécula com fins terapêuticos. Na Filantropia, a parceria com o Ministério da Saúde levou à inauguração do banco de sangue de cordão umbilical e placentário; em 2011, serão completadas as 12 cirurgias para tratamento da doença de Parkinson. O Cíclotron, em parceria com a FMUSP, já produz o 18FDG e abastece as máquinas de PET-CT do Hospital das Clínicas, incluindo aquela doada pelo HSL.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1921
Área construída da Instituição	90.991,36 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	341
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	51
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	2.883
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	3.740
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	66.138
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	39.207
Nº de internações	(2010)	16.996
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	16.806
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	2.513.942
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	760,4



Rua Dona Adma Jafet, 91
Bela Vista
São Paulo – SP
01308-000
(11) 3155-0200
www.hospitalsirilibanês.org.br





Hospital Vera Cruz

► Breve histórico da Instituição

Idealizado e construído pelos médicos Dr. Sylvio Miraglia e Dr. Antônio Figueiredo Starling e pelo engenheiro Dr. Ajax Rabello, o Hospital Vera Cruz (HVC) foi inaugurado em 9 de abril de 1949 como o hospital mais moderno de Minas Gerais. Com a missão de prestar uma assistência médico-hospitalar resolutiva e humanizada, construída por pessoas motivadas e envolvidas e com alto valor para o cliente, o HVC é pioneiro na realização de cirurgias cardiovasculares em Minas Gerais, além de ser referência nacional no controle de infecções hospitalares. Tendo como foco a medicina de alta complexidade, no corpo clínico do Vera Cruz já atuaram e ainda atuam grandes nomes da medicina mineira e brasileira, muitos deles professores universitários, com participação ativa nas entidades representativas médicas e hospitalares. Contando com governança corporativa e gestão profissionalizada desde 1995, sistema de informações Tasy desde 2000, planejamento estratégico desde 2002, orçamento setorial desde 2005 e sistema de gestão da qualidade desde 2006, o HVC foi avaliado pela DNV e certificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) em Acreditação Plena no ano de 2008, e em Acreditação com Excelência no ano de 2010, com apontamentos de esforço digno de nota na Anestesia e na Hemodinâmica. Em 2009, o Vera Cruz foi escolhido destaque em Gestão de Pessoas no estudo Hospitais Referência, realizado pela IT Mídia. Já em 2010, foi escolhido como destaque em Sustentabilidade na edição do estudo deste ano.

Destaques 2010 e 2011

Perseguindo sua visão de futuro, que é ser, até 2012, referência mineira em medicina de alta complexidade, resolutiva, sustentável e baseada na qualidade, e reforçando sua vocação de pioneirismo, o HVC inaugurou, em fevereiro de 2011, a primeira unidade vascular instalada em um hospital privado de Minas Gerais para tratamento de pacientes que sofrem de Acidente Vascular Cerebral (AVC), síndromes coronarianas, trombose mesentérica e oclusão arterial aguda. Desde 2010, o HVC está se tornando referência no tratamento do AVC, com um serviço baseado na melhor eficácia do Pronto-Socorro de Urgência e Emergência Neurológica, sendo considerado o único centro nível A de excelência no atendimento ao AVC em Minas Gerais, segundo classificação da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Além disso, desde 2010, o Vera Cruz vem reformando suas instalações

visando a dar ao seu corpo clínico condições de prestar um atendimento de excelência na alta complexidade. Somente em equipamentos, o HVC investirá em 2011 aproximadamente R\$ 1 milhão. Entre estes, destacam-se a troca dos servidores de banco de dados e a substituição dos monitores multiparâmetros da UTI. Foi aprovado, junto à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, um projeto de expansão de 12 mil m² de área construída. Considerado case de sucesso de Planejamento Orçamentário pela Revista Fornecedores Hospitalares, em janeiro de 2011, o Vera Cruz pretende firmar parceria para comercializar a solução desenvolvida internamente desde 2005.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1949
Área construída da Instituição	8.370 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	153
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	24
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	353
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	700
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	119.373
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	203.812
Nº de internações	(2010)	9.525
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	9.109
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	570.314
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	61,9

Avenida Barbacena, 653
Barro Preto
Belo Horizonte – MG
30190-130
(31) 3290-1000
www.hvc.com.br

 Hospital
Vera Cruz
Cuidando da vida a vida toda





Hospital VITA Batel

► Breve histórico da Instituição

Inaugurado em dezembro de 2004, o Hospital VITA Batel está situado em uma região nobre de Curitiba.

O propósito desde a sua criação é oferecer a máxima qualidade e segurança assistencial ao paciente. Em apenas seis anos, o hospital conquistou o certificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) em nível de Excelência.

Com o atendimento voltado à média e à alta complexidade, conta com 88 leitos, sendo 23 destes UTI, divididos entre geral e cardiológica. O Centro Cirúrgico conta com seis salas.

O corpo clínico é aberto, com destaque para os atendimentos nas especialidades de Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Cirurgia Geral e Urologia. A excelência na realização de procedimentos de cirurgia bariátrica tornou o Hospital uma referência nacional e internacional na especialidade.

Outra característica marcante tem sido a forma de gerir seus negócios, com destaque para: programa Viver Mais VITA, voltado à terceira (melhor) idade; alianças junto às operadoras de plano de saúde desenvolvendo programas de prevenção e promoção de saúde e a aliança firmada com o Hospital do Coração de Curitiba, em 2009, transformando o VITA Batel em uma referência em Cardiologia.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010, como resultado dos esforços voltados à qualidade e segurança dos pacientes, empreendidos desde sua inauguração, o Hospital VITA recebeu a certificação ONA em nível de Excelência, o que atesta o alto nível dos resultados assistenciais obtidos.

A enfermagem do Hospital, reconhecida pela sua excelência no acolhimento, cuidado e humanização no atendimento, foi referenciada e premiada diversas vezes durante o ano. Destaca-se o prêmio em nível estadual do COREN, que conferiu à equipe de enfermagem do Hospital o “Prêmio Paranaense de Excelência em Enfermagem” – categoria Hospital Privado.

Na perspectiva econômico-financeira foram superados os melhores resultados da história, tanto em termos de faturamento quanto de lucratividade e investimentos na modernização de sua estrutura.

Na relação com a comunidade foram desenvolvidas ações como prevenção de AVC, prevenção da hipertensão, Dia Mundial do Coração, palestras sobre nutrição e criação de grupos de corridas e caminhadas.

Todo esse trabalho se reflete e índices de aceitação e satisfação geral dos clientes, superior a 92%.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2004
Área construída da Instituição	6.700 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	88
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	23
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	963
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	353
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	52.276
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	7.926
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	7.534
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	244.738
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	42



Rua Alferes Ângelo Sampaio, 1896
Batel
Curitiba – PR
80420-160
(41) 3883-8482
www.hospitalvita.com.br





Hospital VITA Curitiba

► Breve histórico da Instituição

Inaugurado em Março de 1996, o Hospital VITA Curitiba, foi adquirido pela VITA Participações em Junho de 2000. Possui uma área construída de 18 mil m² num terreno de aproximadamente 102 mil m². Atualmente possui 155 leitos e cerca de 560 funcionários. Realiza mensalmente, em média, 10 mil atendimentos de emergência, 900 internações e 750 cirurgias. Caracteriza-se por ser um hospital geral de corpo clínico aberto, atendendo diversas especialidades médicas. O VITA Curitiba é um dos mais modernos complexos hospitalares do país, caracterizado pelo atendimento de alta complexidade. O hospital possui cinco áreas vocacionais perfeitamente estruturadas: Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria e Medicina de Urgência. A sua estrutura oferece os seguintes serviços: Unidade de Internação, UTI Geral, UTI Cardiológica, UTI Pediátrica, UTI Neurológica, Pronto-Socorro Geral e Pediátrico 24 horas, Centro Cirúrgico, Centro de Consultórios Médicos, Serviço de Apoio Diagnóstico e Tratamento.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010 o Hospital VITA Curitiba foi recertificado pela Acreditação Organização Nacional de Acreditação (ONA III) (Nível de excelência), como resultado do trabalho de suas equipes multiprofissionais no desenvolvimento contínuo da qualidade e segurança assistencial, com foco no gerenciamento de riscos, na consolidação dos Protocolos Estratégicos e na implantação e difusão dos Bundles e ROPs. O Pronto-Socorro Infantil foi separado do Pronto-Socorro Geral, ampliando a infraestrutura para atendimento dos serviços de Pediatria.

Houve expansão da área de emergência e contratação de cirurgiões gerais (24h) para atendimento ao Trauma.

Foi iniciada a realização de procedimentos de Cirurgia Cardíaca Minimamente Invasiva.

Foi criado o Programa de Medicina Esportiva para acompanhar a saúde dos atletas de alta performance e dos praticantes de atividades esportivas.

O VITA Curitiba foi eleito Hospital Referência pela IT Mídia.

Na relação com a comunidade foram desenvolvidas ações como: Prevenção de AVC, Prevenção Hipertensão, Dia Mundial do Coração, Palestras sobre nutrição e criação de grupos de corridas e caminhadas.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1996
Área construída da Instituição	18.164,95 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	155
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	44
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.105
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	563
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	117.992
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	27.490
Nº de internações	(2010)	10.757
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	8.796
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	475.408
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	67.8



Rod. BR-116, Km 396, 4021
Bairro Alto
Curitiba – PR
82590-100
(41) 33151-1900
www.hospitalvita.com.br





Hospital VITA Volta Redonda

► Breve histórico da Instituição

O Hospital VITA Volta Redonda é destaque na assistência privada à saúde da população do sul do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente possui 103 leitos e aproximadamente 344 funcionários. Conta com um moderno centro de diagnóstico, centro médico de especialidades, UTI geral, unidade cardiointensiva e centro cirúrgico com oito salas com recursos tecnológicos de última geração.

O Hospital VITA Volta Redonda prima pelo modelo de gestão e resultados, tendo organizados todos os seus fluxos administrativos e assistenciais. Isto garante agilidade nos serviços, racionalização de custos e sustentabilidade do negócio. Sua maior meta é o excelente atendimento ao cliente. Desde 2006, tem sua excelência reconhecida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA III) e é integrante da metodologia internacional de acreditação canadense – Accreditation Canada International, o que reforça a filosofia do hospital pela busca da qualidade e seu alinhamento com os programas da qualidade dos quais participa.

Renovando a determinação em oferecer um serviço seguro, ampliamos a atuação do Núcleo de Gestão e Segurança Assistencial (NGSA) que implementa o método de gerenciamento dos riscos clínicos e não clínicos do Hospital, adotando em suas práticas as recomendações consagradas internacionalmente.

Destaques 2010 e 2011

- Implementação do Programa Risco Zero – focado em gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos;
- Gerenciamento de eventos adversos;
- Adoção de bundles (pacotes de cuidados) com resultados comprovados (ex.: bundle de PAV prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica), prevenção de úlcera por pressão; cuidados avançados para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva; prevenção de trombose venosa profunda, entre outros;
- Integrante do Programa de Acreditação Canadense: formação de times de trabalho focados na excelência e segurança assistenciais.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1953
Área construída da Instituição	11.000 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	103
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	27
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	346
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	342
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	86.208
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	7.523
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	4.541
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	456.694
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	51



Rua Lions Club 160
Vila Santa Cecília
Volta Redonda – RJ
27255-430
(24) 2102-0001
www.hospitalvita.com.br





Hospital viValle

► Breve histórico da Instituição

O Hospital viValle iniciou suas atividades em 1980, como Clínica GastroClínica e, em 2000, deu início às atividades como Unidade Hospitalar. Em 2006 passou a chamar-se Hospital viValle, marca forte e que vem ganhando expressão em todo o Vale do Paraíba.

A estrutura do viValle conta hoje com Pronto-Atendimento Clínico e Ortopédico 24 horas, Centro de Oncologia, Centro Cirúrgico altamente equipado para a realização de cirurgias de todos os portes e diversas especialidades, UTI humanizada com oito leitos, Central de Material Esterilizado única na região, que possui equipamentos de alta tecnologia para a realização do controle de infecção hospitalar.

Para garantir um tratamento de primeira classe, o Hospital viValle proporciona aos seus pacientes o conforto e a comodidade de um hotel, desde as instalações, até a alimentação oferecida, que trabalha o conceito de Gastronomia Hospitalar.

O mesmo profissionalismo e humanização do atendimento oferecido no Hospital viValle pode ser comprovado no Centro Médico viValle, que possui um renomado corpo clínico e profissionais da saúde, prestando atendimento diferenciado em consultas e tratamentos de diversas especialidades. O espaço conta também com os serviços de Check-Up viValle, voltado à promoção da saúde com foco em prevenção, realizando atendimento especial e em apenas meio período, além do Pró-saúde, que atende a empresas na gestão da saúde de seus colaboradores com serviços de medicina ocupacional.

Destaques 2010 e 2011

Em 2010, o Hospital viValle apostou na consolidação de seu relacionamento com médicos e colaboradores e no aperfeiçoamento do atendimento especializado aos pacientes. Para isso, foram criados o Setor de Educação Permanente e o Setor de Relacionamento com o Cliente, que prestam serviços voltados à atenção e satisfação das necessidades dos clientes. Além disso, o Hospital também investiu no Setor de Relacionamento Médico, que visa a aproximar cada vez mais o viValle de seu corpo clínico, gerando comodidade e satisfação para os médicos.

A infraestrutura do Hospital também mereceu atenção no ano passado, com a reforma do Centro de Oncologia Clínica e Cirúrgica e do Laboratório de Análises Clínicas.

Para 2011, os projetos são ainda mais arrojados, já que o viValle dará início à segunda fase do Plano Diretor, que engloba a ampliação em 40% do Pronto-Atendimento e da

área de internação, a duplicação do Centro Cirúrgico e da Oncologia Clínica e a conclusão das obras da Unidade de Hemodinâmica. Ao todo, a nova fase do projeto englobará uma área de 7.234 m².

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2000
Área construída da Instituição	4.500 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	53
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	8
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.000
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	257
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	40.093
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	13.605
Nº de internações	(2010)	3.586
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	4.265
Nº de partos	(2010)	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	não se aplica
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	44,8



Av. Lineu de Moura, 995
 Jd. Urbanova
 São José dos Campos – SP
 12244-380
 (12) 3924-4900
 www.vivalle.com.br





Real Hospital Português

► Breve histórico da Instituição

O Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco (RHP) foi fundado em 1855, pelo médico português José D'Almeida Soares Lima Bastos, então presidente do Gabinete Português de Leitura do Recife, como centro de resistência para tratar as vítimas da epidemia de cólera que assolava o país.

Por alvará datado de 2 de julho de 1856, visando a externar o apoio da nação lusitana à Instituição, o Rei de Portugal coloca sob sua Real Proteção o Hospital recifense, honraria confirmada em 1862. Posteriormente, Alvará de 7 de novembro de 1907, concedido por D. Carlos I, confere o título de REAL, ao Hospital Português de Beneficência em Pernambuco.

Hoje, o RHP é considerado o mais completo centro de excelência médica do Norte e Nordeste do Brasil, sendo o de maior complexidade e o mais bem equipado destas regiões. Constituem o complexo hospitalar: o Real Hospital do Coração (RHC), o Edifício. Egas Moniz (serviço de emergência geral – Real Vida e internamento), a Real Mater (maternidade), o Infante (unidade de pediatria), o Edifício. Arnóbio Marques (consultórios), o Edifício. José Maria Matos (estacionamento, consultórios e administração), o Ambulatório de Beneficência Maria Fernanda e a Unidade Avançada de Boa Viagem. Além disso, funcionam dentro do RHP mais de 50 clínicas especializadas e três laboratórios.

O Real Hospital Português é dirigido e administrado por uma Junta Administrativa, formada por membros da Associação RHP. Os integrantes desta Junta elegem, a cada biênio, o Provedor, líder que assume o poder decisório dentro do Hospital e norteia os rumos a serem tomados.

Destaques 2010 e 2011

Grandes investimentos em estrutura física e renovação tecnológica marcaram o ano de 2010. O Real Hospital Português adquiriu equipamentos de ponta como a Angiografia Robotizada (ARTIS ZEEGO – Siemens) e o primeiro Acelerador Linear de Radioterapia guiada por imagem de tomografia computadorizada da América latina, o Artiste da Siemens.

O serviço de endoscopia foi todo renovado, com ampliação da estrutura física, substituição completa dos equipamentos, aquisição de máquinas exclusivas como o ultrassom endoscópico e a automação do processo de desinfecção dos aparelhos. Outro destaque foi o lançamento do primeiro Programa de Residência Médica em Geriatria de Pernambuco e a criação do Departamento Internacional para estruturar o turismo de saúde na Instituição.

O RHP recebeu inúmeros prêmios, alguns institucionais, como o Prêmio Empresa Brasileira 2010, concedido pela Latin American Quality Institute, e o Prêmio Inteligência Empresarial, além dos prêmios de lembrança de marca, como o “Marcas que Eu Gosto” e o “Recall de Marcas”, que são entregues pelos principais veículos de comunicação de Pernambuco.

Para 2011, as novidades são o novo Laboratório de Análises Clínicas RealLab, com funcionamento 24h, ampla estrutura e processo todo informatizado, e a inauguração do Edifício São João de Deus, com 15 andares e 314 leitos, com foco na área de Oncologia.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1855
Área construída da Instituição	117.736 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA I)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	584
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	140
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	11.244
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	3.697
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	217.132
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	48.740
Nº de internações	(2010)	28.213
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	24.070
Nº de partos	(2010)	2.267
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	482.091
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	308



Av. Agamenon Magalhães, 4.760
Paissandú
Recife – PE
52050-910
(81) 3416-1122
www.rhp.com.br





Vitória Apart Hospital

► Breve histórico da Instituição

O Vitória Apart Hospital é fruto de um projeto coletivo, idealizado por um grupo de médicos que tinha o objetivo de oferecer um ambiente seguro e um conceito diferenciado de hospital. A proposta era prestar atendimento ambulatorial, de urgência e de internação em vários níveis, sem a necessidade de transferência dos pacientes para realizar serviços e exames em outras unidades.

Fundado em 2001, o Vitória Apart Hospital realiza desde procedimentos simples em consultório a transplantes de órgãos, oferecendo ainda centro especializado em tratamento de queimados, medicina hiperbárica, UTIs segmentadas e especializado centro de Oncologia. A instituição construiu, ao longo dos anos, uma trajetória marcada pela referência em medicina de alta complexidade no Espírito Santo, reunindo estrutura e a competência técnica dos melhores centros do País.

Atualmente, o hospital possui 233 leitos de internação e, no decorrer de 2011, inaugurará mais de 180 leitos, graças aos investimentos em obras de ampliação. Do total de novos leitos disponíveis, cerca de 50 serão de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Destaques 2010 e 2011

O Vitória Apart Hospital investe em um quadro de profissionais diferenciado, com estrutura organizacional que permite a segmentação de função com destaque para Governança Corporativa. Em 2010, o hospital iniciou o projeto **ReNOVAHÇÃO**, implementando uma série de ações para fortalecer cada vez mais a instituição e reposicioná-la estrategicamente no mercado.

Entre as ações que integram o projeto estão: implantação de um novo Sistema Integrado de Gestão Hospitalar, com foco na melhoria dos processos clínico, assistencial e administrativo da instituição; reestruturação do parque tecnológico, visando à modernização e segurança; redesenho dos processos internos e de terceiros; eficiência energética, garantindo energia com menor custo e ambientalmente sustentável; redirecionamento da política de qualidade e planejamento estratégico; retomada do projeto arquitetônico original; e definição de políticas de Recursos Humanos, como foco em acolhimento, manutenção e retenção de talentos.

Em 2010, o Vitória Apart Hospital também comemorou o primeiro lugar na preferência dos consumidores capixabas, ao ser eleito o melhor hospital do Estado na pesquisa Marcas de Valor. O levantamento é realizado pelo Instituto Futura e pela Rede Gazeta (filial à Rede Globo), com o objetivo de

apresentar a visão que o público consumidor possui das empresas que atuam no Espírito Santo.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída da Instituição	47.845 m ²
Organização do Corpo Clínico	Aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores

Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	233
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	48
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	560
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.030
Nº de consultas no pronto-socorro	(2010)	85.930
Nº de consultas ambulatoriais	(2010)	não se aplica
Nº de internações	(2010)	12.167
Nº de cirurgias (exceto partos)	(2010)	11.298
Nº de partos	(2010)	833
Nº de exames realizados no SADT	(2010)	não se aplica
Receita Bruta (em R\$ milhões)	(2010)	58,8



Rod. BR101 Norte S/N, Km 2,38
Boa Vista II
Serra – ES
29161-001
(27) 3201-5555
www.vitoriaaparthospital.com.br



**Ganhar o Top
Hospitalar a primeira
vez é uma honra.
A segunda é dedicação.
A terceira é um
compromisso sério
com a qualidade
da saúde no país.**

O Itaú agradece à área médica pelo seu terceiro Prêmio Top Hospitalar na categoria Serviços Financeiros.

Itaú. Feito para sua empresa. Feito para você.



Associados ANAHP



*Quero mais soluções
para meus pacientes.*

*Quero o melhor
custo-benefício
com soluções
inovadoras.*

*Quero produtos
inovadores para
meu hospital.*

MARTIN LUZE®

PRODUTOS E SOLUÇÕES INTEGRADAS PARA AS DIVERSAS ÁREAS MÉDICO-HOSPITALARES



UTI



Centro
Cirúrgico



Emergência



Diagnóstico
e Terapia



Serviços

Av. das Nações Unidas, 12.995 Cj. 19 e 23
São Paulo - SP - 04578-000
Tel.: 11 - 2187.6200
Fax: 11 - 2187.6375
atendimento.brasil@covidien.com
www.covidien.com

 **COVIDIEN**

positive results for life™



ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados – CNPJ: 04.832.584/0001-12
Rua Cincinato Braga, 37 – 4º andar – Paraíso – São Paulo-SP – 01333-011
Tel.: 11 3253.7444
www.anahp.com.br

Projeto Parcerias



Diamond



O essencial é a saúde

Gold



Silver



www.anahp.com.br



Produto impresso com o selo FSC,
garantia de manejo florestal responsável