

Observatório anahp

associação nacional de hospitais privados

edição 5/2013

Sumário

- 03 Anahp em Números
- 05 Carta ao Leitor
- 06 Hospitais Anahp compartilham experiências online
- 12 Pesquisa Anahp aborda a perspectiva do cliente na atenção às urgências e emergências
- 18 Hospitais Anahp trabalham no desenvolvimento de recomendações para a Organização Assistencial
- 26 Mercado de Saúde Suplementar acompanha a criação de empregos no país

- 36 Análise Econômico-financeira
- 42 Análise Gestão de Pessoas
- 50 Análise Operacional

- 60 Gestão Assistencial
- 80 Qualidade e Segurança Assistencial
- 88 Protocolos Assistenciais

- 110 Perfil Institucional Hospitais Membros

Anahp em números

Receita

11,4 bilhões
Receita bruta dos hospitais que participaram do estudo

Receita Média por Hospital



Receita por Natureza da Fonte Pagadora (%)

Natureza	2011	2012
SUS	0,7	0,5
Particular	4,8	8,6
Convênios	94,4	90,8

Fonte: SINHA/ANAHP.

Em

2012 os Hospitais da Anahp responderam por:

9.200 leitos 7,5% dos leitos privados para medicina suplementar existentes no Brasil.

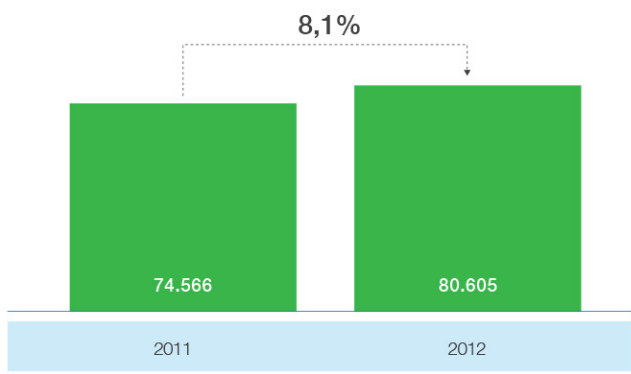
14% do total de despesas assistenciais

16% de todas as cirurgias realizadas na saúde suplementar

9% do total de internações do setor de saúde suplementar

Fonte: Anahp/ANS.

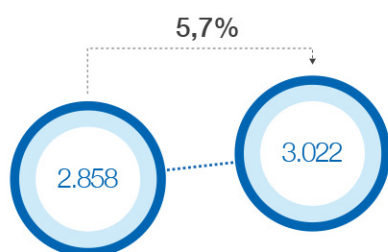
Total de Empregos Gerados



Fonte: SINHA/ANAHP.

Receita Média Líquida

(por paciente-dia - em R\$)



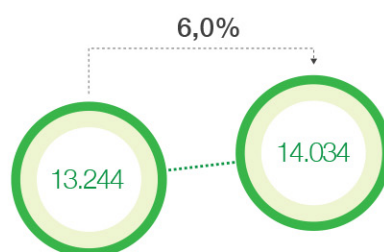
2011

2012

Fonte: SINHA/ANAHP.

Receita Média Líquida

(por saída hospitalar - em R\$)



2011

2012

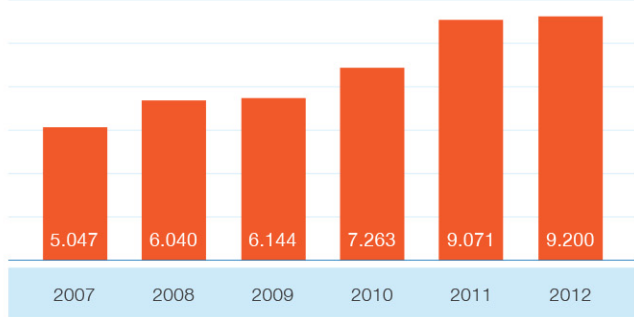
Fonte: SINHA/ANAHP.

5,8%

Inflação de 2012 (IPCA)

Fonte: IBGE.

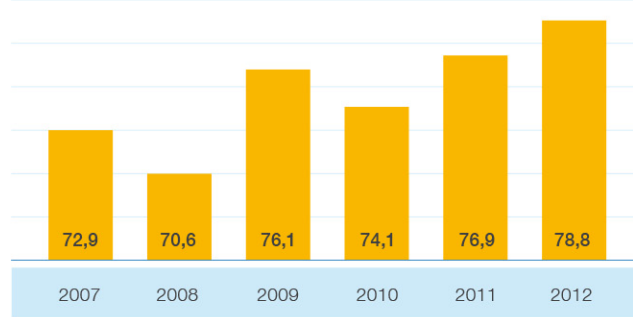
Leitos Totais



Fonte: SINHA/ANAHP.

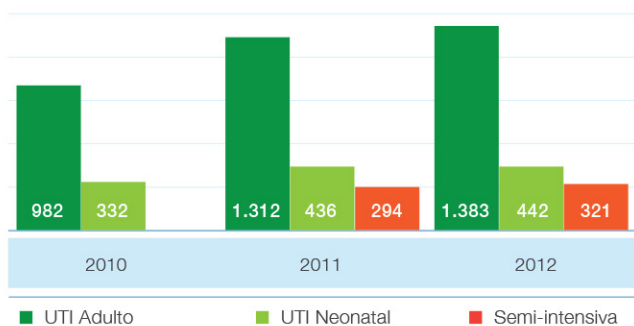
Leitos Totais

Taxa de Ocupação (em %)



Fonte: SINHA/ANAHP.

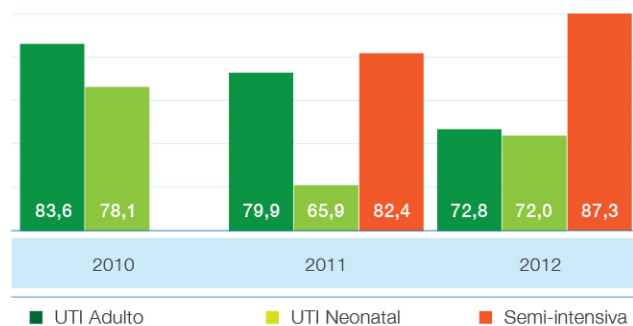
Leitos de UTIs e Semi-intensivos



Fonte: SINHA/ANAHP.

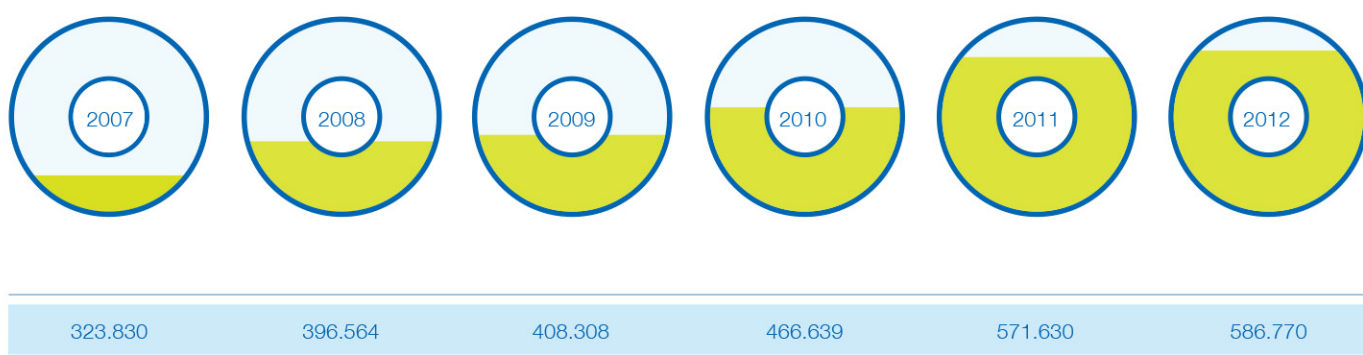
Leitos de UTIs e Semi-intensivos

Taxa de Ocupação (em %)



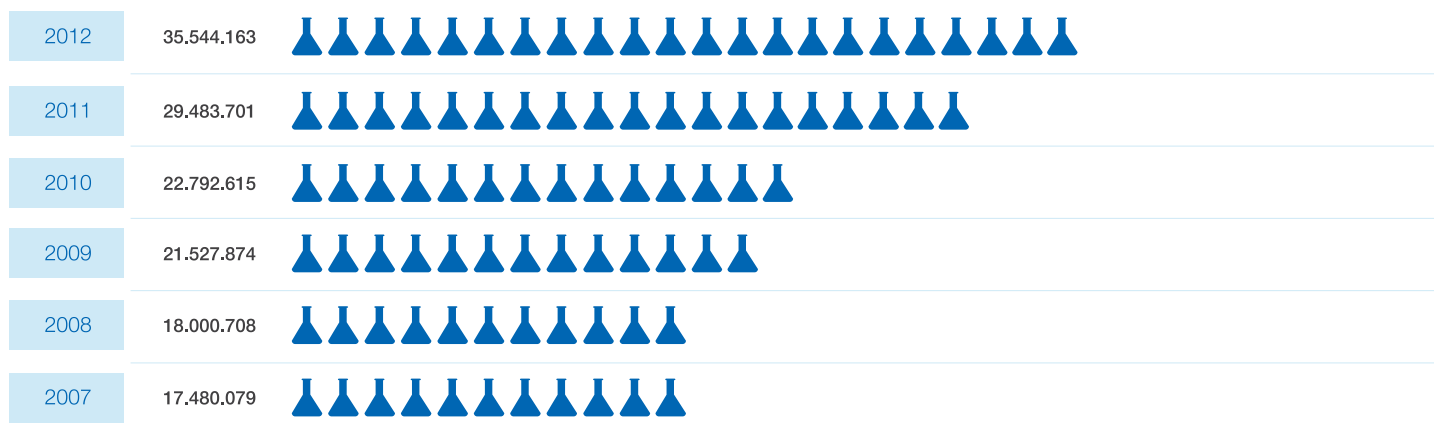
Fonte: SINHA/ANAHP.

Total de Internações



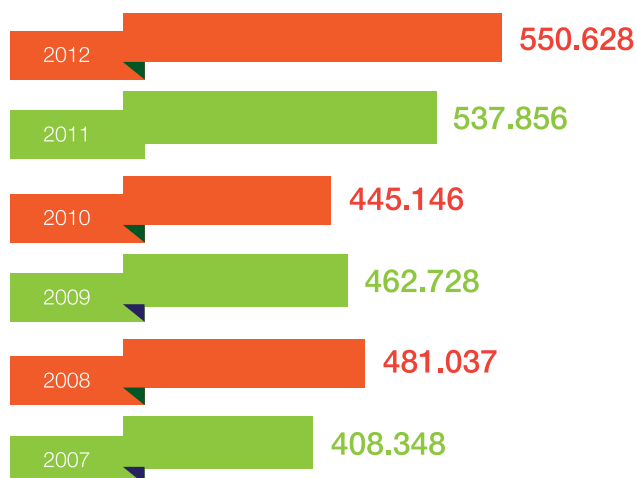
Fonte: SINHA/ANAHP.

Total de Exames - Laboratório e Imagem



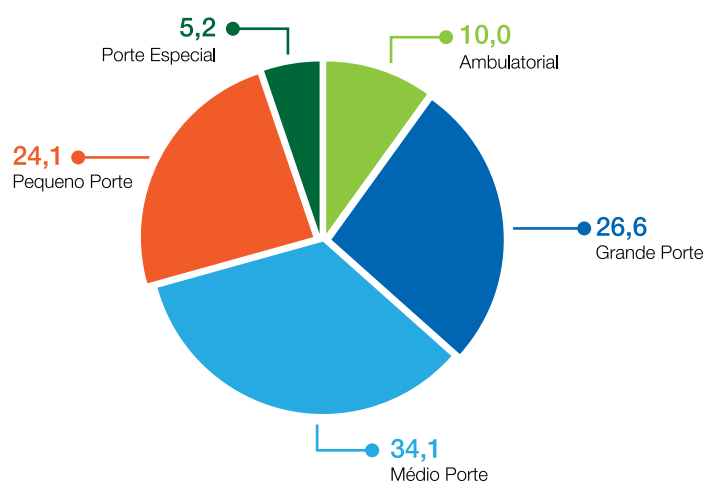
Fonte: SINHA/ANAHP.

Volume Total de Cirurgias







Fonte: SINHA/ANAHP.

Distribuição das Cirurgias por Porte (%)



Fonte: SINHA/ANAHP.

Acreditações 2012

	Anahp	Brasil	% Anahp
Organização Nacional de Acreditação - ONA 	38	187	20,3
Acreditação Canadense - AC 	14	25	56,0
Joint Commission International - JCI 	12	28	42,9
National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations - NIAHO 	2	3	66,7

Fonte: ANAHP.

Hospitais Anahp representam

27,1%
das creditações
no país.



Conselho de Administração

(esquerda para a direita)

Francisco Eustácio Fernandes Vieira

Hospital Santa Joana (PE)

Antonio Carlos Kfoury - Vice-presidente

Hospital do Coração - HCor (SP)

Henrique Sutton de Souza Neves

Hospital Israelita Albert Einstein (SP)

Paulo Chapchap

Hospital Sírio-Libanês (SP)

Francisco Balestrin - Presidente

Hospital Vita Volta Redonda (RJ)

Fernando Torelly

Hospital Moinhos de Vento (RS)

José Ricardo de Mello

Hospital Santa Rosa (MT)

Maria Norma Salvador Ligório

Hospital Mater Dei (MG)

Ruy Geraldo Bevilacqua

Hospital São Luiz Itaim (SP)

Conselho Fiscal

José Henrique do Prado Fay - Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP)

Antônio Alves Benjamim Neto - Hospital Meridional (ES)

Euclides Abrão - Hospital Santa Genoveva (GO)

Expediente Observatório Anahp

Observatório Anahp é uma publicação anual da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

Editor

Francisco Balestrin

Conselho Editorial

Alceu Alves da Silva

Daniel Coudry

Denise Schout

Evandro Tinoco

Fábio Patrus

Luiz Sergio Santana

Miguel Cendoroglo

Colaboração

Bernardete Weber

Ivana Siqueira

Suzy Cortoni

Redação

Carla Franco

Evelyn Tiburzio

Marcos Silva

Consultoria Técnica

Centro Paulista de
Economia da Saúde
(CPES) e S&T
Consulte Saúde

Diagramação

Caroline Bonini
Giuliana Sanchez
Kamila Uchino
Rodolpho Dantas

Fotos

Capa - Shutterstock
Mauna Kea Observatory,
Big Island, Hawaii

Dreamstime

Jó Mantovani

Tiragem

6.000 exemplares

Impressão

Copolla

Administração Geral

Diretor Executivo

Daniel Coudry

Gerência Operacional

Valeria Ferrari

Gerência Técnica

Denise Schout

Gerência de Comunicação

Caroline Meneghello

Carta ao leitor

“Não fornecer informações para não ser comparado é como parar o relógio para não envelhecer”



O ano de 2012 foi um período importante para a saúde brasileira com a discussão sobre a assistência médica em grande evidência. Notícias sobre a lotação dos pronto-atendimentos dos hospitais, o crescimento do número de beneficiários, a ineficiência dos planos de saúde, a queda do número de leitos e, mais recentemente, a luta pela desoneração fiscal do setor foram os assuntos que estamparam as manchetes dos principais veículos de comunicação do país.

Graças a este intenso debate, pode-se dizer que essa mudança de comportamento da imprensa e do próprio cidadão no que diz respeito à saúde brasileira sinaliza um processo evolutivo. A população está deixando de ser apática à ineficiência do sistema de saúde brasileiro e o setor tem ganhado cada vez mais espaço nas discussões sobre o tema em âmbito nacional.

É conhecido que as despesas com saúde representaram em 2012 praticamente 9% do PIB Brasileiro, o que correspondeu a aproximadamente R\$ 396 bilhões. O setor empregou ainda mais de 2,9 milhões de pessoas. São 6.293 hospitais entre públicos e privados, que atendem pouco mais de 190 milhões de pessoas. Já estava mais do que na hora de um setor com essa representatividade ganhar mais atenção do Governo Federal.

No último ano, percebemos uma tendência de desaceleração do mercado, a partir dos indicadores dos Hospitais Membros da Anahp:

- A Receita Média dos Hospitais Membros evoluiu 4%. No mesmo período, a Receita de Contraprestações das Operadoras de Planos de Assistência Médico-hospitalar cresceu 12,4%;
- A Receita Média Líquida por Paciente-dia entre as instituições Anahp evoluiu 5,7 % e a inflação medida pelo IPCA foi de 5,8%;
- A Receita Média Líquida por Saída Hospitalar dos Hospitais Anahp evoluiu 6,0 % e a inflação medida pelo IPCA-Saúde foi de 6,3%;
- A Participação dos Insumos Hospitalares na Receita das instituições caiu de 51,5% para 47,9%, ou seja, queda de 3,6 pontos percentuais. No mesmo período, a Participação das Diárias e Taxas cresceu apenas 0,6 ponto percentual.

Algumas ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) evidenciam a maior preocupação com a saúde suplementar nos últimos tempos, como por exemplo, a discussão sobre o Modelo de Remuneração do Setor e o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS). A Anahp, juntamente com outras entidades, participa ativamente dessas iniciativas.

Em 2012, atenta às recorrentes notícias sobre o atendimento nos prontos-socorros dos hospitais, a Anahp se dedicou às discussões sobre a atenção nas urgências e emergências, levando o tema para várias capitais do país. Com o intuito de compreender a percepção

do paciente nas urgências e emergências dos hospitais, a Associação encomendou pesquisa qualitativa nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro. Os resultados serão observados nessa edição do Observatório Anahp (OA).

Outro fator importante que tem sido discutido com profundidade entre os Hospitais Membros é a gestão de pessoas, elemento essencial para o crescimento sustentável das instituições. Ao longo do ano, além dos workshops e das reuniões de trabalho, o Grupo de Trabalho Gestão de Pessoas percebeu a necessidade de compartilhar experiências referentes a temas críticos em hospitais. Os Fóruns de Discussão Online de Gestão de Pessoas viabilizaram a maior participação dos hospitais e, como resultado dessa iniciativa, apresentamos nessa edição do OA as recomendações da Anahp resultantes das discussões realizadas.

O Grupo de Trabalho Organização Assistencial também tem desempenhado um importante papel com o desenvolvimento de recomendações para a organização do time assistencial. O objetivo dessa iniciativa é assegurar a excelência dos serviços prestados, com foco no paciente. A primeira etapa desse trabalho já foi concluída pelo GT e mais detalhes serão abordados nas páginas seguintes.

Em sua 5ª edição, o Observatório Anahp apresenta-se cada vez mais como uma publicação consolidada no mercado de saúde e fonte de referência para o setor. Mantendo o nosso compromisso com a transparência, a publicação apresenta, sem restrições, os nossos dados e informações, com o objetivo genuíno de contribuir com o mercado de saúde suplementar e com a qualidade dos serviços de saúde disponíveis para o cidadão brasileiro. Queremos cumprir nosso papel.

Nesta edição do Observatório Anahp contamos com apoio e esforço dos profissionais de nossas instituições. Agradecemos a dedicação de todos e, principalmente, os reconhecemos como homens e mulheres que contribuem decisivamente com a saúde brasileira. Elaborar o Observatório é uma das mais gratificantes tarefas na Anahp e, desenvolvê-lo com pessoas dedicadas é um prazer indescritível.

Por fim, gostaria de agradecer a participação dos membros do Conselho Editorial, em especial aos recém-chegados - Luiz Sergio Santana e Alceu Alves da Silva -, velhos amigos e dedicados colaboradores da Anahp. Deixo ainda o reconhecimento especial aos autores dos artigos publicados nesta edição: Bernardete Weber, Ivana Siqueira, Suzy Cortoni e Marcos Silva e ao nosso time de redação e a toda a equipe operacional da Associação.

Francisco Balestrin
Presidente do Conselho de Administração



Hospitais Anahp compartilham experiências online

Fórum de Discussão Online viabiliza oportunidade para discutir temas críticos da gestão de pessoas em hospitais

A iniciativa proporcionou aos Hospitais Membros a participação mais efetiva no compartilhamento de melhores práticas e discussão de problemas comuns vividos pelos hospitais e que afetam diretamente a gestão de pessoas nas instituições.

Com o objetivo de estimular a maior participação dos associados para debater e compartilhar experiências referentes a temas críticos da gestão de pessoas em hospitais, o Grupo de Trabalho Gestão Pessoas da Anahp desenvolveu ao longo de 2012 a série de “Fóruns de Discussão Online”.

A iniciativa proporcionou aos Hospitais Membros a participação mais efetiva no compartilhamento de melhores práticas e discussão de problemas comuns vividos pelos hospitais e que afetam diretamente a gestão de pessoas nas instituições.

Foram realizados durante o ano três “Fóruns de Discussão Online”, abordando os temas: Geração Y, Avaliação de Desempenho e Absenteísmo. Cada evento contou com a participação de um moderador, que teve como principal finalidade fazer uma breve apresentação sobre o tema e estimular o diálogo entre os hospitais participantes do Fórum, tanto presencialmente quanto online.

Para a participação dos hospitais no debate é necessário apenas um computador, acesso à internet e cadastro na plataforma de transmissão do Fórum. Os eventos são realizados trimestralmente, com data e horário pré-definidos.

Além do compartilhamento de informações, um boletim eletrônico com as recomendações dos participantes para cada tema é direcionado aos principais gestores de Recursos Humanos e superintendentes dos hospitais.

A seguir, as recomendações do Grupo de Trabalho Gestão Pessoas para os temas debatidos em 2012.

Geração Y: Como lidar com as diferenças entre as gerações nas instituições hospitalares?

A geração Y é espelho de uma era em que a tecnologia se supera a todo momento, ampliando e possibilitando a interação mundial, flexibilizando horários, fortalecendo os grupos colaborativos. Acompanhar a evolução tecnológica é uma premissa para se manter no mercado. Mas quando o assunto é a geração Y, as organizações estão caminhando para entender e desenvolver, dentro de suas realidades, novas possibilidades de adaptação para encontrar equilíbrio e tornar possível a convivência entre a nova geração, com seu perfil e objetivos específicos, e os colaboradores das gerações antecedentes: baby boomers e X, e ainda, do outro lado da balança, os interesses das próprias instituições.

Recomendações

Reconhecer e aceitar as diferenças entre gerações

Essa não é uma tarefa fácil, mas saber lidar com o conflito de gerações no ambiente de trabalho é essencial para o bom desempenho dos gestores de gerações passadas.

É muito comum querer forçar mudanças de atitude para impor o padrão que se deseja. O problema é que essa postura demonstra uma certa resistência e a não aceitação do comportamento, principalmente das novas gerações.

É preciso antes de tudo identificar a estrutura das gerações das organizações e como ela está dividida entre baby boomers, X e Y. Esse dado é importante para ajudar a alinhar as expectativas da gestão, para se ter um conhecimento claro do ambiente de trabalho e para estruturar medidas de retenção e de relacionamento cabíveis.

Buscar equilíbrio entre as novas gerações e a organização

Entender as expectativas dessas gerações e conhecer o que as organizações hospitalares podem oferecer e o que elas necessitam é essencial para alinhar as expectativas de ambas as partes.

Uma alternativa que tem demonstrado bons resultados é adotar, durante o processo seletivo, o modelo de gestão por competência. Nesse modelo é possível mapear não apenas os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, mas também o desempenho esperado no exercício da função pretendida.

Conciliar o ambiente de trabalho com as novas gerações.

A proposta é usar a criatividade. O exercício do próprio ato assistencial é um procedimento rigoroso e isso é fundamental para garantir os padrões de qualidade técnica. Mas não significa

que não haja espaço para a criatividade, para a inovação na busca de novas técnicas, de novas formas de organização do trabalho, de novas formas de integração entre as equipes e o trabalho e da prática de debates e da inclusão.

Para lidar melhor com as expectativas de informalidade valorizadas por esses jovens profissionais é preciso que os gestores busquem formas para amenizar a tensão natural proveniente do processo do cuidado assistencial, não somente na relação diária com a equipe, mas também promovendo momentos de confraternização, buscando metodologias mais atraentes de capacitação ou conduzindo reuniões de trabalho de formas diferentes. São iniciativas simples e que podem deixar o ambiente de trabalho hospitalar mais interessante para esses talentos.

Diálogo claro, transparente e constante entre gestores e equipe

A intenção é alinhar as expectativas entre o que as gerações esperam com relação à carreira, ao ambiente de trabalho e ao desempenho de suas funções, nem sempre coincidentes com o que as organizações hospitalares podem oferecer.

Promover esse diálogo com uma comunicação fluida entre as partes é um grande passo para minimizar as diferenças e as frustrações, além de proporcionar um ambiente confiável e favorável às soluções criativas, solidificando as relações e fortalecendo as lideranças.

Afinal, maus entendidos e desalinhamento de expectativas geram um clima ruim, aumentam o senso de injustiça e afetam negativamente a produtividade de toda a equipe.

Desenvolver as competências educadoras das lideranças

É importante oferecer condições para que as lideranças possam conhecer e identificar as características de cada membro de sua equipe e explorar o que cada um tem de melhor. Essa prática incentiva as pessoas e permite obter o melhor de cada profissional.

Para que isso seja uma realidade é preciso desenvolver e promover um ambiente de trabalho positivo e proativo, em que haja a confluência entre as diferenças das gerações.

Um caminho para isso é abrir mais espaços para momentos de troca por meio de reuniões, debates e conversas com todos da equipe.

Essa prática aproxima os gestores, cria oportunidade para que conheçam os colaboradores, o que estes pensam e esperam. Isto é essencial para integrar as diferenças de perfil das gerações da equipe.

Absenteísmo: Um problema de saúde do trabalhador ou engajamento?

O termo absenteísmo ou absentismo é usado para designar as ausências dos funcionários no trabalho, por várias razões: doenças, acidentes de trabalho, direitos legais (licença maternidade etc.), fatores sociais (doença de parentes, por exemplo) e fatores culturais (emendas de feriados).

O alto índice de absenteísmo também pode demonstrar algum tipo de rejeição por parte do trabalhador, seja por uma insatisfação com o salário, com as políticas da empresa ou com as condições de trabalho, e ainda pode estar diretamente ligado a problemas de ordem social, financeira ou emocional.

Principais motivos para o absenteísmo

As causas mais comuns para os colaboradores se ausentarem do trabalho são problemas de saúde, busca por novas oportunidades de emprego, desmotivação e, principalmente, insatisfação.

É importante ressaltar que as lideranças precisam estar engajadas neste processo, pois o absenteísmo não é um problema da área de Recursos Humanos. Os gestores precisam entender este indicador para que as ações sejam traçadas da melhor maneira possível.

Outro ponto levantado durante as discussões do Grupo de Trabalho Gestão Pessoas refere-se à medicina do trabalho no setor hospitalar, que está muito distante da gestão de pessoas e das lideranças. Há um alto índice de afastamento por doenças, mas não há como identificar se a doença é real ou provocada pela desmotivação do colaborador.

A falta de respeito e de reconhecimento por parte da liderança é uma queixa unânime nas entrevistas de desligamento de colaboradores. Nos setores onde a liderança possui uma relação de respeito e cuidado, o absenteísmo é menor e o comprometimento do colaborador maior.

Consequências do Absenteísmo

O absenteísmo ocasiona não só custos diretos, como indiretos, para os hospitais, como a diminuição da produtividade, a desorganização das escalas de trabalho, os problemas administrativos, a limitação de desempenho, os obstáculos para os gestores, podendo comprometer também a segurança do paciente em razão de ausências de colaboradores na área assistencial.

Quando o colaborador se ausenta do ambiente de trabalho por alguma razão, o impacto financeiro para a empresa nem sempre recai apenas sobre as atividades desempenhadas pelo trabalhador ausente, mas repercute por toda a organização, sobretudo se o funcionário pertencer a um departamento cujo serviço a ser desempenhado tem implicações imediatas no cronograma, como por exemplo, as escalas de trabalho da enfermagem.

Recomendações

O principal passo a ser dado é identificar o motivo pelo qual os funcionários estão apresentando índice elevado de faltas ou atrasos. Para ajudar as instituições que sofrem com os altos índices de absenteísmo, o Grupo da Anahp elencou algumas iniciativas que podem colaborar para a motivação e comprometimento dos colaboradores, bem como para a redução do absenteísmo.

Reconhecimento

A liderança deve deixar claro para o colaborador a importância do trabalho dele para a instituição. Algumas ações voltadas para o reconhecimento do trabalho do funcionário, como metas de desempenho associadas a bônus, planos de carreira, entre outras iniciativas, são fundamentais.

Engajamento

Se o trabalhador estiver motivado, dificilmente ele faltará ao trabalho, prejudicando outros colaboradores. O líder pode evitar o absenteísmo motivando a equipe, trabalhando questões comportamentais e, principalmente, melhorando processos internos.

3. Diálogo transparente. O feedback (tanto positivo quanto negativo) é o elemento-chave para o relacionamento entre lideranças e colaboradores. O gestor deve deixar claro o que espera do colaborador, orientando quando necessário e reconhecendo o trabalho bem feito. As expectativas do colaborador quanto às oportunidades de crescimento, remuneração e mudança de função também devem ser abordadas com clareza pela liderança, para que o funcionário não crie expectativas que não se concretizarão, tornando-se frustrado e desmotivado.

Saúde do Trabalhador

A implementação de iniciativas que visem à melhoria dos postos de trabalho, como por exemplo, bancadas e cadeiras ergonômicas, avaliação do profissional e orientações quanto à postura correta da coluna, ginástica laboral, entre outras, são atitudes simples que podem contribuir significativamente para a redução do absenteísmo. No ambiente hospitalar, orientações constantes no que se refere a acidentes de trabalho com risco biológico também são importantes.

Qualidade de Vida

Programas com o objetivo de estimular a melhoria da qualidade de vida em casa e no trabalho contribuem significativamente para reduzir outros fatores causadores de absenteísmo, tais como, insatisfação no trabalho, alcoolismo, problemas domésticos e doenças. Para auxiliar no combate a problemas como estes, sugere-se a implantação de ações a todos os colaboradores, extensiva aos familiares, como por exemplo, palestras, passeios ecológicos, caminhadas em grupo etc. As campanhas de prevenção contra doenças como hipertensão,

enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, câncer de mama, colesterol e diabetes também são importantes.

Educação

A capacitação dos colaboradores e o incentivo para cursos de aprimoramento também são pontos fundamentais. O funcionário sente-se valorizado e entende que a empresa se preocupa com o seu desenvolvimento no ambiente de trabalho. Este item pode ser um grande aliado dos gestores.

Perspectiva de crescimento

Ao buscar uma nova oportunidade de emprego, muitas vezes a possibilidade de crescimento supera a remuneração. Por este motivo, apostar em planos de carreira e deixar claro para os colaboradores a perspectiva de crescimento na empresa pode ser um passo importante para a retenção de talentos e contratação de novos profissionais, além de manter os colaboradores motivados e empenhados no ambiente de trabalho.

Avaliação de Desempenho: Qual a sua real contribuição?

A avaliação de desempenho é uma ferramenta de gestão de pessoas que tem como principal finalidade analisar o desempenho individual do funcionário ou de um grupo de funcionários na empresa. É um processo de identificação, diagnóstico e análise do comportamento do colaborador, que leva em consideração a sua postura profissional, seu conhecimento técnico e sua relação com os demais profissionais no ambiente de trabalho.

Se bem utilizada, a avaliação de desempenho pode proporcionar o crescimento profissional e pessoal do colaborador, além de ser uma importante ferramenta para a tomada de decisões sobre práticas de bonificação, aumento de salários, demissões, necessidades de treinamento, entre outros fatores.

Benefícios da avaliação de desempenho

Existem vários métodos (ferramentas) de avaliação de desempenho disponíveis no mercado, mas todos eles têm como objetivos principais orientar o gestor na tomada de decisões, nortear e mensurar o processo de treinamento e desenvolvimento, facilitar o feedback de desempenho para os colaboradores e, por fim, proporcionar uma análise crítica da organização a partir da identificação de seus pontos negativos e positivos.

Por isso, a avaliação de desempenho pode trazer muitos benefícios e mudanças positivas na gestão de pessoas de uma organização, seja qual for o seu tamanho. Com ela, o gestor pode avaliar melhor seus subordinados, melhorar o clima de trabalho, investir no treinamento dos colaboradores, aprimorar a produtividade etc. Todos ganham quando uma equipe é avaliada de forma satisfatória pelos gerentes.

Dificuldades enfrentadas na Avaliação de Desempenho

Apesar dos avanços recentes das ferramentas de gestão, decorrentes do processo de profissionalização dos hospitais, a avaliação de desempenho ainda vem sendo utilizada no formato tradicional, pautada somente em comportamentos centrais e aplicáveis a todos os colaboradores. Entre as experiências compartilhadas, nota-se que ainda existe uma dificuldade de entendimento do gestor sobre a utilidade da ferramenta, além de uma visão simplista sobre o processo de avaliação. Uma hipótese para explicar essa tendência é a de que o distanciamento da área de Recursos Humanos da realidade assistencial, aliado às dificuldades de mobilização do gestor, faz com que o instrumento seja genérico, fique restrito à avaliação líder e liderado e não reflita de forma adequada o desempenho esperado pelas diferentes áreas do hospital. Isso implica que, muitas vezes, a avaliação de desempenho seja vista como um procedimento burocrático, sem continuidade ao longo do ano. Essa percepção distorcida dos gestores acaba contaminando também a percepção dos colaboradores sobre a importância e utilidade da avaliação de desempenho.

Recomendações

Para mudar a percepção dos gestores e colaboradores sobre a avaliação de desempenho é necessário trabalhar alguns pontos importantes na instituição:

Sensibilização para o uso da ferramenta

A comunicação clara sobre a importância e utilidade da avaliação de desempenho é fundamental, bem como a capacitação para explorar ao máximo o potencial da ferramenta. Os gestores precisam entender os benefícios da ferramenta. A avaliação, por sua vez, deve estar associada ao planejamento estratégico da empresa e se integrar às demais políticas de gestão de pessoas. Quando não há clareza nas informações é muito comum que os funcionários restrinjam o uso da avaliação de desempenho às demissões ou promoções.

Participação

As ferramentas de avaliação de desempenho proporcionam subsídios para que a organização avalie a produtividade e o engajamento de seus funcionários e, a partir daí, possa trabalhar com os possíveis pontos de melhoria. No entanto, é importante que os gestores conversem e participem do dia a dia de seus colaboradores, pois se há uma boa gestão de desempenho, conseqüentemente o resultado da avaliação será positivo, ou pelo menos, não será surpresa para o avaliado. É importante que a avaliação de desempenho não seja vista apenas como um teste aplicado anualmente.

Metas

Uma alternativa que pode ajudar nos critérios para a avaliação de desempenho é identificar metas – por função, área etc –, mas esse processo depende muito de cada gestor. É preciso

encontrar alternativas para o reconhecimento que não estejam associadas apenas às promoções e à remuneração.

Envolvimento

É importante que a área de Recursos Humanos se envolva mais na busca de alternativas viáveis para a avaliação de desempenho. Os gestores de Recursos Humanos devem se mostrar dispostos a ajudar e a buscar soluções com as demais lideranças, de modo a construir um instrumento que de fato reflita a visão de desempenho do gestor e as necessidades da organização. Uma das experiências citadas sugere a construção de competências institucionais e específicas que se aproximem ao máximo das entregas e comportamentos esperados nas diferentes áreas.

Feedback

Este item é um ponto extremamente importante a ser desenvolvido nas instituições. Os gestores, de uma maneira geral, têm uma grande dificuldade para dar e receber feedback. No entanto, a razão de ser da avaliação de desempenho é a possibilidade de melhoria da performance do colaborador. Se ele não for informado sobre o resultado de sua avaliação, o processo perderá o sentido, a ferramenta perderá a credibilidade perante aos colaboradores e eles não terão a oportunidade de desenvolver sua própria competência. Por fim, todos os gestores devem ser capacitados sobre a forma correta de dar o feedback, sendo capazes de reconhecer o bom desempenho e os comportamentos adequados do colaborador e também, quando necessário, de fazer críticas construtivas, pautadas em fatos e dados, e de construir um plano de desenvolvimento factível e elaborado conjuntamente, a partir do consenso dos resultados da avaliação.



Soluções Integradas para Saúde 3M

A saúde da sua instituição merece

A 3M do Brasil tem incentivado programas educacionais para o desenvolvimento de práticas assistenciais seguras com a finalidade de prevenir e reduzir eventos adversos que comprometam a qualidade dos serviços. O Programa Soluções Integradas para Saúde estimula e reconhece as instituições e seus profissionais que prestam uma assistência com qualidade.

A Certificação em cada uma das categorias exige a construção e aplicação de protocolos baseados em recomendações nacionais e internacionais. Conheça os programas de Fixação Segura de Cateteres, Prevenção de Lesões de Pele e o Programa Integrado em Cirurgia Segura Target Zero no site www.3M.com.br/hospitalar 3M. Inovando em tecnologias, conceitos e educação.

CRC Centro de Relacionamento com o Consumidor

Fone: 0800.0556903

e-mail: helplinehospitalar@mmm.com

3M



Pesquisa Anahp aborda a perspectiva do cliente na atenção às urgências e emergências

Dedicação e apoio dos médicos e profissionais nas urgências e emergências são fatores determinantes para avaliação

Estudo foi realizado em duas capitais brasileiras, entre homens e mulheres que utilizaram o sistema privado de saúde nos últimos seis meses

A assistência, o apoio e a dedicação dos médicos e profissionais dos pronto-atendimentos dos hospitais associados à Anahp são determinantes para a avaliação positiva dos serviços por parte dos usuários. Por outro lado, a falta ou a insuficiência de informações nos serviços de triagem e a demora no tempo de espera nestes pronto-atendimentos são o principal fator negativo apontado pelos pacientes. A conclusão é de um estudo qualitativo encomendado pela Anahp e desenvolvido em outubro de 2012 pelo Ateliê de Pesquisa, em São Paulo e no Rio de Janeiro, para avaliar os serviços dos pronto-atendimentos dos hospitais associados dessas duas cidades. A pesquisa foi realizada com homens e mulheres, de três faixas etárias diferentes: 25 a 39 anos; 40 a 59 anos e 60 a 75 anos, denominados respectivamente como “mais jovens”, “intermediários” e “mais velhos”. Os entrevistados eram pertencentes às classes A, B e C e receberam atendimento (ou acompanharam algum familiar) nos hospitais associados à Anahp nas duas cidades nos últimos seis meses.

No total, foram dez grupos - cinco em São Paulo e cinco no Rio de Janeiro -, com nove participantes cada. A distribuição dos grupos obedeceu a um critério de representatividade entre os grupos (idades e classes) e intragrupos (houve, no mínimo, um participante por hospital associado à Anahp em cada grupo). Um roteiro de perguntas com o mesmo conteúdo foi utilizado em todos os grupos.

Os resultados da pesquisa indicam que quase a totalidade dos participantes do estudo procurou um pronto atendimento que fosse coberto por seu plano de saúde. Segundo os resultados da pesquisa, o público “mais velho” é o que mais utiliza os convênios médicos, uma vez que tende a buscar ajuda a

quaisquer sintomas percebidos. Este público também afirmou contar com maior disponibilidade de tempo para cuidar de sua saúde.

Na outra ponta, o perfil “mais jovem” foi o que apontou uma menor utilização dos planos de saúde para si. A exceção nesse grupo são aqueles usuários que utilizam os planos para seus filhos. Entre os sexos, quem mais busca atendimento são as mulheres, principalmente pelas consultas ginecológicas regulares.

A pesquisa também encontrou um número considerável de pessoas que evitam fazer consultas, exames ou atendimentos

rápidos porque acreditam que não necessitam ou por terem receio de encontrar algum problema. Como disse um participante do estudo: “quem procura acha”.

Quando mencionaram operadoras de saúde, instituições e profissionais a eles associados, os usuários muitas vezes confundiram os três vértices como se fossem um único e não distinguiram as peculiaridades de cada um, principalmente quando passaram por algum incidente inesperado ou vivenciaram algum problema no atendimento em uma das três instâncias. Se ficaram satisfeitos com o atendimento, souberam distinguir melhor as eficiências de todos.

A escolha do hospital obedeceu a alguns critérios:

- Associado à operadora de saúde
- Próximo de casa ou do trabalho
- Conhecido / famoso
- Indicado por conhecidos e/ou profissionais
- Com bom corpo técnico

A pesquisa detectou que, independente de quem foi atendido, se o próprio participante da pesquisa ou o seu acompanhante, este atendimento foi seguido de algum tipo de tensão. Os participantes apontaram com frequência alguma situação de estresse, preocupação ou exacerbação dos sentimentos, que aumentava conforme a percepção de gravidade do doente. Por outro lado, supõem que da parte do hospital haverá o contraponto: da normalidade, da calma e equilíbrio em lidar com as condições fragilizadas dos clientes. Se não houve a atitude esperada, surgem aí os problemas e desgastes nesta relação.

Para avaliar melhor estas afirmações, foi utilizada uma técnica projetiva, que permite que as pessoas expressem suas experiências e percepções através de uma ferramenta. No caso da pesquisa, foram empregadas imagens fotográficas. Os usuários dos hospitais foram estimulados com um deck de 50 fotos com imagens de pessoas em diferentes situações e estados de humor. Os participantes precisavam então escolher as fotos/charges que melhor “expressavam os sentimentos” que tiveram quando foram para o hospital e “o que acharam do atendimento” propriamente dito.

A maioria das imagens escolhidas apontou um sentimento de acolhida por boa parte dos entrevistados. A principal conclusão é a de que sentiram-se acolhidos pelo hospital e de que houve atenção, cuidados, cordialidade e boas condições para o bom atendimento. Em outras palavras, sentiram-se apoiados e o estresse inicial desfez-se rapidamente, o que leva à conclusão de que a maioria dos hospitais visitados proporcionou o cenário favorável para o sucesso do atendimento.

Do lado contrário, houve também quem apontasse sentimentos negativos vividos pelos pacientes e/ou acompanhantes no pronto atendimento. Os sentimentos mais presentes foram: desânimo, aflição, ansiedade e angústia pela dor, pela espera e pela falta de informações sobre seu estado geral. Os participantes afirmaram que, na situação vivida, estavam sensíveis, preocupados, impotentes, perdidos e entregues aos cuidados de terceiros, uma vez que já não eram capazes de cuidar de si mesmos.

As imagens indicam que, quando os participantes da pesquisa apontaram descaso, quebra de confiança, desorganização, improvisado, disputa de poder (cliente x hospital) no atendimento, sentiram-se insatisfeitos e criticaram a falta de apoio, o trato inadequado, o que originou uma sensação de estarem acuados e solitários naquele espaço.

O atendimento recebido e o tempo de espera foram decisivos para definir a qualidade das percepções apontadas pelos participantes. A atenção dispensada, o apoio, o acolhimento e a dedicação dos profissionais (principalmente dos médicos) foram considerados fatores que motivaram a percepção positiva dos pesquisados. Eles entenderam que, na maior parte das vezes, houve responsabilidade e comprometimento destes profissionais no trato dos pacientes fragilizados e inseguros, que foram olhados e cuidados como únicos e diferenciados.

Enquanto a atenção dedicada pelos profissionais resultou em percepção positiva, o tempo de espera para o atendimento foi o fator que mais gerou insatisfação nos usuários. Muitos dos participantes apontaram como pontos negativos o descuido dos atendentes com aqueles que esperam, a demora exagerada e a falta de comunicação e informações esclarecedoras sobre



Tranquilidade é confiar em quem cuida de você.

Você conhece os riscos no manuseio de um cilindro de gás medicinal?

A White Martins conhece.

Somos a única empresa de gases que possui uma fábrica de cilindros - a Cilbrás. Seguimos um rigoroso processo de fabricação, amparado por alta tecnologia e pela confiabilidade de mais de 50 testes de segurança, o que garante o padrão de qualidade certificado pela norma ISO 9001, para cada um dos mais de 120 mil cilindros que produzimos por ano. Além disso, os nossos cilindros são controlados por um sofisticado sistema de rastreabilidade com código de barras, que permite o monitoramento e a localização de cada produto distribuído. Tudo em conformidade com as normas e regulamentações vigentes.

Não é à toa que, mais uma vez, saímos na frente e fomos a 1ª empresa de gases no Brasil a obter a Autorização de Funcionamento para os gases medicinais.



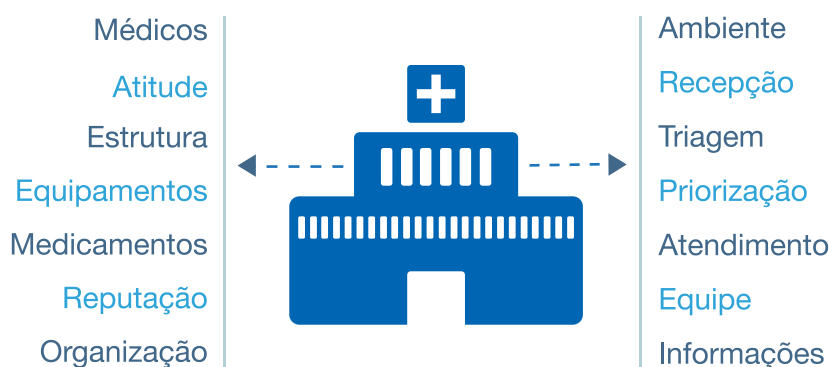
WHITE MARTINS
PRAXAIR INC

Central de Relacionamento
0800 709 9000
www.whitemartins.com.br

a razão de atraso dos atendimentos pela equipe de recepção e triagem. A falta de sinalização e de informações de alguns hospitais sobre a prioridade no atendimento aumentou o estresse na espera.

De forma geral, pode-se afirmar que há uma expectativa muito alta da qualidade dos serviços prestados por um hospital – em especial nos pronto-atendimentos

Para entender melhor como os usuários de pronto atendimento imaginam que deva ser um hospital de qualidade foi solicitado que indicassem os elementos necessários para obter este atributo. O resultado aponta que, muito mais do que qualidade, o que se espera neste segmento é excelência. O gráfico abaixo indica quais foram os aspectos apontados:



Pode-se afirmar que a expectativa é enorme. Em alguns aspectos, até mesmo idealizada e difícil de alcançar. A necessidade de construção deste ‘hospital perfeito’ parece compensar a grande fragilidade de quem vai ao pronto atendimento em busca de ajuda e solução. Ocorre aí um mecanismo psicológico e projetivo: se os pacientes e acompanhantes não estão “funcionando bem”, quem os atende (hospital) tem que funcionar perfeitamente.

De todos os itens apontados, triagem, recepção e informações são os mais problemáticos nos pronto-atendimentos dos Hospitais Membros da Anahp. Como são e como deveriam ser para satisfazer os usuários?

Triagem e Recepção: na perspectiva dos clientes, hoje os pronto-atendimentos carecem de profissionais competentes e em número adequado para agilizar o atendimento e compreender os problemas dos pacientes.

Precisariam ainda ter a capacidade de distinguir os diferentes estados dos pacientes para um bom encaminhamento. Se possível, a presença de um médico ou enfermeiro-padrão na triagem minimizaria parte do problema;

Informações: a comunicação nos pronto-atendimentos não é considerada adequada por boa parte dos entrevistados. Entre

os pontos mencionados estão a falta de informações sobre onde devem ir, com quem vão passar no atendimento, qual a especialidade do profissional, qual o tempo de espera provável. Também entre os fatores negativos estão a falta de retorno sobre as dúvidas, queixas e reclamações feitas durante a espera.

As redes hospitalares não cresceram na mesma medida que os planos de saúde. Evidentemente, mesmo com os cuidados que os hospitais tiveram com o crescimento da demanda e com a qualidade do atendimento, ainda há o que fazer para garantir índices de satisfação maiores.

Uma queixa frequente e já apontada anteriormente é relativa à espera nos pronto-atendimentos para serem atendidos. Cada vez mais os hospitais têm mais pessoas em busca de atendimento rápido e a demanda nem sempre está sendo correspondida com qualidade. Por que, então, estes usuários não procuram atendimento nos consultórios médicos para garantir a solução de seus problemas?

Para começar a responder esta questão, um quadro irá mostrar quais as diferenças percebidas entre o atendimento nos pronto-atendimentos e nos consultórios médicos:

Pesquisa Anahp Urgências e Emergências

Pronto Atendimento

- + Situação de urgência / emergência
- + Atendimento imediato
- + Mesmo com demora, o atendimento é realizado no mesmo dia. Se precisar faltar no trabalho será uma vez
- + Tem equipamentos / exames na hora
- + Não precisam se preocupar com a especialidade do atendimento encaminhado

- Atendimento é bem rápido / corrido
- Não dá para conversar / pouca atenção
- Atendimento "comoditizado"
- Diagnóstico pode ser preciso, mas é necessário averiguar melhor
- Não conhece previamente o médico, mas há possibilidade de se tornar o médico regular

Consultório Médico

- Situação de rotina / tratamento
- Necessário agendamento
- Pode demorar meses para agendar
- É preciso faltar mais de uma vez ao trabalho
- O exame precisa ser realizado externamente
- Dificuldade em saber qual é o especialista

- + Mais tempo para o atendimento
- + Fica-se mais à vontade e dá para conversar / mais atenção
- + Atendimento personalizado
- + Diagnóstico tende a ser preciso
- + Médicos são indicados / recomendados

Um tipo de atendimento parece ser o contraponto do outro. Ambos têm aspectos positivos e negativos, e ambos têm o que evoluir. Mas, apesar de ainda haver grandes vantagens percebidas nos pronto-atendimentos alguns usuários estão conscientes de que:

Os pronto-atendimentos estão substituindo, em algumas dimensões, atendimentos que poderiam ser realizados por médicos em seus consultórios;

O atendimento médico no consultório é mais detalhado e cuidadoso do que um bom atendimento no pronto atendimento, que pode ser apenas paliativo.

Para que haja uma migração das consultas nos pronto-atendimentos para os consultórios médicos, os usuários entendem que algumas mudanças deveriam ocorrer:

Prazo menor para marcação de consultas, o que evitaria o desânimo e a fuga do consultório;

Maior disponibilidade de agenda de médicos, o que favoreceria a prontidão no atendimento;

Resultados de exames mais rápidos para garantir retornos mais ágeis;

Consultórios com estrutura similar a dos hospitais, o que otimizaria o tempo dos pacientes (em alguns casos evitaria a necessidade de retorno): exames e equipamentos no local da consulta;

Leque maior de opções de médicos associados aos convênios para suprir agendas lotadas;

Médicos com maior disponibilidade horária fora dos períodos comerciais poderiam ser uma opção à ida aos pronto-atendimentos.

Além disso tudo, parece fundamental que as pessoas criem o hábito de cuidar da saúde com frequência, procurando um médico mesmo que não sejam casos de urgência.



SANOFI, UM LÍDER MUNDIAL E DIVERSIFICADO EM SAÚDE, FOCADO NAS NECESSIDADES DOS PACIENTES

A estratégia da Sanofi está baseada em três eixos: **intensificar a inovação na pesquisa e desenvolvimento**, **aproveitar as oportunidades de crescimento externo** e **adaptar a empresa aos futuros desafios e oportunidades**.

A Sanofi tem pontos fortes fundamentais em saúde, com 6 plataformas de crescimento: **mercados emergentes**, **vacinas**, **consumer health care**, **diabetes**, **produtos inovadores** e **saúde animal**. Com a aquisição da Genzyme, a Sanofi reforça sua presença em biotecnologia e doenças raras.

Com aproximadamente 110 mil colaboradores em 100 países, a Sanofi e seus parceiros atuam para **proteger a saúde**, **melhorar a vida** e **responder às necessidades de saúde dos 7 bilhões de pessoas em todo o mundo**.





Hospitais Anahp trabalham no desenvolvimento de recomendações para a Organização Assistencial

Objetivo central do trabalho é incentivar a organização do time assistencial para assegurar a excelência dos serviços prestados com foco no paciente

Proposta foi construída a partir de três pilares de atuação: Modelo Assistencial, Competências e Processos

Os serviços relacionados à assistência direta dos pacientes envolvem a maior parte dos profissionais e das ações realizadas nos hospitais. Trata-se de um amplo conjunto de saberes e atuações comuns e específicas que precisam se desenvolver de forma integrada e eficiente, a fim de garantir o cumprimento dos padrões de excelência desejáveis e necessários.

Na área de saúde é crescente a incorporação de novos profissionais para integrar as equipes que, até pouco tempo, eram constituídas basicamente pelas áreas médica, de enfermagem e alguns poucos nutricionistas e fisioterapeutas. Esta nova constituição demanda grande esforço de gestão, para que sejam contemplados os conhecimentos de cada área e respeitados os limites nos papéis de cada um, com compartilhamento do poder e a sensação construtiva de que todos fazem parte de uma equipe. Tudo isso deve ser realizado dentro de um modelo que mantenha o paciente como ponto central do processo assistencial. Afinal, trata-se de um processo de transformação de uma equipe em time, no qual a assistência pode ser beneficiada.

A Anahp, entre suas inúmeras iniciativas, propôs a criação do Grupo de Trabalho Organização Assistencial, que integra o Programa Inovação e Gestão. O objetivo central desse Grupo é incentivar a organização do time assistencial dos hospitais para assegurar a excelência dos serviços prestados com foco no paciente.

A proposta para o Grupo de Trabalho foi construída a partir de três pilares de atuação: Modelo Assistencial, Competências e Processos. O Modelo Assistencial permite o direcionamento da organização do trabalho multiprofissional. As Competências sedimentam a consistência das ações e a humanização da

assistência. Já os Processos viabilizam o padrão de qualidade, segurança e eficiência.

Na exploração desses assuntos, uma pesquisa foi aplicada a fim de conhecer melhor a realidade das instituições associadas à Anahp.

De modo geral, foi constatado que os hospitais têm ou buscam um modelo assistencial como diretriz para uma assistência segura e eficiente e que isso favorece a integração da equipe multiprofissional.

Na análise dos dados da pesquisa, foi possível observar algumas dificuldades no entendimento conceitual do que, de

fato, é um Modelo Assistencial. A gestão por competências e o desenho dos processos críticos consideram a interface das diversas profissões. Essas informações corroboraram a relevância e oportunidade que a temática nos confere.

Esse ano de trabalho do Grupo permitiu acumular um conjunto de experiências, revisões científicas e busca de novas práticas, o que resultou em um primeiro documento com um conjunto de recomendações que, alinhadas, subsidiam a organização do time assistencial.

Os pressupostos sugeridos para a organização do trabalho da equipe assistencial são:

Ter um Modelo Assistencial com Foco no Paciente e na Família

Trabalhar as Competências do Time com Foco na Integração

Conhecer a Matriz de Processos com Foco na Segurança e na Divisão do Trabalho

Ter um Modelo Assistencial com Foco no Paciente e na Família

O Modelo Assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade¹.

Pressupostos com foco no paciente e na família associados aos sistemas de acreditação e certificação impuseram um esforço aos hospitais na busca por modelos que sistematizassem e gerenciassem o cuidado com foco no paciente.

Na literatura, especialmente americana, há cinco modelos assistenciais na área de Enfermagem²:

Total Patient Care Nursing - Cuidado Integral ao Paciente
Atenção domiciliar (século 19) que inclui todos os cuidados necessários, como arrumar a casa, fazer a comida, dar banho, dar medicamento. Nesse modelo a enfermeira presta cuidados aos pacientes em um mesmo turno e também se responsabiliza por todos os aspectos do cuidado.

Functional Method - Modelo Funcional (pós-guerra)

Baseado em tarefas como verificar sinais vitais, administrar medicamentos, dar banho etc. O enfermeiro basicamente administra e não assiste o paciente.

Team and Modular Nursing – Modelo de Times (1950)

Foi criado um grupo de pessoas auxiliares para fazer parte dos cuidados, sob o comando do enfermeiro. Ainda fragmentava o cuidado, existindo grande possibilidade de erros.

Primary Nursing (1970) – O enfermeiro é focado no cuidado direto ao paciente

O cuidado é baseado no relacionamento. O enfermeiro é responsável pelo planejamento do cuidado.

Case Management - Gerenciamento de Caso

O enfermeiro avalia, planeja, implementa, coordena e monitora os serviços e as opções em relação às necessidades de saúde do indivíduo.

Estes modelos sugerem formas de organizar a assistência da enfermagem e podem contribuir e influenciar o formato de um time multidisciplinar. Cada organização comporá um modelo que vise a atender às necessidades de sua comunidade e que esteja de acordo com os recursos disponíveis.

A seguir as recomendações referentes às implicações da adoção de um Modelo Assistencial à luz da Organização do Trabalho do Time Assistencial.

BD™ Produtos com Dispositivo de Segurança

Pensando em mudar para produtos com dispositivo de segurança?
Conte com um parceiro experiente.



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!

Consulte a BD para informações sobre os produtos de segurança e seus registros ANVISA.
BD, BD logo e todas as marcas são propriedades de Becton, Dickinson and Company.

BD
R. Alexandre Dumas, 1.976
São Paulo - SP - 04717-004
CRC 0800 055 56 54
crc@bd.com.br
www.bd.com/brasil

Recomendações da Organização Assistencial com Foco na Escolha e Utilização de um Modelo Assistencial

- Paciente e família no centro da atenção.
- Estrutura organizacional com representação na alta direção das atividades assistenciais.
- Modelo assistencial coerente com o modelo de gestão.
- Construção de políticas que reforcem e sustentem a atuação multidisciplinar e interprofissional.
- Estabelecimento de políticas e processos assistenciais que garantam práticas de qualidade e segurança.
- Definição das competências necessárias para assegurar a integração do time assistencial.
- Sistematização do cuidado que permita ações coordenadas do time assistencial.
- Incorporação de ações de efetividade e eficiência que prestigiem o uso racional dos recursos, insumos e tecnologias.

Trabalhar as Competências do Time com Foco na Integração

O investimento nas pessoas tem sido realizado pelas instituições como uma forma de garantir a excelência dos serviços prestados. Este, inclusive, é um tema discutido pelo Grupo Gestão de Pessoas, também dentro do Programa Inovação e Gestão da Anahp.

Para transformar uma equipe em um time assistencial é necessário um plano de desenvolvimento que integre diversas áreas e setores, garantindo a unidade da equipe. Trata-se de uma tarefa difícil, considerando-se a diversidade e a individualidade dos profissionais e, principalmente, a dificuldade em se estabelecer limites no conjunto de ações que acontecem de forma tão concomitante e imbricada. O limite de cada profissional é respaldado pelas atribuições do cargo. A transformação dos conceitos em prática é o grande desafio, pois deve sensibilizar os gestores sobre a importância da descrição de Competências e a sua utilização para selecionar e avaliar profissionais. O desenvolvimento das Competências

é uma importante estratégia de alinhamento, bem como uma ferramenta fundamental para evidenciar a transparência da instituição em relação ao que ela espera do colaborador.

O conceito de competência evoluiu de “CHA” (Conhecimento, Habilidades e Atitude) para “CHAVE” (também Valores e Entorno), incorporando novas dimensões, ampliando sua abrangência e compreensão. Estes elementos renovam e fortalecem o conceito de competência.³

É importante ressaltar que as Categorias Profissionais já possuem suas competências definidas pelos Conselhos de Classe e tais competências merecem ser conhecidas e consideradas pelos próprios profissionais e gestores. Também é recomendável que as instituições explorem esta temática pensando nas Competências do Time Assistencial. Nesse sentido, o reconhecimento e a análise das Competências nas dimensões Institucional, Assistencial e Educacional tornam o contexto mais real e amplo.

Estabelecidos esses conceitos, o Grupo evoluiu na tentativa de construir Recomendações para a utilização das Competências na formação do time assistencial.

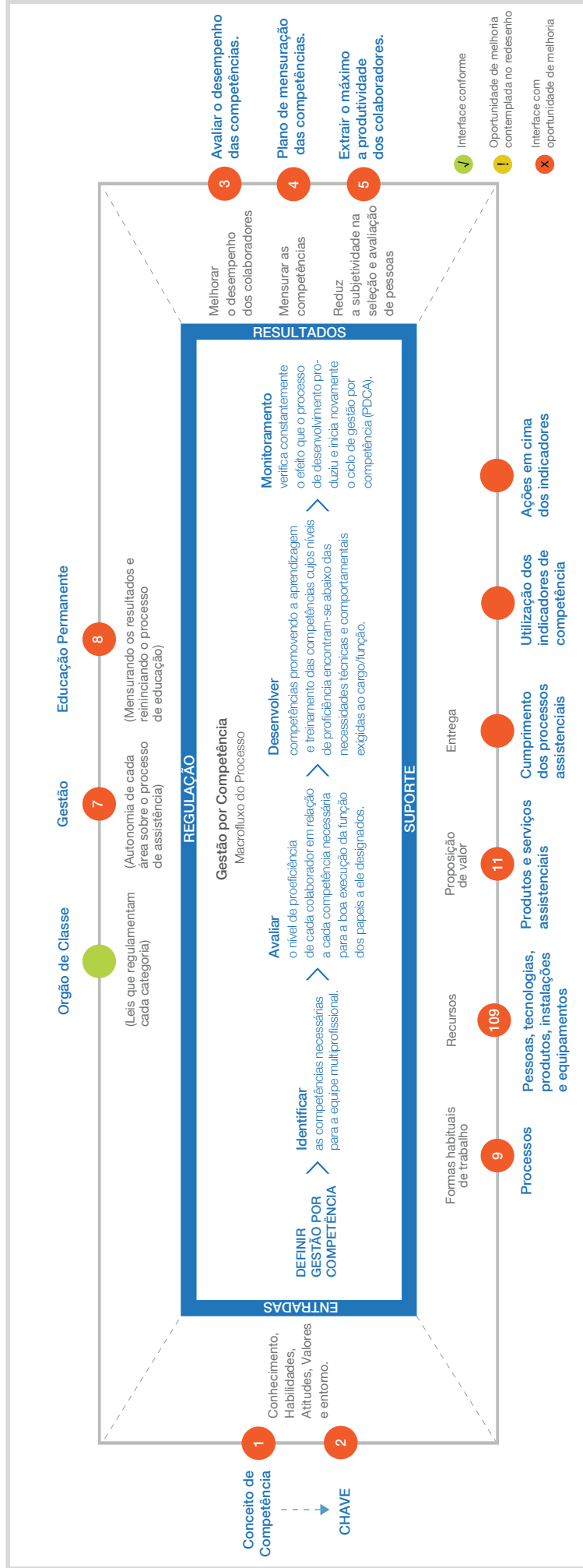
Recomendações da Organização Assistencial com Foco nas Competências

- Conhecimento das competências definidas para o exercício de cada profissão, conforme os conselhos das categorias.
- Desdobramentos do modelo de competências sob as perspectivas de: critérios de seleção, avaliação, organização dos profissionais na assistência e estruturação do time.
- Identificação e desenvolvimento de lideranças capazes de articular a atuação dos diferentes profissionais e seus resultados.
- Foco nas práticas de qualidade e segurança e no modelo assistencial.
- Incorporação de ações de efetividade e eficiência que prestigiem o uso racional dos recursos, insumos e tecnologias.

Além dessas recomendações, foi elaborado um diagrama, com o objetivo de melhor compreender todos os processos de construção e a operacionalização das competências.

O DEIP é um diagrama de escopo e interfaces de processos, onde está estruturado um fluxo horizontal para verificação das interfaces e identificadas as desconexões que precisam ser trabalhadas dentro de um processo.

Diagrama de escopo e interpretações do processo - Situação atual



A construção foi norteada pelas seguintes etapas:

Eleição de um conceito para definir Competências, no caso “CHAVE” (Conhecimento, Habilidades, Atitudes, Valores e Entorno).

Identificação das Competências necessárias para a equipe multiprofissional, a fim de reduzir as lacunas entre os profissionais de diversas especialidades e as expectativas da empresa.

Avaliação do nível de proficiência de cada profissional em relação às competências necessárias, o que pode ser empregado aos recém-admitidos e aos demais funcionários.

Desenvolvimento das Competências mapeadas para promover aprendizagem e capacitação.

Monitoramento por meio de avaliação individual.

Conhecer a Matriz de Processos com Foco na Segurança e Divisão do Trabalho

O objetivo do Grupo foi o de reconhecer e analisar os principais processos para a integração da assistência. Assim,

estabeleceram-se como referência as recomendações do Institute for Healthcare Improvement (IHI), denominado Improvement Map, que descreve 73 processos a partir do melhor crescimento disponível para promover uma assistência com qualidade e segurança⁴.

Os Processos estão agrupados por domínio (Liderança e gerenciamento do processo, Processo de cuidado do paciente, Processo para apoiar o cuidado) e objetivos (Efetividade, Eficiência, Equidade, Paciente centrado, Segurança, Tempo adequado). Receberam os seguintes atributos: 1) Custo para implementação; 2) Tempo para a implementação em meses ou anos; 3) Dificuldade para implementar; 4) Nível de Evidência.

A finalidade desse trabalho foi a de contribuir para o objetivo maior de rever e repensar a organização do time assistencial. Assim, os Processos foram escolhidos com base nos critérios de criticidade para a segurança do paciente, e então agrupados em quatro áreas: 1) Trabalho em equipe; 2) Continuidade do cuidado; 3) Processo de medicação; 4) Eficiência e segurança do cuidado.

Posteriormente foram inseridos em uma matriz de correlação para demonstrar a participação e integração dos profissionais da equipe multidisciplinar envolvidos em cada um deles, como apresentado a seguir:

Eficiência e segurança do cuidado													
Processo	Med	Enf	Fisio	Farm	Nutri	Fono	TO	Psic	Serv social	Tec SADT	Tec Farm	Tec Nutri	Tec Enf
Implantar os pacotes de medidas para prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter													
Implantar critérios de sinais de alerta para detecção precoce de piora do quadro													
Implantar os pacotes de medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea associada a cateter central													
Implantar um protocolo para prevenção de Quedas													
Implantar um protocolo de Higiene das Mãos													
Implantar um Serviço de Nutrição Clínica que atenda as necessidades específicas do paciente													
Implantar um protocolo de avaliação pré-operatória do paciente													
Implantar um protocolo de prevenção de úlceras por pressão													
Implantar Checklist Cirúrgico													
Implantar um processo para identificar complicações cirúrgicas													
Implantar um protocolo para prevenir a Broncoaspiração													
Implantar um protocolo de prevenção e tratamento do tromboembolismo venoso													
Implantar os pacotes de medidas para prevenção de infecção associada a ventilação													

Trabalho em equipe / comunicação

Processo	Med	Enf	Fisio	Farm	Nutri	Fono	TO	Psic	Serv social	Tec SADT	Tec Farm	Tec Nutri	Tec Enf
Visita multidisciplinar													
Plano de cuidados diário (metas diárias e planejamento)													
Time de Resposta Rápida													
Implantar um sistema de decisão compartilhada													
Transferências transitórias ou permanentes do paciente entre áreas/serviços e "Handoff" (passagem informação)													

Continuidade do cuidado

Processo	Med	Enf	Fisio	Farm	Nutri	Fono	TO	Psic	Serv social	Tec SADT	Tec Farm	Tec Nutri	Tec Enf
Definir critérios clínicos para as transferências com o objetivo de reduzir readmissões													
Estabelecer planejamento centrado no paciente e família, contemplando cuidados avançados (terminalidade, cuidados paliativos, psiquiátricos e gestante em hospital geral)													
Estabelecer serviço de transporte interno eficiente e confiável													
Gerenciamento da Dor													
Fluxo de pacientes para a eficiência e segurança: definir leitos de contingência por criticidade													

Processo de medicação

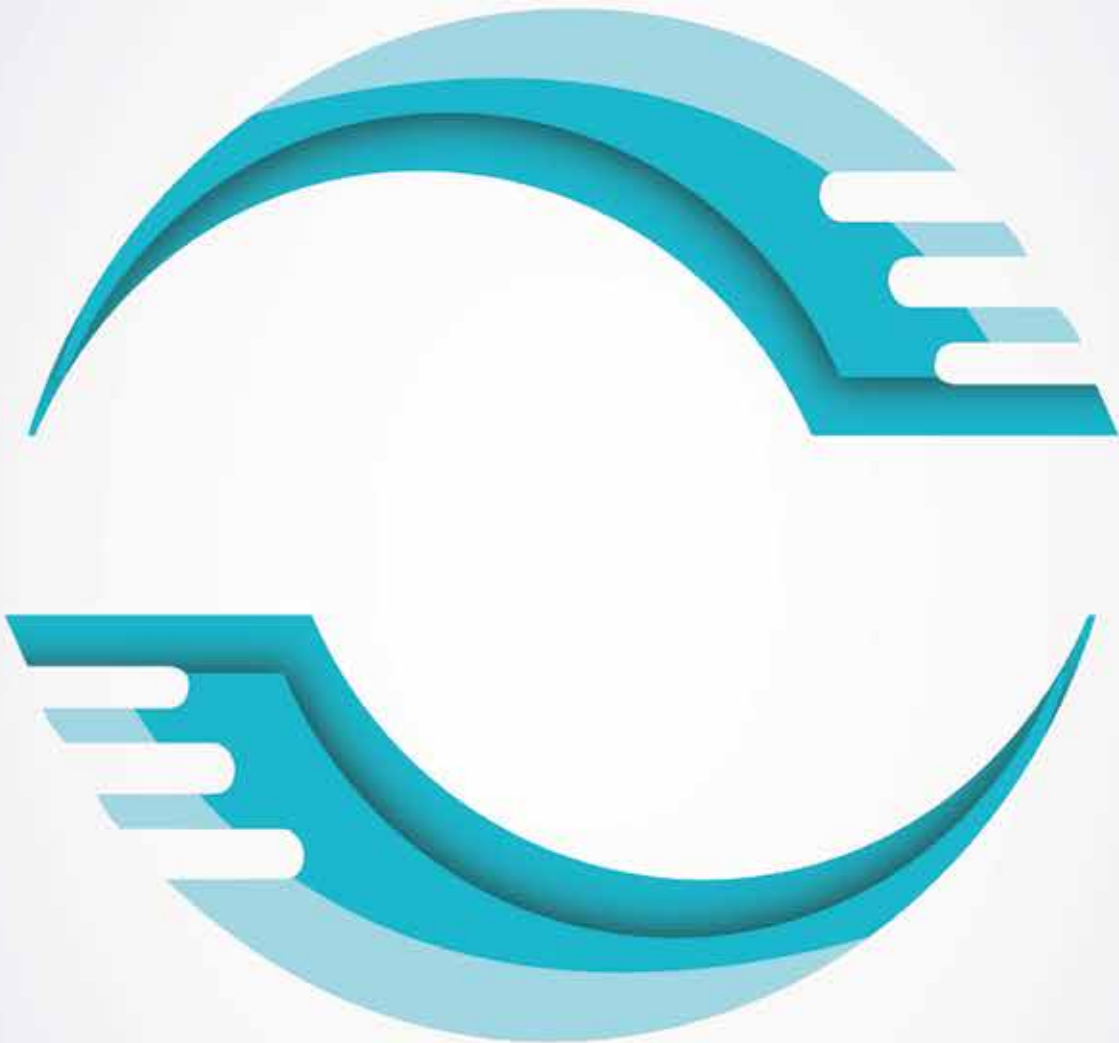
Processo	Med	Enf	Fisio	Farm	Nutri	Fono	TO	Psic	Serv social	Tec SADT	Tec Farm	Tec Nutri	Tec Enf
Reconciliação medicamentosa em todas as transferências													
Uso de medicamentos													
Uso de dietas enterais													
Segurança de medicamentos de alta vigilância													
Controle glicêmico em pacientes críticos e não-críticos													
Farmácia segura e confiável													

Essa matriz propiciou que fossem propostas algumas recomendações com foco em Processos, para contribuir para a organização do trabalho em time:

Recomendações da Organização Assistencial com Foco nos Processos

- Eleição dos Processos críticos para uma assistência segura.
- Implementação dos Processos que favoreçam a integração multidisciplinar e promovam: trabalho em equipe, continuidade do cuidado, processo de medicação e eficiência e segurança do cuidado.
- Utilização de uma matriz de correlação entre os Processos assistenciais e o time como referência para promover a integração multidisciplinar.

TRANSPARÊNCIA É NOSSA MAIOR TECNOLOGIA



Há mais de uma década, a Bionexo oferece ao mercado as melhores soluções em compras eletrônicas hospitalares.

Transparência, inovação tecnológica, excelência em gestão, resultados comprovados, acesso à informação de qualidade.

Bionexo, tradicionalmente líder e com uma solução diferente para a necessidade de cada negócio.

bionexo.com.br



bio nexo

opme | nexo

publi nexo

info nexo



Mercado de Saúde Suplementar acompanha a criação de empregos no país

A participação dos beneficiários vinculados a contratos coletivos atingiu 76,9% do total em 2012

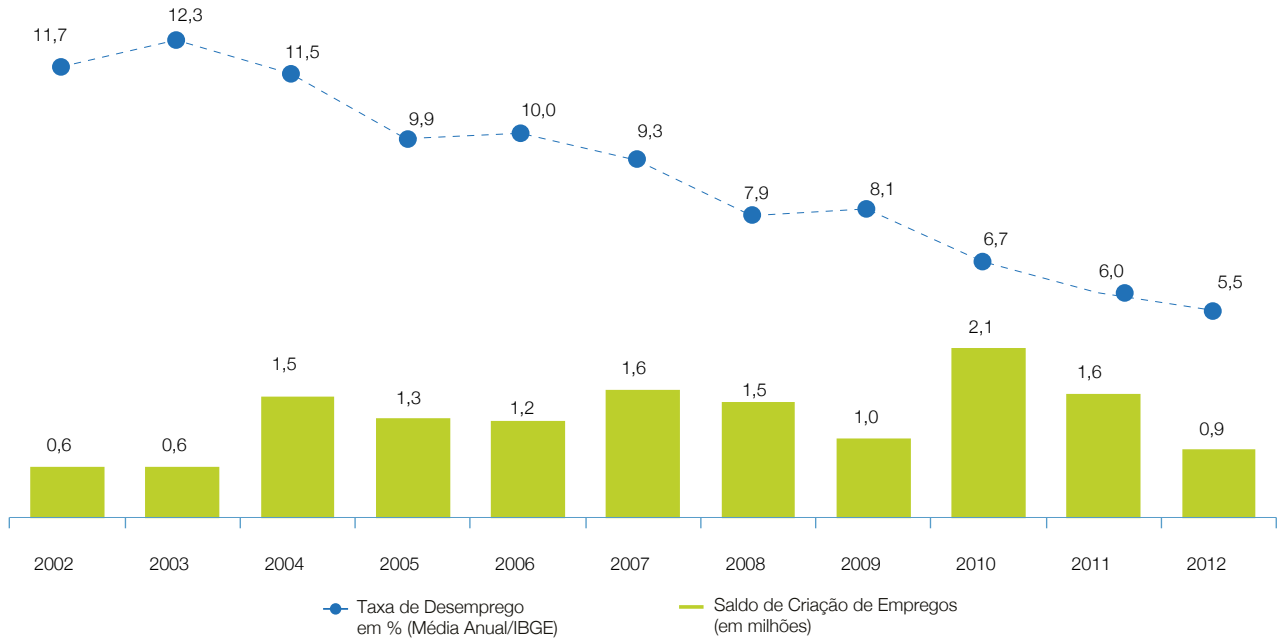
No mesmo período o número de beneficiários de planos médico-hospitalares cresceu 2,1%, totalizando 47,9 milhões

Maior número de beneficiários, principalmente vinculados a contratos empresariais; queda no número de operadoras, com concentração dos negócios nas mãos de um volume menor de empresas; aumento na receita das contraprestações e também nas despesas assistenciais. Estas são algumas das principais características observadas no mercado de saúde suplementar nos últimos anos.

A participação dos beneficiários de planos de saúde vinculados a contratos empresariais subiu de 54,1% para 63,2% do total de usuários do mercado de saúde suplementar, no período de 2007 a 2012. Se somarmos a este valor os contratos coletivos por adesão, constataríamos que 76,9% do total de beneficiários está vinculado a contratos coletivos.

A Taxa de Desemprego medida pela Pesquisa Mensal do Emprego do IBGE (PME/IBGE) atingiu 5,5% em 2012, seu menor nível desde o início da série histórica em 2002. Além disso, o mercado de trabalho tem como tendência a formalização do emprego. Segundo a pesquisa PME/IBGE, em 2005, 23,2% da população ocupada estava empregada no mercado informal; já em 2012 essa taxa passou para 16,1%.

Mercado de Trabalho: Taxa de Desemprego, Criação de Empregos e Formalização do Trabalho



Participação dos Trabalhadores Informais no total da população ocupada (em %)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da Pesquisa Mensal do Emprego/IBGE e Cadastro Geral de Empregados e Desempregados/Ministério do Trabalho e Emprego.

Beneficiários

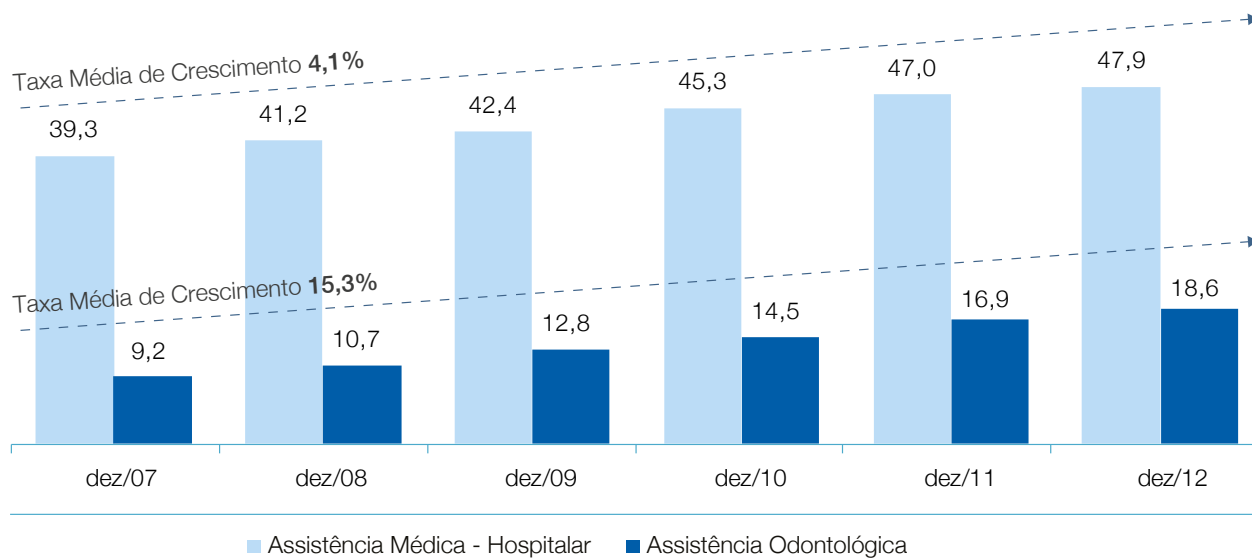
Com a criação recorde de empregos verificada nos últimos anos, o mercado de saúde suplementar expandiu-se consideravelmente, com o acréscimo de 3,2 milhões de novos beneficiários em 2010 e de 1,8 milhão em 2011. Entretanto, o mercado de trabalho começa a dar sinais de desaceleração, uma vez que em 2012 foram gerados 0,9 milhão de novos empregos, o que equivale à metade do resultado apurado em 2011. Esse desempenho teve impacto significativo no mercado de saúde suplementar.

Em 2012 o número de beneficiários de planos médicos-hospitalares cresceu 2,1%, que representa pouco menos de

1 milhão de pessoas, atingindo a marca de 47,9 milhões de beneficiários.

Analisando-se o desempenho por modalidade de operadoras de planos de saúde, é possível verificar que houve maior crescimento das Seguradoras nos últimos anos em relação às demais modalidades. Entre 2007 e 2012, a Taxa Média de Crescimento Anual das Seguradoras foi de 8,1% ao ano, o que resultou no aumento de 4,3 milhões para 6,3 milhões no total de beneficiários. No mesmo período, as Cooperativas Médicas cresceram em média 6% ao ano; as medicinas de grupo, 2,8%; as filantropias, 2,6% e as autogestões decresceram 0,7%.

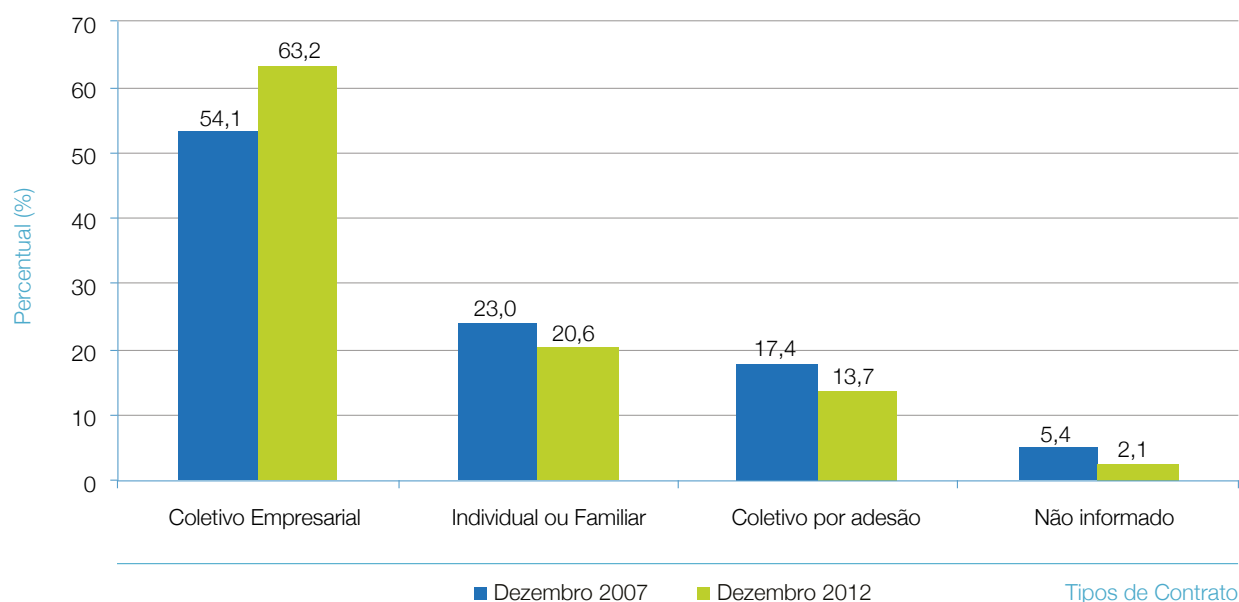
Número de Beneficiários de Planos de Saúde



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

Beneficiários em Planos de Assistência Médico-Hospitalar

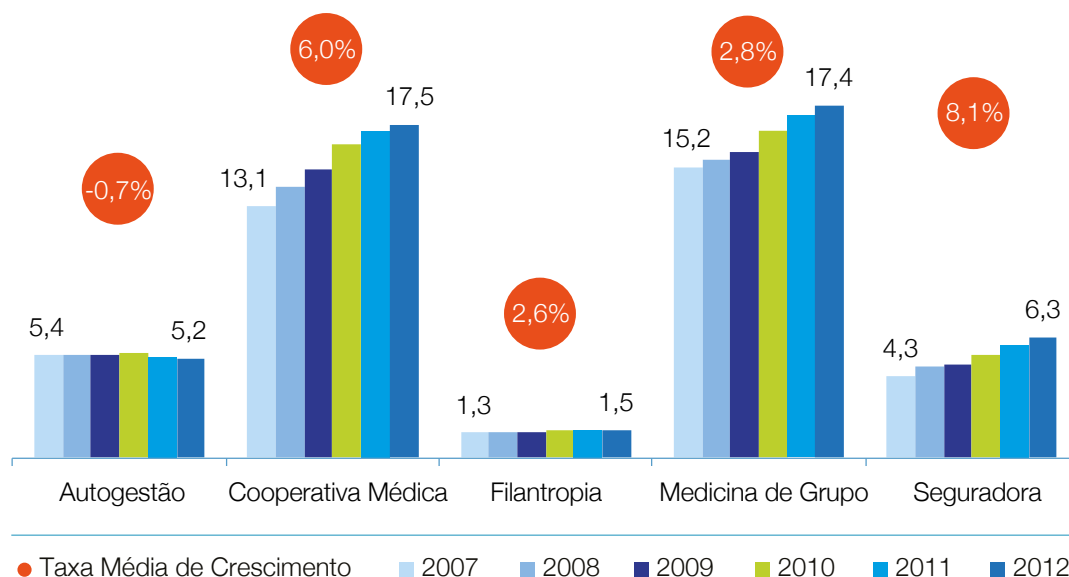
(por tipo de contrato em %)



Fonte: Elaboração Anahp e a partir de dados da ANS.

Número de Beneficiários de Planos de Saúde e Taxa Média de Crescimento

(por modalidade – em milhões)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

A cobertura dos planos médico-hospitalares alcançou 24,7% da população, mas ainda conta com grande disparidade regional. Na região Sudeste a taxa de cobertura foi de 37,4% e na região Sul, que possui a segunda maior taxa, a cobertura

alcançou 23,4% da população. Em seguida estão as regiões Centro-Oeste (18,3%), Nordeste (12,1%) e Norte (10,8%). As Cooperativas Médicas predominam nas regiões Sul, Centro-Oeste e Norte e as medicinas de grupo nas regiões Sudeste e Nordeste.

Taxa de Cobertura de Planos de Assitência Médico – Hospitalares (dez/2012, por modalidade e região – em %)

Processo	Autogestão	Cooperativa Médica	Medicina de Grupo	Seguradora	Filantropia	Total
Norte	1,5	5,5	2,3	1,3	0,2	10,8
Centro - Oeste	3,8	8,7	4,0	1,8	0,0	18,3
Nordeste	1,7	3,7	5,0	1,6	0,0	12,1
Sudeste	3,3	12,0	15,1	5,6	1,4	38,2
Sul	2,9	13,0	5,1	1,4	1,0	23,4
Brasil	2,7	9,0	9,0	3,2	0,8	24,7

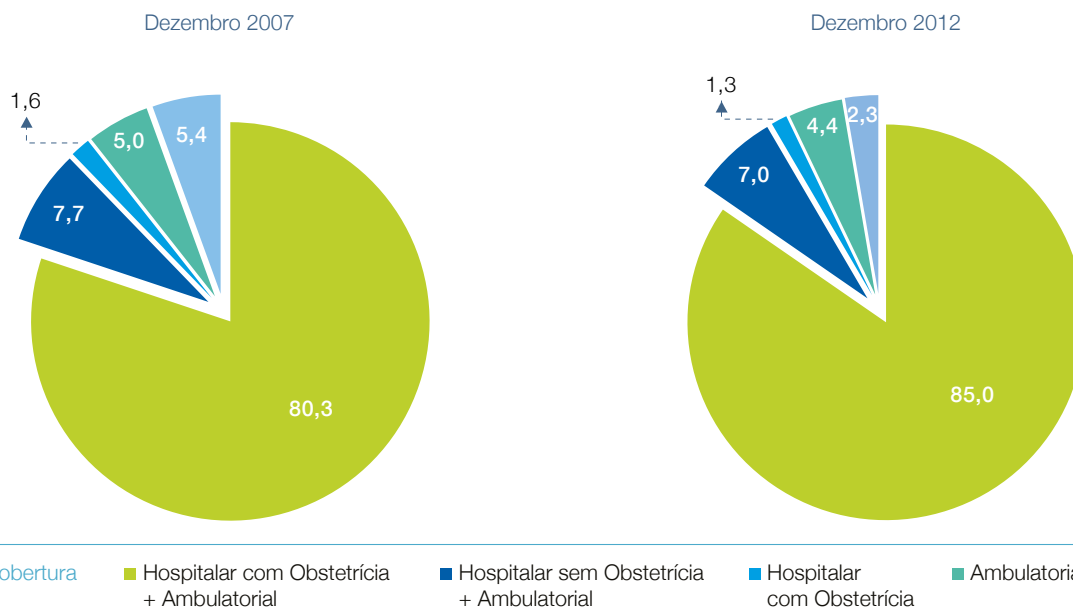
Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

A maioria dos beneficiários está vinculada a contratos com cobertura hospitalar que oferecem serviços de obstetrícia e ambulatorial, cuja representatividade passou de 80,3% do total em 2007 para 85,0% em 2012. No mesmo período

a participação dos beneficiários vinculados a modalidades de contratos com cobertura hospitalar sem obstetrícia com ambulatorial, hospitalar com obstetrícia sem ambulatorial e somente ambulatorial decresceram.

Beneficiários em Planos de Assistência Médico – Hospitalar

(por tipo de cobertura – em %)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

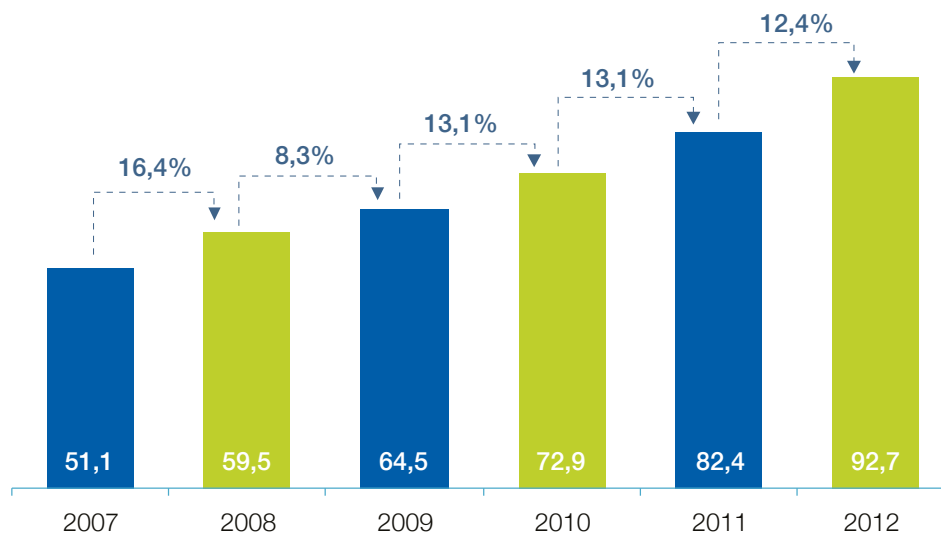
Receita de Contraprestações

A Receita de Contraprestações cresceu 12,4% em 2012 quando comparada ao ano de 2011, passando de R\$ 82,4 bilhões para R\$ 92,7 bilhões. O Ticket Médio Mensal do setor subiu, em termos nominais, de R\$ 146,27 para R\$ 161,14. No entanto, se descontada a inflação pelo IPCA, é possível verificar que o Ticket Médio Mensal a preços de 2012 cresceu

menos de R\$ 153,87 para R\$ 161,14. Esse pode ser um indicativo de que, apesar de terem sido aplicados reajustes na base de clientes, as operadoras podem ter praticado reajustes menores no preço de venda dos planos ou, até mesmo, que esse preço de venda tenha sido reduzido no período.

Receita de Contraprestações

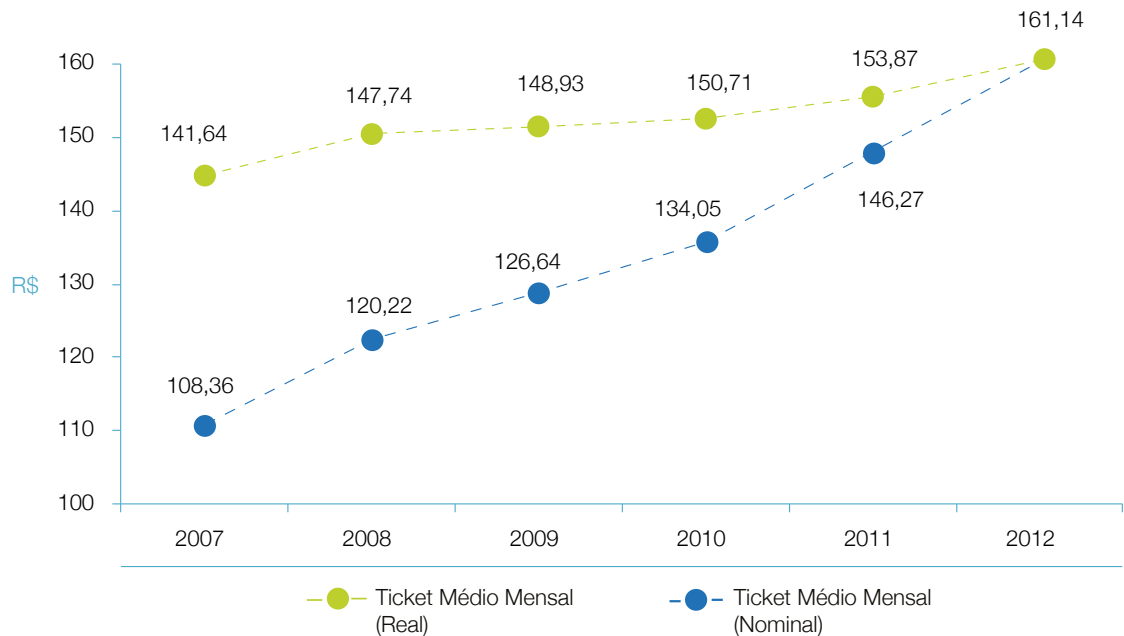
(em bilhões de reais correntes)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

Ticket Médio Mensal

em termos nominais e em termos reais a preços de 2012 (descontada inflação pelo IPCA)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

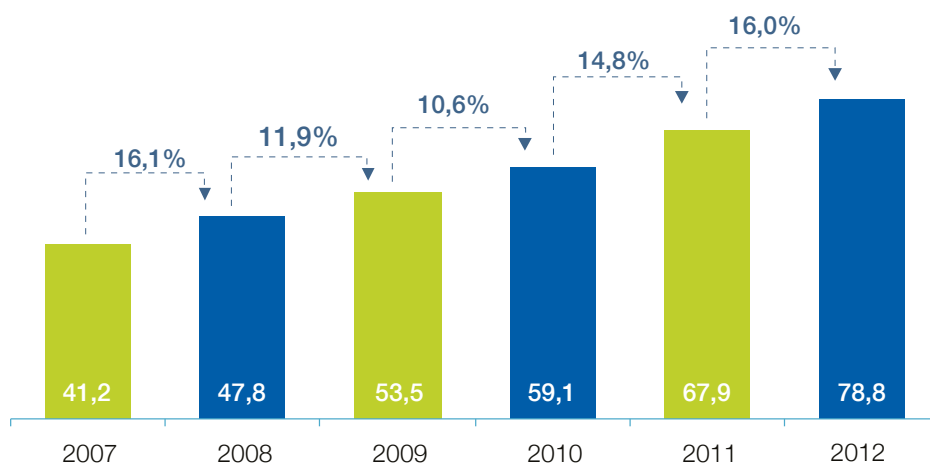
Despesas

A Despesa Assistencial apurada em 2012, por sua vez, alcançou a cifra de R\$ 78,8 bilhões, montante 16,0% superior ao verificado em todo o ano de 2011. Essa taxa de crescimento

foi maior que o avanço das receitas (12,4%), aumentando a sinistralidade assistencial do setor de 82,4% para 85,0%.

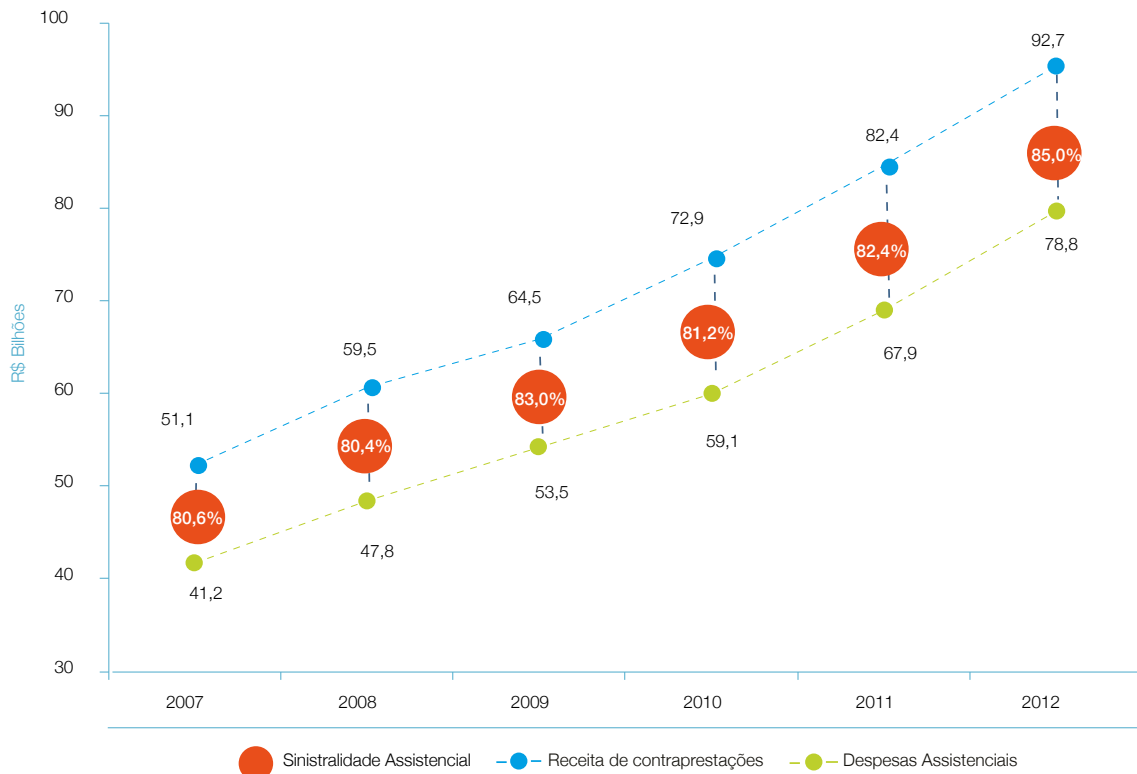
Despesas Assistenciais

(em bilhões de reais correntes)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

Taxa de Sinistralidade, Receitas de Contraprestações e Despesas Assistenciais



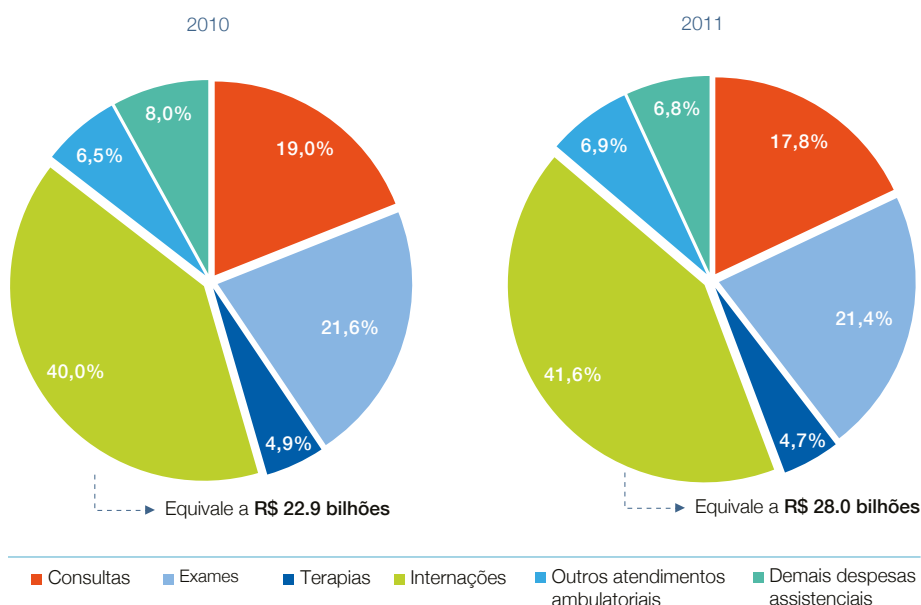
Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

A principal despesa assistencial no mercado de saúde suplementar refere-se a internações hospitalares, cuja representatividade passou de 40% em 2010 para 41,6% em 2011, último ano com informações disponíveis. Esse percentual

representou um montante R\$ 22,9 bilhões em 2010 e de R\$ 28,0 bilhões em 2011. A segunda principal despesa é com exames: 21,6% do total em 2010 e 21,4% em 2011; e a terceira, com consultas médicas, 19,0% em 2010 e 17,8% em 2011.

Participação das Despesas Assistenciais

(por destino – em %)



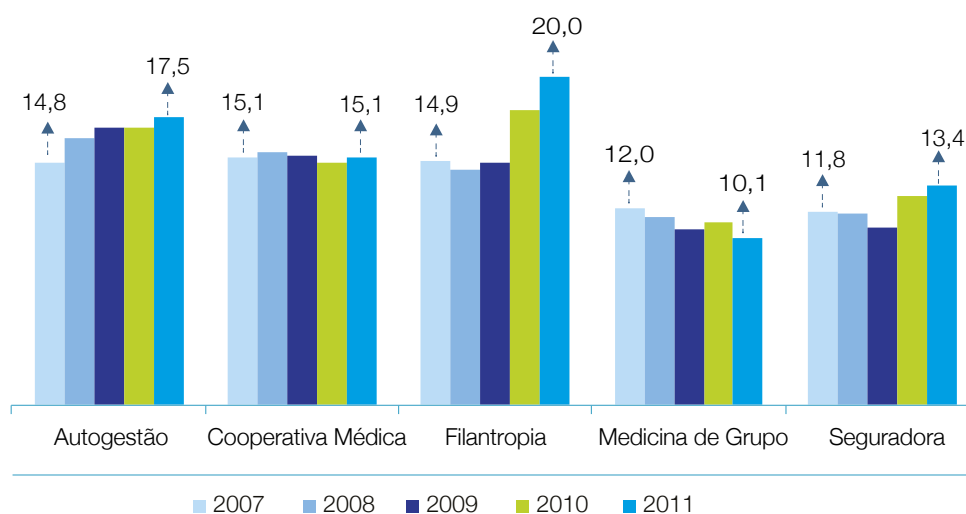
Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

Em 2011, a Taxa de Internação de Beneficiários¹ cresceu em quase todas as modalidades, a exceção apenas das medicinas de grupo, de modo que a taxa foi de 20% na modalidade de filantropia; de 17,5% nas autogestões; de 15,1% nas Cooperativas Médicas; de 13,4% nas Seguradoras e de 10,1% nas medicinas de grupo.

O Gasto Médio por Internação é quase duas vezes maior nas Seguradoras (R\$ 9.608 em 2011) em relação à segunda colocada, as autogestões (R\$ 5.153). O terceiro maior Gasto Médio por Internação é o das medicinas de grupo (R\$ 4.547), seguido pelas Cooperativas Médicas (R\$ 3.865) e filantropias (R\$ 2.347).

Taxa de Internação de Beneficiários

(por modalidade – em %)

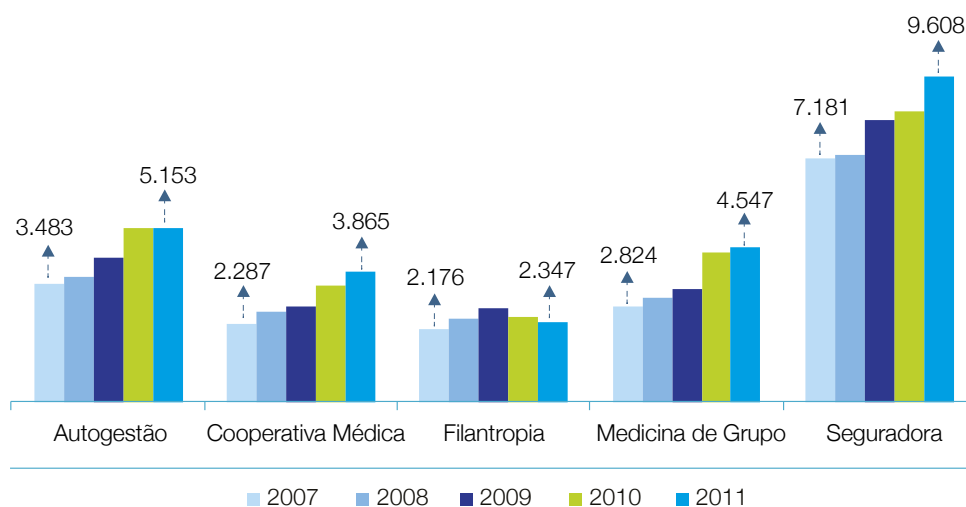


¹A taxa é calculada para cada modalidade dividindo-se o total de internações pelo número médio de beneficiários.

Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

Gasto Médio por Internação

(por modalidade – em R\$ correntes)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

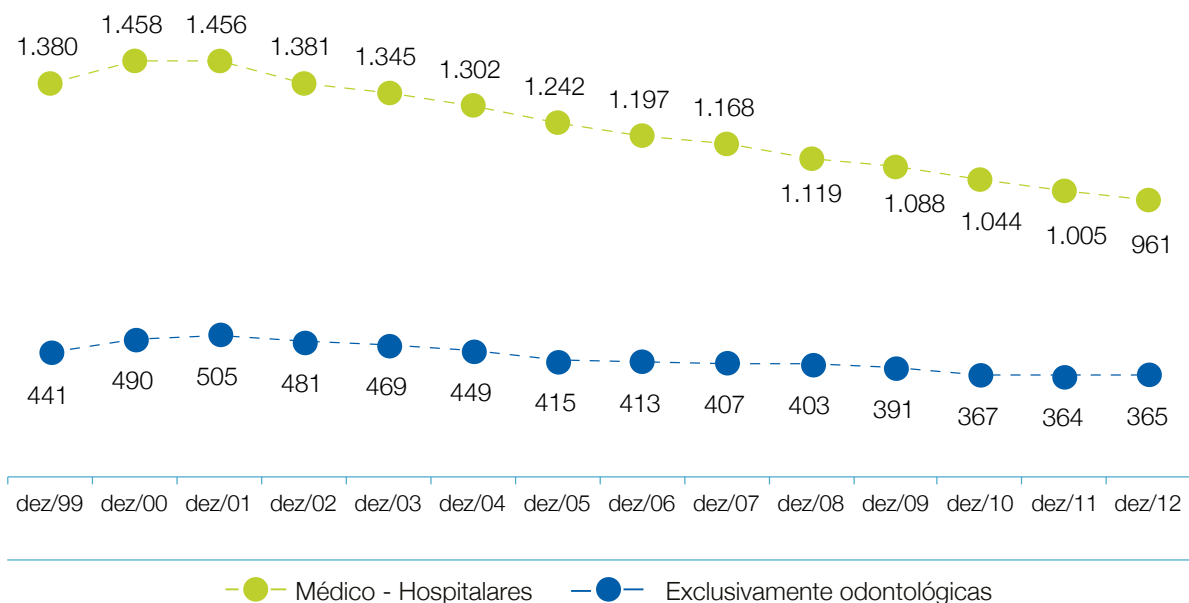
Concentração de Mercado

O mercado está em fase de concentração, com o número de operadoras de planos médico-hospitalares decrescendo continuamente. No período de 2011 a 2012 foram fechadas 44 operadoras, totalizando 961 operadoras em atividade.

Em dezembro de 2012, as 10 maiores operadoras (agrupados os grupos econômicos) detinham 37,7% do mercado, o que equivale a 18,1 milhões de beneficiários.

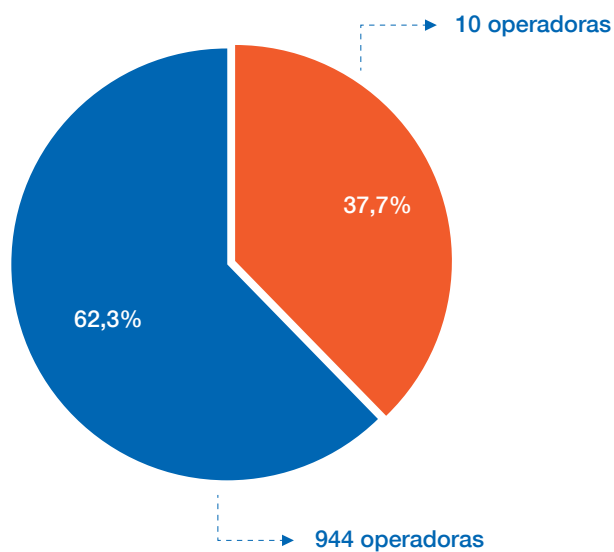
Número de Operadoras em Atividade com Beneficiários

(operadoras com beneficiários)



Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.

Participação de Mercado das 10 Maiores Operadoras de Planos de Assistência Médico-hospitalar (em %)



Obs: Para as 10 maiores operadoras, foram agrupadas as empresas pertencentes a um mesmo grupo.

Fonte: Elaboração Anahp a partir de dados da ANS.



COVIDIEN.

*Uma empresa.
Diversas soluções.*

PRODUTOS E SOLUÇÕES INOVADORAS PARA AS MAIS DIVERSAS ÁREAS MÉDICO-HOSPITALARES.

CENTRO CIRÚRGICO | EMERGÊNCIA | UTI | SERVIÇOS

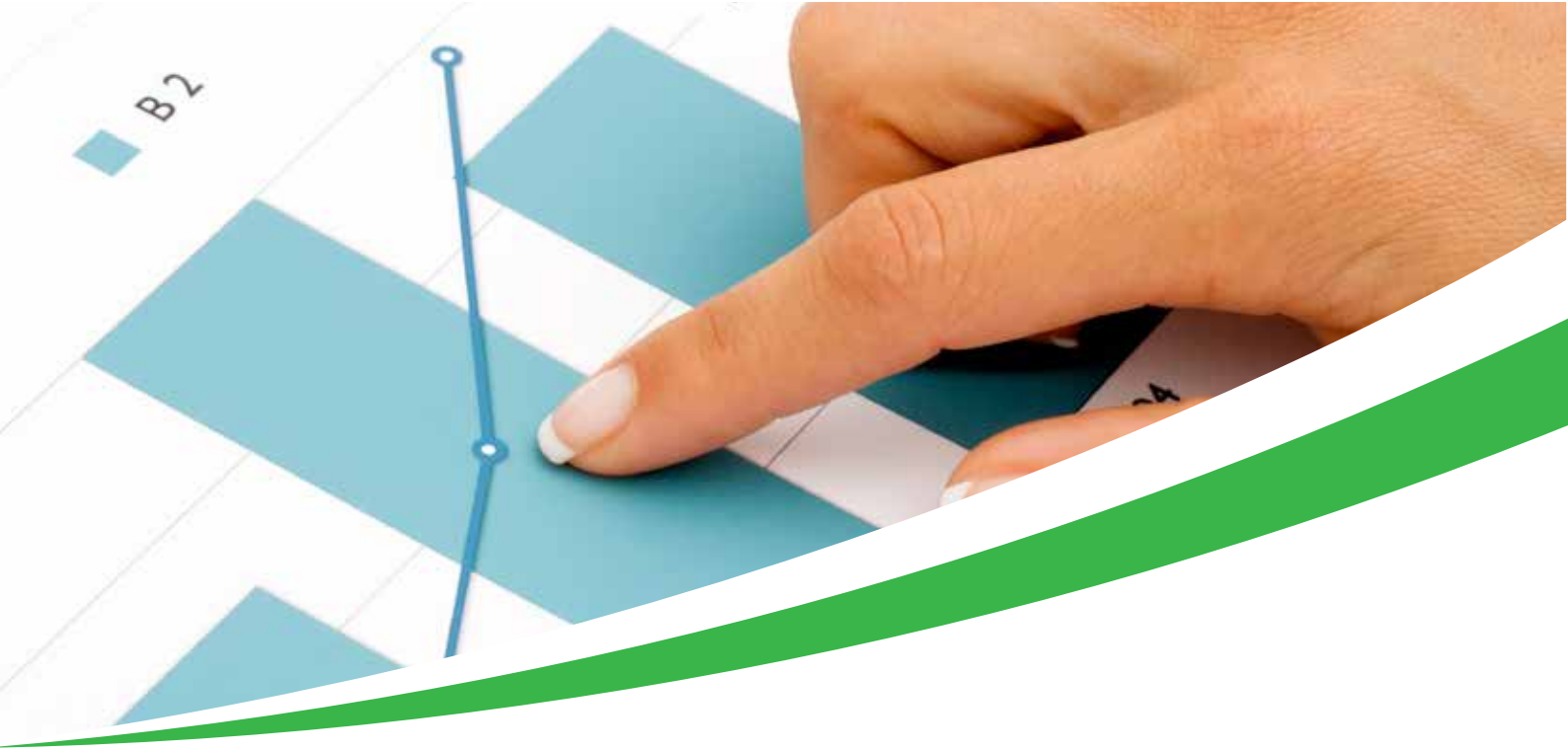
Tel.: 11 - 2187.6200
Fax: 11 - 2187.6375

atendimento.brasil@covidien.com
www.covidien.com



COVIDIEN

positive results for life™



Análise Econômico-financeira

Em 2012, os Hospitais da Anahp registraram crescimento de 4% da Receita Média, índice abaixo da inflação. A participação de insumos hospitalares diminuiu em 3,6 pontos percentuais

O Crescimento Médio do Custo com Pessoal, que representa 42,1% das despesas nos Hospitais da Anahp, foi de 7,7%, índice superior ao aumento da Receita

Os indicadores sociais e os fundamentos macroeconômicos favoráveis, como por exemplo, aumento da oferta de emprego, ampliação da renda e ascensão das classes menos favorecidas têm sustentado o aumento contínuo dos planos médico-hospitalares, embora a relação do número de beneficiários entre 2012 e 2011 tenha apresentado um dos menores índices de crescimentos dos últimos anos (apenas 2%). Aliados a estes fatores, os movimentos demográficos e epidemiológicos impulsionam a demanda por serviços hospitalares.

Nos Hospitais da Anahp esta realidade é ainda mais evidente, uma vez que essas instituições têm a segurança e qualidade da assistência como fator estratégico na gestão. Esse diferencial torna os Hospitais Membros da Anahp cada vez mais dinâmicos, inovadores e seguros, inserindo-os no ranking das instituições mais procuradas e lembradas no segmento.

O aumento da prestação de serviços hospitalares está associado a um pequeno crescimento dos leitos em 2012 quando comparado a 2011 (1,4%), mas acima de tudo está relacionado aos ganhos de eficiência (redução da média de permanência, queda do intervalo de substituição, aumento da taxa de ocupação, entre outros), como pode ser observado na seção “Análise Operacional”. O aumento da taxa de internação dos beneficiários também contribuiu para o aumento da prestação de serviços.

Os ganhos de eficiência também contribuíram significativamente para reduzir o prazo médio de recebimento dos Hospitais da Anahp em aproximadamente seis dias. Essa variação significou uma redução da necessidade de capital de giro, gerando um resultado positivo para as instituições.

Da mesma forma, o indicador de glosas, que mede a participação do total de contas glosadas na receita líquida total apurada pelos hospitais, também apresentou ganho de eficiência em relação a 2011, com redução de 0,2 ponto percentual.

Este cenário positivo formado pelo crescimento da demanda, aumento da prestação de serviços e ganhos de eficiência não

foi suficiente para evitar que a Receita Média dos Hospitais da Anahp crescesse em índices abaixo dos inflacionários, enquanto os custos cresceram acima da inflação, gerando um impacto significativo nos resultados econômico-financeiros das Organizações.

Neste contexto, para reverter esse quadro, a adoção de estratégias baseadas em realinhamento de preços sustentado pela qualidade e segurança e o controle mais efetivo dos custos são alternativas mais custo efetivas.

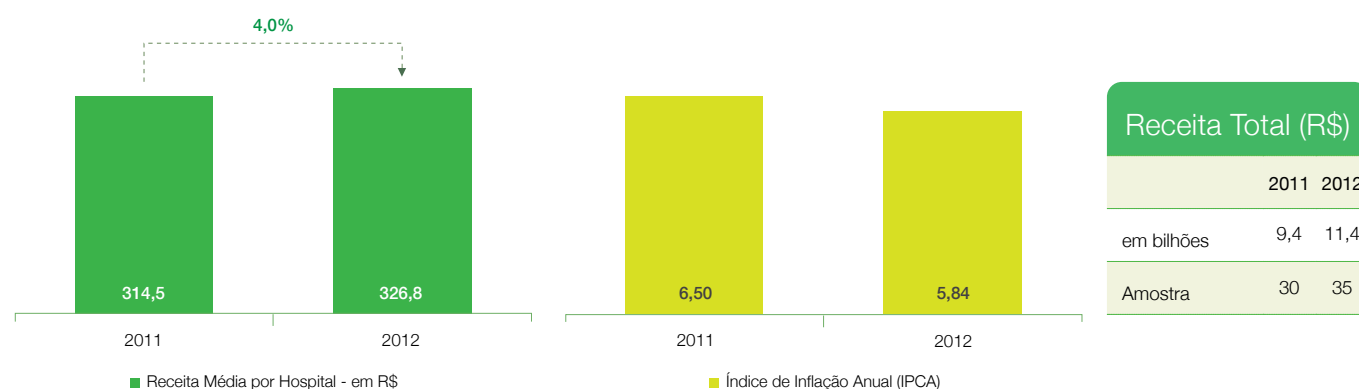
A leitura individualizada das variáveis envolvidas neste panorama econômico-financeiro são evidências concretas da análise realizada.

Receita Total dos Hospitais Anahp

Em 2012, a Receita dos Hospitais da Anahp alcançou a marca de R\$ 11,4 bilhões, o que em termos gerais representa um crescimento de pouco mais de 21% em relação ao volume reportado em 2011. Parte desse aumento aconteceu por conta da ampliação do número de hospitais informantes da pesquisa do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares Anahp (SINHA), que saltou de 30 para 35. Dessa forma, o crescimento da Receita Média por Hospital foi de 4% no período, passando de R\$ 314,5 milhões para R\$ 326,8 milhões.

Um dos fatores que podem ter contribuído para o aumento da demanda por serviços hospitalares está associado ao aumento da taxa de internação dos beneficiários. Além disso, o custo médio de cada internação também cresceu no período, conforme apresentado na seção “Mercado de saúde suplementar”.

Receita Média por Hospital e Índice de Inflação Anual (IPCA)



Receita Total (R\$)		
	2011	2012
em bilhões	9,4	11,4
Amostra	30	35

Obs: É necessário esclarecer que a evolução da receita depende da amostra que pode ter variado no ano.

Fonte: SINHA/Anahp e IBGE.

Evolução dos preços médios nos Hospitais da Anahp

A Receita Média Líquida por Paciente-dia avançou 5,7% em 2012, passando de R\$ 2.858 para R\$ 3.022. A taxa de crescimento, que ficou abaixo da inflação medida pelo IPCA (5,8%) no período, mostra que o crescimento da receita não foi suficiente para cobrir a inflação. Além do mais, o aumento dos custos, principalmente da folha de pagamento, que representa 42,1% de todo o custo dos hospitais, superou o crescimento da receita.

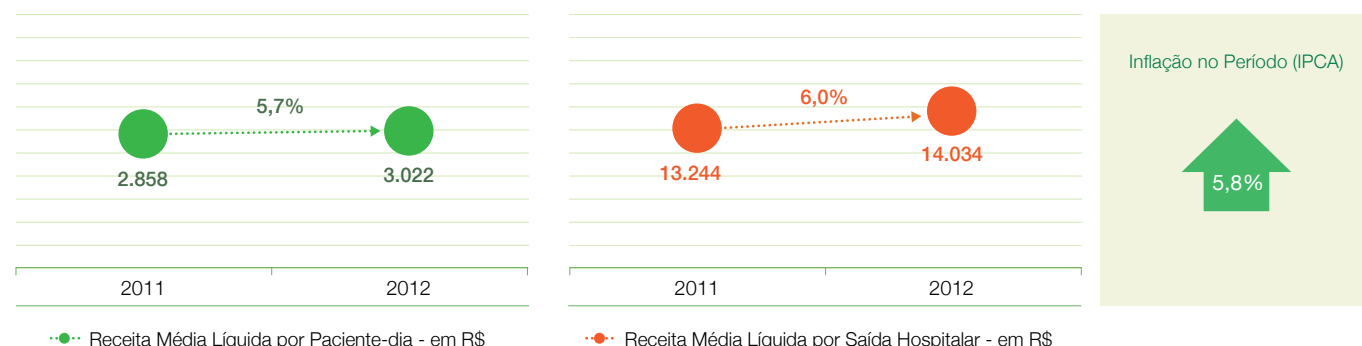
Uma parcela considerável do aumento de custos está relacionada ao crescimento da força de trabalho. Em 2012 os Hospitais ampliaram sua força de trabalho em 8,1%, investiram em capacitação dos colaboradores e alcançaram mais segurança na assistência com redução das taxas de densidade de incidência de infecção hospitalar, redução das taxas de mortalidade, manutenção das certificações, entre outros.

Esses dados estão detalhados no artigo sobre Gestão de Pessoas e na seção de Desempenho Assistencial.

É importante ressaltar que a adoção de práticas de certificação da qualidade por meio de Sistemas de Acreditação Nacionais e Internacionais é fundamental para os Hospitais, mas exige investimento e aumento dos custos.

A Receita Média Líquida por Saída Hospitalar cresceu pouco mais do que a Receita Média Líquida por Paciente-dia. De modo que, enquanto a Receita Média Líquida por Paciente-dia avançou 5,7%, a Receita Média Líquida por Saída Hospitalar cresceu 6%, passando de R\$ 13.244 para R\$ 14.034. Destaca-se uma redução de 4,7 para 4,6 dias no indicador de permanência média hospitalar, conforme mostrado na seção “Análise Operacional”, o que influi na dinâmica das variáveis de receita.

Receita Média Líquida por Paciente-dia e por Saída Hospitalar (em R\$)



Fonte: SINHA/Anahp.

Distribuição da Receita Global por Natureza

A participação das receitas provenientes de diárias e taxas e dos Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) cresceu no período, enquanto a participação das receitas vindas de insumos hospitalares apresentou queda considerável. A participação das diárias e taxas alcançou 25,1%, crescimento de 2,5% em relação a 2011. Já a representatividade da receita de insumos hospitalares caiu de 51,5% para 47,9%, equivalente a uma redução de 7%.

A participação da receita de SADT, por sua vez, passou de 14,1% para 16,4%.

A queda da participação dos insumos revela que a estratégia adotada pelas operadoras, de focar suas ações na contenção de custos de materiais e medicamentos, está surtindo resultados. Porém, observa-se que essa queda não significou migração de margens para diárias e taxas, uma vez que a receita apresentou apenas um leve aumento, que não foi suficiente para repor as perdas em materiais e medicamentos.

Distribuição da Receita por Tipo						
Natureza	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Diárias e Taxas	33,1	30,3	29,4	28,0	24,5	25,1
Insumos Hospitalares	46,4	48,6	50,9	48,5	51,5	47,9
SADT	11,1	12,6	11,6	11,2	14,1	16,4
Outras/Serviços	2,9	2,5	3,2	3,4	4,5	4,9
Outras/Operacionais	6,6	6,0	4,8	8,9	5,5	5,7

Obs: É necessário esclarecer que a evolução do indicador depende da amostra que pode ter variado ano a ano.
Fonte: SINHA/Anahp.

Distribuição da Receita Global por Fonte Pagadora

As principais fontes de receitas continuam sendo privadas, o que reforça o perfil de atendimento dos Hospitais da Anahp. Em 2012, 91% das receitas totais foram provenientes do

atendimento a beneficiários de planos de saúde; 8,6%, de atendimentos particulares e, em apenas 0,5% da receita total a fonte pagadora foi o Sistema Único de Saúde (SUS).

Distribuição das Receitas por Natureza da Fonte Pagadora

Natureza	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SUS	1,9	1,7	1,8	0,8	0,7	0,5
Particular	6,4	7,0	8,9	7,3	4,8	8,6
Convênios	91,7	91,4	89,3	91,9	94,4	90,8

Fonte: SINHA/Anahp.

O atendimento de beneficiários vinculados a operadoras de planos de saúde na modalidade de Seguradoras continua sendo a principal fonte de receitas dos hospitais participantes da pesquisa, com 37,8% do total de receitas de convênios. Entretanto, houve aumento significativo das receitas vindas de operadoras na modalidade de Medicina de Grupo e de Cooperativa Médica enquanto a participação das autogestões

caiu, resultando em um cenário com maior diversificação de fontes. Nota-se que a queda do volume de receitas vindas de operadoras de Autogestão tem como causa a redução de beneficiários que essa modalidade apresentou em 2012, conforme mostrado na seção de “Mercado de saúde suplementar”.

Distribuição da Receita por Fonte Pagadora

Natureza	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Seguradora	46,7	46,0	44,7	52,6	38,5	37,8
Autogestão	23,1	21,4	25,3	21,2	29,9	22,3
Medicina de Grupo	20,7	20,2	18,5	15,1	15,5	20,7
Cooperativa Médica	9,4	12,5	11,5	11,1	16,1	19,2

Fonte: SINHA/Anahp.

Distribuição da Receita Global por Natureza

A principal despesa dos Hospitais da Anahp é o custo de pessoal ou folha de pagamento, que vem aumentando a cada ano e representou 42,1% do total em 2012. A segunda principal despesa está associada a insumos hospitalares, com 25,2% do total, enquanto a terceira refere-se aos contratos técnicos operacionais (8,3%), que são serviços terceirizados.

Os contratos de trabalho, em sua maioria, são reajustados com base em acordos sindicais. De modo geral os índices de

reajuste têm sido superiores à inflação. Entre 2011 e 2012, o crescimento médio do custo com pessoal nos Hospitais da Anahp foi de 7,7%, índice que superou o avanço das Receitas Médias por Paciente-dia e por Saída Hospitalar.

Parte do trabalho é desempenhada por empresas terceirizadas, que têm seus contratos regidos com cláusulas de reajuste indexadas por índices de inflação e também por acordos sindicais.

Distribuição das Despesas Totais (por tipo de despesa)

Natureza	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Custo Pessoal	37,5	36,8	37,3	38,3	40,0	42,1
Insumos Hospitalares	30,5	30,1	30,9	29,3	27,6	25,2
Outros Insumos	3,9	3,6	3,7	3,8	4,4	3,1
Contratos Técnicos e Operacionais	8,3	8,3	7,1	7,8	8,3	8,3
Contratos de Apoio e Logística	3,7	4,2	4,2	4,8	4,9	5,0
Utilidades	3,3	3,0	2,7	2,3	2,2	2,7
Manutenção e Assistência Técnica	2,2	2,1	2,1	2,1	1,9	3,1
Depreciação	4,7	5,0	5,1	4,6	4,9	4,1
Outras Despesas	5,9	6,9	6,8	6,9	5,7	6,4

Fonte: SINHA/Anahp.

Prazo Médio de Recebimento e Índice de Glosas

O Prazo Médio de Recebimento é estimado com base no total de contas a receber que os hospitais detinham em dezembro de 2012 e na receita apurada no mesmo ano. Nesse caso, quanto maior a participação das contas a receber, maior é o prazo de recebimento.

Historicamente, o prazo médio de recebimento dos hospitais é elevado, principalmente quando o atendimento é relativo a beneficiários de planos de saúde. Isso acontece principalmente por causa da morosidade do processo de análise da

documentação. Essa situação prejudica a administração financeira dos hospitais, já que o prazo médio de recebimento é bastante superior ao prazo médio de pagamento dos fornecedores e salários. Nesse caso, os prestadores precisam dispor de mais aportes de capital de giro.

Em 2012, o Prazo Médio de Recebimento dos Hospitais da Anahp foi reduzido em cerca de 6 dias, passando de 72 para 66 dias, uma queda de 8%.

Prazo Médio de Recebimento

Natureza	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anahp	71,8	69,2	70,7	81,8	72,4	66,4

Fonte: SINHA/Anahp.

O indicador de glosas mede a participação do total de contas glosadas na receita líquida total apurada pelos hospitais. Em 2012, esse indicador sofreu ligeiro recuo de 0,2 ponto

percentual em relação a 2011, passando de 3,2% para 3,0% das Receitas.

Evolução do Índice Médio de Glosas

Natureza	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anahp	3,4	3,3	2,8	2,6	3,2	3,0

Fonte: SINHA/Anahp.



Há 77 anos no
mercado hospitalar

Produtos de ponta
em primeiros-socorros,
cirurgias, tratamento
e higiene.

ÚNICA
NO SEGMENTO
COM SELO
ABNT



Call Center
0800 701 3080

Atendimento ao Consumidor
0800 727 5522

www.cremer.com.br
falecom@cremer.com.br



Protegendo a vida



Análise Gestão de Pessoas

Hospitais Anahp aumentam quadro de pessoas em 8,1%

Em 2012 o grupo de hospitais gerou mais de 81 mil empregos diretos no país

Os indicadores de Gestão de Pessoas do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares Anahp (SINHA) passaram por reformulações em 2012. O processo foi desenvolvido no âmbito de um amplo projeto da Anahp que contou com a expertise de consultoria especializada e intensa dedicação do Grupo de Trabalho de Gestão de Pessoas. A revisão foi concluída com a parametrização de 26 indicadores, que serão coletados a partir de 2013. Para 2012, optou-se por coletar 14 desses indicadores, retrospectivamente.

O projeto teve como objetivo modernizar os indicadores de Gestão de Pessoas, deixando-os mais precisos e seguindo padrões de melhores práticas¹. Os indicadores de Equipe de Enfermagem, por exemplo, passaram a considerar o número de profissionais por leitos críticos/semicríticos e não críticos e a carga horária de trabalho desses profissionais, de acordo com o conceito de Empregado em Tempo Integral (ETI), oriundo do padrão americano FTE (Full-time Employee).

Os indicadores de Rotatividade foram coletados com detalhamento sobre desligamentos voluntários e involuntários e verificando se as admissões ocorreram para substituir uma vaga existente ou para o aumento efetivo de quadro. As Horas de Treinamento, por sua vez, passaram a ser mais bem detalhadas e abrangentes, incluindo todos os programas, sejam eles de formação, como por exemplo, bolsas de graduação, pós-graduação e inglês, ou de curta duração, como cursos técnicos ou in company, congressos, simpósios, entre outros, presenciais ou por ensino a distância, desde que tenham recebido subsídio da instituição.

Portanto, a Anahp apresenta a seguir o resultado desse extenso projeto, que ganha maior comparabilidade, intra e intersetorial. Com as mudanças, a série histórica divulgada até 2011 deixa de ser publicada para a maioria dos indicadores, evitando a

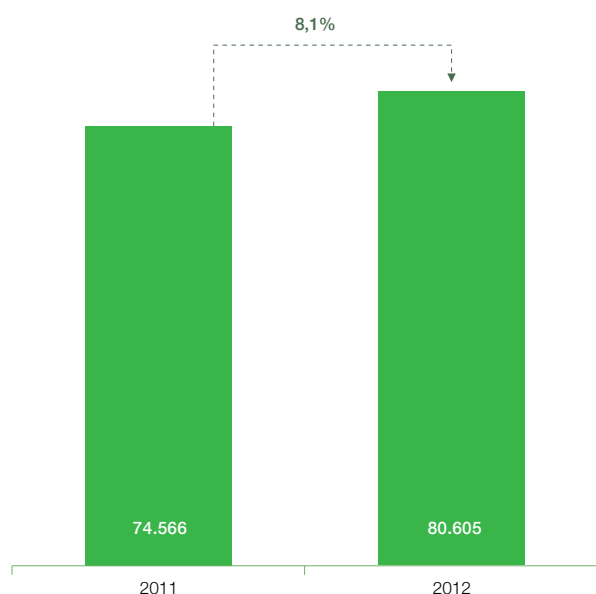
comparação de dados com conceito, forma de cálculo e coleta diferentes.

Perfil dos Colaboradores

Em 2012, o quadro de pessoal dos 46 Hospitais da Anahp somava 80.605 colaboradores. Esse volume é 8,1% maior do que o verificado em 2011 (Gráfico 1).

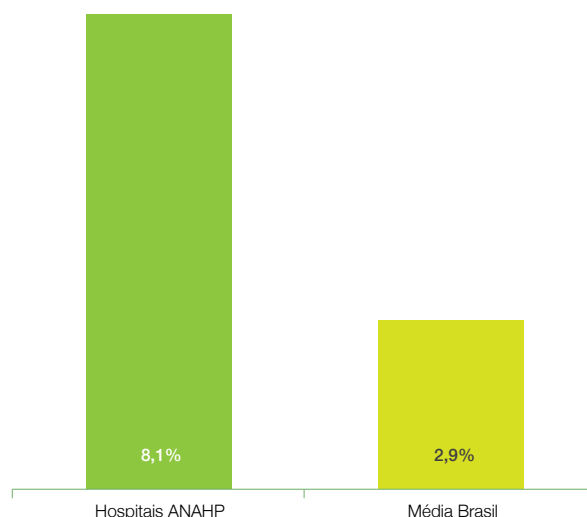
As 32 instituições que responderam à pesquisa representam 73,3% do total de colaboradores dos Hospitais da Anahp. Esses hospitais aumentaram o quadro de pessoal em 8,1% em 2012, percentual bastante superior ao da criação de empregos total no Brasil no mesmo período, de 2,9% (Gráfico 2). Desse modo, evidencia-se a capacidade que os Hospitais da Anahp têm de crescer gerando empregos.

Gráfico 1 - Total de Empregos Gerados por Hospitais Membros Anahp



Fonte: SINHA/Anahp.

Gráfico 2 - Crescimento do Número de Empregos em 2012 – Hospitais Anahp e média Brasil²



Fonte: SINHA/Anahp, CAGED e RAIS.

A maioria dos colaboradores (64,1%) possui o ensino médio completo, enquanto 22,1% já completaram o ensino superior; 6,3% têm pós-graduação e o restante estudou até o ensino fundamental (7,5%) (Gráfico 3). Destaca-se que, entre os enfermeiros, cerca de 14% já possuem pós-graduação completa.

Percebe-se que, com base nas pesquisas anteriores, a participação de colaboradores com nível de escolaridade mais elevado vem aumentando continuamente. Para esse dado a série histórica foi apresentada, já que não houve importante modificação na definição do indicador.

¹ As referências teóricas sobre o assunto que nortearam as definições dos indicadores foram:

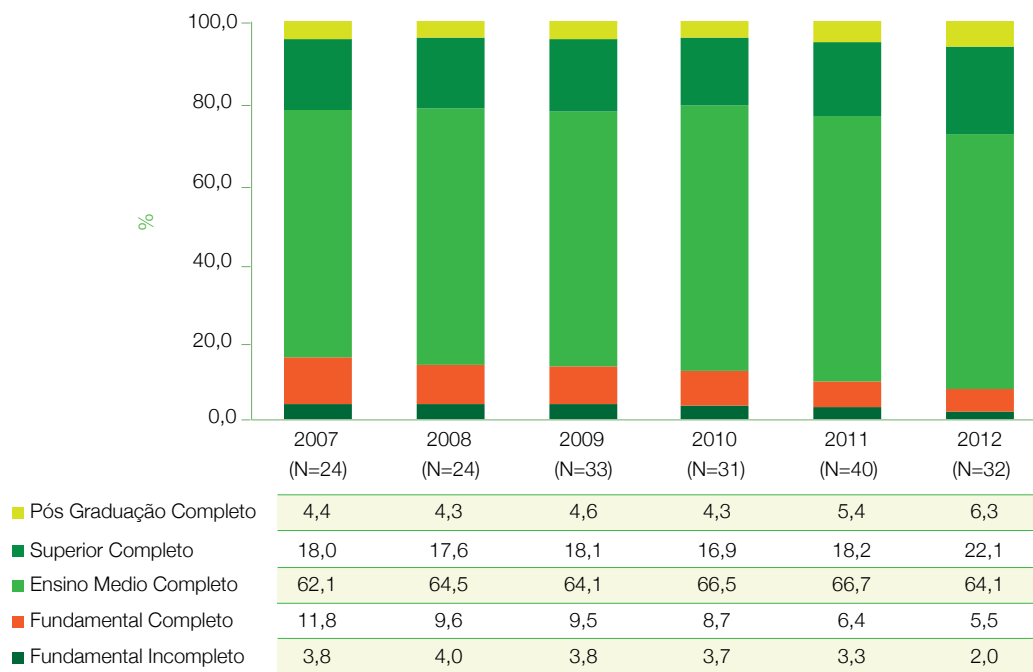
Jac Fitz-Enz e Barbara Davison: How to Measure Human Resource Management, 2001, Ed. McGraw Hill.

Jac Fitz-enz: The ROI of Human Capital: Measuring the Economic Value of Employee Performance – second edition, 2009.

Rugenia Maria Pomi: Relatório em Gestão de Pessoas e Negócios para a Sustentabilidade, 2012, Sextante Brasil.

² A média Brasil foi calculada segundo o total de empregos criados em 2012, segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (1,3 milhões), em relação ao total de empregados no mercado formal em dezembro de 2011 (46,3 milhões - dados da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS).

Gráfico 3 - Nível de Escolaridade dos Colaboradores



Fonte: SINHA/Anahp.

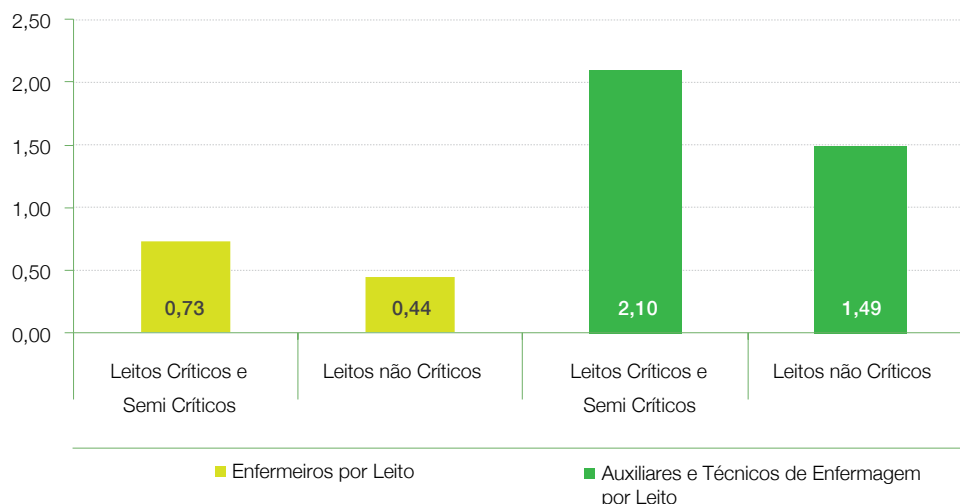
Produtividade de Pessoal: estrutura de enfermagem

O indicador de Produtividade foi coletado somente para os profissionais da enfermagem. O dado considera o total de horas trabalhadas dos profissionais enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem alocados na função assistencial. Para homogeneizar as diferentes jornadas de trabalho, foram somadas as horas em cada uma das jornadas e divididas pelo padrão adotado de 180 horas mensais, resultando no ETI (Empregado em Tempo Integral). O quadro também foi

segmentado segundo o tipo de leito, separando a estrutura que atende ao leito crítico e semicrítico do leito não crítico. Para os leitos críticos/semicríticos os hospitais possuem 0,73 enfermeiro com jornada mensal padrão de 180 horas e 2,10 auxiliares e técnicos de enfermagem com jornada mensal padrão de 180 horas para cada leito operacional. No que tange aos leitos não críticos, são 0,44 enfermeiro e 1,49 auxiliar e técnico de enfermagem por leito operacional, sob a mesma jornada mensal padrão (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Número de Enfermeiros e de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (padrão 180h)

(por leito Crítico/Semi Crítico e Leito não Crítico)



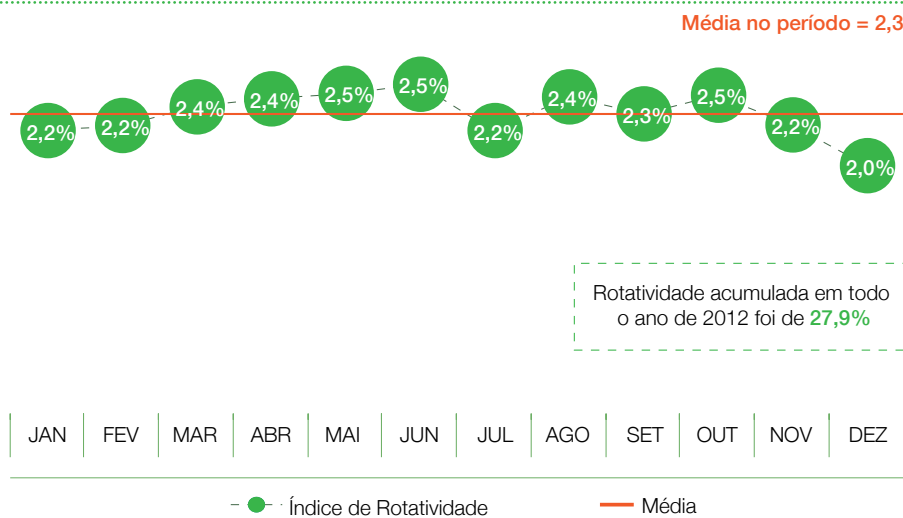
Fonte: SINHA/Anahp.

Índice de Rotatividade e Absenteísmo Menor que 15 dias

O Índice De Rotatividade de pessoal (turn over) é a relação entre todas as admissões (por aumento de quadro ou por substituições) somadas aos Desligamentos (ocorridos de forma voluntária ou involuntária) e o total de efetivos (quadro de

pessoal ativo) em um determinado período. Nos Hospitais da Anahp, o Índice Mensal de Rotatividade variou de 2% (menor índice obtido em dezembro) a 2,5% (maior índice nos meses de maio, junho e outubro), sendo que o índice médio de 2012 foi de 2,3%. O índice acumulado no ano de 2012 foi de 27,9% (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Índice de Rotatividade Mensal 2012 (em %)



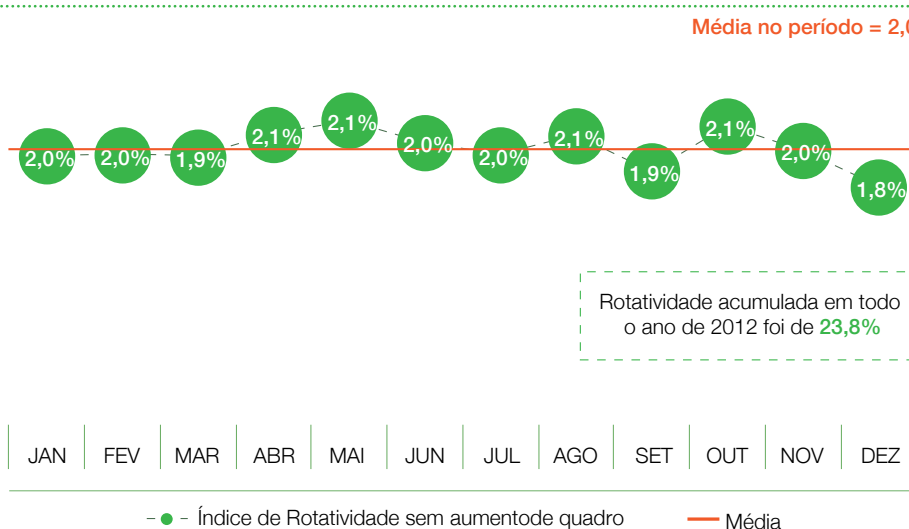
Fonte: SINHA/Anahp.

Índice de Rotatividade sem Aumento de Quadro

A Rotatividade é um indicador clássico e mostra o comportamento do giro total das instituições. Porém, uma derivação desse indicador sugere a exclusão do giro decorrente do aumento de quadro. O objetivo desse indicador adaptado, que chamamos "Rotatividade sem Aumento de Quadro", é mostrar somente o giro indesejável ocorrido por conta dos desligamentos. Excluindo-se os dados de admissões

por aumento de quadro, um índice maior provavelmente irá indicar uma piora no padrão de retenção do quadro, o que, sob o índice clássico de Rotatividade, poderá ser somente uma consequência do aumento de quadro por conta de um processo planejado de expansão. Quando excluídos os dados de admissões por aumento de quadro, o Índice de Rotatividade varia de 1,8% a 2,1%, com média equivalente a 2,0% e índice acumulado no ano de 2012 de 23,8% (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Índice de Rotatividade sem Aumento de Quadro 2012 (em %)



Fonte: SINHA/Anahp.

Taxa de Desligamento

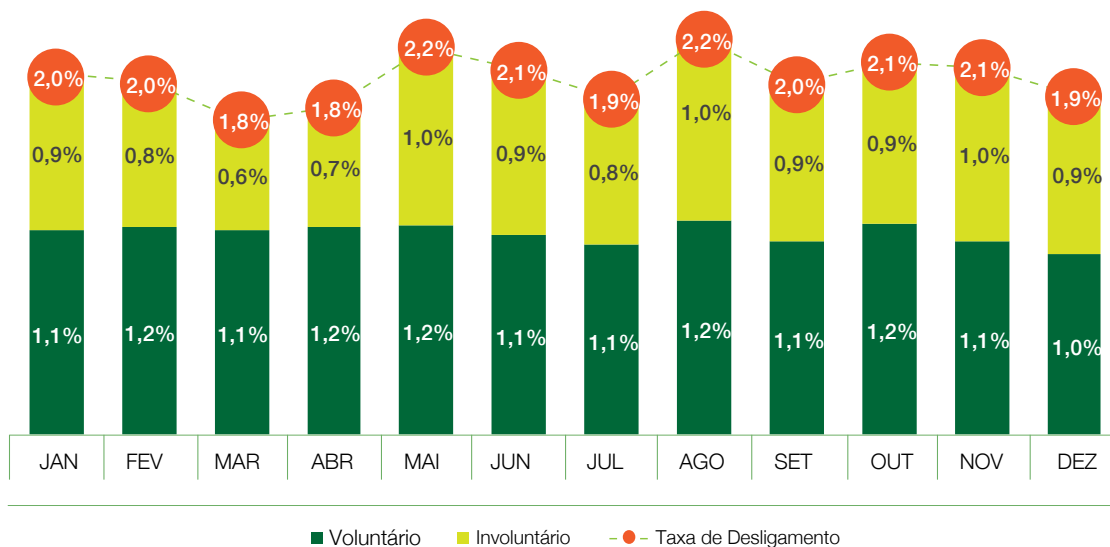
A Taxa de Desligamento é a relação entre o total de desligamentos ocorridos de forma voluntária (demissão a pedido do profissional) ou involuntária (demissão pela empresa) em relação ao quadro total de pessoal.

A Taxa Mensal de Desligamento variou de 1,8% até 2,2% em 2012, sendo que a média no ano foi de 2,0% (Gráfico 7). No acumulado do ano, a Taxa de Desligamento voluntário foi de 13,4% e a Taxa de Desligamento involuntário foi de 10,6%.

Com o mercado de trabalho aquecido, a quantidade de

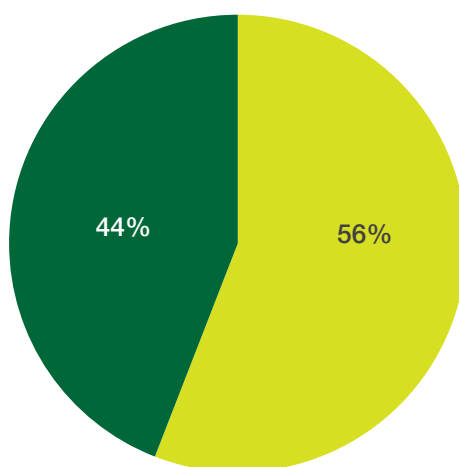
brasileiros que pedem demissão das empresas foi recorde³. Segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), 34,4% dos desligamentos em todo o ano de 2012 ocorreram por decisão do trabalhador. Em 2007, a situação era diferente – as saídas voluntárias somavam 25,8% do total. Nos Hospitais da Anahp, essa situação é ainda mais evidente. O volume de demissões voluntárias é superior ao volume de demissões involuntárias, sendo 56% voluntárias e 44% involuntárias (Gráfico 8).

Gráfico 7 - Taxa de Desligamento Mensal 2012 (em %)



Fonte: SINHA/Anahp.

Gráfico 8 - Desligamentos Voluntário/Involuntário 2012 (em %)



Fonte: SINHA/Anahp.

³ Artigo publicado pelo Jornal Estado de São Paulo no dia 08 de abril de 2012. Título: Com sobra de emprego, mais brasileiros deixam a empresa para trocar de patrão.

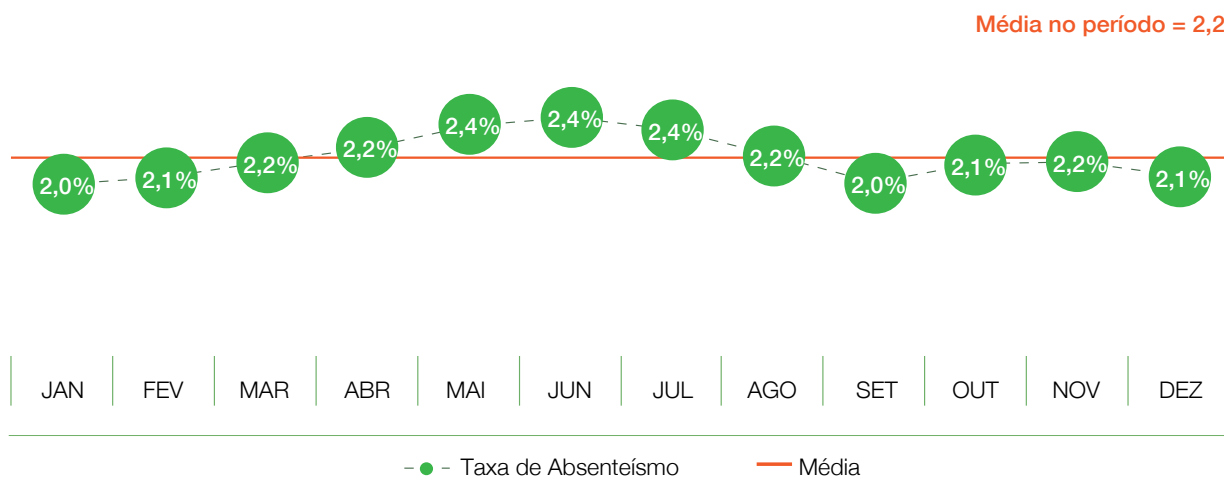
Taxa de Absenteísmo menor que 15 dias

A Taxa de Absenteísmo menor do que 15 dias é a relação entre o total de horas ausentes por faltas, atrasos ou afastamentos inferiores a 15 dias dos funcionários e número total de horas previstas de trabalho. Essa taxa pode ser elevada em hospitais principalmente por conta de múltiplos vínculos de trabalho de colaboradores, ocasionando sobrecarga e maior suscetibilidade a doenças, faltas ou atrasos, estresse por volume de trabalho

ou por mudanças nos processos, entre outras razões.

A Taxa Mensal de Absenteísmo variou em 2012 de 2,0% a 2,4%, com média equivalente a 2,2% (Gráfico 9). Percebe-se que a taxa é mais elevada nos meses de maio, junho e julho, possivelmente por conta da maior ocorrência de doenças respiratórias ocasionadas pela queda de temperatura e da umidade do ar.

Gráfico 9 - Taxa de Absenteísmo Mensal 2012 (em %)



Fonte: SINHA/Anahp.

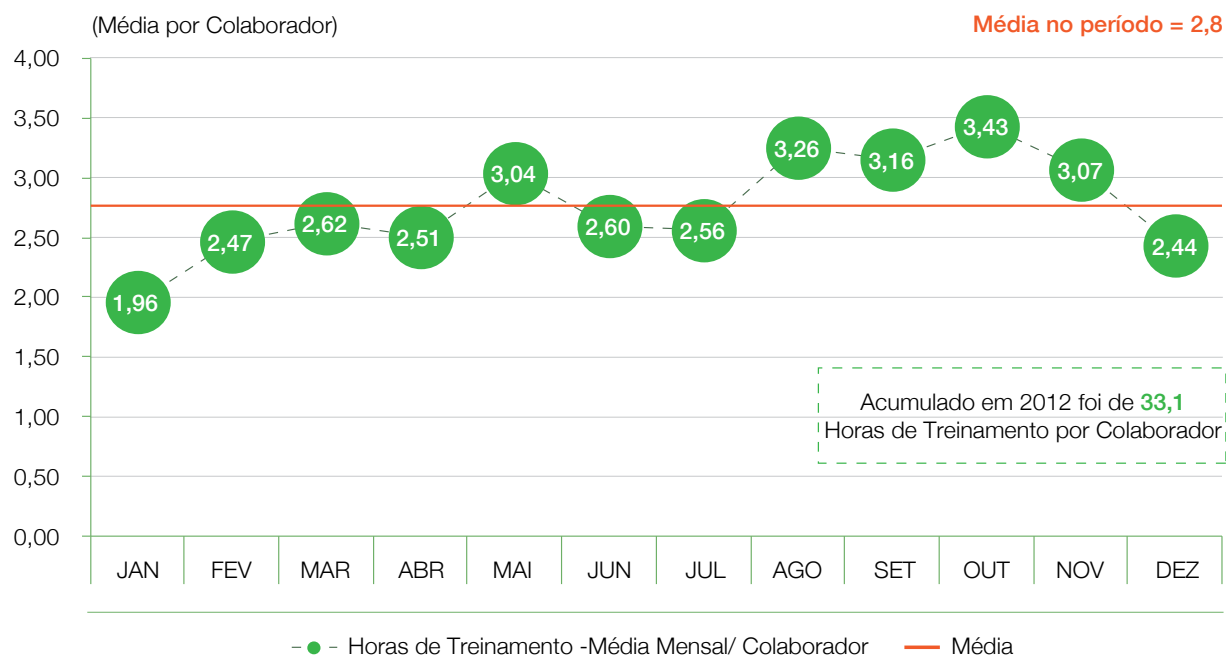
Desenvolvimento: Horas de Treinamento por Colaborador

O indicador Horas de Treinamento por Colaborador informa a quantidade média de horas de treinamento realizada por cada empregado no período de um mês, seja em cursos de pequena duração ou de formação, que tenham subsídio institucional. Em média, cada empregado realizou no acumulado do ano de 2012, 33,1 horas de capacitação, ou 2,8 horas mensais. Ao longo dos meses, nota-se uma concentração maior de treinamentos no segundo semestre do ano (Gráfico 10).

Segundo pesquisa Sextante Brasil, esse mesmo indicador no consolidado das empresas do setor de serviços é de 39 horas/colaborador no ano. Mesmo considerando as diferenças entre o setor hospitalar e os diversos ramos do setor de serviços e as limitações do indicador meramente quantitativo, essa diferença pode indicar que ainda há espaço para maiores investimentos nessa área.

Gráfico 10 – Horas-homem de Treinamento

(Média por Colaborador)



Fonte: SINHA/Anahp.

Feira+Fórum Hospitalar

21^a

Feira Internacional de
Produtos, Equipamentos,
Serviços e Tecnologia para
Hospitais, Laboratórios,
Farmácias, Clínicas e
Consultórios

20-23 MAIO

2014

EXPO CENTER NORTE
SÃO PAULO

Inovação, credibilidade e influência

Participe da mais
completa feira e fórum
do setor de saúde



www.hospitalar.com • Tel.: (11) 3897-6199

Empreendimento



Gestão e Realização



Patrocínio Institucional





Análise Operacional

Hospitais da Anahp consolidam os investimentos realizados e continuam priorizando a segurança e a qualidade do atendimento

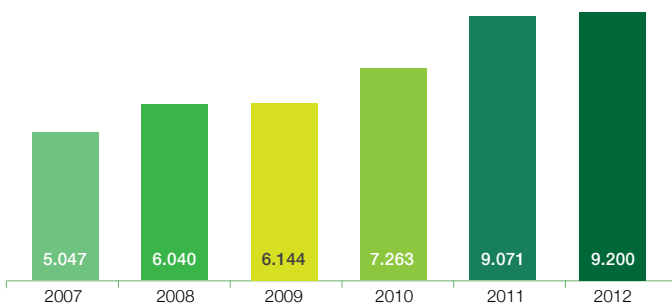
Número Total de Leitos nos Hospitais Membros da Anahp cresceu 1,4% em 2012 em relação a 2011, passando de 9.071 para 9.200 leitos operacionais

Os Hospitais da Anahp promoveram ampliações importantes em suas estruturas de atendimento com investimento significativo na qualidade e na segurança dos serviços prestados. Esses investimentos acompanham o crescimento da demanda por serviços médico-hospitalares e se refletem na ampliação do Número Total de Leitos e sua complexidade (aumento de leitos em UTI e unidades semi-intensivas) e no incremento de salas cirúrgicas e equipamentos de diagnósticos.

O Número Total de Leitos nos Hospitais Membros da Anahp cresceu 1,4% em 2012 em relação a 2011, passando de 9.071 para 9.200 leitos operacionais (Gráfico 1). Desse total, 1.383 são leitos de UTI adulto, 442 de UTI neonatal e 321 são semi-intensivos (Gráfico 3).

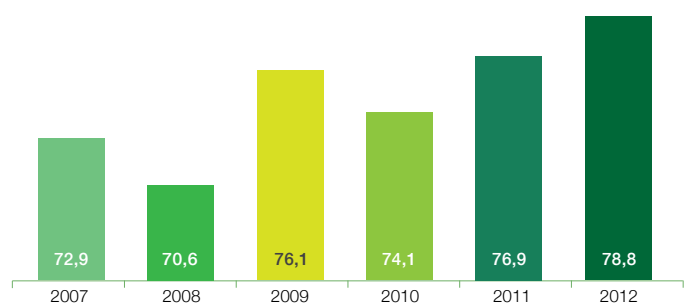
O Número Total de Cirurgias e de Internações aumentou e a quantidade de leitos semi-intensivos foi expandida, o que contribuiu para uma redução da taxa de ocupação em leitos de UTI. A Taxa de Ocupação Geral nos hospitais passou de 76,9% para 78,8% (Gráfico 2), enquanto nos leitos de UTI adulto a Taxa de Ocupação teve redução de 79,9% para 72,8% e nos leitos semi-intensivos subiu de 82,4% para 87,3% (Gráfico 4).

Gráfico 1 - Número Total de Leitos



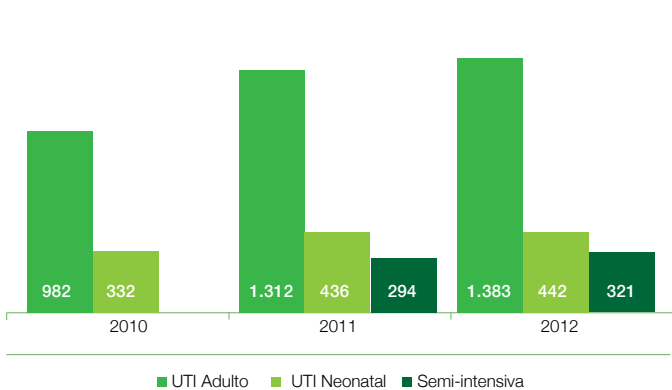
Fonte: SINHA/Anahp e PMPA/Anahp.

Gráfico 2 - Taxa de Ocupação de Leitos (em %)



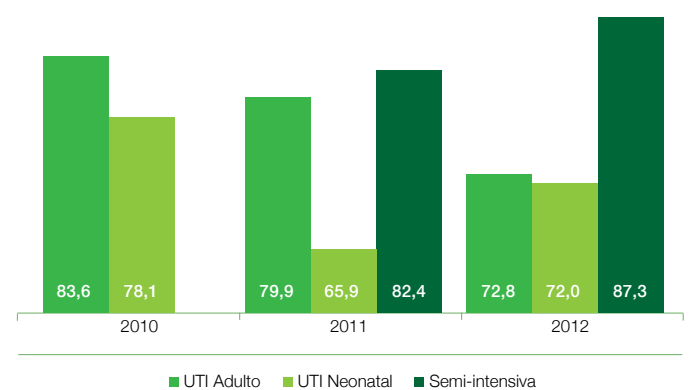
Fonte: SINHA/Anahp e PMPA/Anahp.

Gráfico 3 - Número de Leitos de UTIs e Semi-intensivas



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 4 - Taxa de Ocupação de UTIs e Semi-intensivas (em %)



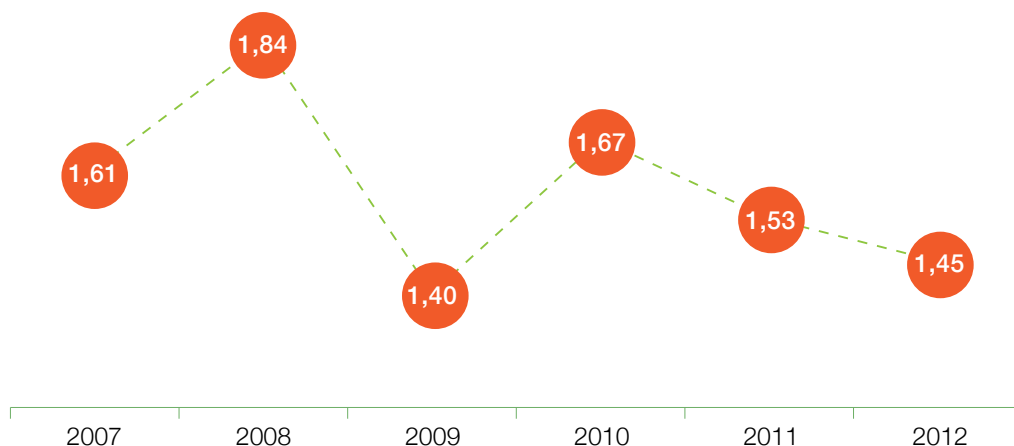
Fonte: PMPA/Anahp.

1 Os leitos de UTI e Semi-intensivos começaram a ser apurados nos indicadores do "Projeto Melhores Práticas Assistenciais" em 2010 e 2011, respectivamente.

Com o aumento da Taxa de Ocupação, o Tempo Médio em que o leito fica desocupado, ou seja, o intervalo médio de substituição foi reduzido de 1,53 para 1,45 dia (Gráfico 5). Desse modo, após cada saída hospitalar o leito permaneceu menos tempo desocupado, aumentando a eficiência na

utilização da estrutura hospitalar. Quando excluimos os dados de admissões por aumento de quadro, o índice de rotatividade varia de 1,8% a 2,1%, com média equivalente a 2,0% e índice acumulado no ano de 2012 de 23,8% (Gráfico 6).

Gráfico 5 - Intervalo Médio de Substituição de Leito (em dias)



Fonte: SINHA/Anahp.

Crescer com responsabilidade



Confira nosso relatório de sustentabilidade social em www.jnjbrasil.com.br e saiba mais sobre como estamos cuidando das pessoas e do planeta.

Em 2010 e 2011, investimos em inovação, reforçamos nossas parcerias e impulsionamos os treinamentos para profissionais de saúde no Johnson & Johnson Medical Innovation Institute, entre outras iniciativas.

No aspecto socioambiental, mantivemos nossa preocupação constante com a saúde e a segurança de nossos funcionários, aumentamos nossa atenção com a comunidade que nos cerca e iniciamos ou demos sequência a diversos projetos que visam à redução dos impactos que nossas operações e produtos podem causar ao meio ambiente.

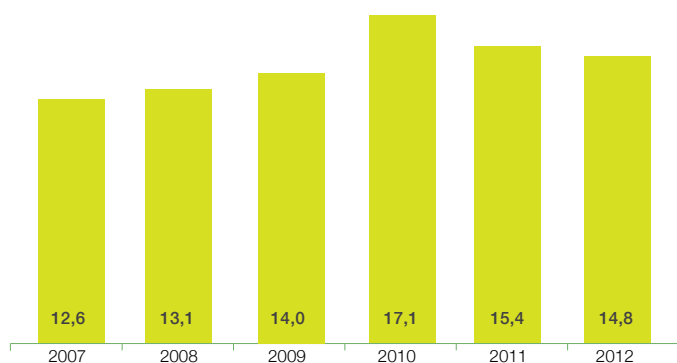
Tudo isso em consonância com a premissa do "cuidar", que norteia nossas ações.

Johnson & Johnson

FAMILY OF COMPANIES

A Taxa de Internação em UTI teve ligeiro recuo de 15,4% para 14,8% (Gráfico 6), mantendo a tendência de queda iniciada em 2010. A melhor indicação de utilização do leito contribuiu para a redução dos custos do sistema de saúde.

Gráfico 6 - Taxa de Internação em UTI (em %)



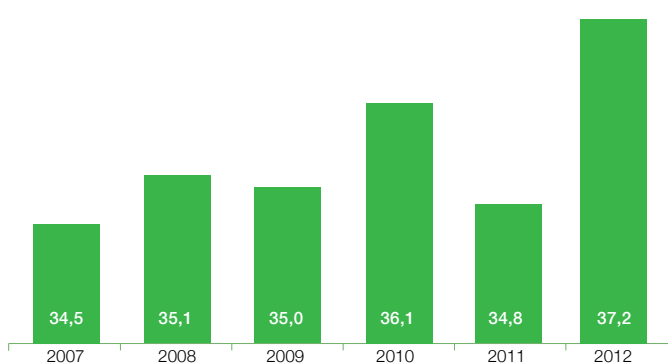
Fonte: SINHA/Anahp.

Com a expansão da estrutura física e do parque tecnológico, os hospitais ampliaram a oferta de serviços, o que pode ser notado pelo aumento do número de procedimentos cirúrgicos, internações, consultas e exames realizados.

O Número Total de Saídas Hospitalares avançou 2,6%, passando de 571.630 para 586.770 saídas (Gráfico 8). Esse

A Taxa de Internação via emergência cresceu de 34,8% para 37,2% (Gráfico 7), indicando que do total de internações 37,2% foram provenientes da emergência. Essa tendência é importante, pois evidencia a contribuição da emergência para o movimento do hospital.

Gráfico 7 - Taxa de Internação via Emergência (em %)



Fonte: SINHA/Anahp.

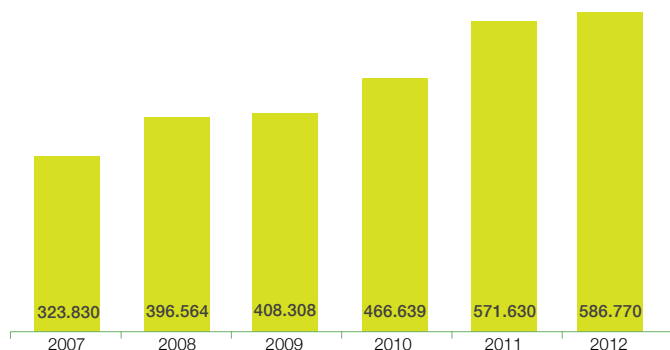
crescimento foi sustentado pela ampliação do número de leitos disponíveis e pelo aumento da eficiência na utilização dessa estrutura, com redução no Tempo Médio de Permanência, que caiu de 4,76 dias para 4,64 dias (Gráfico 9 e Tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de Internação em UTI (%)	Média	12,6	13,1	14,0	17,1	15,4	14,8
	Mediana	10,1	9,8	9,6	9,8	10,5	12,0
Taxa de Internação via Emergência (%)	Média	34,5	35,1	35,0	36,1	34,8	37,2
	Mediana	31,9	32,8	34,9	36,5	37,3	37,6
Cirurgias por Sala	Média	856	953	931	1.045	1.081	977
	Mediana	784	897	896	893	1.000	1.023
Partos por Sala	Média	529	523	545	624	648	664
	Mediana	478	517	456	572	643	673
Taxa de Ocupação (%)	Média	72,9	70,6	76,1	74,1	76,9	78,8
	Mediana	75,0	73,7	74,5	73,3	78,5	78,9
Tempo Médio de Permanência (dias)	Média	4,24	4,51	4,40	4,51	4,76	4,64
	Mediana	4,26	4,28	4,18	4,32	4,54	4,54
Intervalo de Substituição (dias)	Média	1,6	1,8	1,4	1,7	1,5	1,5
	Mediana	1,6	1,6	1,4	1,6	1,4	1,3

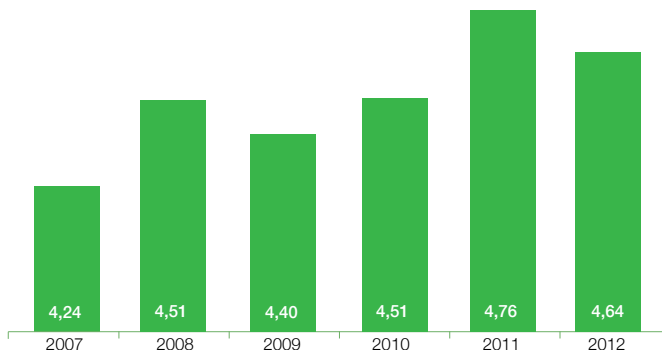
Fonte: SINHA/Anahp.

Gráfico 8 - Total de Saídas Hospitalares



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 9 - Tempo Médio de Permanência (em dias)

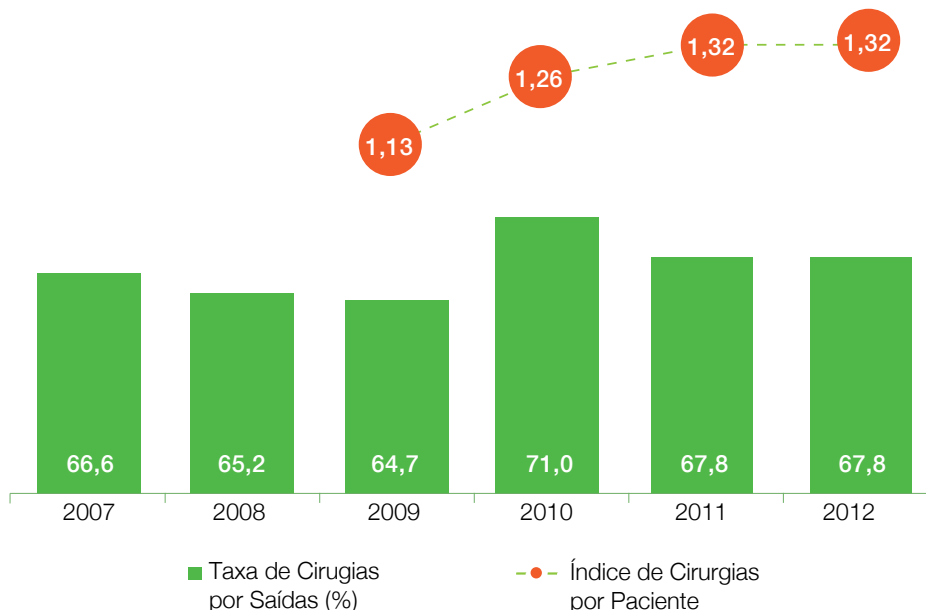


Fonte: PMPA/Anahp.

A participação de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos em relação ao total de saídas hospitalares, medida pelo indicador Taxa de Procedimentos por Saídas, permaneceu constante na comparação com 2011, em torno de 67,8%. O

Índice de Cirurgias por Paciente vem subindo desde 2009, passando de 1,13 para 1,32 cirurgia, indicando aumento da complexidade dos pacientes cirúrgicos (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Taxa de Cirurgias por Saídas (em %) e Índice de Cirurgias por Paciente

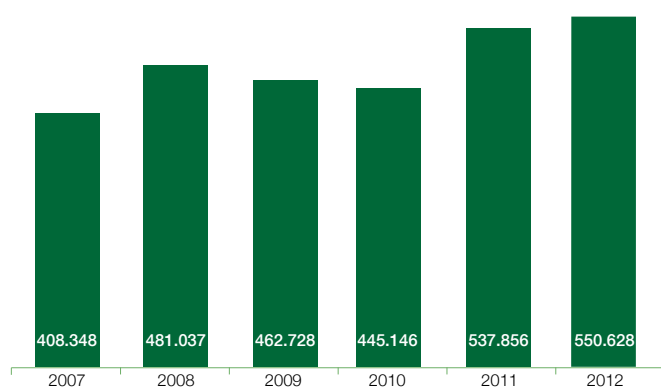


Fonte: PMPA/Anahp.

O Volume Total de Cirurgias cresceu 2,4%, acompanhando a expansão do número de salas cirúrgicas e alcançando 550,6 mil cirurgias em 2012 (Gráfico 11). O Volume de Cirurgias está mais concentrado na região Sudeste com 76,7% do total,

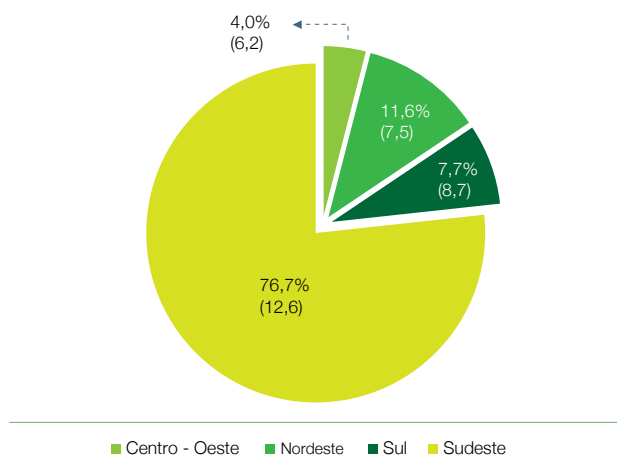
seguida pelo Nordeste (11,6%), Sul (7,7%) e Centro-Oeste (4,0%) (Gráfico 12 e Tabela 2). O Número Médio de Salas Cirúrgicas por Hospital está em torno de 12,6 salas na região Sudeste; 8,7 na região Sul; 7,5 na Nordeste e 6,2 na Centro-Oeste.

Gráfico 11 - Volume Total de Cirurgias



Fonte: SINHA/Anahp.

Gráfico 12 - Distribuição Regional do Volume de Cirurgias e Número Médio de Salas Cirúrgicas por Hospital - 2012



Fonte: SINHA/Anahp.

Tabela 2 – Produção Assistencial: Cirurgias

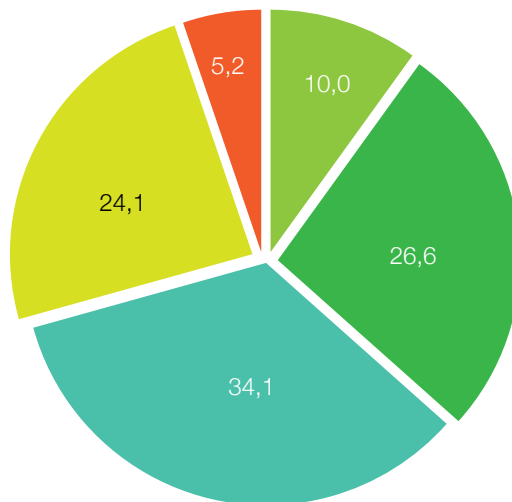
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Volume Total de Cirurgias	Total	408.348	481.037	462.728	445.146	537.856	550.628
	Ambulatorial	12,3	11,4	12,2	9,5	10,1	10,0
Distribuição das Cirurgias por Porte (em %)	Grande Porte	27,4	26,2	25,6	24,2	26,5	26,6
	Médio Porte	33,2	36,7	33,8	38,0	34,5	34,1
	Pequeno Porte	21,4	20,3	22,9	21,1	22,9	24,1
	Porte Especial	5,6	5,4	5,5	7,2	6,0	5,2
	Nº de Hospitais	33	36	34	32	39	40

Fonte: SINHA/Anahp.

O perfil das cirurgias foi similar ao do ano anterior, com 31,8% referentes a cirurgias de porte especial e grande porte e 34,1% aos procedimentos de médio porte, totalizando 65,9% de cirurgias de média e alta complexidade (Tabela 2 e Gráfico 13).

Ressalta-se que entre os procedimentos de porte especial estão incluídos os transplantes de órgãos, considerados de maior complexidade na área cirúrgica.

Gráfico 13 - Distribuição das Cirurgias – por porte (em %)



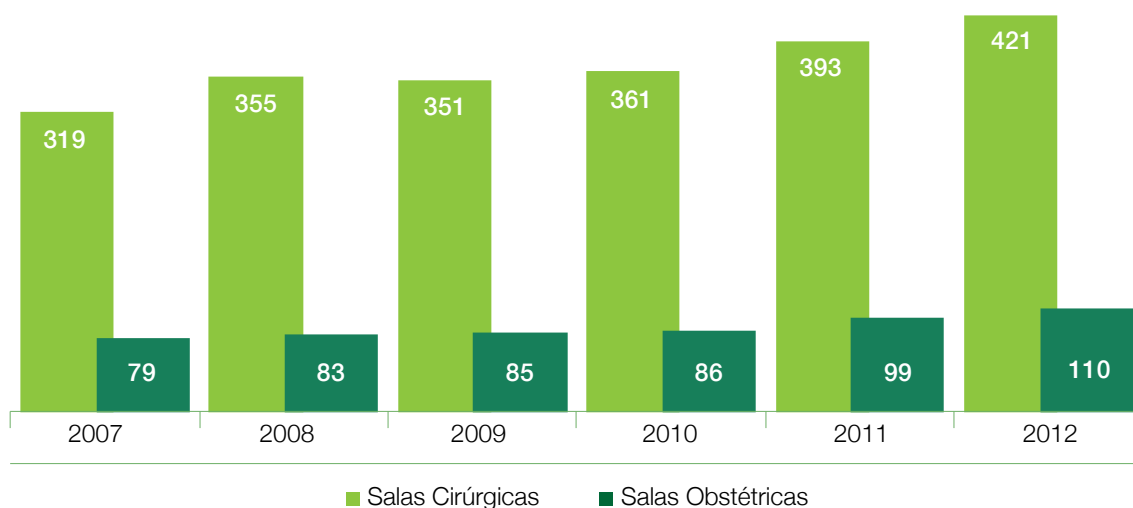
■ Ambulatorial ■ Grande Porte ■ Médio Porte
■ Pequeno Porte ■ Porte Especial

Fonte: SINHA/Anahp.

A quantidade de salas cirúrgicas e salas obstétricas foram ampliadas em 7,2% e 11,1% na comparação com 2011, respectivamente. O número de salas cirúrgicas passou de 393

para 421 e o de obstétricas, de 99 para 110 salas (Gráfico 14), acompanhando o crescimento de leitos de internação, de UTIs adulto e neonatal.

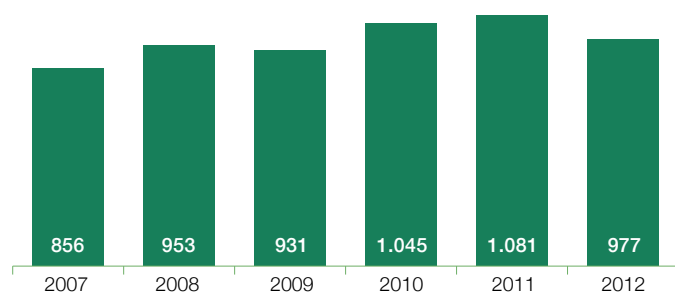
Gráfico 14 - Total de Salas Cirúrgicas e Obstétricas



Fonte: SINHA/Anahp.

A ampliação da infraestrutura, com a oferta de novas salas cirúrgicas, determinou uma redução no Número Médio de Cirurgias por Sala, que decresceu 9,6%, de 1.081 para 977 cirurgias/sala no ano (Gráfico 15). Este resultado, associado ao Número de Cirurgias por Paciente, reforça o aumento da complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados.

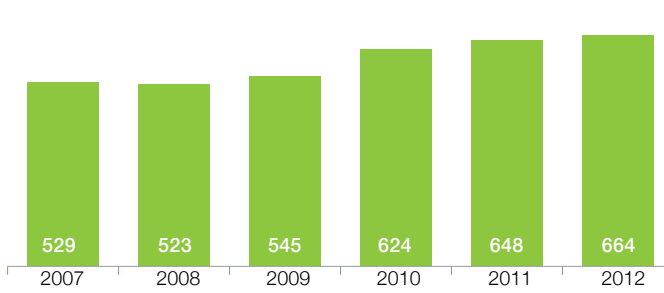
Gráfico 15 - Volume de Cirurgias por Sala



Fonte: SINHA/Anahp.

O crescimento do Número Total de Partos está associado à expansão de salas obstétricas e ao aumento de partos por sala: de 648 em 2011 para 664 em 2012 (Gráfico 16). Essa variação reflete um aumento da demanda concentrado nos hospitais que realizaram investimentos em maternidades.

Gráfico 16 - Volume de Partos por Sala

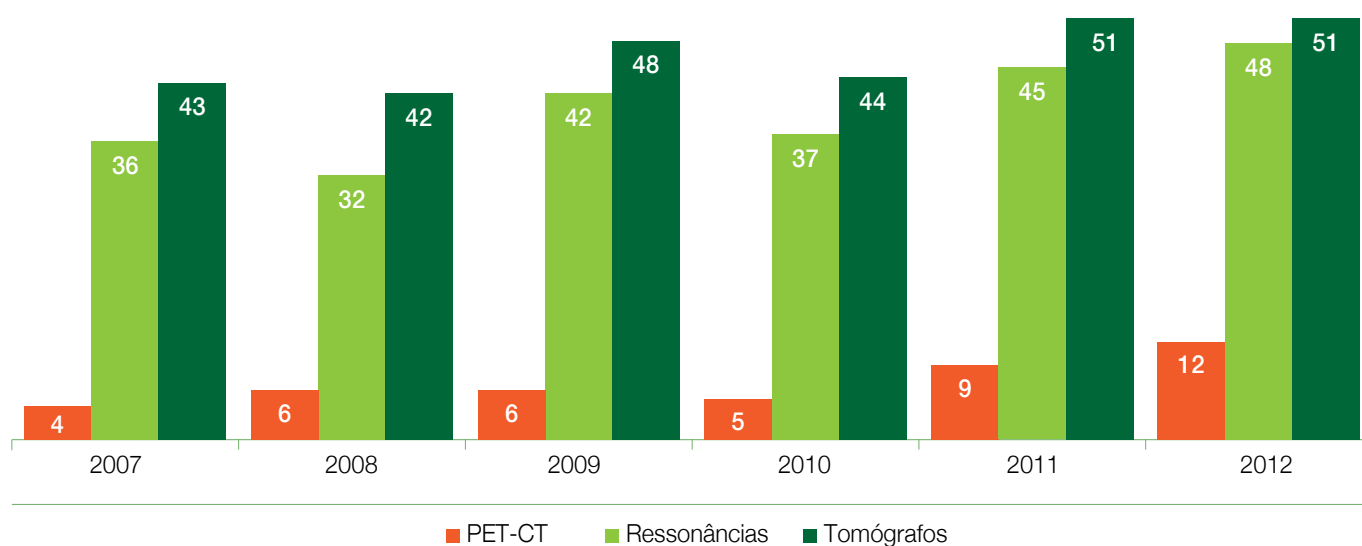


Fonte: SINHA/Anahp.

O total de exames cresceu, acompanhando a expansão da infraestrutura de equipamentos de diagnóstico (Gráfico 17). A quantidade total de exames passou de 29,4 milhões em 2011 (40 hospitais) para 35,5 milhões em 2012 (43 hospitais) (Gráfico 18). Este resultado que representa uma variação média de

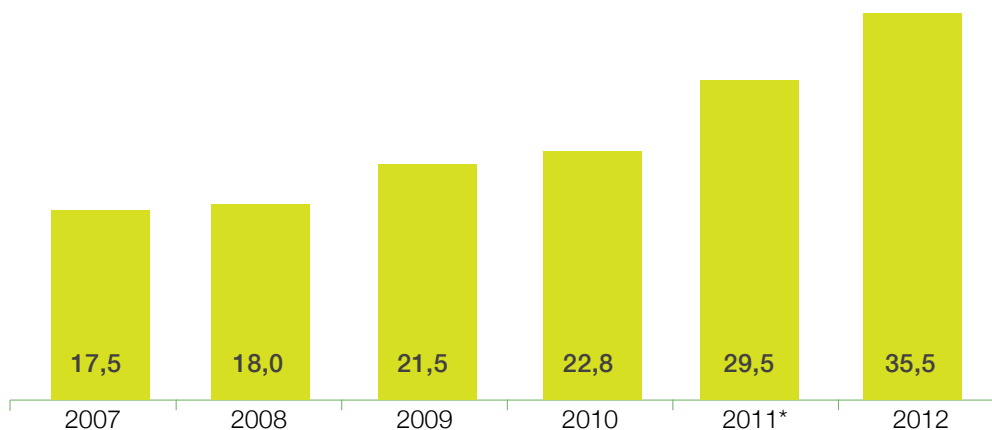
12% no volume de exames por hospital em 2012. Os exames laboratoriais correspondem a maior fatia dos exames totais realizados nos hospitais, mas o aumento da oferta de exames de imagem também contribuiu para o crescimento do Volume Total de Exames.

Gráfico 17 - Número de Equipamentos Selecionados (imagem)



Fonte: SINHA/Anahp.

Gráfico 18 - Total de Exames (em milhões)



Fonte: SINHA/Anahp.

*A informação de 2011 foi corrigida neste observatório.

Obs: O total de exames contempla tanto os realizados em pacientes internados (internos) quanto ambulatoriais (externos).

Nos Hospitais da Anahp, os principais serviços terceirizados são os de lavanderia e de segurança, que são terceirizados em 78,8% e 74,2% dos hospitais, respectivamente. Os serviços das áreas de contabilidade (96,9%), manutenção (93,8%), informática (90,3%), recepção/portaria (78,1%), limpeza

técnica (69,7%) e nutrição dietética/cozinha (67,7%) são predominantemente desenvolvidos pelas equipes do próprio hospital. Por último, os serviços de limpeza predial são quase que igualmente divididos entre terceirizados e próprios (Tabela 4).

Tabela 4 - Participação dos Serviços Terceirizados e Próprios por Tipo de Serviço

	Terceirizado (%)	Próprio (%)
Lavanderia	78,8%	21,2%
Segurança	74,2%	25,8%
Limpeza Técnica	30,3%	69,7%
Limpeza Predial	48,5%	51,5%
Recepção / Portaria	21,9%	78,1%
Informática	9,7%	90,3%
Manutenção	6,3%	93,8%
Contabilidade	3,1%	96,9%
Nutrição Dietética / Cozinha	32,3%	67,7%

Fonte: SINHA/Anahp.

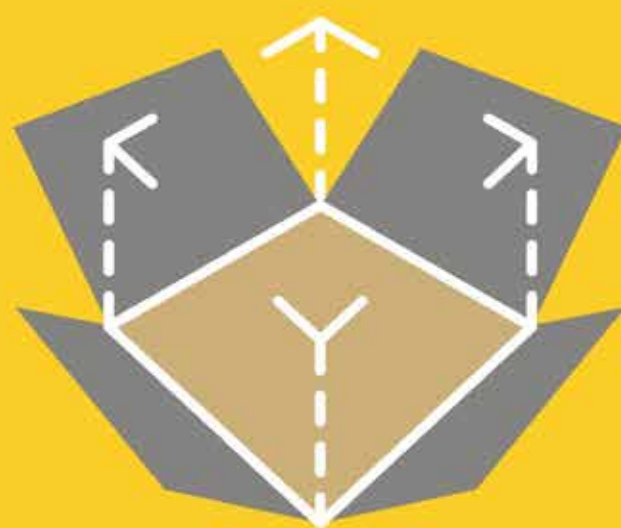
A análise dos dados operacionais, portanto, mostra que os Hospitais da Anahp acompanham o crescimento da demanda por serviços médico-hospitalares oriunda do avanço da renda

e do emprego, expandindo sua capacidade de atendimento, mantendo e ampliando o investimento em qualidade e segurança no ambiente assistencial.



AMBIENTES DE SAÚDE PRONTOS PARA FUNCIONAR!

Consultoria em negócios,
Arquitetura,
Construção,
Engenharia Clínica e
Engenharia de
Tecnologias Médicas.



Rua Fidêncio Ramos, 100
Vila Olímpia - São Paulo
comercial@lmgets.com.br
(11)3215 8200
www.lmgets.com.br



Gestão Assistencial

O trabalho do grupo envolvido nas Melhores Práticas Assistenciais mostra a dedicação das equipes técnicas dos Hospitais Membros em alcançar resultados assistenciais de excelência

A eficácia deste modelo de atuação é evidenciada nos resultados, uma vez que cada hospital está diretamente associado aos melhores padrões de qualidade

O Projeto Melhores Práticas Assistenciais (PMPA) teve início em 2003 e está fundamentado em três pilares. O primeiro deles é a discussão rotineira de temas significativos para segurança, qualidade e melhores práticas, a partir da literatura e da troca de experiências entre as instituições. Outro pilar é o aprimoramento contínuo da consistência dos dados e a confiabilidade das informações clínicas e gerenciais. Por último, a definição dos critérios e padrões de qualidade a serem alcançados pelos hospitais para patologias selecionadas, por meio do monitoramento de protocolos clínicos atualizados com o que há de mais moderno na literatura nacional e internacional. O programa conta com a participação dos diretores técnicos e representantes das equipes técnicas e assistenciais em reuniões bimestrais. O envolvimento e a contribuição das equipes técnicas dos hospitais associados são aspectos centrais que diferenciam e qualificam o trabalho deste grupo. A eficácia deste modelo de atuação é evidenciada nos resultados, uma vez que cada hospital está diretamente vinculado ao alcance dos melhores padrões estabelecidos. Este tipo de envolvimento tem papel determinante na construção do sistema de acompanhamento e na implantação de melhorias decorrentes deste trabalho.

No PMPA são coletados dados mensais dos indicadores, com devolutiva trimestral e definição de metas para o conjunto de hospitais. Anualmente também é solicitado que os hospitais enviem uma base com os dados de saídas hospitalares, que servem tanto para a auditoria dos indicadores mensais como para complementar a análise do perfil de morbidade, complexidade e mortalidade.

A estrutura dos Hospitais Membros em sua maioria é de grande porte (entre 150 e 500 leitos) ou porte extra (acima de 500 leitos) em relação à capacidade instalada e operacional de leitos. Utilizando-se como base a classificação estabelecida na portaria 2224 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002), que inclui padrões de complexidade assistencial, tipo e volume de leitos gerais, de terapia intensiva, número de salas cirúrgicas

e atenção à gestação de alto risco, 86% dos hospitais se enquadram em porte 4 – maior complexidade de estrutura assistencial. Os outros 14% são porte 3, de forma que não existem hospitais de baixa complexidade entre as instituições Anahp.

Hospitais com essa estrutura só devem ser comparados com instituições de porte similar (portes 3 e 4), uma vez que, na análise dos resultados, a maior complexidade de estrutura determina capacidade de atendimento a pacientes mais graves e, portanto, risco maior de complicações.

Todos os hospitais possuem Pronto Atendimento (PA) com grande volume e, em sua maioria, são hospitais gerais – apenas dois são especializados, 54% possuem maternidade e todos são voltados para a atenção a pacientes agudos.

Gestão Assistencial

Em 2012, foram analisadas as bases de dados de 37 hospitais dos 46 associados. Essas informações são utilizadas para auditar e validar os dados enviados ao Projeto Melhores Práticas Assistenciais, além de fornecerem indicadores estratégicos e detalhados sobre o perfil clínico, epidemiológico e comercial da demanda dos hospitais, auxiliando no planejamento e na definição de ações e metas no que tange à gestão assistencial de cada hospital e do conjunto.

Os hospitais têm investido no aprimoramento dos sistemas de informação e de registro clínico dos diagnósticos e procedimentos. Porém, nos últimos anos, a proporção dos diagnósticos incluídos no capítulo Sintomas e Afecções Maldefinidas manteve-se entre 5% e 7%. Na comparação com 2011, o volume de ignorados cresceu, reflexo de mudanças de sistema em alguns hospitais e da incorporação de outros novos hospitais.

A recuperação e a precisão dos registros nos sistemas qualifica as análises, permitindo compreender as variações no perfil dos pacientes em relação à complexidade (tipo de procedimento), à severidade (comorbidades) e ao consumo de recursos, subsidiando assim a programação e o planejamento

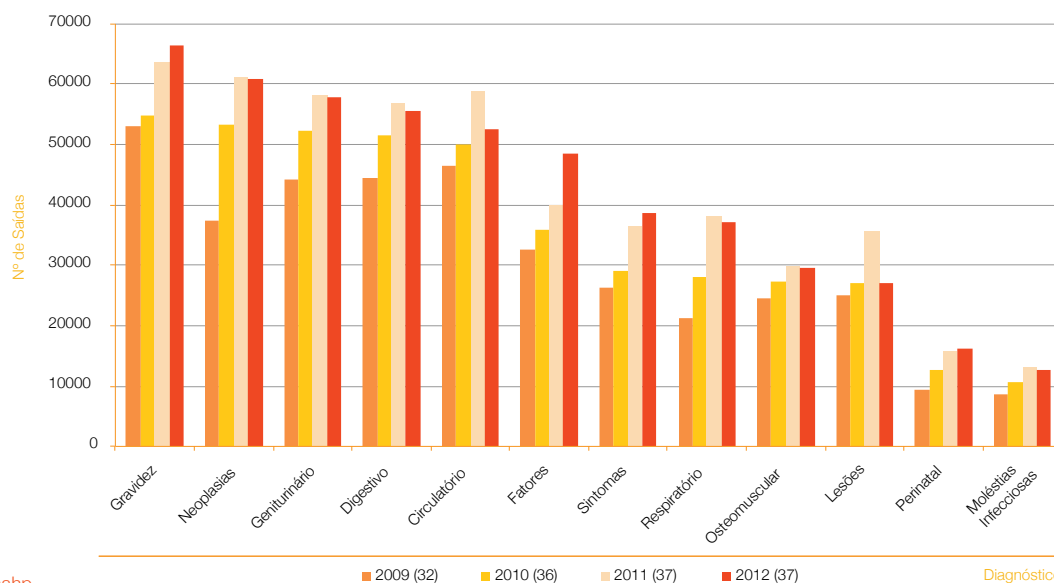
dos cuidados no hospital, e garantindo a continuidade da assistência.

Investimentos em capacitação de recursos humanos para os Serviços de Arquivo Médico, exclusão dos médicos no processo de codificação e a maior utilização dos dados clínicos na gestão têm contribuído para transformar estes resultados. Essa mudança proporciona maior respeito ao direito dos pacientes, maior segurança nos processos e potencialização do patrimônio clínico das organizações nas áreas de ensino e pesquisa.

Em 2012, a relação dos principais diagnósticos agregados, segundo capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que motivaram a internação nos hospitais não se alterou. Os diagnósticos responsáveis por mais de 85% dos atendimentos foram: Gravidez, Parto e Puerpério, Neoplasias (câncer), Doenças do Aparelho Geniturinário, Doenças do Aparelho Digestivo, Doenças do Aparelho Circulatório, Fatores (motivos de procura que não são doenças como procedimentos específicos, por exemplo, a retirada e o ajuste de órteses e próteses e quimioterapia), Doenças do Aparelho Respiratório, Lesões e Envenenamentos (fraturas e lesões decorrentes de acidentes e causas externas), Doenças do Aparelho Osteomuscular, Doenças Perinatais e Moléstias Infecciosas. Pode-se aferir aumento nas atividades relacionadas à Maternidade (Gravidez), parcela do volume de Fatores e Perinatal. Verifica-se ainda discreta redução em Neoplasias e Doenças do Aparelho Geniturinário e diminuição importante em Lesões e Doenças do Aparelho Circulatório. Uma parte desta redução está associada à piora do registro nos sistemas de informação, que apresentou maior número de diagnósticos classificados em Sintomas e no capítulo Fatores (Gráfico 1 / Tabela 1).

Para superar esta limitação vários hospitais estão investindo nos Serviços de Arquivo Médico, treinando as equipes para codificação de diagnósticos e procedimentos, e aumentando a consistência da entrada de dados nos sistemas informatizados.

Gráfico 1 - Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Principais Diagnósticos (capítulo CID - 10ª revisão)



Fonte: PMPA/Anahp.

Tabela 1 - Distribuição Anual de Saídas Hospitalares Segundo Diagnóstico Principal Agrupado por Capítulo da CID

Capítulo CID	Ano								
	2009 (32)		2010 (36)		2011 (37)		2012 (37)		Variação 12/11
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
Gravidez	53.125	12,1	54.771	11,1	63.712	11,3	66.473	11,4	4,3
Neoplasias	37.361	8,5	53.256	10,8	61.071	10,8	60.905	10,4	-0,3
Geniturinário	46.561	10,6	49.989	10,1	58.043	10,3	57.946	9,9	-0,2
Digestivo	44.317	10,1	52.336	10,6	56.778	10,1	55.614	9,5	-2,1
Circulatório	44.525	10,2	51.534	10,4	58.853	10,4	52.573	9,0	-10,7
Fatores	21.261	4,9	28.073	5,7	39.960	7,1	48.393	8,3	21,1
Sintomas	26.240	6,0	29.155	5,9	36.442	6,5	38.765	6,6	6,4
Respiratório	32.687	7,5	35.803	7,2	38.112	6,7	37.124	6,4	-2,6
Osteomuscular	24.450	5,6	27.315	5,5	29.910	5,3	29.539	5,1	-1,2
Lesões	25.121	5,7	27.125	5,5	35.612	6,3	27.014	4,6	-24,1
Perinatal	8.549	2,0	10.676	2,2	15.815	2,8	16.105	2,8	1,8
Moléstias Infecciosas	9.471	2,2	12.627	2,6	13.141	2,3	12.616	2,2	-4,0
Endócrino	8.264	1,9	10.470	2,1	12.011	2,1	12.056	2,1	0,4
Sistema Nervoso	8.373	1,9	9.909	2,0	10.460	1,9	10.152	1,7	-2,9
Pele	4.766	1,1	5.109	1,0	6.327	1,1	6.200	1,1	-2,0
Congênitas	3.458	0,8	3.907	0,8	4.185	0,7	3.862	0,7	-7,7
Olhos e anexos	2.943	0,7	2.689	0,5	3.490	0,6	3.362	0,6	-3,7
Sangue	2.005	0,5	2.217	0,4	2.299	0,4	2.498	0,4	8,7
Ouvido	1.665	0,4	2.096	0,4	2.147	0,4	1.817	0,3	-15,4
Mental	1.145	0,3	1.307	0,3	1.431	0,3	1.485	0,3	3,8
Sem informação	31.189	7,1	24.380	4,9	15.108	2,7	39.514	6,8	161,5
Total	437.476	100,0	494.744	100,0	564.907	100,0	584.013	100,0	3,4

Obs.: Valores entre parênteses representam o número de hospitais que enviaram as bases de dados.

Fonte: PMPA/Anahp.

Entre 2011 e 2012 observa-se crescimento do volume de internação de 3,4%. Entretanto, esse aumento não é decorrente da inclusão de informações de novos membros. Nesse mesmo período, 83% dos 35 hospitais que enviaram os dados nos dois anos analisados apresentaram ampliação do volume de internações. Entre essas instituições, 10 hospitais tiveram mais de 10% de crescimento. A mediana de crescimento dos 37 prestadores foi de 5,4% no ano.

Considerando que a Taxa de Internação na Saúde Suplementar tem sido da ordem de 14%, a população atendida neste conjunto de hospitais é de aproximadamente 4.171.522

habitantes, o equivalente a 9% dos beneficiários de planos de saúde.

Ao analisar o perfil das internações segundo sexo e faixa etária é possível observar que as mulheres apresentam maior taxa de internação na fase reprodutiva (entre 15 a 49 anos). O grupo etário que mais cresceu foi aquele formado pelos pacientes com idade acima de 90 anos, ainda que representem apenas 1,5% das saídas. O volume dos pacientes acima de 60 anos aumentou 2% em 2012 na comparação com 2011. Esses números evidenciam o envelhecimento da demanda atendida. (Tabela 2, Gráficos 2 e 3)

Tabela 2 - Distribuição das Saídas Hospitalares, Segundo Sexo e Faixa Etária

Faixa Etária	2011 (37)						Total 2011		2012 (37)						Total 2012		Var. 12/11
	Fem.		Masc.		Ign				Fem.		Masc.		Ign				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 15	37.170	11,1	46.030	20,0	20	18,2	83.220	14,7	41.038	11,8	49.850	21,0	17	18,7	90.905	15,6	9,2
15 a 29	53.851	16,1	25.544	11,1	16	14,5	79.411	14,1	52.080	15,0	24.570	10,4	13	14,3	76.665	13,1	-3,5
30 a 44	104.580	31,2	39.722	17,3	25	22,7	144.327	25,5	112.255	32,3	41.259	17,4	20	22,0	153.536	26,3	6,4
45 a 59	59.335	17,7	47.264	20,6	21	19,1	106.620	18,9	59.792	17,2	47.994	20,3	15	16,5	107.801	18,5	1,1
60 a 74	43.279	12,9	43.350	18,9	18	16,4	86.647	15,3	43.344	12,5	43.767	18,5	16	17,6	87.127	14,9	0,6
75 a 89	31.557	9,4	25.359	11,0	10	9,1	56.926	10,1	32.269	9,3	26.101	11,0	6	6,6	58.376	10,0	2,5
> ou = 90	5.112	1,5	2.473	1,1	-	-	7.585	1,3	5.762	1,7	2.867	1,2	2	2,2	8.631	1,5	13,8
Ign	93	100	78	0,0	-	-	171	0,0	544	0,2	426	0,2	2	2,2	972	0,2	468,4
Total	334.977	100,0	229.820	100,0	110	100,0	564.907	100,0	347.084	100,0	236.834	100,0	91	100,0	584.013	100,0	3,4

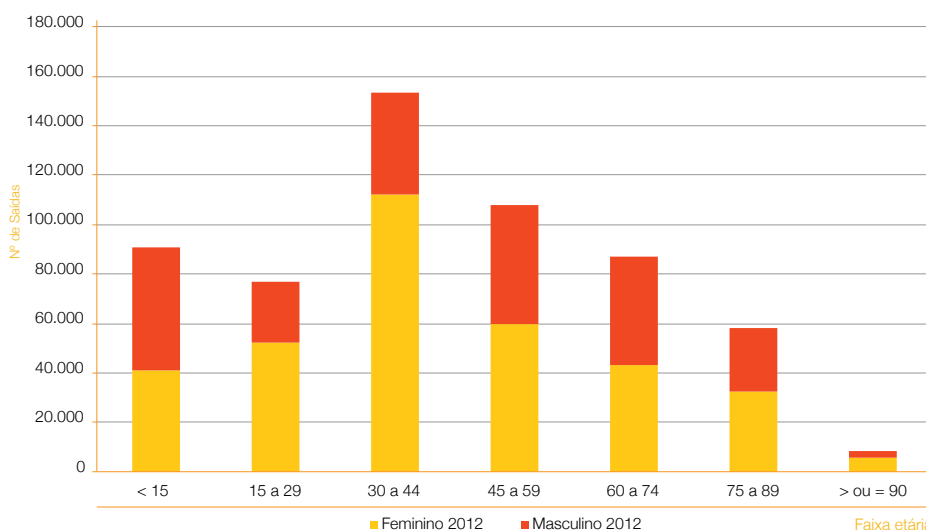
Obs.: Valores entre parênteses representam o número de hospitais que enviaram as bases de dados.

Fonte: PMPA/Anahp.

O volume de atendimentos entre as mulheres cresceu 3,6%, enquanto que para os homens aumentou 3,1%. É importante destacar, no entanto, que especificamente nas faixas etárias

acima de 60 anos houve aumento importante no volume de atendimentos a homens, ainda que as mulheres sejam a maioria, em especial acima dos 75 anos.

Gráfico 2 - Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Sexo e Faixa Etária



Fonte: PMPA/Anahp.

Varição 2012 / 2011

Faixa Etária	Sexo	
	Fem.	Masc.
< 15	10,41	8,30
15 a 29	-3,29	-3,81
30 a 44	7,34	3,87
45 a 59	0,77	1,54
60 a 74	0,15	0,96
75 a 89	2,26	2,93
> ou = 90	12,72	15,93
TOTAL	3,6	3,1

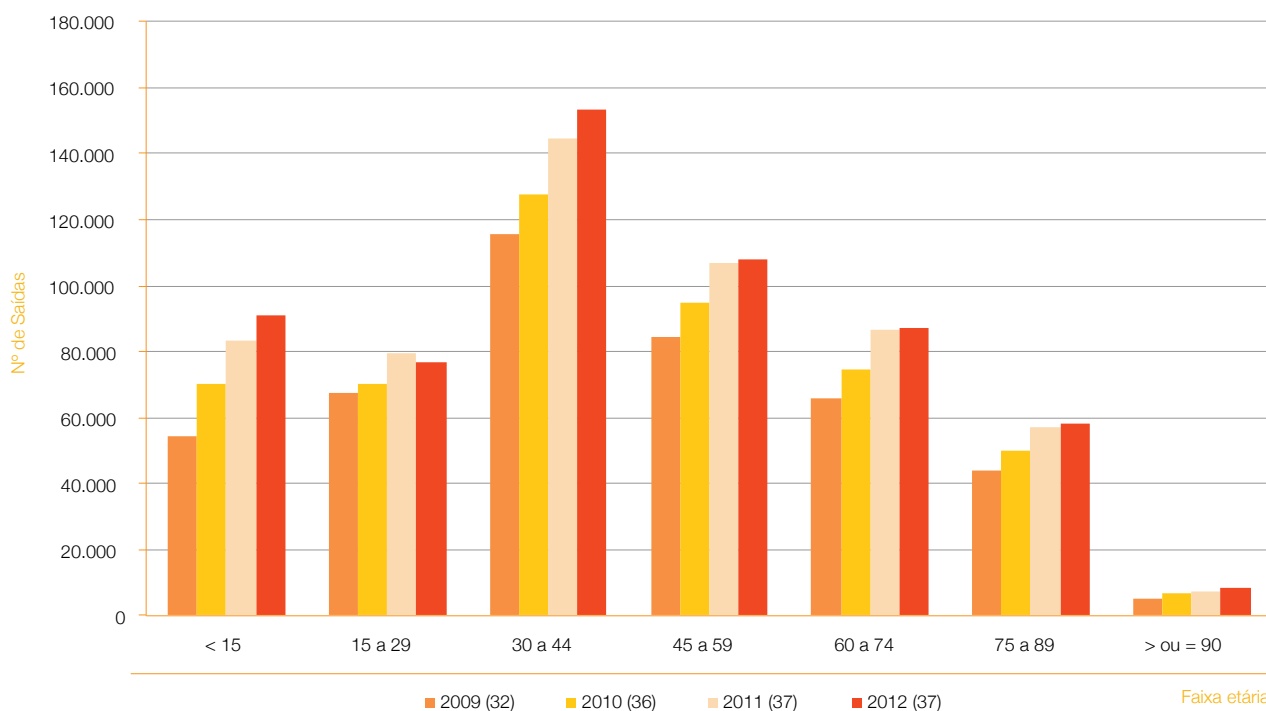
Desempenho Assistencial

Deve-se ressaltar também o crescimento do número de mulheres na faixa de 30 a 44 anos. Um dos aspectos que tem determinado grande impacto no consumo de serviços de saúde nessa faixa etária é o aumento de primigestas com mais de 30 anos e de gravidez na faixa dos 40 aos 44 anos. Este fenômeno é universal e está relacionado às mudanças culturais e à inserção intensiva das mulheres no mercado de trabalho. O Brasil, em especial na região Sudeste, teve diminuição acentuada da taxa de natalidade e mudança da faixa de idade das mães. Quando comparado 2005 com 2010, observa-se um crescimento significativo de 17% do número de nascidos vivos de mães com idade entre 35 e 44 anos (DATASUS). Essa alteração define um padrão de pré-natal e de assistência

ao parto e ao recém-nascido mais complexo e com risco diferenciado, tanto para a mãe quanto para a criança. Na perspectiva hospitalar, a maternidade passa a integrar procedimentos de média e alta complexidade, exigindo equipes clínicas muito qualificadas e cuidados na terapia intensiva com maior frequência.

Na série histórica, observa-se crescimento em todas as faixas etárias. No grupo de 15 a 29 anos houve uma pequena diminuição entre 2011 e 2012. Entre 2009 e 2012, a estrutura etária da população atendida nos hospitais sofreu modificações nos grupos acima de 60 anos que ganharam importância, correspondendo a 26% do volume de saídas hospitalares em 2012 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição Anual das Saídas Hospitalares Segundo Faixa Etária



Fonte: PMPA/Anahp.

O envelhecimento da demanda determina grande impacto no Tempo de Permanência e na pressão por leitos de retaguarda. A população feminina na faixa de 15 a 29 anos atendida nos Hospitais Membros da Anahp interna-se por motivos de Gravidez, Parto ou Puerpério; as mulheres entre 30 a 44 anos, para tratamento de afecções do aparelho geniturinário. Nas menores de 15 anos, além dos cuidados neonatais as pacientes são atendidas por problemas respiratórios, dos quais a asma e a pneumonia predominam como motivos para internação. Nos grupos acima de 45 anos as Neoplasias têm papel preponderante, assim como as Doenças do Aparelho Circulatório (Tabela 3). No sexo masculino os principais diagnósticos que motivaram as internações, excluindo as afecções maldefinidas, foram, em

ordem decrescente: Doenças do Aparelho Digestivo, Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias e Doenças do Aparelho Geniturinário. Nos menores de 15 anos o padrão observado para o sexo masculino é semelhante ao feminino. Os cuidados neonatais, incluídos no capítulo Fatores, e as Doenças do Aparelho Respiratório são os que demandaram maior consumo de serviço.

As Lesões decorrentes de acidentes de trânsito, violência urbana e outras causas externas são o principal motivo de internação na faixa dos 15 a 29 anos. Nos grupos de 30 a 59 anos, Doenças do Aparelho Digestivo, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Geniturinário são as principais causas de internação.

Tabela 3 - Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Faixa Etária (Sexo Feminino) - 2012

Capítulo	Faixa etária								Total Geral	
	0 a 14 anos	15 a 29 anos	30 a 44 anos	45 a 59 anos	60 a 74 anos	75 a 89 anos	90 anos ou mais	Ignorada	nº	%
Gravidez	12	20.393	45.735	333	-	-	-	-	66.473	19,2
Neoplasias	804	2.453	9.429	12.369	7.804	3.376	280	40	36.555	10,5
Geniturinário	882	5.866	13.782	8.270	3.645	2.560	580	38	35.623	10,3
Digestivo	1.405	4.243	8.521	6.695	4.550	2.722	310	65	28.511	8,2
Circulatório	194	2.004	6.788	6.757	5.810	5.446	1.014	67	28.080	8,1
Fatores	15.639	1.629	3.163	2.660	1.918	1.056	134	49	26.248	7,6
Sintomas	1.832	3.751	5.436	4.066	3.495	3.349	647	78	22.654	6,5
Respiratório	5.394	2.501	2.290	1.627	1.904	2.980	1.003	86	17.785	5,1
Osteomuscular	318	1.272	3.226	4.612	3.856	1.737	119	23	15.163	4,4
Lesões	967	1.341	2.129	2.247	2.017	2.101	390	34	11.226	3,2
Endócrino	212	1.415	3.302	1.891	878	544	100	13	8.355	2,4
Outros	11.478	3.019	4.063	3.885	3.398	3.288	659	47	29.837	8,6
Ignorado	1.901	2.193	4.391	4.380	4.069	3.110	526	4	20.574	5,9
Total	41.038	52.080	112.255	59.792	43.344	32.269	5.762	544	347.084	100,0

Fonte: PMPA/Anahp.

No grupo de 60 a 74 anos as Neoplasias são o que mais motivam a internação, seguidas das Doenças do Aparelho Circulatório e das Doenças do Aparelho Digestivo. Nos grupos acima de 75 anos, além das Doenças do Aparelho Circulatório, cresce a importância das Doenças do Aparelho Respiratório e das Lesões relacionadas a causas externas (Tabela 4).

No Gráfico 4 é possível observar a distribuição do Tempo Médio de Permanência Segundo Diagnóstico Principal (capítulo da CID-10) para os últimos quatro anos da série. A maior parte dos diagnósticos apresentou redução, ainda que discreta, do Tempo de Permanência. Para Moléstias Infecciosas observa-se aumento do Tempo de Permanência. Para o conjunto dos diagnósticos o tempo médio manteve-se em 4,5 dias em 2012.

Tabela 4 - Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Faixa Etária (Sexo Masculino) - 2012

Capítulo	Faixa etária								Total Geral	
	0 a 14 anos	15 a 29 anos	30 a 44 anos	45 a 59 anos	60 a 74 anos	75 a 89 anos	90 anos ou mais	Ignorada	nº	%
Digestivo	2.409	3.063	6.519	7.405	5.223	2.272	157	49	27.097	11,4
Circulatório	240	1.024	3.169	6.747	7.796	5.023	430	47	24.476	10,3
Neoplasias	1.149	1.383	2.968	6.481	8.385	3.728	210	37	24.341	10,3
Geniturinário	2.624	2.594	5.303	4.986	4.135	2.351	270	51	22.314	9,4
Fatores	16.287	634	1.298	1.584	1.454	799	55	29	22.140	9,3
Respiratório	6.816	2.705	2.680	1.805	2.104	2.620	551	49	19.330	8,2
Sintomas	2.193	1.975	2.696	3.140	3.145	2.560	329	64	16.102	6,8
Lesões	1.616	3.963	4.658	2.969	1.523	889	145	23	15.786	6,7
Osteomuscular	331	2.135	4.383	4.274	2.401	799	30	17	14.370	6,1
Perinatal	8.329	8	11	8	10	10	-	2	8.378	3,5
Moléstias Infecciosas	1.447	822	1.000	953	915	886	164	10	6.197	2,6
Sistema Nervoso	717	510	866	950	796	553	55	11	4.458	1,9
Endócrino	211	436	1.133	964	590	308	46	12	3.700	1,6
Outros	2.913	1.308	1.292	1.341	1.265	938	143	17	9.217	3,9
Ignorado	2.568	2.010	3.283	4.387	4.025	2.365	282	8	18.928	8,0
Total	49.850	24.570	41.259	47.994	43.767	26.101	2.867	426	236.834	100,0

Fonte: PMPA/Anahp.



SOLUÇÕES PARA A MELHOR ADMINISTRAÇÃO DE SEU HOSPITAL.

A **LOGIMED** oferece ao setor da saúde um modelo de negócio pioneiro e inovador, que leva eficiência à gestão da cadeia de suprimentos, gerando **economia** para seus clientes.

Ao otimizar a compra, armazenagem e distribuição das unidades de saúde, os gestores conquistam controle em seus processos, reduzem perdas e têm mais tempo para cuidar de seu bem mais precioso: **o paciente**.

LOGIMED: A saúde do seu hospital começa com uma boa gestão de recursos.

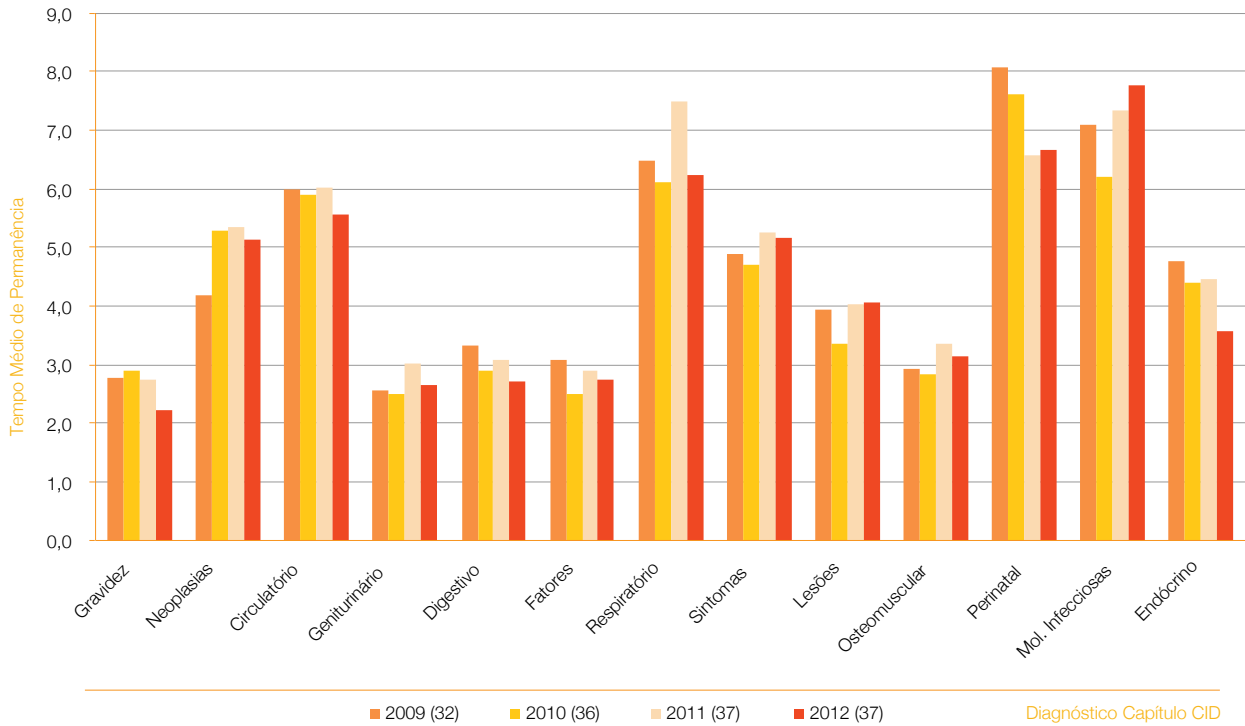
LOGIMED
Inovação & Soluções para Saúde

+55 (11) 3127-2500 | www.logimed.com.br

Empresa do Grupo



Gráfico 4 - Distribuição Anual do Tempo Médio de Permanência Segundo Principais Capítulos da CID 10ª revisão

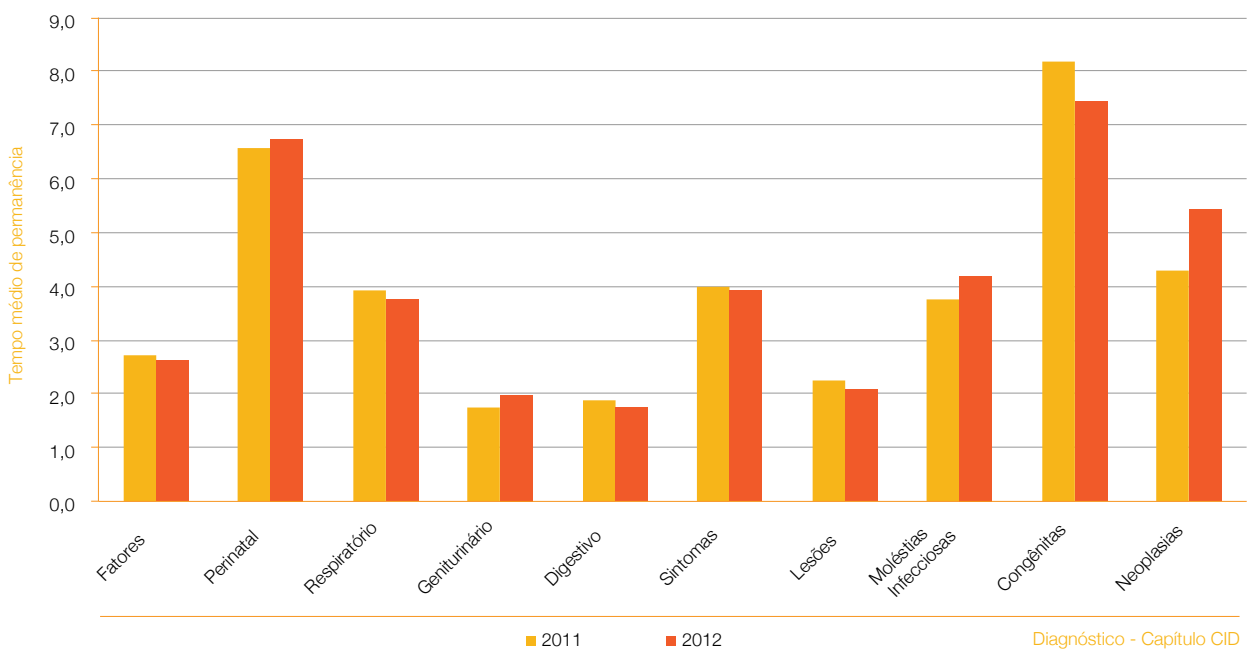


Fonte: PMPA/Anahp.

Comparando-se 2011 com 2012, a análise segundo grupo etário evidencia para os menores de 15 anos aumento do Tempo de Permanência para Doenças Perinatais, Doenças

do Aparelho Geniturinário, Moléstias Infeciosas e Neoplasias. (Gráfico 5)

Gráfico 5 - Distribuição Anual do Tempo Médio de Permanência Segundo Principais Diagnósticos Menores de 15 anos (capítulo CID 10ª revisão)



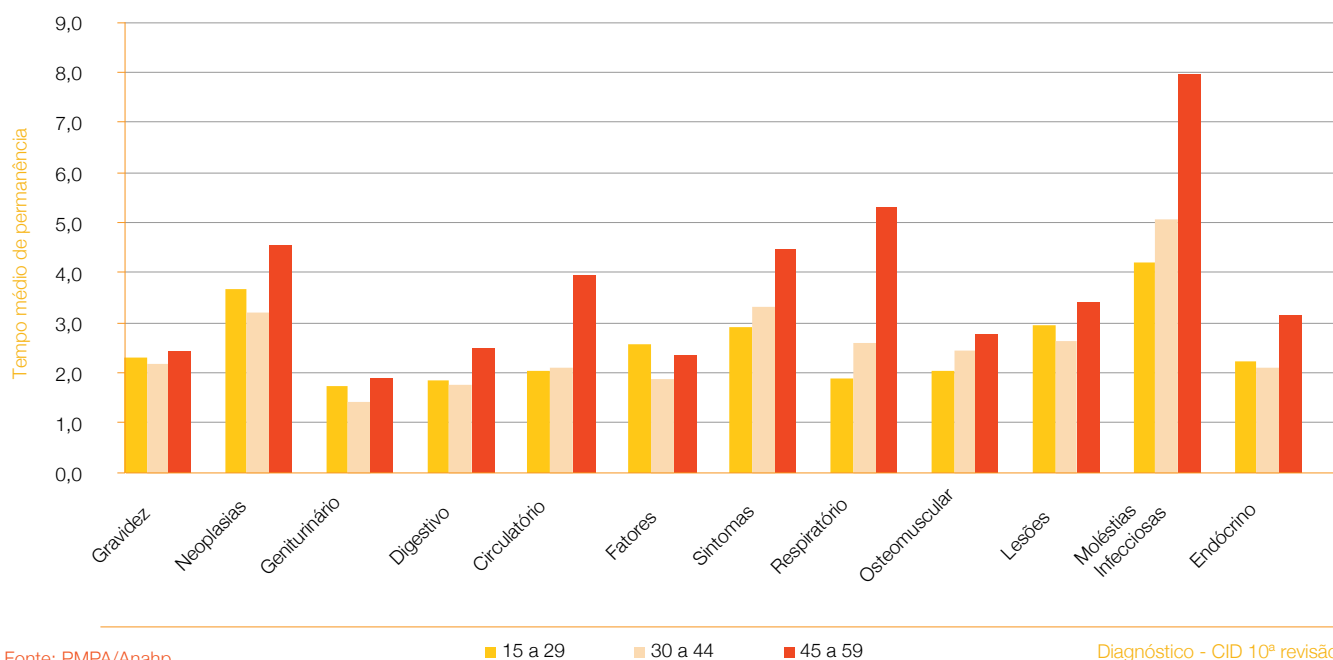
Fonte: PMPA/Anahp.

Desempenho Assistencial

No Gráfico 6 é possível verificar o Tempo Médio de Permanência para os grupos etários de 15 a 29; 30 a 44; e 45 a 59 anos. O Tempo Médio de Permanência aumenta com a idade. Para

estes grupos etários o maior Tempo Médio de Permanência em 2012 foi para Moléstias Infecciosas, Doenças do Aparelho Respiratório e Neoplasias na faixa de 45 a 59 anos.

Gráfico 6 - Distribuição do Tempo Médio de Permanência Segundo Principais Diagnósticos e Faixas Etárias Seleccionadas (2012)



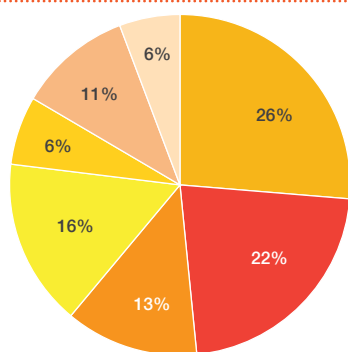
Fonte: PMPA/Anahp.

Quanto maior o Tempo Médio de Permanência, menor a rotatividade dos leitos e maior o custo para o sistema de saúde. Dessa forma, investir na gestão do tempo preconizado pelas melhores evidências científicas é uma das estratégias mais eficazes para ampliar a capacidade operacional dos hospitais, sem instalar novos leitos.

Nos gráficos 7, 8 e 9 observa-se a distribuição da frequência de atendimento segundo diagnóstico para as faixas etárias acima de 60 anos. Neoplasias, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Digestivo e Doenças do Aparelho

Geniturinário predominam no grupo de 60 a 74 anos (Gráfico 7). Acima desse grupo aumentam os números de Doenças do Aparelho Circulatório e de Doenças do Aparelho Respiratório. Entre os pacientes de 75 a 89 anos (Gráfico 8), as Doenças do Aparelho Circulatório são preponderantes, sendo as Doenças Isquêmicas do Coração, a Insuficiência Cardíaca Congestiva e as Doenças Cerebrovasculares as principais patologias desse grupo. No grupo acima de 90 anos, as Doenças do Aparelho Respiratório e as Doenças do Aparelho Circulatório representam cerca de 50% dos motivos de internação (Gráfico 9),

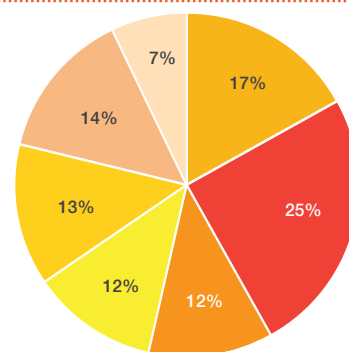
Gráfico 7 - Distribuição das Saídas da Faixa de 60 a 74 anos Segundo Principais Diagnósticos (2012)



■ Neoplasias ■ Circulatório ■ Geniturinário ■ Digestivo
■ Respiratório ■ Sintomas ■ Lesões

Fonte: PMPA/Anahp.

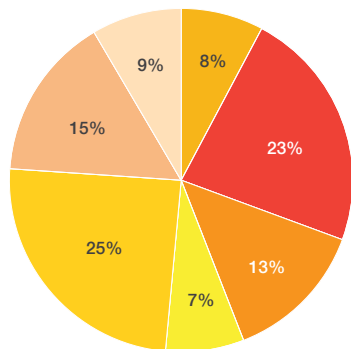
Gráfico 8 - Distribuição das Saídas da Faixa 75 a 89 anos Segundo Principais Diagnósticos (2012)



■ Neoplasias ■ Circulatório ■ Geniturinário ■ Digestivo
■ Respiratório ■ Sintomas ■ Lesões

Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 9 - Distribuição das Saídas da Faixa Etária acima de 90 anos Segundo Principais Diagnósticos (2012)

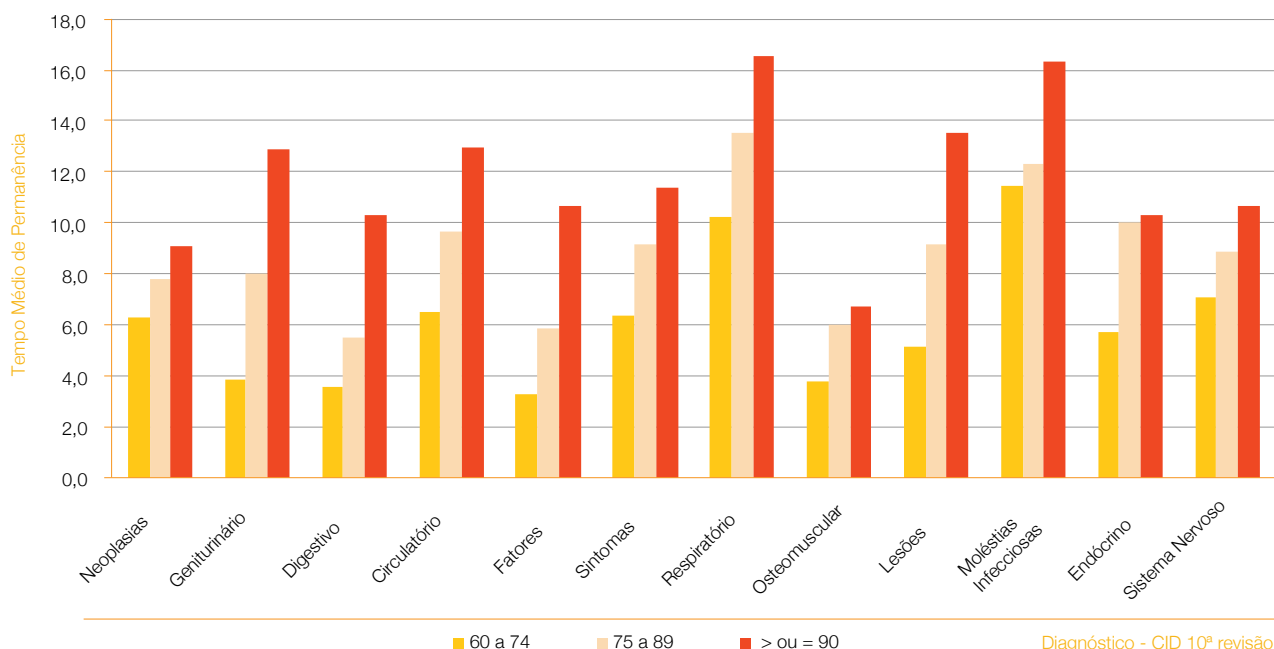


■ Neoplasias ■ Circulatório ■ Geniturinário ■ Digestivo
 ■ Respiratório ■ Sintomas ■ Lesões

Fonte: PMPA/Anahp.

Como pode ser observado no Gráfico 10, a permanência no hospital aumenta com a idade. Para a faixa de 60 a 74 anos, Moléstias Infecciosas, Doenças do Aparelho Respiratório e Sistema Nervoso, nesta ordem, apresentaram maior Tempo de Permanência quando comparados com os outros diagnósticos. O Tempo de Permanência é de 5,7 dias, enquanto que para o grupo de 75 a 89 anos é de 9 dias. Os diagnósticos que contribuem para maior permanência são Doenças do Aparelho Respiratório, Moléstias Infecciosas e Doenças Endócrinas. Para os pacientes acima de 90 anos, o Tempo Médio de Permanência geral é de 13 dias. Em relação aos diagnósticos, o tempo é maior que 10 dias para os principais casos, com exceção dos de Neoplasias e de Doenças Osteomusculares. O monitoramento dos casos de pacientes acima dos 60 anos é essencial para a gestão do cuidado. A introdução de cuidados paliativos quando indicado, o monitoramento no momento da alta para garantir a continuidade da assistência e prevenir reinternações não programadas, a retaguarda para acompanhamento domiciliar, capacitação de cuidadores, entre outras iniciativas, melhoram os resultados para os pacientes e aprimoram a utilização de leitos para os quadros agudos de descompensação.

Gráfico 10 - Distribuição do Tempo Médio de Permanência Segundo Principais Diagnósticos e Faixa Etária Selecionada (2012)

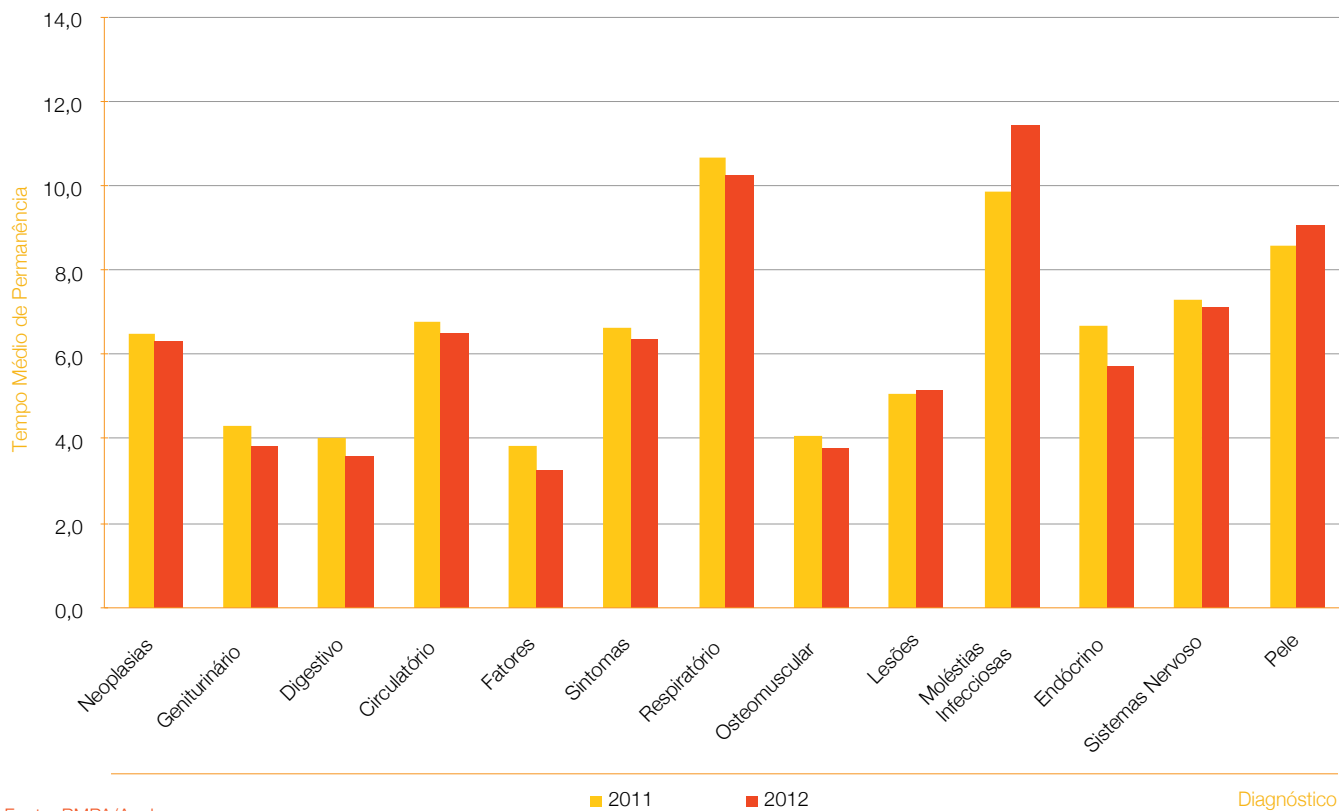


Fonte: PMPA/Anahp.

Nos Gráficos 11, 12 e 13, na comparação do Tempo Médio de Permanência entre 2011 e 2012, para cada grupo etário acima

dos 60 anos, é possível observar redução do indicador para a maior parte dos diagnósticos.

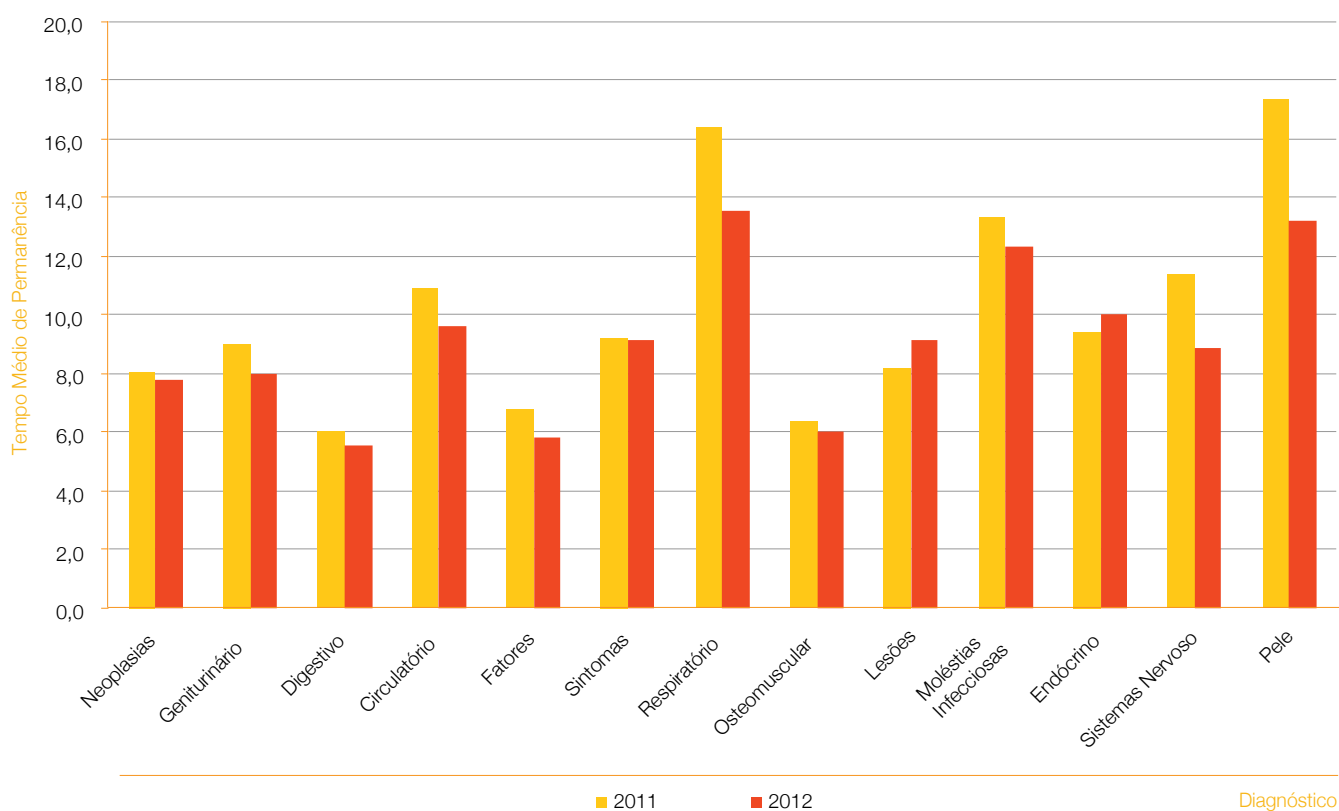
Gráfico 11 - Distribuição do Tempo Médio de Permanência para a Faixa de 60 a 74 anos



Fonte: PMPA/Anahp.

Diagnóstico

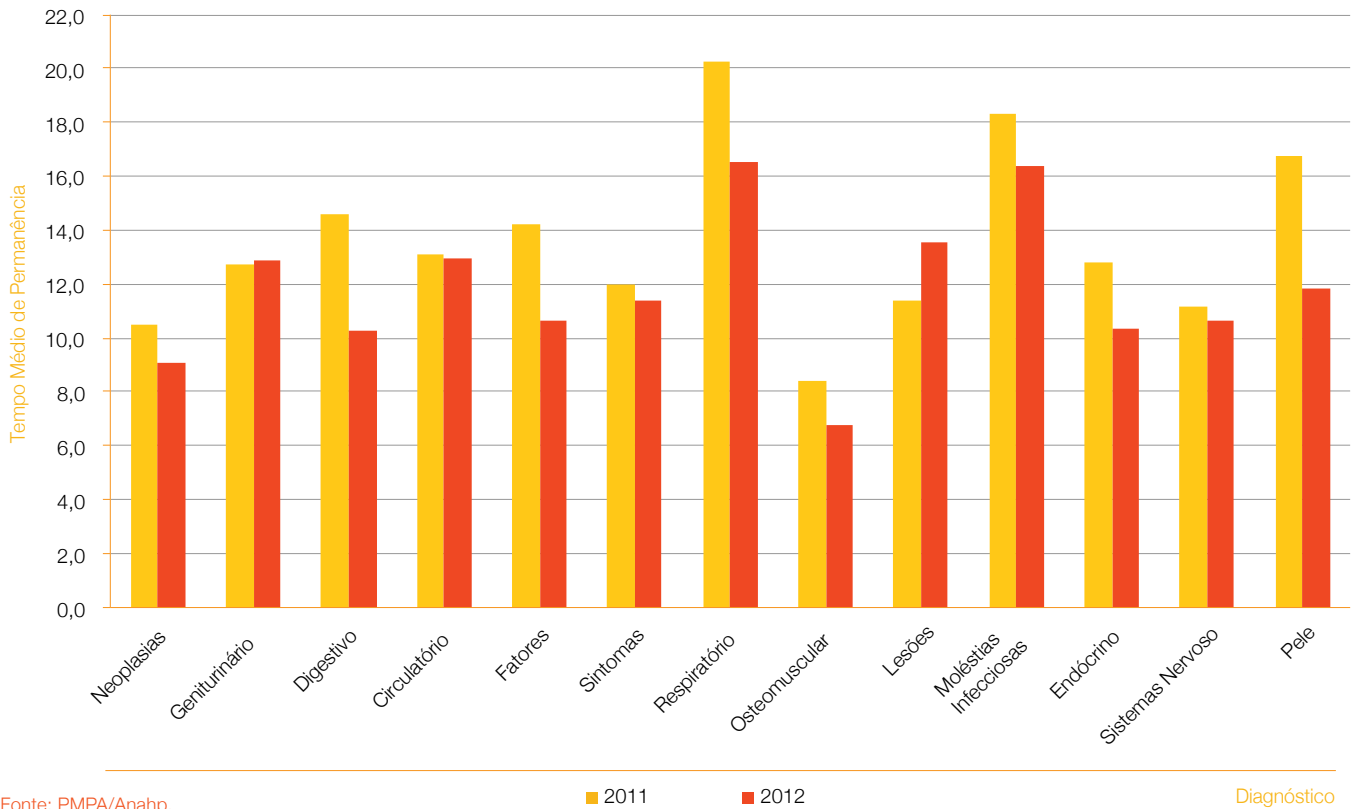
Gráfico 12 - Distribuição do Tempo Médio de Permanência para a Faixa de 75 a 89 anos



Fonte: PMPA/Anahp.

Diagnóstico

Gráfico 13 - Distribuição do Tempo Médio de Permanência para a Faixa acima de 90 anos

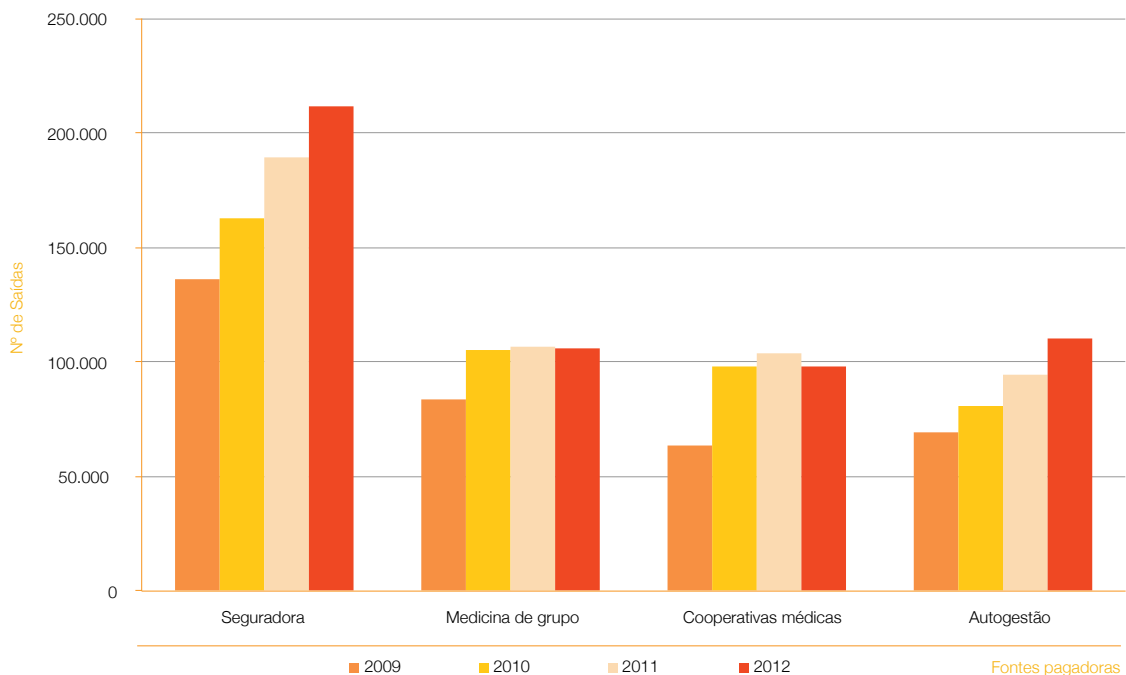


Fonte: PMPA/Anahp.

No que se refere às fontes de financiamento das internações, é possível avaliar a distribuição em 2012 por fonte pagadora (Gráficos 14 e 14a). Na série histórica observa-se o volume de atendimento das principais fontes pagadoras. No primeiro

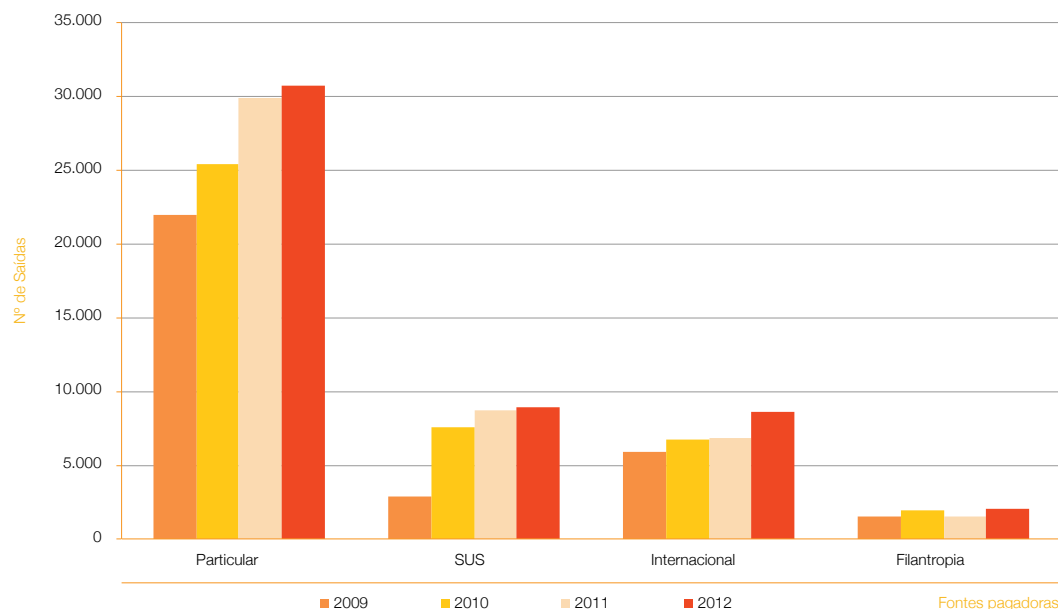
gráfico as mais frequentes, e no segundo as fontes com menor volume. As Seguradoras predominam na série, seguidas pelas empresas das modalidades Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Autogestão.

Gráfico 14 - Distribuição Anual das Principais Fontes Pagadoras



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 14a - Distribuição das Saídas Segundo Fontes Pagadoras de Menor Frequencia



Fonte: PMPA/Anahp.

Na série, os pacientes de Seguradoras e das Autogestões vêm crescendo nos hospitais, enquanto a Medicina de Grupo manteve-se estável nos últimos três anos e as Cooperativas Médicas caíram como fonte de financiamento. O pagamento particular, o atendimento a programas para atenção a pacientes usuários exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), o grupo de pacientes de planos internacionais e a filantropia cresceram nos últimos três anos. O grupo de pacientes internacionais apresentou a maior variação na comparação entre 2011 e 2012 (25%).

Desempenho assistencial - Análise dos dados mensais

A coleta, consolidação e análise dos dados mensais de indicadores selecionados teve início em janeiro de 2007.

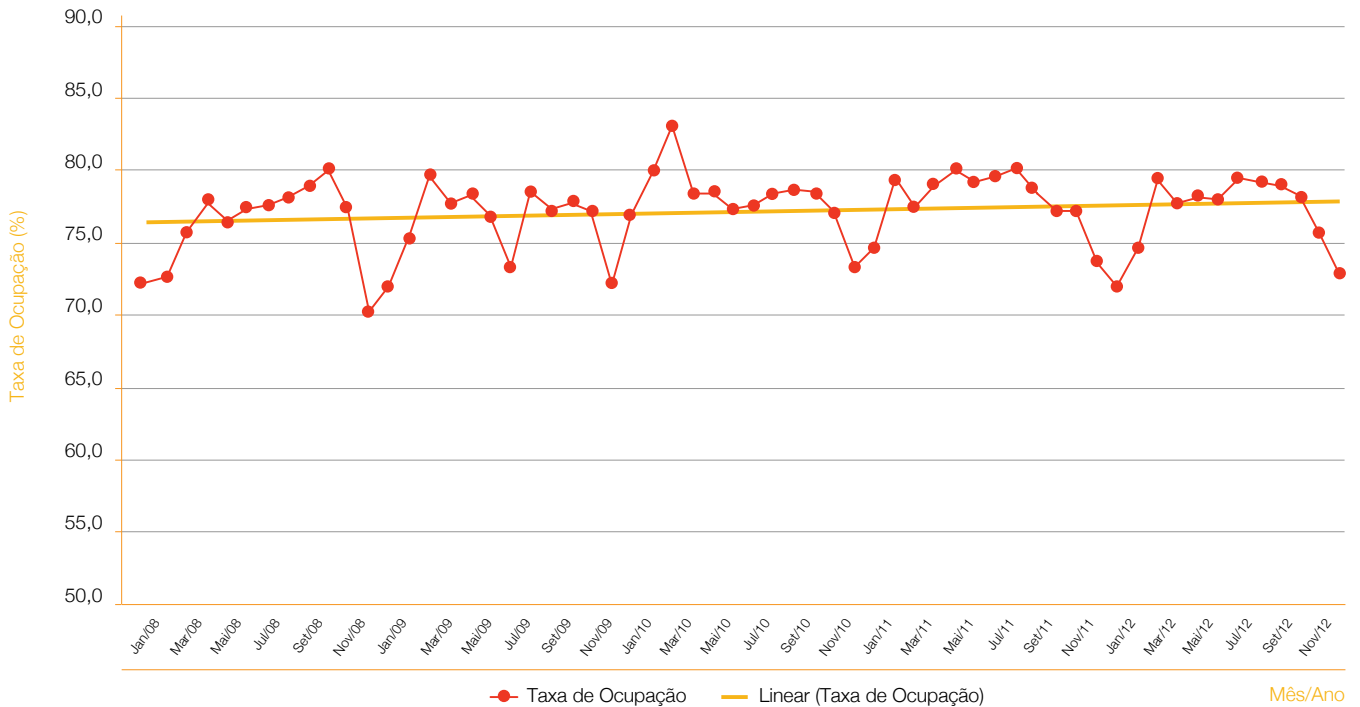
Os indicadores monitorados procuram fornecer subsídios e incentivos às boas práticas e maior segurança na prática clínica. Em 2012 foram recebidos dados de 39 hospitais, correspondendo a 85% dos Hospitais da Anahp.

Os indicadores relacionados ao desempenho assistencial permitem a avaliação de dimensões importantes na governança clínica, quais sejam: eficiência na gestão do leito operacional, análise dos resultados do movimento cirúrgico – produtividade e efetividade assistencial. No que diz respeito à eficiência na gestão do leito operacional, os hospitais têm apresentado tendência linear de crescimento das Taxas de Ocupação, de aproximadamente 78% em 2012 (Tabela 5, Gráfico 15). As taxas em janeiro e dezembro de 2012 contribuíram para um valor anual menor do que o encontrado em 2011.

Indicadores de Gestão Assistencial

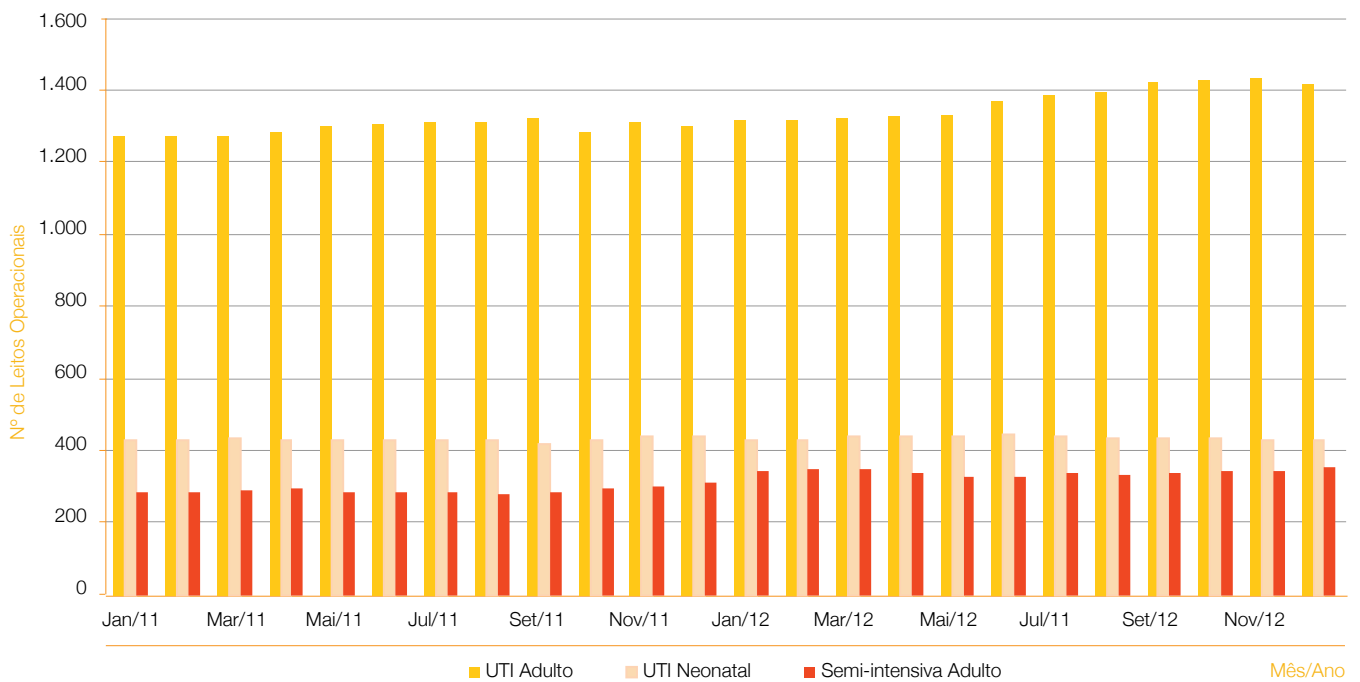
- Taxa de Ocupação Operacional (Paciente-dia/leitos-dia operacionais*100) – Geral do Hospital, UTI Adulto, Semi-intensiva e UTI Neonatal
- Média de Permanência (Pacientes-dia/Saídas)
- Índice de Giro (Saídas/ Leitos Operacionais)
- Intervalo de Substituição (100-Taxa de Ocupação*Média de Permanência/Taxa de Ocupação)
- Taxa de Pacientes Submetidos a Procedimentos Cirúrgicos (Pacientes Cirúrgicos/Saídas*100)
- Índice de Cirurgias por Paciente (Nº de Cirurgias/Pacientes Cirúrgicos)
- Taxa de Mortalidade Cirúrgica (Nº de Óbitos Cirúrgicos/Pacientes Cirúrgicos *100)
- Taxa de Mortalidade Institucional (Nº óbitos >=24hs/ Saídas*100)
- Taxa de Pacientes Residentes (Nº de pacientes com permanência acima de 90 dias/Saídas*100)

Gráfico 15 - Distribuição Mensal da Taxa de Ocupação e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 16 - Distribuição Mensal do Número de Leitos Operacionais das UTIs e Semi-intensivas



Fonte: PMPA/Anahp.

Os hospitais possuem quantidade significativa de leitos de terapia intensiva para adultos (incluindo as UTIs coronarianas) pediátricos e neonatais. Para o ano de 2012, 11 hospitais informaram leitos de semi-intensiva. Observa-se crescimento importante dos leitos de terapia intensiva para adultos e de leitos de semi-intensiva.

O número de leitos críticos (terapia intensiva) e semicríticos (semi-intensiva) e respectiva variação ao longo de 2011 e de 2012 está apresentado no Gráfico 16. Entre os Hospitais Membros da Anahp a proporção de leitos de terapia intensiva tem variado entre 15% e 30%, dependendo da existência de maternidade no hospital.

Desempenho Assistencial

A proporção entre leitos de terapia intensiva e o total de leitos do hospital vem crescendo desde 2007.

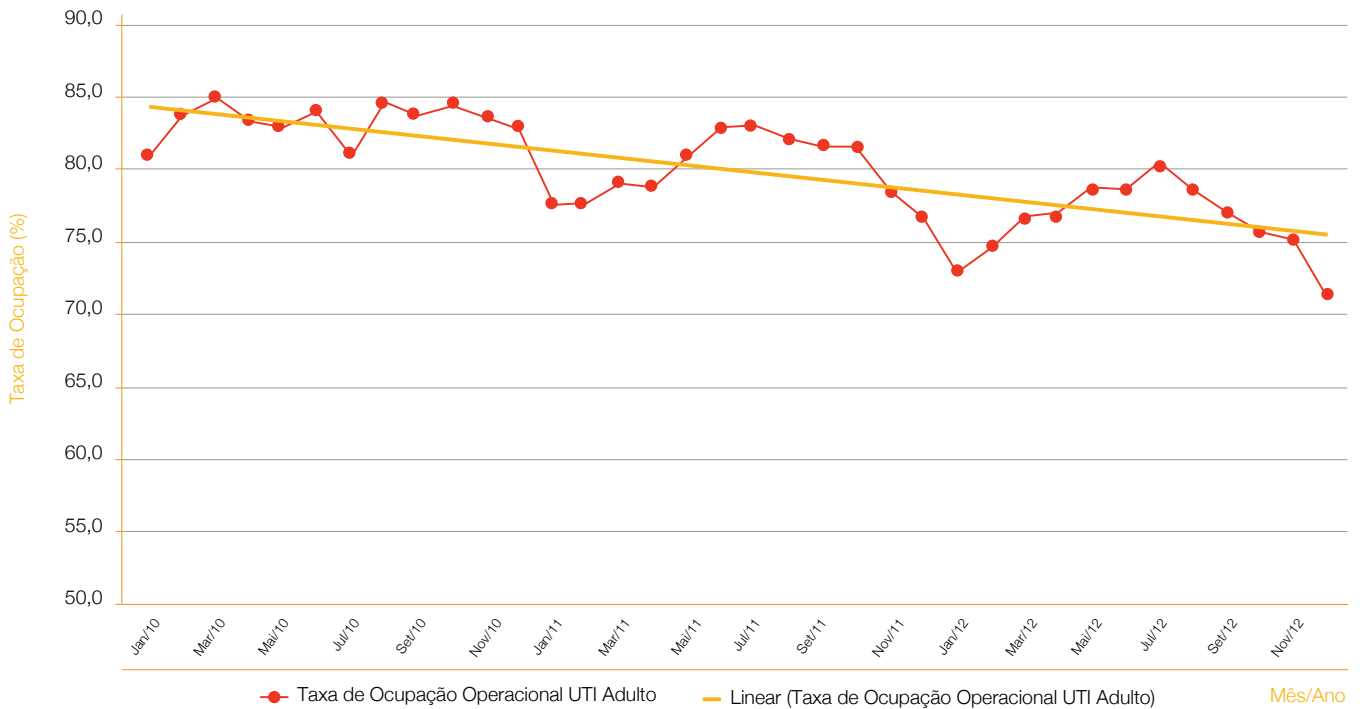
Observa-se, de um lado, a tendência de expansão do volume de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados em regime de hospital-dia e, de outro, a ampliação da relação de leitos de terapia intensiva e semi-intensiva no total de leitos do hospital. Esse modelo de organização assistencial tem se ampliado com evidências de impacto na melhor utilização do leito crítico e diminuição do Tempo de Permanência dos pacientes mais graves e que exigem maior complexidade e intensidade de cuidado clínico.

Em relação à qualidade do tratamento ofertado nas UTIs, monitora-se a Razão de Mortalidade Observada sobre a Esperada, de acordo com o escore de gravidade. Como demonstrado na Tabela 5, este índice esteve abaixo de 1 (um) durante todo o ano, com média de 0,64.

Um aspecto que deve ser analisado e monitorado constantemente são as Taxas de Ocupação das Unidades de Terapia Intensiva (adultos), uma vez que taxas acima de 85% estão relacionadas com o aumento do número de eventos adversos e com a menor segurança para pacientes e profissionais.

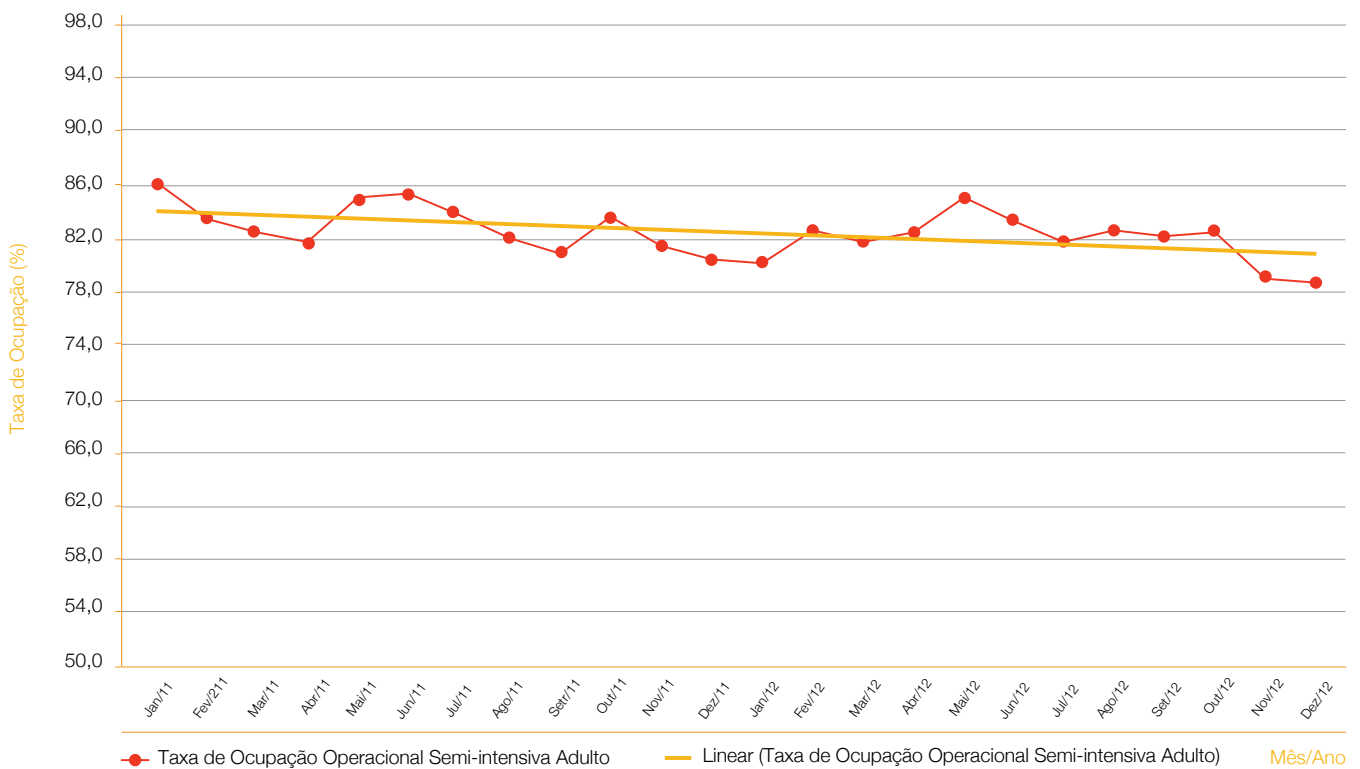
Provavelmente em razão do aumento da oferta de leitos de terapia intensiva e principalmente em função do crescimento dos leitos de semi-intensiva, as Taxas de Ocupação da Unidade de Terapia Intensiva Adulto caíram, enquanto que nas unidades de Terapia Semi-Intensiva apresentaram aumento em 2012 (Gráficos 17 e 18).

Gráfico 17 - Distribuição Mensal da Taxa de Ocupação UTI Adulto



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 18 - Distribuição Mensal da Taxa de Ocupação Semi-intensiva



Fonte: PMPA/Anahp.

A Média de Permanência (Gráfico 19) apresenta tendência de crescimento na comparação da série desde 2009. Manteve o valor anual de 4,5 dias. Este tempo, como já demonstrado

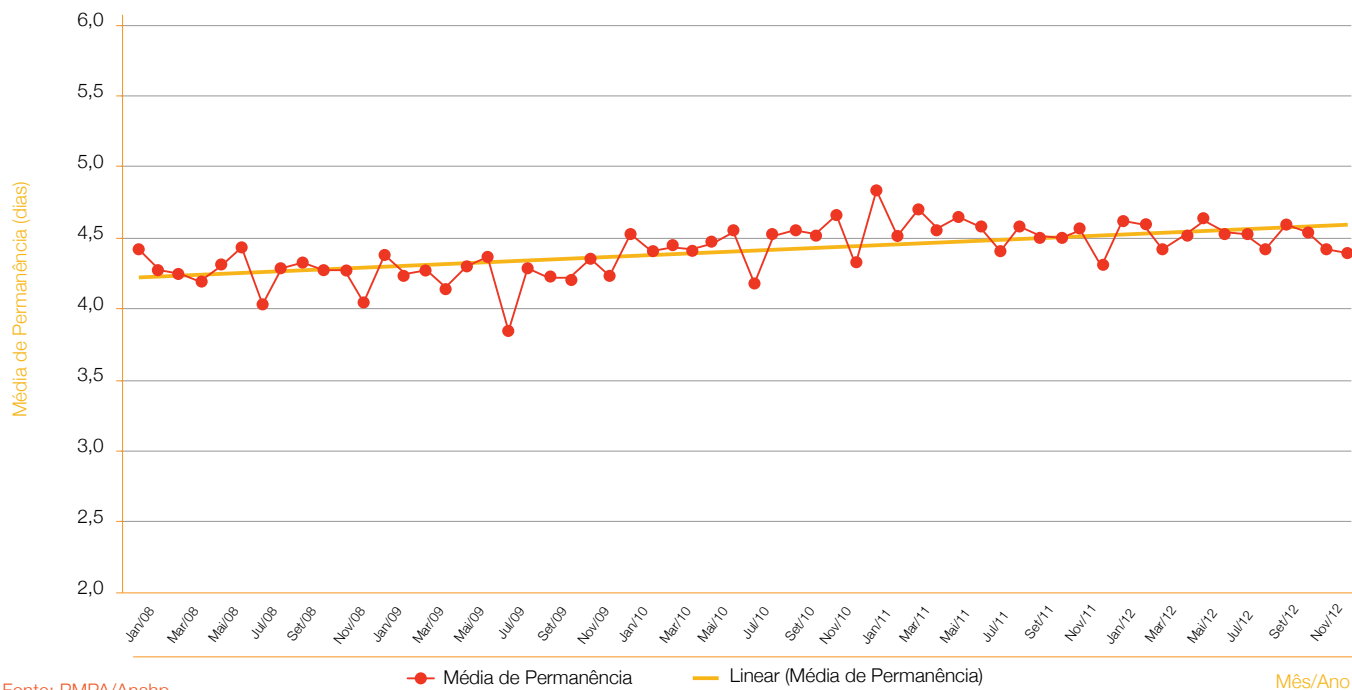
anteriormente, está diretamente relacionado ao perfil da demanda e ao modelo assistencial dos hospitais. A gestão acurada dos pacientes de maior gravidade e complexidade

Desempenho Assistencial

contribuiu para a redução do Tempo de Permanência em vários diagnósticos nos grupos etários acima de 60 anos. No entanto, a taxa de pacientes residentes (Gráfico 20) continua sendo uma questão assistencial de grande relevância. A tendência na série desde 2009 é de incremento, sendo que em 2012 observou-se

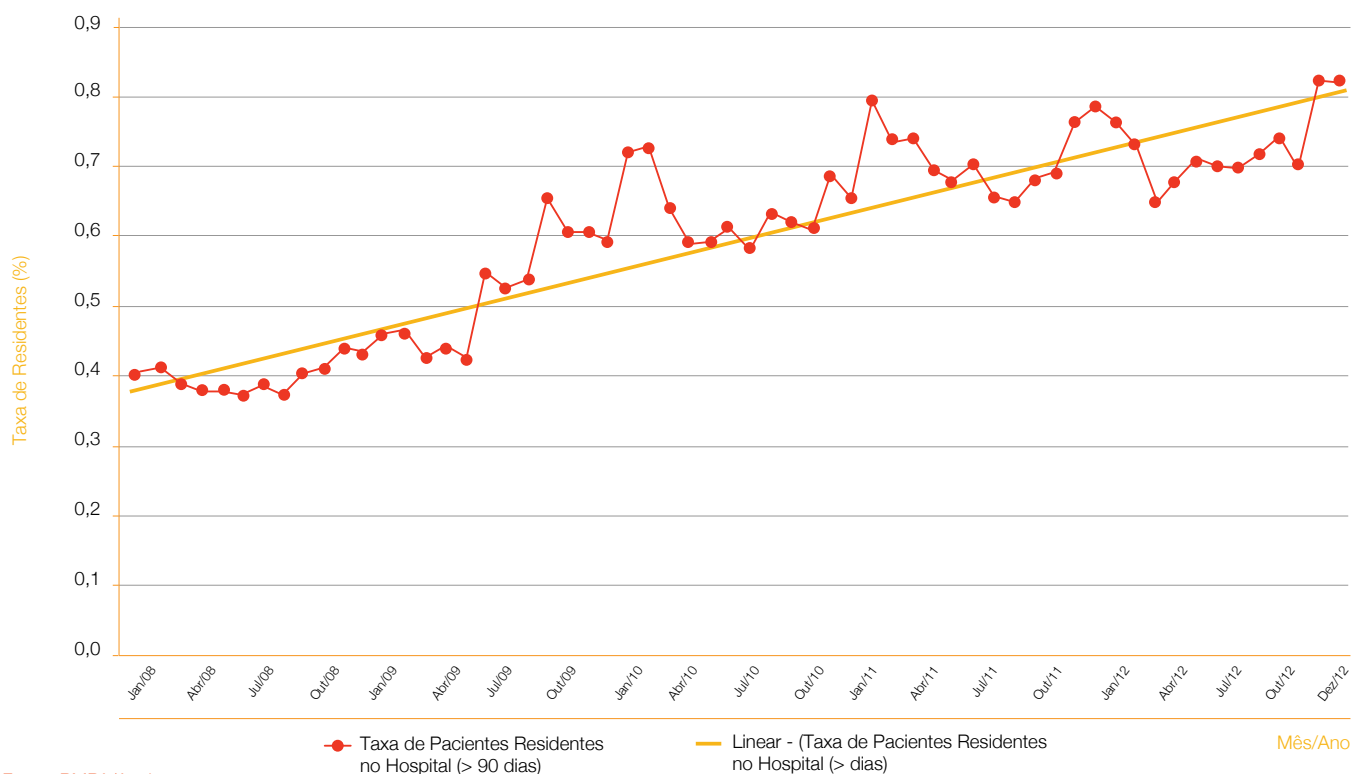
grande esforço de redução. O envelhecimento da demanda, associada a dificuldades culturais e sociais de acolhimento dos pacientes idosos fora do hospital são grandes desafios na gestão assistencial que precisam de enfrentamento contínuo.

Gráfico 19 - Distribuição Mensal da Média de Permanência e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 20 - Distribuição Mensal da Taxa de Pacientes Residentes no Hospital (> 90 dias) e Tendência Linear

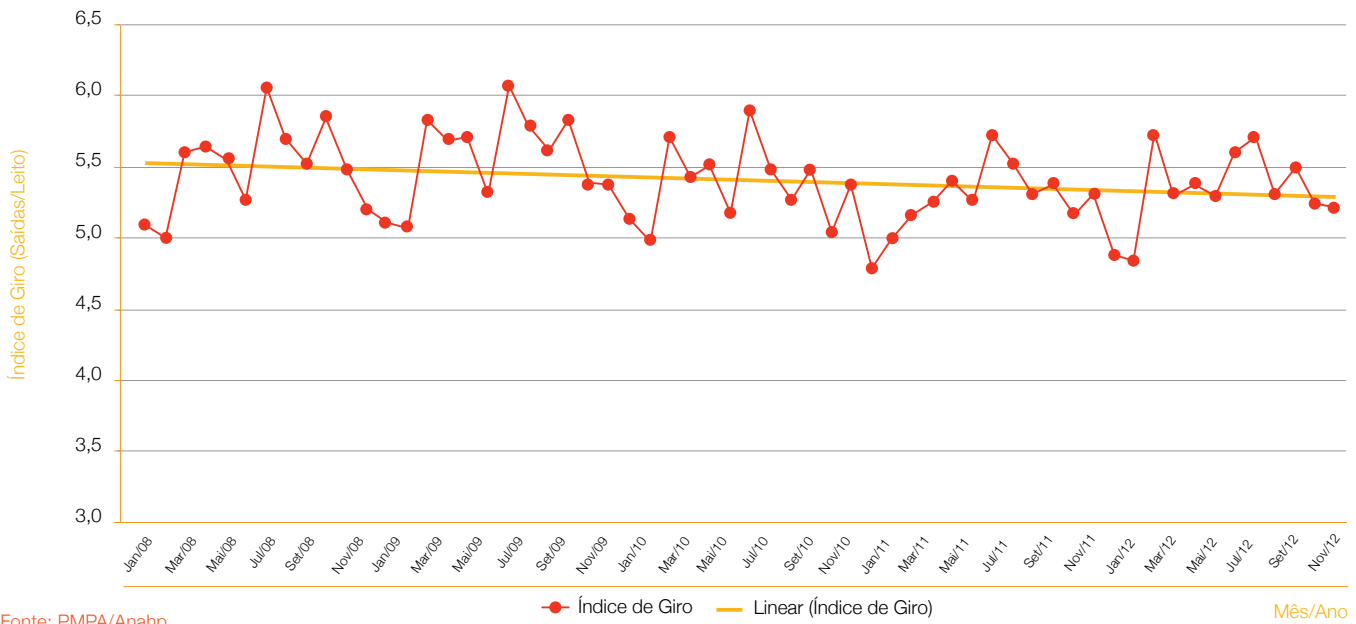


Fonte: PMPA/Anahp.

O Índice de Giro (Gráfico 21) e o Intervalo de Substituição estão relacionados à Taxa de Ocupação e Média de Permanência. O aumento da permanência implica menor giro, ou seja, menor rotatividade de pacientes por leito. O Intervalo de Substituição (tempo que o leito fica desocupado) (Gráfico 22) apresentou maior variação acompanhando a Taxa de Desocupação.

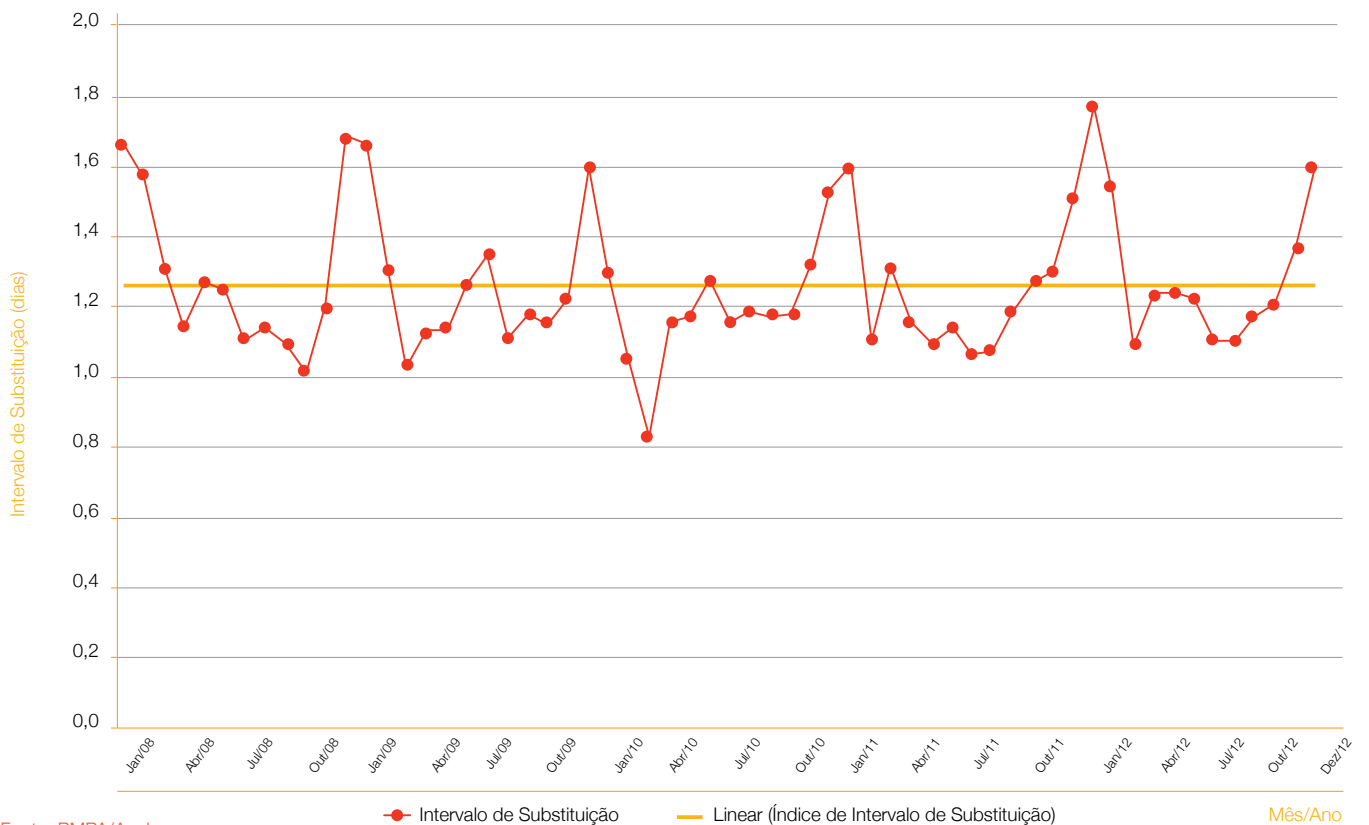
Pode-se concluir com isto que a gestão e o monitoramento dos leitos por meio de times e envolvimento das equipes clínicas que propiciam alta antes das 10 horas da manhã são estratégias que continuam essenciais para ampliar a capacidade operacional dos hospitais, sem investimento na criação de novos leitos.

Gráfico 21 - Distribuição Mensal do Índice de Giro e Tendência Linear



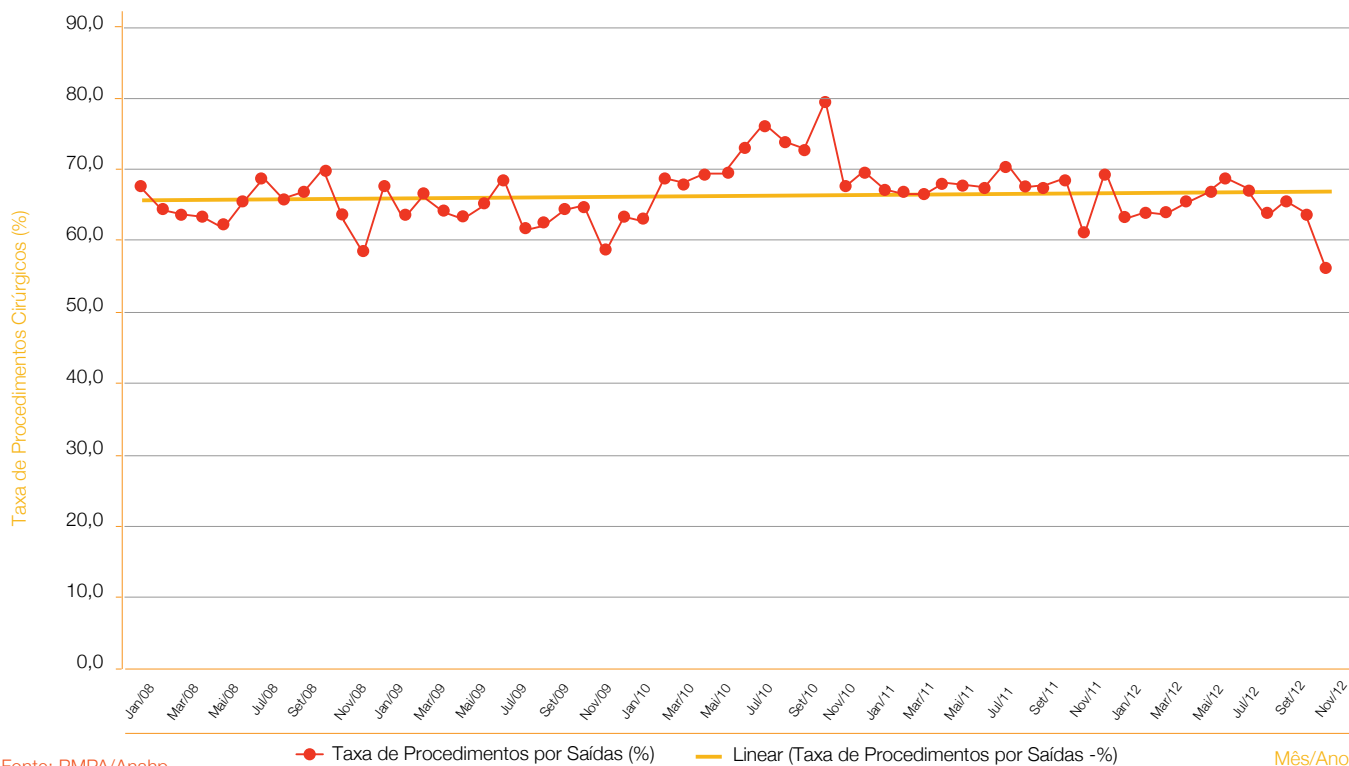
Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 22 - Distribuição Mensal do Índice de Intervalo de Substituição e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 23 - Distribuição Mensal da Taxa de Procedimentos Cirúrgicos e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

● Taxa de Procedimentos por Saídas (%)

— Linear (Taxa de Procedimentos por Saídas -%)

Mês/Ano

Quando se analisa 2012 em comparação com o ano anterior, observa-se redução do volume cirúrgico e crescimento das internações clínicas relacionadas à perinatologia e à oncologia clínica. A rotatividade do paciente cirúrgico é maior do que a observada no paciente clínico que, se mantida, resultará em maior Tempo de Permanência.

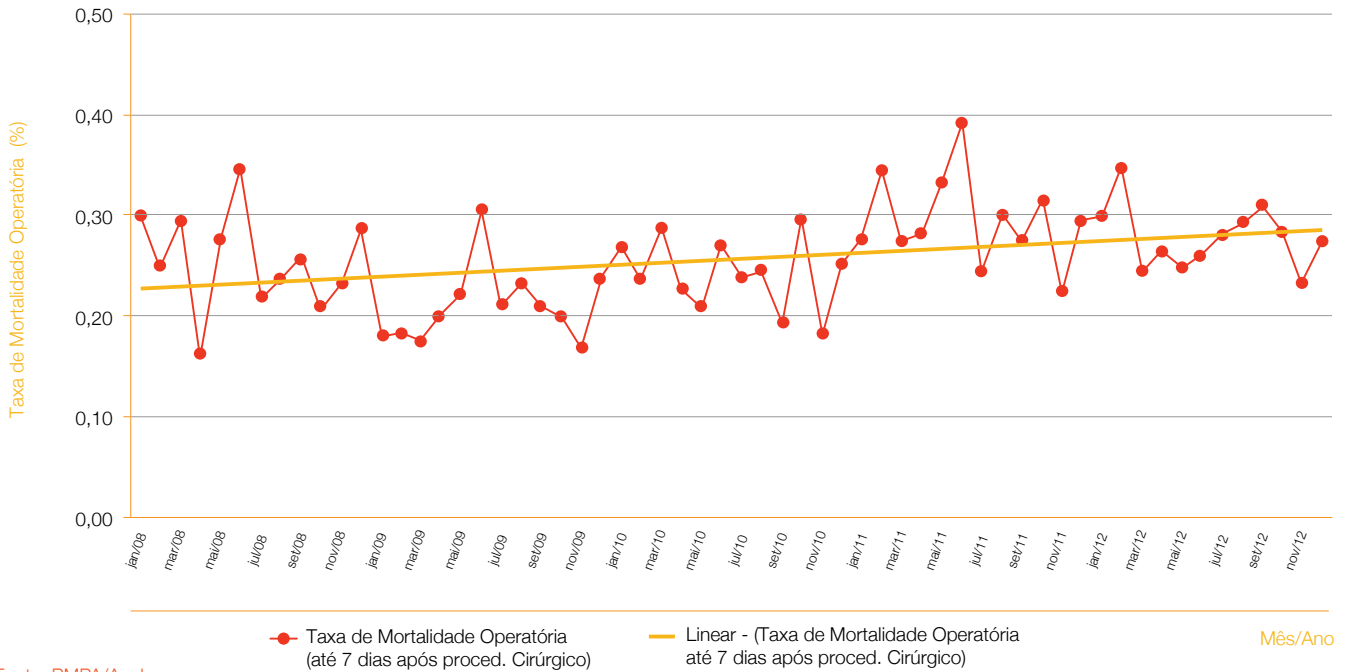
Outro aspecto a ser ressaltado é a análise da complexidade do paciente cirúrgico. Nos Hospitais da Anahp há um predomínio da área cirúrgica nas atividades operacionais (65%) (Gráfico 23). O número de cirurgias por paciente caiu, já a mediana de idade dos pacientes teve crescimento, ainda que discreto. Estes fatores apontam para o aumento da severidade dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

A forma mais adequada de monitorar a gravidade dos pacientes cirúrgicos é utilizando o escore padrão para Avaliação de Risco Anestésico (ASA). Este escore é registrado na ficha anestésica do paciente, mas ainda não está disponível nos relatórios informatizados em muitos hospitais. Está programado para 2014 o início da coleta deste indicador. O número de cirurgias por paciente é uma indicação do mix de cirurgias, no qual a maior proporção de cirurgias por paciente evidencia a parcela mais significativa de cirurgias plásticas, cirurgias infantis, cirurgias de aparelho digestivo e outros procedimentos de menor complexidade. A redução deste índice indica aumento de procedimentos de alta complexidade. (Tabela 5).

A Taxa de Mortalidade Operatória apresenta tendência de crescimento na série relacionada à complexidade dos procedimentos e por aumento da idade dos pacientes submetidos a cirurgias, o que está vinculado ao crescimento da gravidade e do risco anestésico dos pacientes cirúrgicos. (Gráfico 24 – Tabela 5).

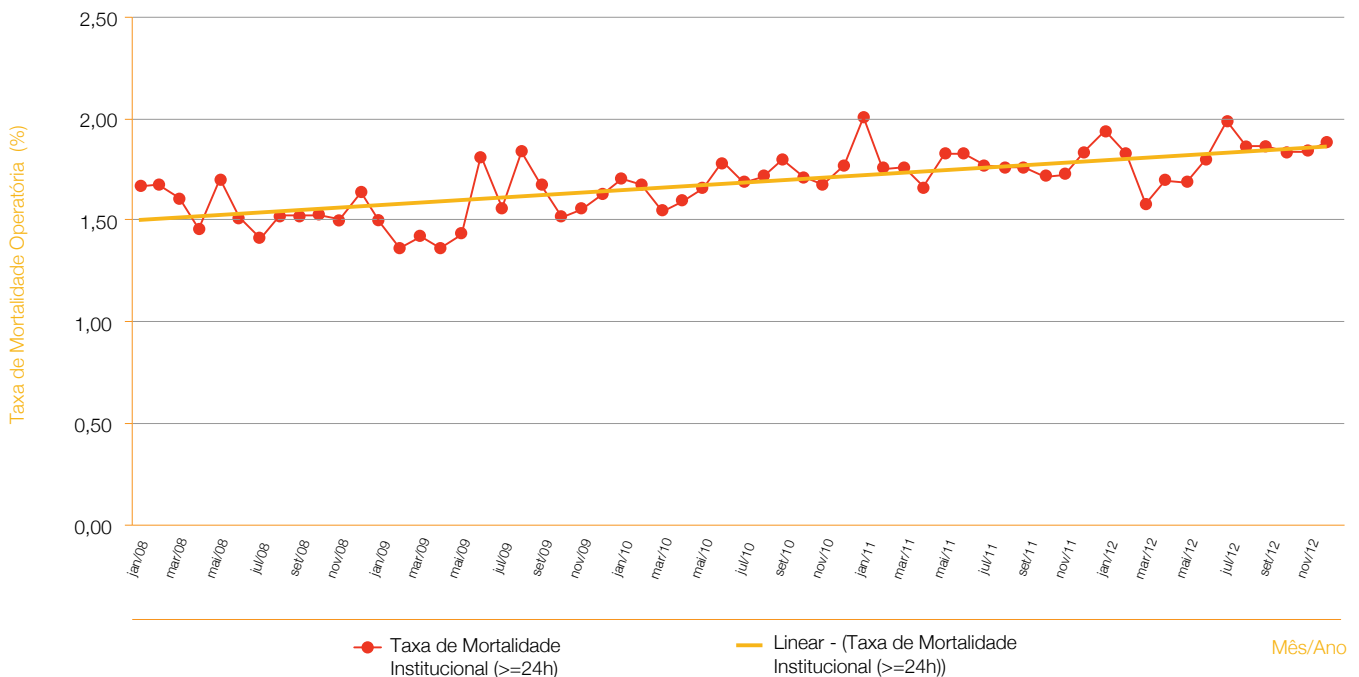
A análise da Taxa de Mortalidade Institucional deveria ser ajustada pela gravidade dos pacientes e pela complexidade dos serviços. Quanto maior a complexidade da estrutura hospitalar, maior o número de pacientes graves e com maior risco de vida. A longevidade e o crescimento de atendimentos de pacientes oncológicos em todos os hospitais são indicações de uma maior gravidade e da complexidade da demanda. Mesmo a maternidade que era considerada de menor risco, com o aumento da idade da primeira gestação e o crescimento do número de grávidas entre 35 e 44 anos, também incrementou o risco. A taxa apresenta tendência de alta, atingindo uma média de 1,8% anual (Gráfico 25). O aumento da mediana de idade e da prevalência de comorbidades contribuiu para este crescimento. Quando comparados 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 66, as taxas dos Hospitais da Anahp são menores do que a mediana de 2,71%, apontada pelo CQH para hospitais gerais e de 2,6% para hospitais com certificação (selados).

Gráfico 24 - Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade Operatória e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 25 - Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade Institucional e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.



Qualidade e Segurança Assistencial

Nos últimos anos os Hospitais Anahp têm incorporado mais de um modelo de certificação, visando à qualidade assistencial

Essa preocupação pode ser evidenciada por meio dos resultados dos indicadores e do aumento da segurança nos processos assistenciais

Os Hospitais Membros da Anahp têm compromisso com metas de qualidade e segurança, sendo que nos últimos cinco anos mais de um modelo de certificação vem sendo incorporado entre as instituições, que consideram as vantagens de cada um deles em relação ao foco no processo assistencial e às exigências de mercado. Participar do processo de acreditação coloca o grupo de prestadores hospitalares em um patamar de investimento em segurança e qualidade diferenciado. Isto também pode ser avaliado pelos indicadores assistenciais, em especial aqueles relativos à infecções relacionadas à assistência e às boas práticas.

Em 2012, foram incluídos alguns indicadores, como Taxa de Demarcação de Lateralidade (que mede a adesão ao checklist cirúrgico no aspecto de marcação do local da cirurgia), Taxa de Conformidade de Preenchimento de Prontuário e Taxa de Erros de Medicação (busca ativa). Em 2011, a Taxa de Antibioticoterapia Profilática, que acompanha um dos padrões de qualidade e segurança dos procedimentos cirúrgicos realizados, passou a ser coletada e pela primeira vez os dados serão apresentados. Os resultados da Taxa de Erros de Medicação não serão apresentados nessa publicação, pois o número de hospitais que enviaram os dados ainda é pequeno, embora tenha apresentado crescimento no segundo semestre de 2012.

Os indicadores de Qualidade e Segurança devem ser interpretados considerando-se a estrutura e o perfil assistencial dos hospitais. Neste sentido, são comparáveis a hospitais de grande porte e de alta complexidade. Os resultados com dados e indicadores estão apresentados nas Tabelas 5 e 5a.

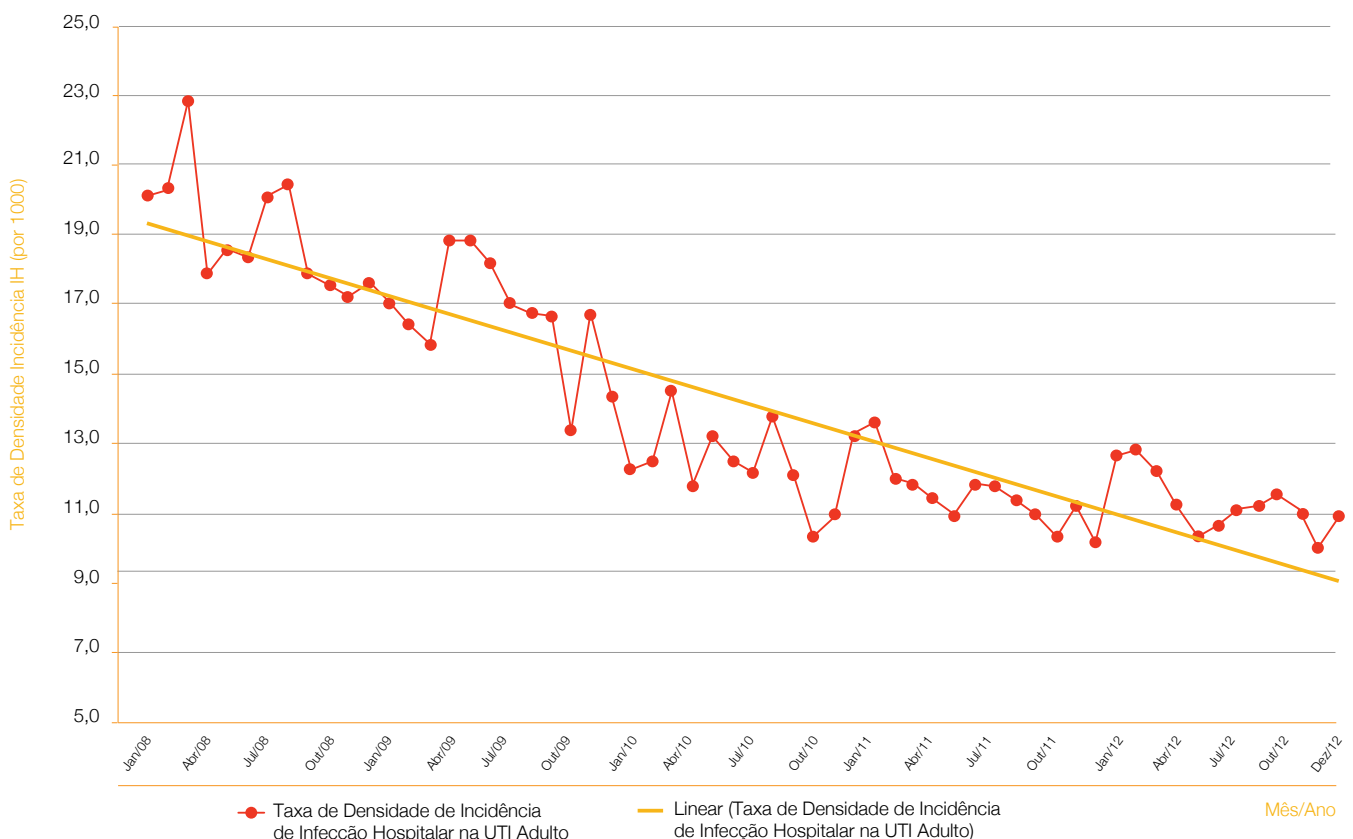
Indicadores de Qualidade e Segurança Assistencial

- Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar (IH) em UTI Adulto, UTI Neonatal e Semi-Intensiva
- Taxa Densidade de Incidência de IH associada a Cateter Venoso Central (CVC) em UTI Adulto, UTI Neonatal e Semi-Intensiva
- Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central UTI Adulto, UTI Neonatal e Semi-Intensiva
- Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico
- Taxa de Antibioticoterapia Profilática
- Taxa de Demarcação de Lateralidade
- Taxa de Conformidade de Preenchimento de Prontuários
- Índice de Úlcera de Pressão

A Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar (nº de infecções hospitalares/nº de pacientes-dia x 1000) está relacionada diretamente à Taxa de Utilização de Procedimentos Invasivos nas Unidades de Terapia Intensiva, ou seja, quanto maior a utilização de procedimentos, maior o risco de aquisição de infecção hospitalar. A implantação e a aderência das equipes assistenciais aos bundles (pacotes de cuidados) nas Unidades de Terapia Intensiva, especialmente em relação ao uso de cateter vascular central e de ventilação mecânica têm contribuído para que a indicação seja mais adequada, e a retirada também mais oportuna. Essas ações integradas determinaram grande redução na incidência de

infecções associadas aos dispositivos. A Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Geral nas Unidades de Terapia Intensiva apresentou redução significativa (Gráfico 26). Nota-se que o ritmo de redução foi menor em 2012, comparado a 2010 e 2011. A redução das Taxas de Densidade de Incidência nestas unidades evidenciam maior segurança na atenção aos pacientes e melhor resultado para o sistema de saúde, especialmente considerando o aumento da mediana de idade dos pacientes e a maior prevalência de comorbidades. Estes fatores aumentam o risco intrínseco dos pacientes em adquirir infecções relacionadas à assistência.

Gráfico 26 - Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência IH (por 1000 pd) nas UTIs Adulto e Tendência Linear

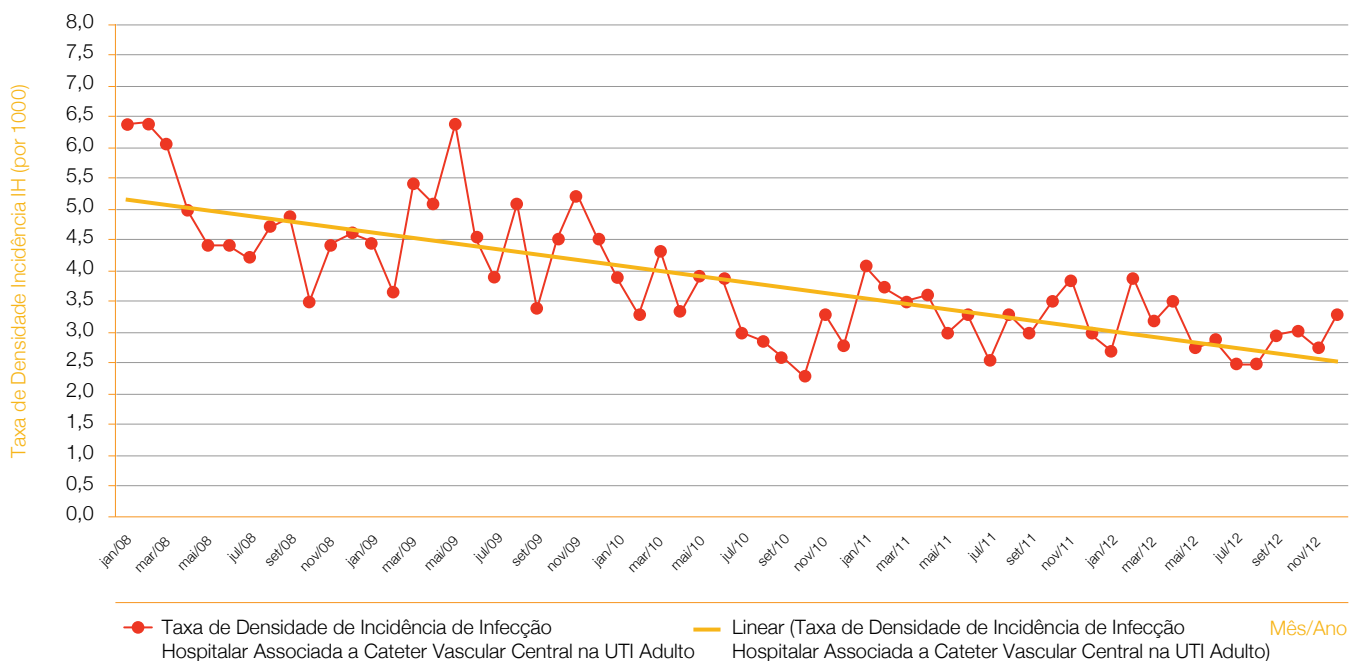


Desempenho Assistencial

As Taxas de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar associadas a Cateter Vascular Central nas Unidades de Terapia

Intensiva de adultos também sofreram importante redução, como demonstrado no Gráfico 27.

Gráfico 27 - Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência de IH associada a CVC (por 1000 cateter-dia) nas UTIs Adulto e Respectiva Tendência Linear

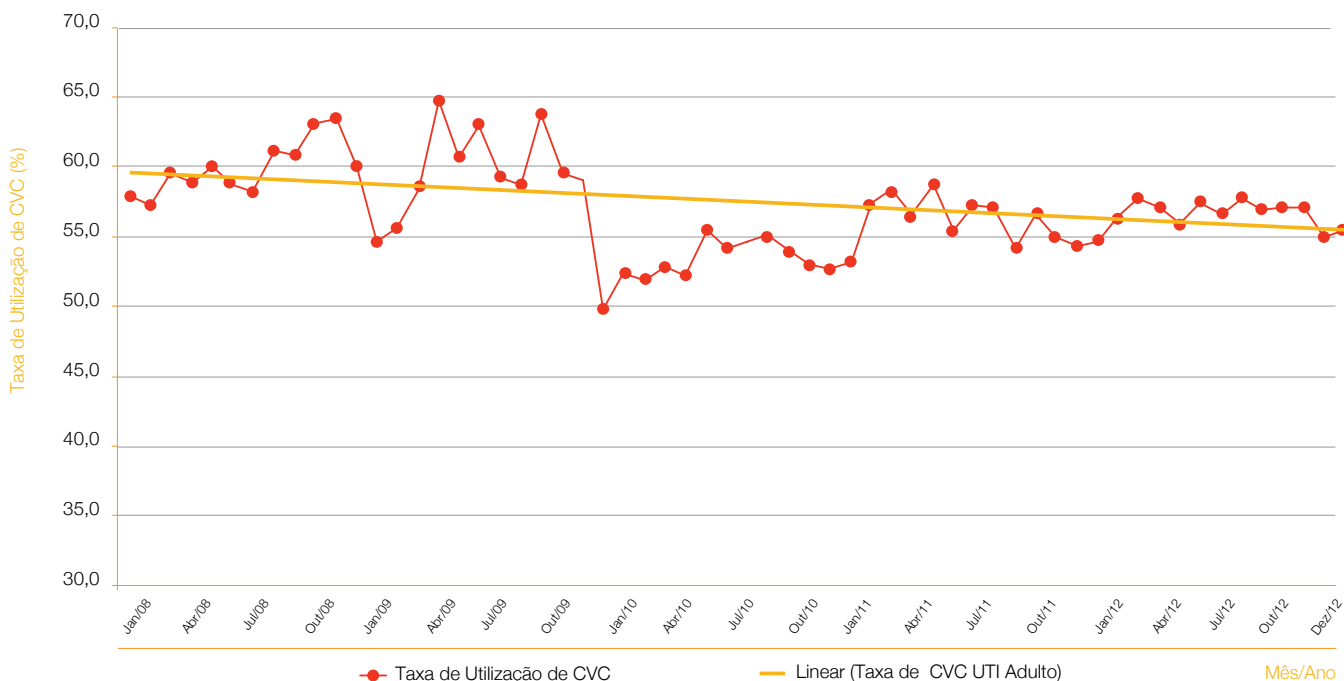


Fonte: PMPA/Anahp.

Esta diminuição está associada à menor Taxa de Utilização de Cateter Vascular Central. A Taxa de Utilização variou de 56% e 58% nas Unidades de Terapia Intensiva para pacientes adultos.

Ressalta-se que a Taxa de Utilização tem apresentado pouca variabilidade em 2011 e 2012, sugerindo maior padronização nas condutas (Gráfico 28).

Gráfico 28 - Distribuição Mensal da Taxa de Utilização (%) de Cateter Venoso Central nas UTIs Adulto

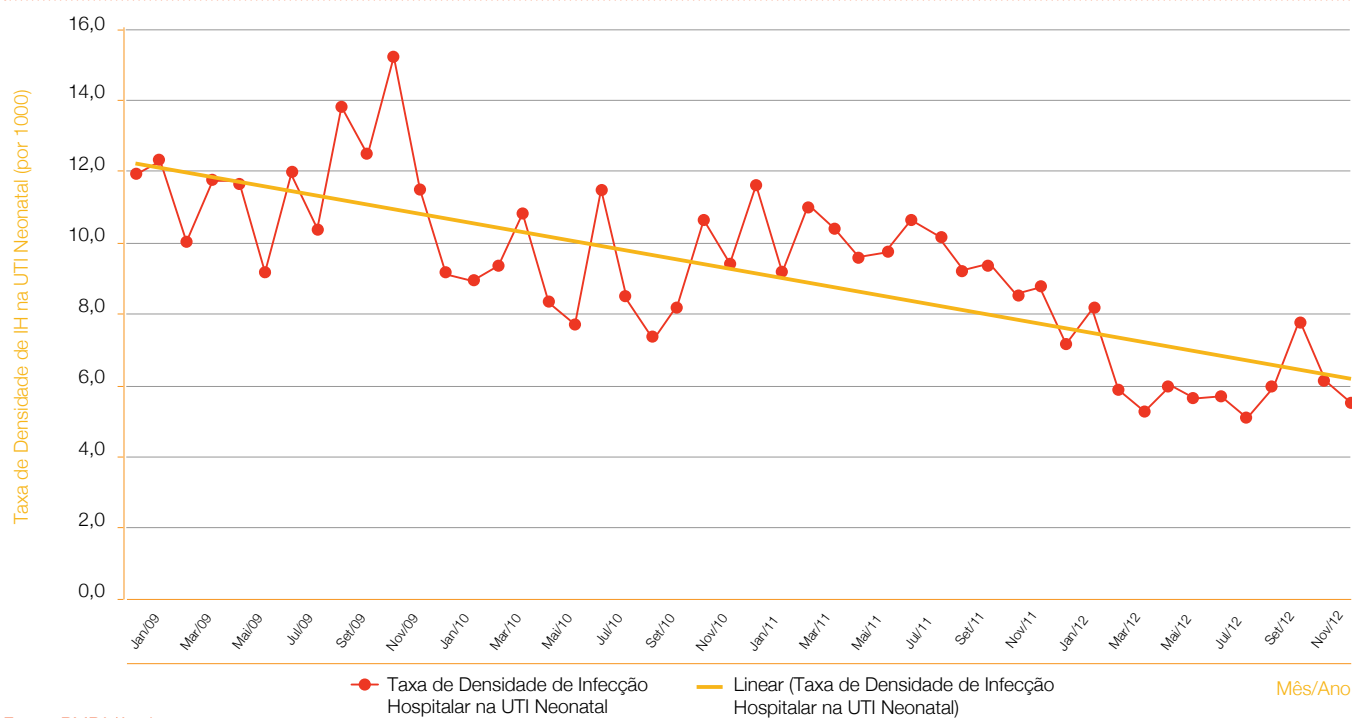


Fonte: PMPA/Anahp.

A qualidade dispensada nas Unidades de Terapia Intensiva é um dos aspectos-chave na gestão de serviços de assistência hospitalar. A redução do risco de infecção relacionada à assistência e à prevenção das complicações para os pacientes é um esforço contínuo de aprimoramento nas organizações. Ações nesta direção resultam num retorno mais rápido dos pacientes às atividades, menor custo social, menor proporção de incapacidades e melhor qualidade de vida. Constitui ainda menor risco de reinternações, o que, associado à redução do Tempo de Permanência Hospitalar, representa economia significativa de recursos para o sistema de saúde. Nas Unidades de Terapia Intensiva neonatal pode-se perceber

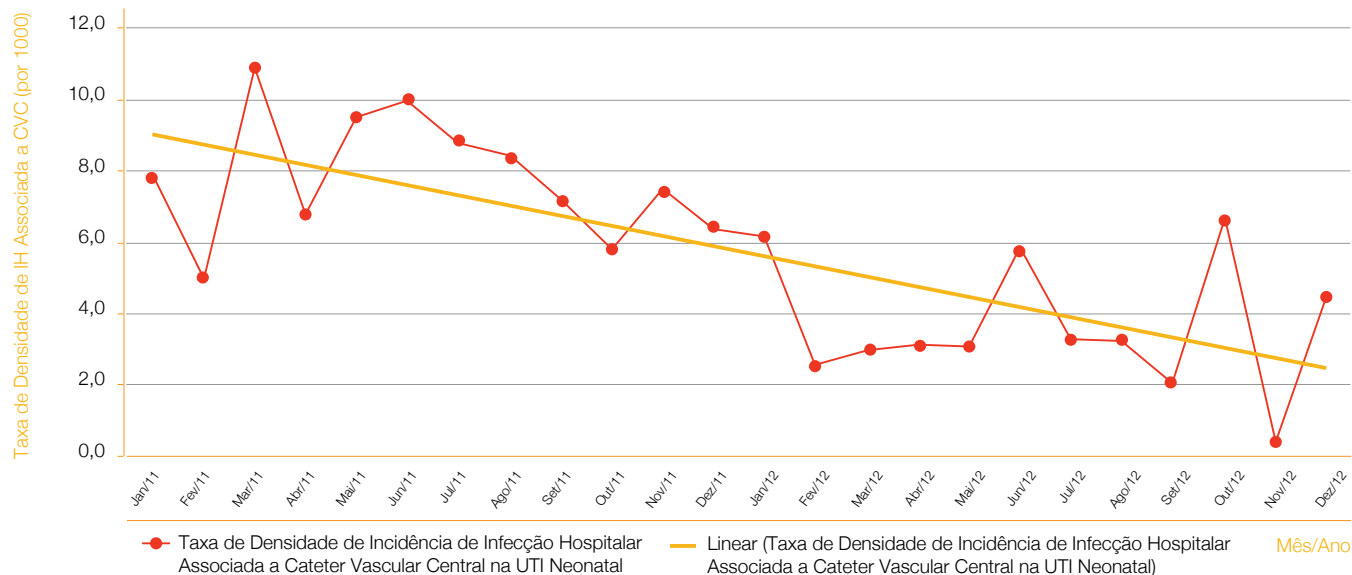
também diminuição significativa das Taxas de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar (Gráfico 29). As taxas passaram de cerca de 10/1000 a 12/1000 para 4/1000 a 6/1000. Esta redução está relacionada ao uso mais apropriado do cateter vascular e à melhor indicação de Ventilação Mecânica nas UTIs neonatais. As Taxas de Utilização variaram entre 21% e 31%, menores do que aquelas observadas em 2011 (Tabela 5a). A Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Sistêmica Associada ao Cateter Vascular Central na UTI Neonatal apresentou queda significativa, como pode ser visualizado no Gráfico 30.

Gráfico 29 - Distribuição Mensal da Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar (por 1000 pd) nas UTIs Neonatais e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 30 - Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência de IH Associada a CVC (por 1000 cateter-dia) nas UTIs Neonatais e Respectiva Tendência Linear

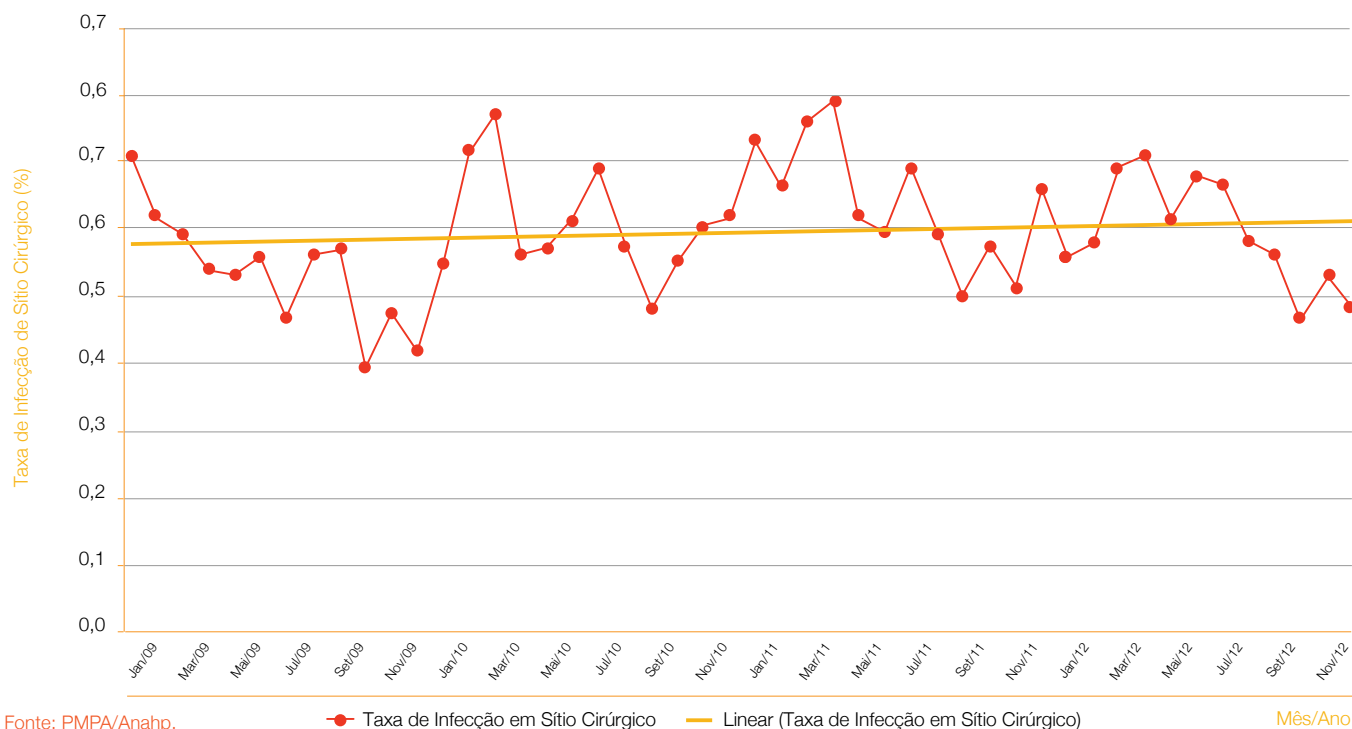


Fonte: PMPA/Anahp.

Nas Unidades de Semi-intensiva monitora-se as Taxas de Densidade de Incidência de Infecção, as Taxas de Utilização de Cateter Vascular Central e as Taxas de Densidade de Incidência de Infecção Sistêmica Associada a Cateter Vascular Central. Em 2012, 11 hospitais apresentavam leitos instalados em Unidades de Semi-Intensiva, sendo que a maioria deles acompanha os índices de infecção. As Taxas de Densidade de Incidência nas Unidades Semi-Intensiva também apresentaram diminuição. A variação observada foi entre 2/1000 e 5,8/1000 pacientes-dia (Tabelas 5 e 5a).

A Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (Gráfico 31) apresentou variação entre 0,5% a 0,7% durante o ano de 2012. Observa-se discreto aumento na tendência linear. Este aumento pode estar associado a uma maior complexidade cirúrgica já delineada anteriormente. Os dados de infecção são coletados a partir de busca ativa pós-alta, o que exige grande investimento das equipes de controle de infecção hospitalar dos hospitais. A padronização na definição da amostra para determinados grupos de cirurgia ainda precisa de ajustes. Em 2013, espera-se aprimoramento na coleta.

Gráfico 31 - Distribuição Mensal da Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico e Respectiva Tendência Linear

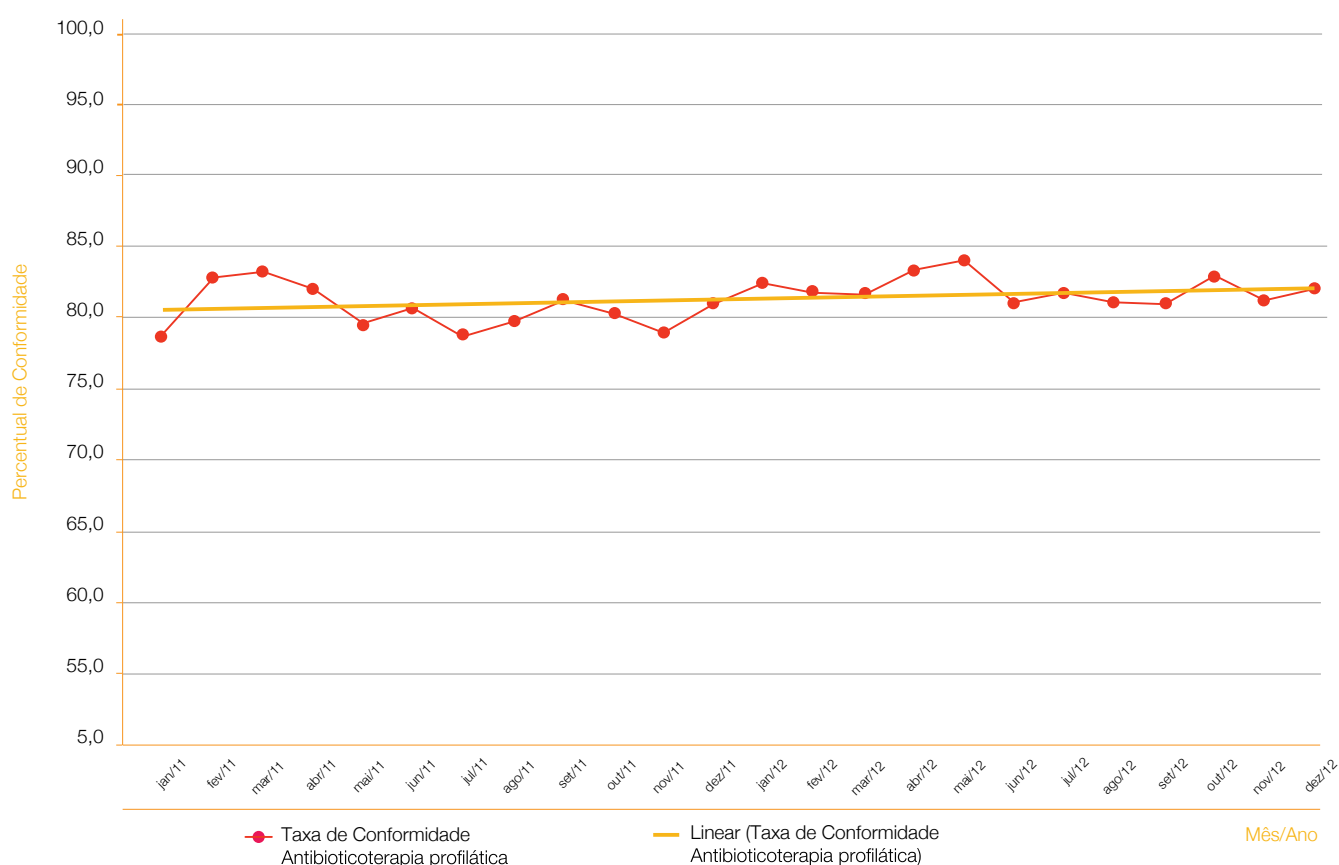


Fonte: PMPA/Anahp.

Para avaliar a qualidade do processo na atenção ao paciente cirúrgico, dois indicadores são monitorados. O primeiro indicador, que vem sendo acompanhado desde 2011 - a Taxa de Conformidade a Prescrição de Antibioticoterapia Profilática - é composto por três itens: a aplicação na hora correta prévia à cirurgia, o esquema recomendado pelas melhores evidências para cada tipo de cirurgia e a duração do esquema. Este último componente costuma ser o que determina inconformidade com o preconizado. No Gráfico 32, pode-se avaliar o grau

de conformidade variando entre 80% e 85%, com pequena tendência de aprimoramento (Tabela 5a). O segundo indicador, avaliado desde janeiro de 2012, é a Taxa de Demarcação de Lateralidade (conformidade com um dos itens do checklist cirúrgico recomendando pela Organização Mundial de Saúde). A taxa tem variado entre 86% a 97% de conformidade, com média de 92%. A meta a ser atingida é a realização da demarcação em 100% dos procedimentos cirúrgicos onde está indicada a demarcação (Tabela 5a).

Gráfico 32 - Distribuição Mensal das Taxas de Conformidade Antibioticoterapia Profilática (%)



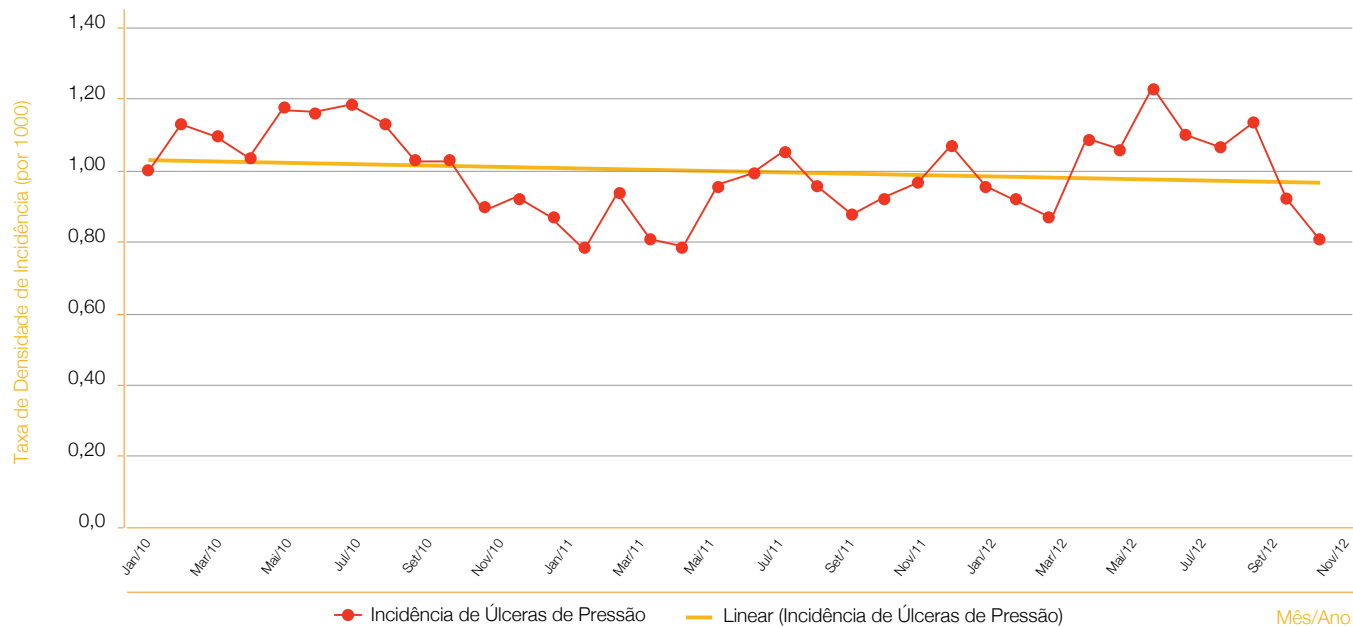
Fonte: PMPA/Anahp.

Em relação à segurança no ambiente assistencial, iniciou-se também em 2012 o monitoramento sobre o grau de preenchimento correto dos prontuários dos pacientes no conjunto dos hospitais. O registro preciso é elemento essencial para a integração da equipe assistencial e para a continuidade do cuidado ao paciente. A Taxa de Conformidade de Preenchimento dos Prontuários esteve entre 81% a 92% com média de 87% (Tabela 5a). Este é um dos padrões de qualidade

que os modelos de acreditação preconizam que devem ser aprimorados continuamente.

A Taxa de Densidade de Incidência de Úlcera de Pressão evidencia o cuidado de enfermagem nos hospitais. Incorporada a partir de janeiro de 2010, apresenta redução ao longo do período (Gráfico 33 – Tabelas 5 e 5a), denotando melhoria na assistência de enfermagem.

Gráfico 33 - Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência de Úlcera de Pressão (por 1000pd) e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

É possível dar vida
a uma ideia.

E transformar ideias
em preservação da vida.

Toda a ciência da Medtronic se reverte em tecnologia. E isso se reverte na preservação da vida. São décadas de constante aperfeiçoamento de uma ampla linha de equipamentos em diversas especialidades. Todos os dias, a cada procedimento cirúrgico bem-sucedido, comprovamos como uma ideia inovadora pode transformar milhares de vidas.

A Medtronic possui uma
extensa linha com diversas
especialidades profissionais.

CRDM



Cardiovascular



Neuromodulação



Diabetes



Cirurgia Cardíaca



Navegação



Coluna





Protocolos Assistenciais

Hospitais da Anahp aprimoram a gestão dos protocolos

Indicadores apresentam menor variabilidade e melhores resultados assistenciais

O monitoramento dos protocolos clínicos nos hospitais associados é feito por meio de indicadores que são acompanhados mensalmente, visando a fornecer informações para melhorar continuamente a prática clínica nos hospitais e garantir padrões de excelência na prestação de atendimento às patologias mais prevalentes e que são as principais causas de mortalidade no Brasil.

As Doenças do Aparelho Circulatório são as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras. O Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, são as afecções mais relevantes que motivam a procura aos serviços de urgência e emergência nos hospitais brasileiros. Os coeficientes de mortalidade para estas doenças têm distribuição heterogênea nas regiões brasileiras, relacionados à exposição aos fatores de risco e à estrutura etária da população. O risco de morrer por Doenças do Aparelho Circulatório é maior nas regiões Sul e Sudeste do país, conforme informações extraídas do sistema de informação de mortalidade disponíveis no DATASUS. As Neoplasias (câncer) são a segunda causa de morte nas regiões Sul e Sudeste e as Causas Externas lideram nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte.

A Anahp monitora resultados do atendimento para Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e Insuficiência Cardíaca Congestiva, esta última com alta prevalência em nosso meio e que consome grande quantidade de recursos se os pacientes não receberam o cuidado preconizado pelas melhores evidências. Em 2012, 28 hospitais enviaram dados e indicadores sobre os protocolos de Infarto Agudo do Miocárdio. Para Insuficiência Cardíaca Congestiva 24 hospitais responderam e para Acidente Vascular Cerebral, 18 hospitais.

Os resultados mensais dos indicadores para o ano de 2012 podem ser visualizados na Tabela 6.

Indicadores - Protocolos Assistenciais

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

- Tempo Porta CT
- Taxa de Tomografia
- Média de Permanência
- Taxa de Mortalidade

Insuficiência Cardíaca Congestiva

- Média de Permanência
- Taxa de Mortalidade
- Taxa de Betabloqueador na Alta (novo)
- Taxa de IECA ou BRA na alta (novo)

Pneumonias Adquiridas na Comunidade (crianças, adultos e idosos)

- Média de Permanência
- Taxa de Mortalidade
- Taxa de Antibioticoterapia Adequada

Sepse Comunitária

- Média de Permanência
- Taxa de Mortalidade
- Taxa de Antibioticoterapia Adequada

Colecistectomia Videolaparoscópica e Herniografia Inguinal

- Média de Permanência em Horas

Histerectomia Abdominal

- Média de Permanência em Dias

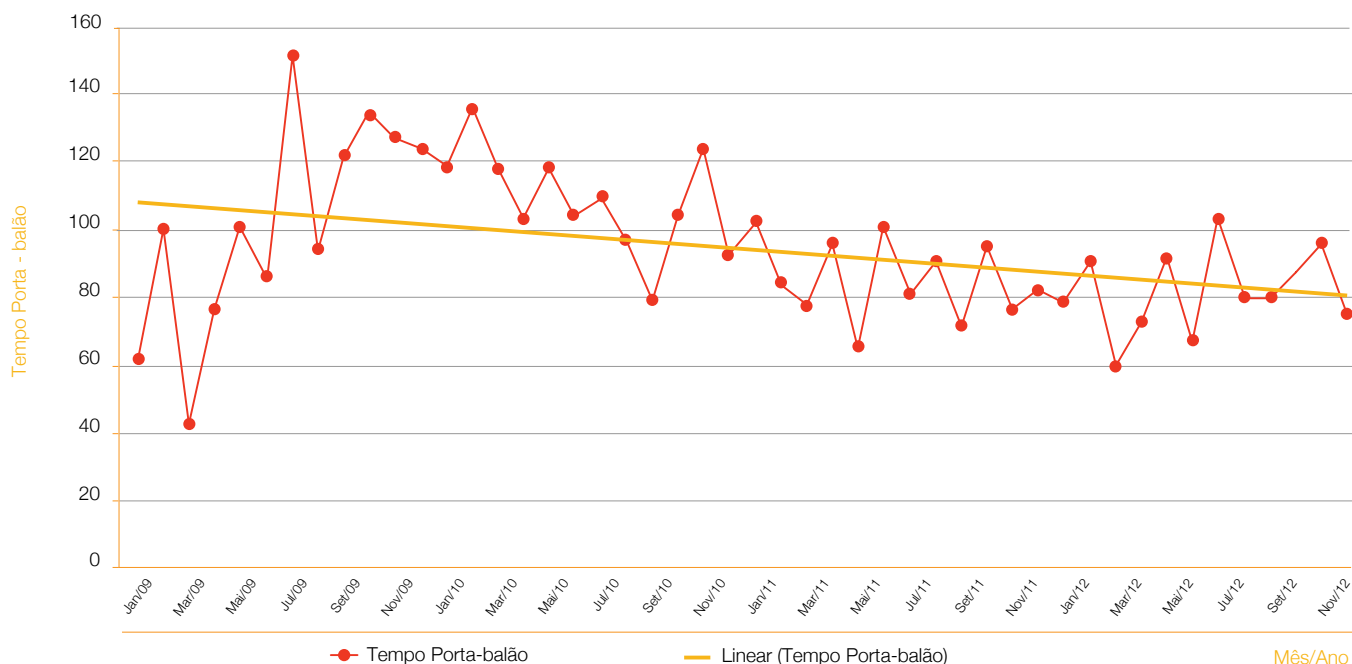
Taxa de Adequação à Profilaxia de TEV (pacientes cirúrgicos)

Infarto Agudo do Miocárdio

Os indicadores são coletados desde 2007, mas optou-se por apresentar nos gráficos os dados desde 2009. No Gráfico 34 pode ser visualizado o Tempo Porta-balão (tempo entre a chegada à porta do hospital e a realização do procedimento

– Angioplastia Primária), que apresenta tendência de redução, com média de 83 minutos e mediana de 75 minutos. Estes dados estão de acordo com o preconizado pelas diretrizes nacionais e internacionais, isto é, abaixo dos 90 minutos.

Gráfico 34 - Distribuição Mensal do Tempo Porta-balão (minutos) e Tendência Linear

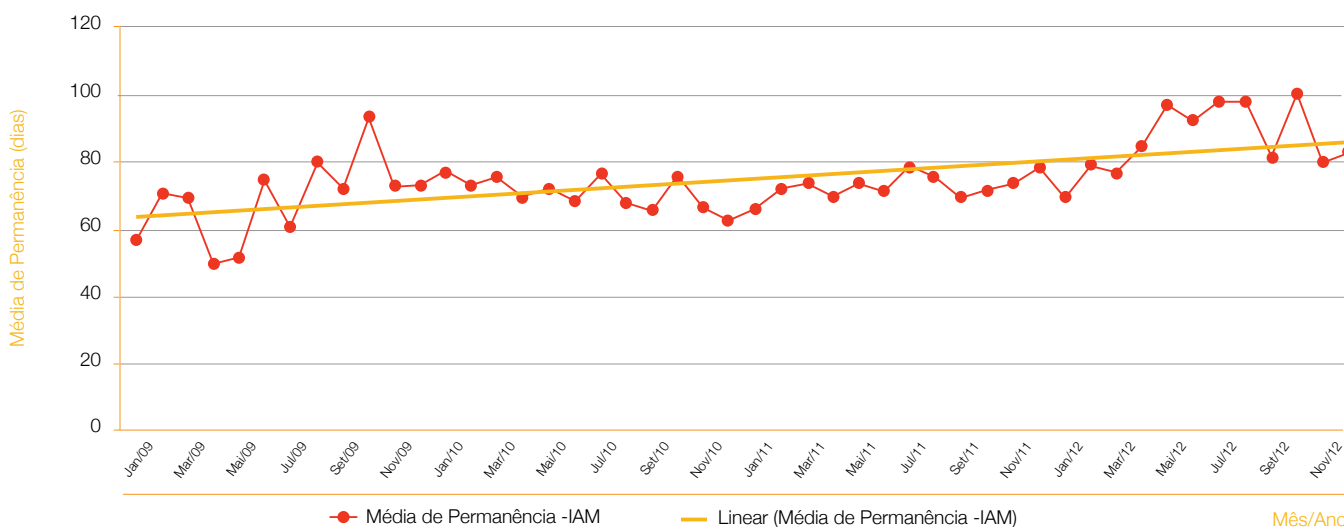


Fonte: PMPA/Anahp.

Para os casos de Infarto Agudo do Miocárdio, a Média de Permanência recomendada é de seis a oito dias. Nos hospitais associados observa-se tendência linear de aumento do Tempo de Permanência, especialmente no segundo semestre de

2012, variando entre oito e dez dias de permanência no hospital (Gráfico 35 – Tabela 6). A prevalência de pacientes com várias comorbidades e a mediana de idade um pouco mais elevada tiveram impacto na condução destes casos.

Gráfico 35 - Distribuição Mensal da Média de Permanência dos Pacientes com IAM e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Saúde começa com bem-estar



SAÚDE

A Sodexo oferece soluções de alta performance que contribuem para que a área da saúde otimize sua rotina e suas atividades, atingindo seus objetivos com mais qualidade e segurança.

- Melhor atendimento e segurança ao paciente
- Gestão por indicadores
- Racionalização de custos
- Processos orientados para a sustentabilidade
- Acreditações nacionais e internacionais
- Ser um empregador responsável
- Foco no engajamento dos colaboradores

www.sodexo.com.br

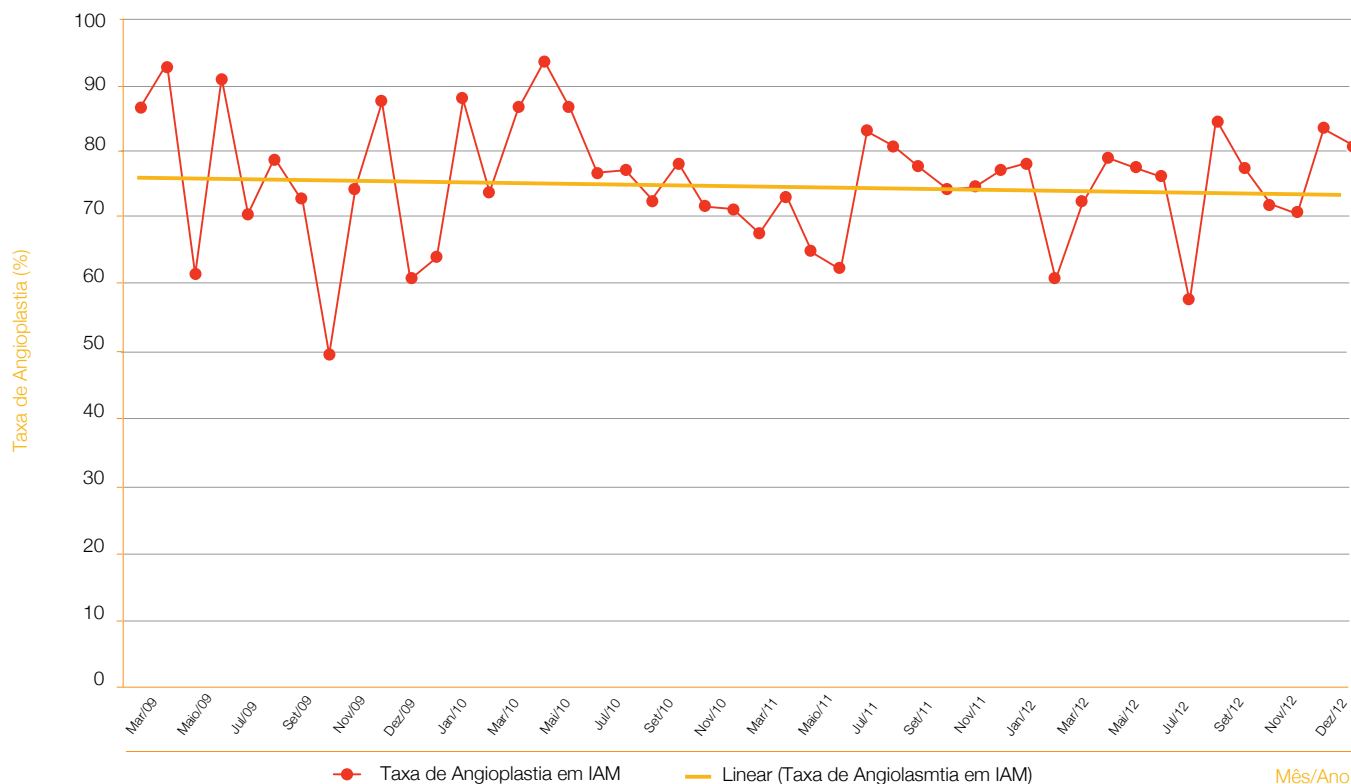
sodexo
SERVIÇOS DE QUALIDADE DE VIDA

Desempenho Assistencial

Cerca de um terço dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio apresentam supradesnívelamento, o que determina a Angioplastia Primária. A Taxa de Angioplastia Primária passou a ser coletada de forma adequada a partir de março de 2009.

Os valores observados em 2012 mantêm-se na média de 72%, variando ao longo do ano entre 56% e 83%. A meta é alcançar valores similares aos padrões internacionais - de 80% a 85% - e diminuir ainda mais a variabilidade.

Gráfico 36 - Distribuição Mensal da Taxa de Angioplastia em Pacientes com IAM com Supra ST e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

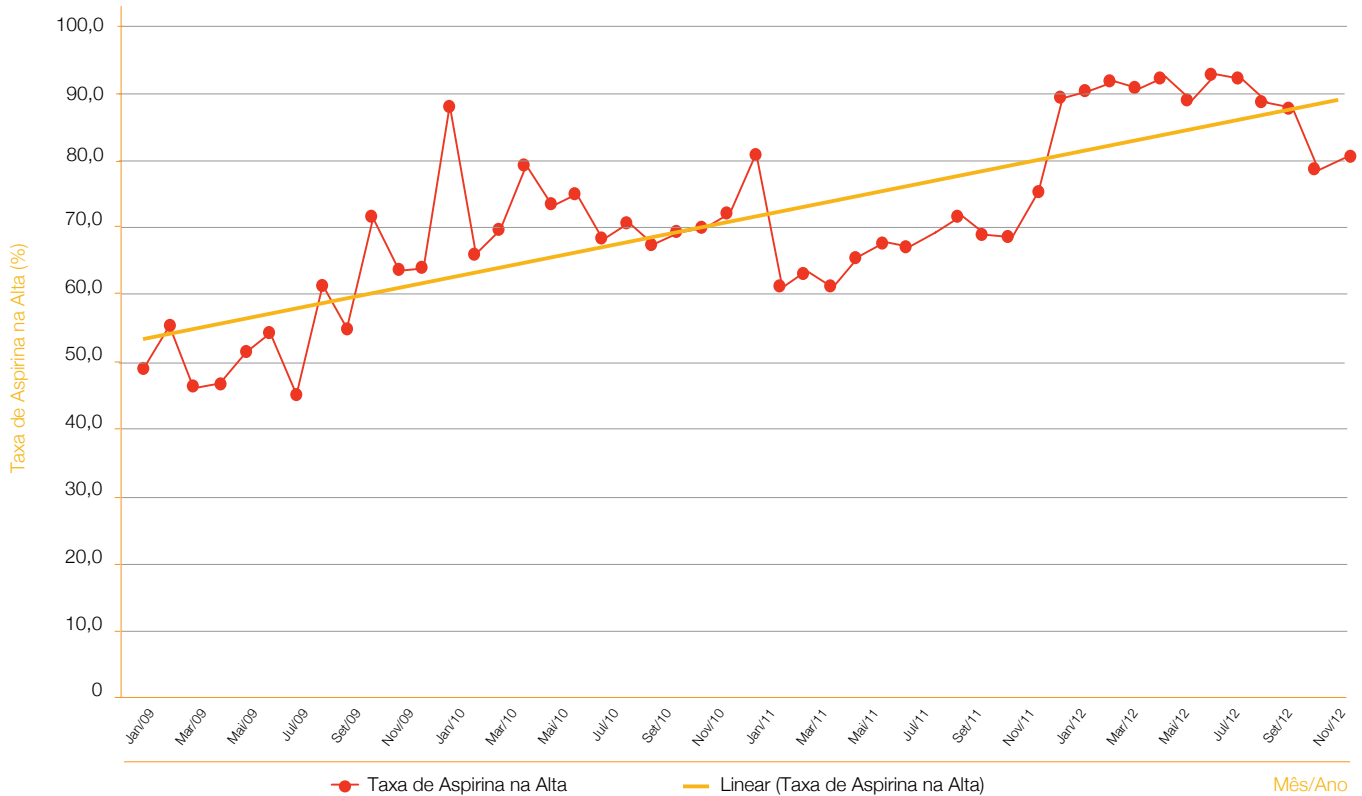
Outro indicador essencial para o acompanhamento das boas práticas em relação aos atendimentos dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio é a Taxa de Aspirina na Alta. Na série desde 2009, esta taxa apresenta tendência linear de crescimento (Gráfico 37 – Tabela 6). Em 2012, os índices estavam entre 77% e 92%, com média de 88%. Este indicador teve resultados muito aprimorados em relação a 2011, em razão dos investimentos realizados principalmente pelos hospitais que possuem acreditação internacional com o objetivo de melhorar os registros e a coleta deste indicador.

A Taxa de Mortalidade dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio tem apresentado redução na série desde 2009, como pode ser

visto no Gráfico 38. Os meses de agosto, setembro e outubro contribuíram para uma média anual superior àquela observada em 2011.

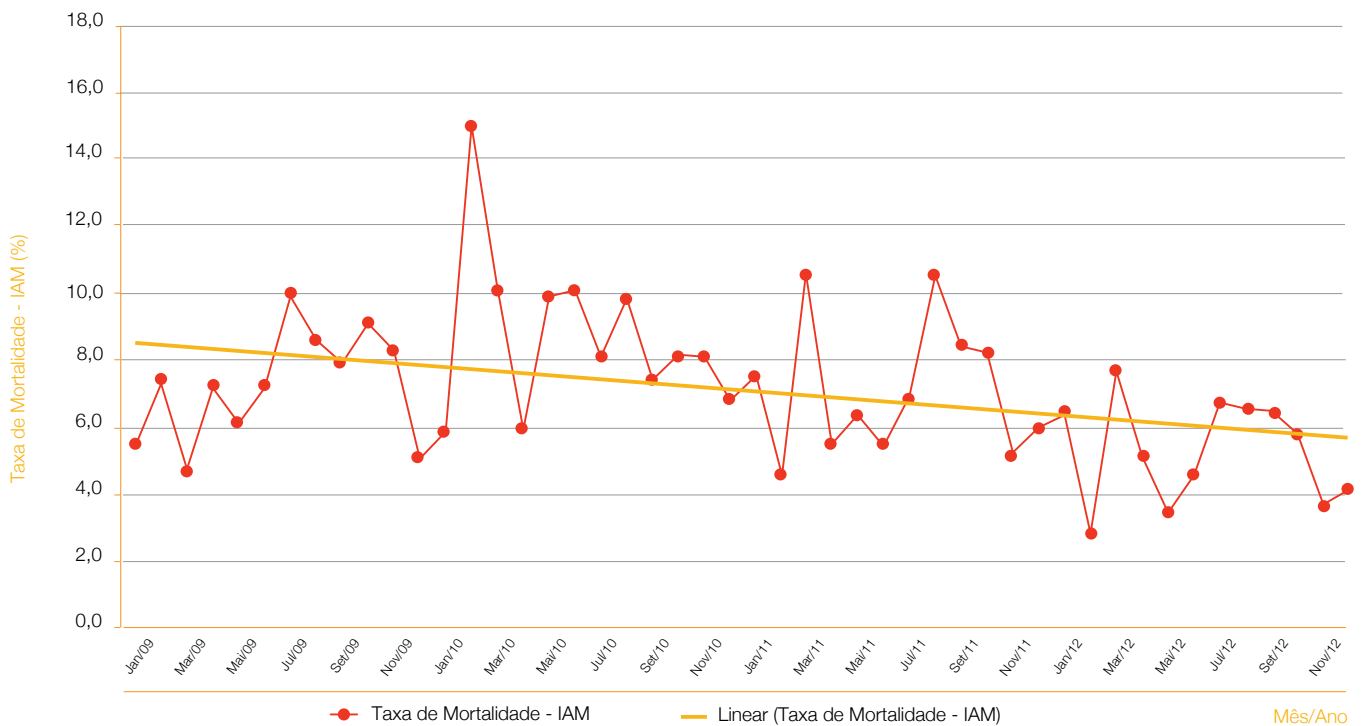
Considerando os indicadores avaliados, pode-se afirmar que a assistência aos casos de Infarto Agudo do Miocárdio nos Hospitais da Anahp no que diz respeito à oportunidade de tratamento e aos resultados estão de acordo com os padrões preconizados na literatura. Isto resulta em mais segurança e menos complicações para os pacientes, menor custo social e mais economia para o sistema de saúde.

Gráfico 37 - Distribuição Mensal da Taxa de Aspirina na Alta em Pacientes com IAM e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 38 - Distribuição Mensal das Taxas de Mortalidade de Pacientes com IAM e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

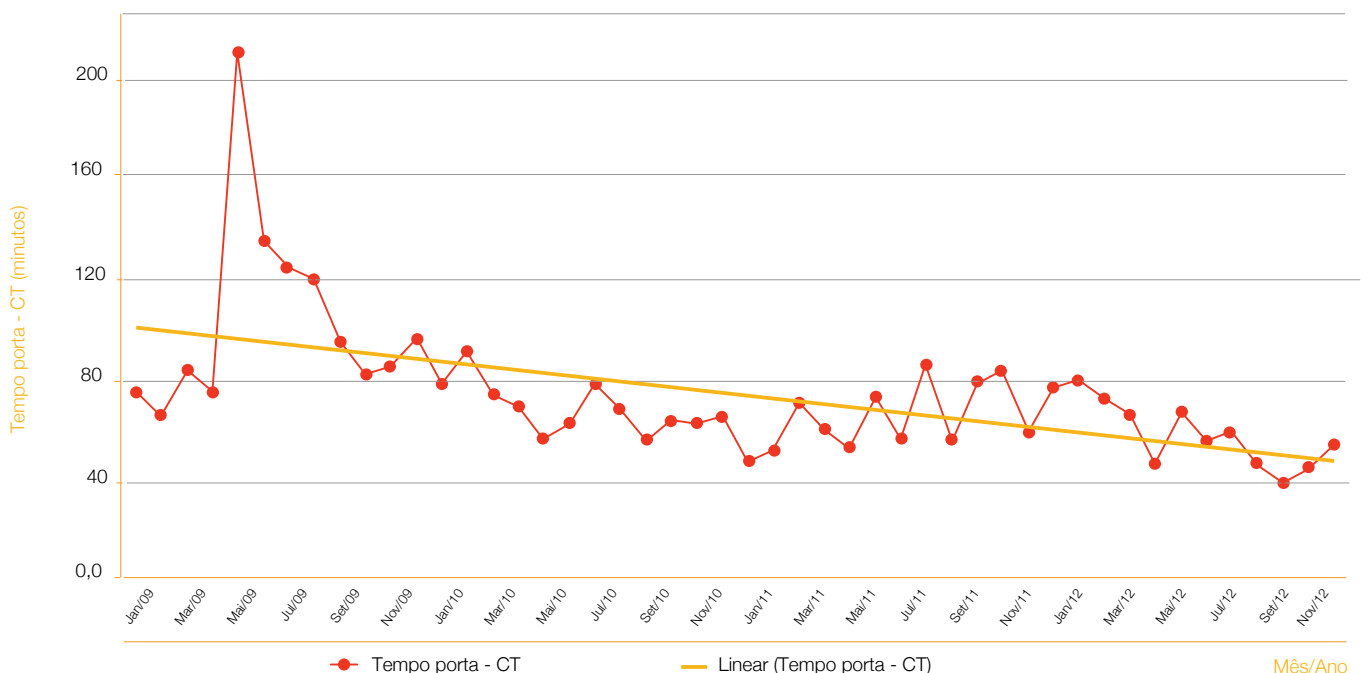
A prevalência populacional de hipertensão arterial sistêmica, a adesão ao tratamento e a exposição a fatores de risco conhecidos como tabagismo, etilismo, excesso de peso, inatividade física e estresse contribuem para a incidência de casos de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (derrame). Estudos demonstram que existe grande heterogeneidade na distribuição dos casos, principalmente quando afetam grupos etários mais jovens – 45 a 59 anos.

A procura rápida no momento do início dos sintomas e o diagnóstico oportuno desse tipo de caso na admissão na unidade de emergência são ações de prevenção secundária que definem o prognóstico e o grau de incapacidade quando da ocorrência do evento. A qualidade de vida do indivíduo e o impacto social para as famílias após a alta do paciente são afetados diretamente por essas ações.

O número de hospitais que possuem este protocolo implantado é menor do que os que contam com protocolos para outras afecções incluídas nas Doenças do Aparelho Circulatório. Dezoito hospitais informaram dados e indicadores sobre Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI).

O monitoramento do Tempo Porta-Tomografia tem impacto na evolução dos casos. O intervalo de tempo é mensurado entre a chegada - admissão - no pronto-socorro e a realização da Tomografia Computadorizada. Observa-se em 2012 a manutenção da tendência de diminuição do intervalo de tempo, com menor variabilidade e média de 51 minutos para o Intervalo de Tempo Porta-Tomografia (Gráfico 39 – Tabela 6). Uma parcela de pacientes (12%) teve indicação de tratamento com trombólise. Para estes pacientes é monitorado o Tempo Porta-Trombólise, que apresentou média de 62 minutos em 2012.

Gráfico 39 - Distribuição Mensal do Tempo Porta-CT dos Pacientes com AVCI e Tendência Linear



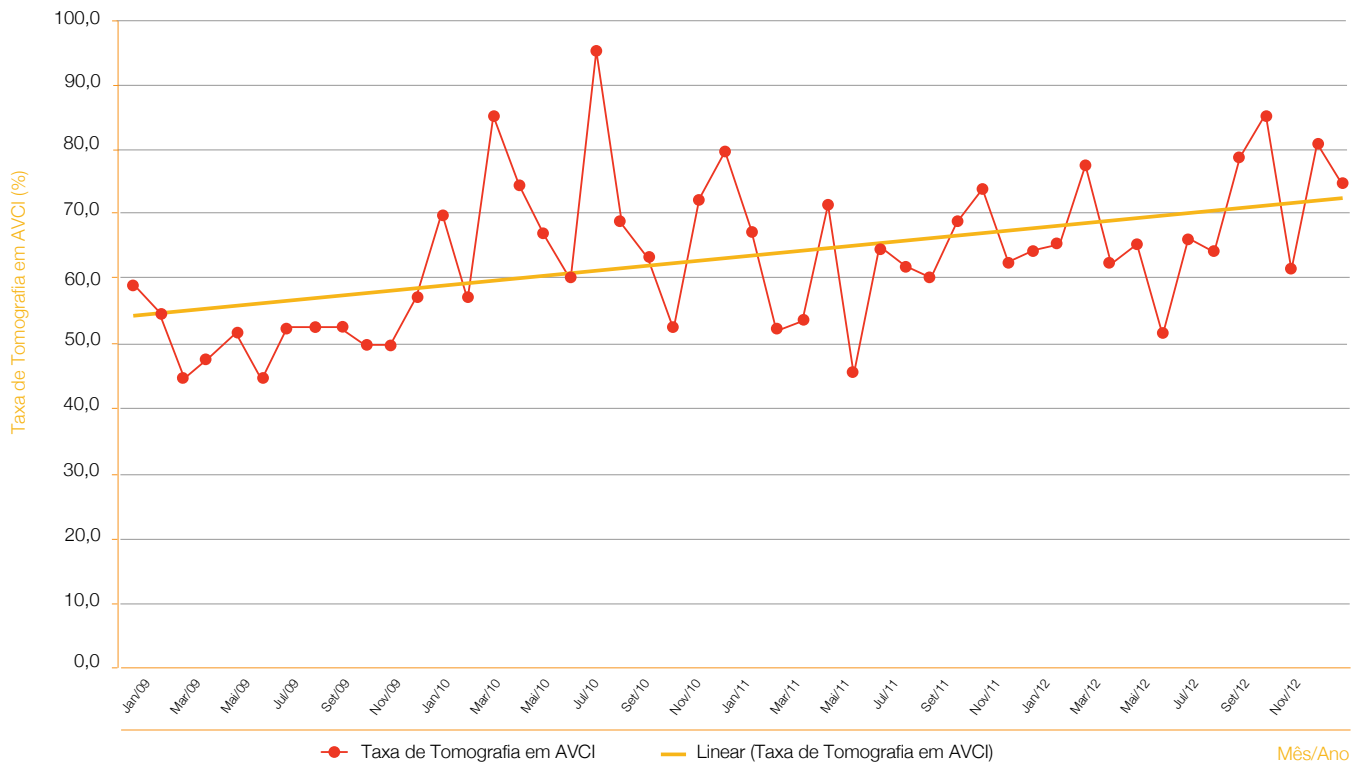
Fonte: PMPA/Anahp.

Na média anual para 2012, a Taxa de Tomografia ficou em 69%. A Taxa de Tomografia apresenta tendência de aumento na série (Gráfico 40). Os resultados estão dentro dos padrões esperados, mas busca-se menor variabilidade ao longo do tempo. O monitoramento deste protocolo tem exigido investimento crescente em padronização das condutas e aprimoramento dos registros.

A Média de Permanência para AVCI aumentou consideravelmente em 2012, com variação entre 9,0 e 15,2 dias durante o ano (Gráfico 41 - Tabela 6). Um dos fatores contribuintes para este resultado foi o aumento da mediana

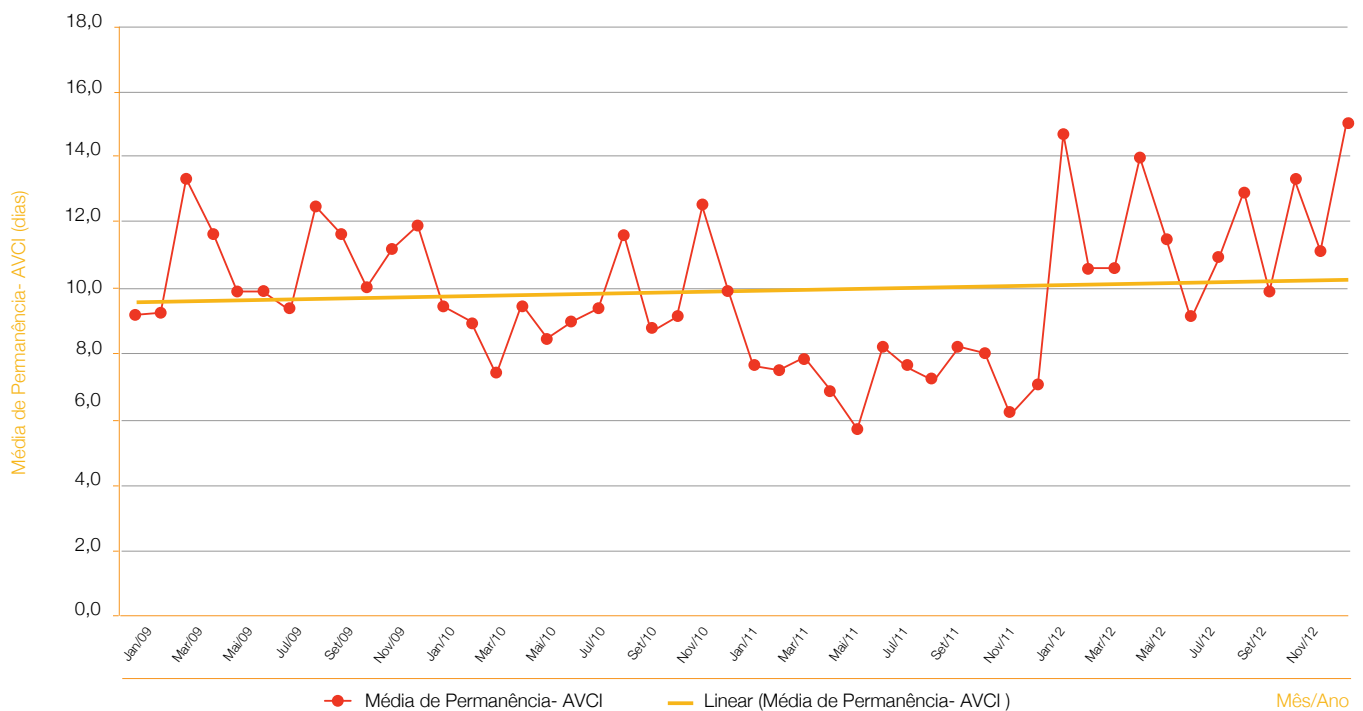
de idade dos pacientes, avaliada por meio da base de dados apresentada anteriormente. Outro aspecto a ser levantado é a ampliação de acesso para grupos de pacientes com piores condições de acompanhamento ambulatorial, o que em geral implica pacientes com pior estado clínico (maior grau de descompensação das comorbidades) no momento da admissão no hospital. O papel da rede assistencial no manejo adequado dos casos de hipertensão e de diabetes são componentes relevantes para o adequado tratamento destes casos no hospital.

Gráfico 40 - Distribuição Mensal da Taxa de Tomografia em Pacientes com AVCI e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 41 - Distribuição Mensal da Média de Permanência de Pacientes com AVCI e Tendência Linear

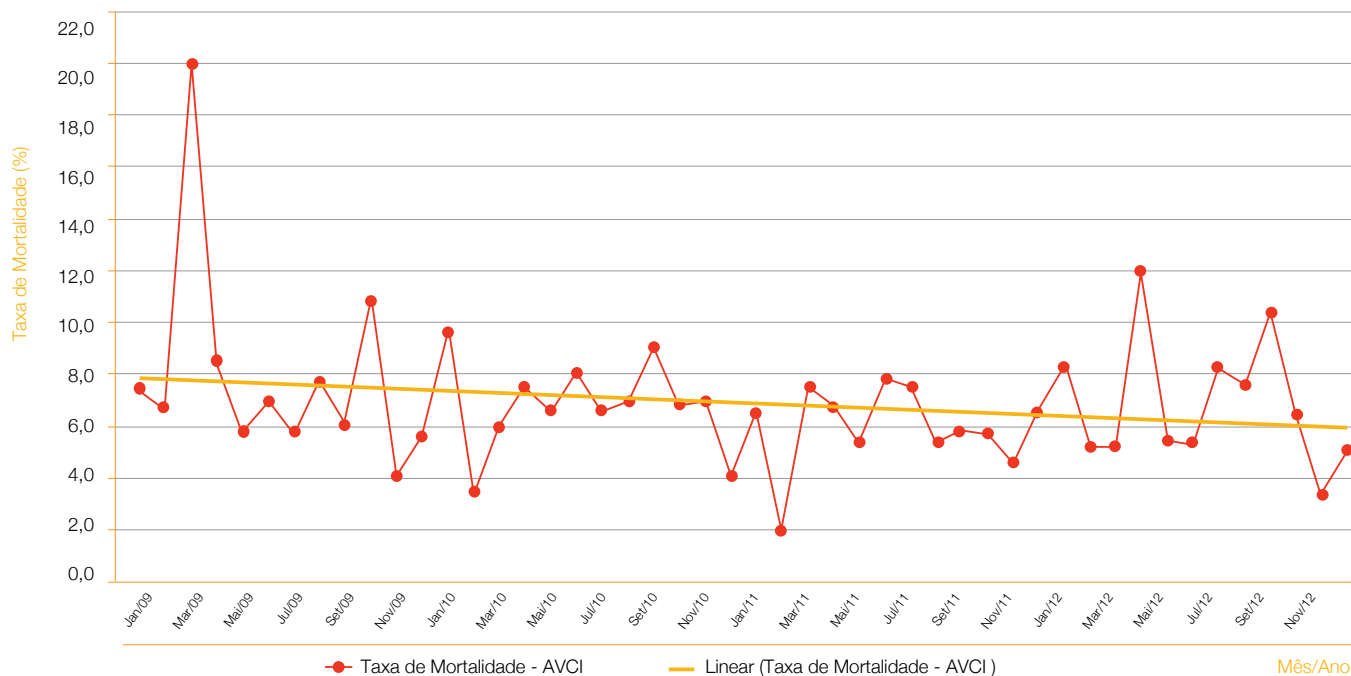


Fonte: PMPA/Anahp.

Observa-se a tendência de diminuição das Taxas de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. A média para 2012 foi de 6,9%, variando entre 3,4% e 12% (Gráfico 42 – Tabela 6). A variação em 2012 foi maior, condizente com as

considerações anteriores – maior idade dos casos, prevalência de comorbidades e provável piora na situação clínica no momento da admissão.

Gráfico 42 - Distribuição Mensal das Taxas de Mortalidade dos Pacientes com AVCI e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Insuficiência Cardíaca Congestiva

O Protocolo para Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) teve seu monitoramento iniciado a partir de janeiro de 2010. Em 2012, há informações referentes a 24 hospitais que contam com o protocolo institucional implantado. A mediana de idade dos pacientes incluídos no protocolo foi de 78 anos, dois anos acima do observado em 2011.

Nota-se tendência de estabilização da Média de Permanência e diminuição da Taxa de Mortalidade. A Média de Permanência variou entre 10,3 e 11,7 dias (Gráfico 43). A Taxa de Mortalidade nos casos de Insuficiência Cardíaca Congestiva apresentou média anual de 6,2% oscilando entre 4,4 e 10,9 dias (Gráfico 44 – Tabela 6).

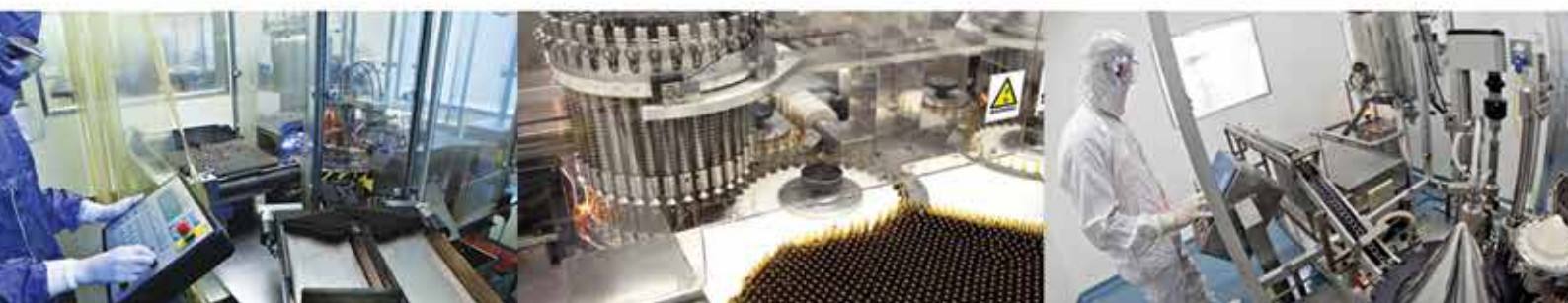
Considerando o aumento da mediana de idade dos casos, a pequena alteração na Média de Permanência e a menor Taxa de Mortalidade denotam indícios de aprimoramento no cuidado destes casos. Para esta doença o acompanhamento das reinternações e a utilização de hospital-dia para seguimento após a alta são estratégias eficientes no sentido de reduzir o risco de novas internações e de aumentar a qualidade de vida destes pacientes.



UNIÃO QUÍMICA

FARMACÊUTICA NACIONAL S/A

Há mais de sete décadas oferecendo produtos com padrão de excelência ao mercado hospitalar



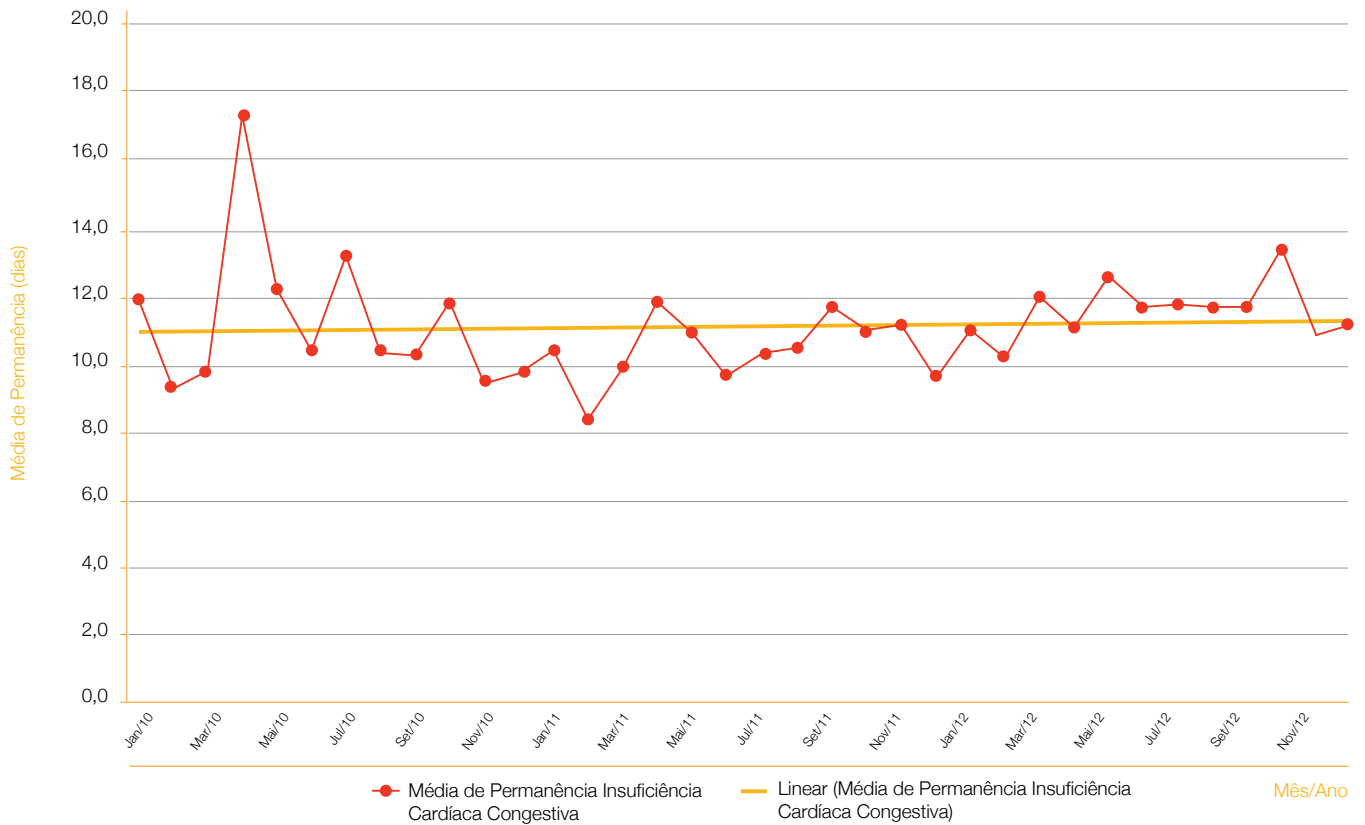
- Ampla rede de distribuição, com cobertura eficaz em todo o País

- Moderno parque industrial com unidades fabris em Brasília, Pouso Alegre e Embu-Guaçu

- Tecnologia de ponta aliada à gestão focada na qualidade dos processos

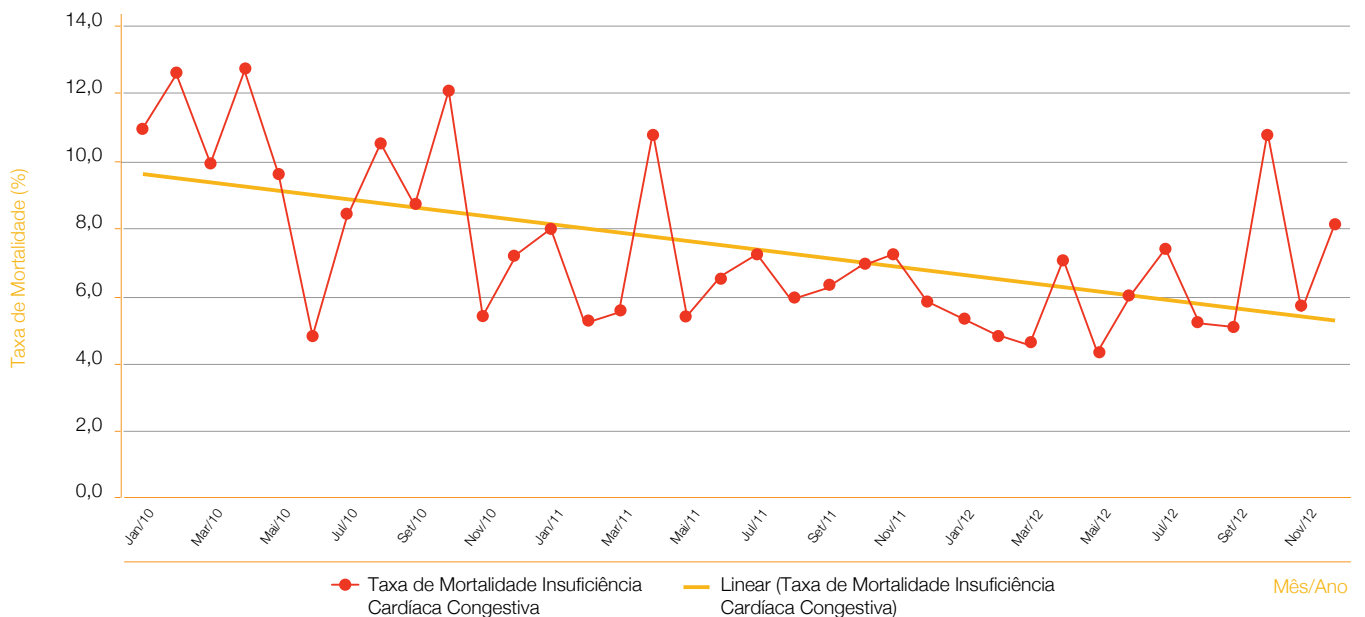
www.uniaoquimica.com.br

Gráfico 43 - Distribuição Mensal da Média de Permanência de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 44 - Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Neste protocolo passou-se a monitorar em 2012 a Taxa de Betabloqueador na alta e a Taxa de Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores da Renina Angiotensina (BRA) na alta. Uma pequena parcela dos casos tem contraindicação para utilização destes medicamentos na alta. O número de hospitais que coletaram o indicador em 2012 ainda é restrito, e cresceu ao longo do ano, por isso os resultados serão divulgados na próxima edição do Observatório.

Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)

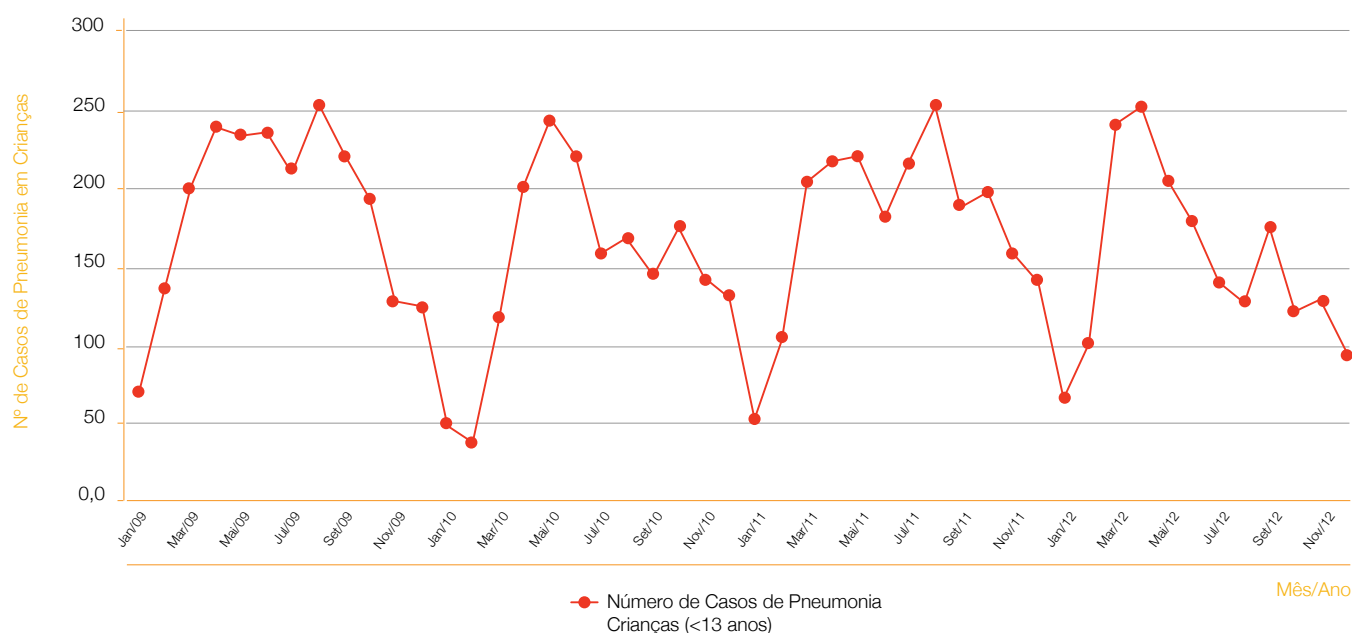
A Pneumonia Adquirida na Comunidade tem importância crescente como causa de mortalidade, especialmente nas faixas etárias acima dos 60 anos. A letalidade cresceu nos últimos anos em faixas etárias jovens da população. A prescrição inadequada de antibióticos, o diagnóstico eventualmente tardio – seja pela procura demorada do

atendimento, seja pela falha no momento do diagnóstico -, a inadequada aderência dos pacientes ao esquema e a duração do tratamento têm contribuído para a letalidade destes casos. Ressalte-se que a conduta inadequada aumenta o risco de evolução para quadros de Sepsis, síndrome clínica grave com alta mortalidade. Os principais grupos de risco para Pneumonia Adquirida na Comunidade com chance de evolução mais grave são crianças portadoras de doenças respiratórias de base (como asma e bronquite asmática) e idosos.

O projeto monitora os protocolos para crianças e adultos, com foco diferenciado para os maiores de 60 anos. Entre os adultos, a grande maioria é formada pelo grupo acima de 60 anos.

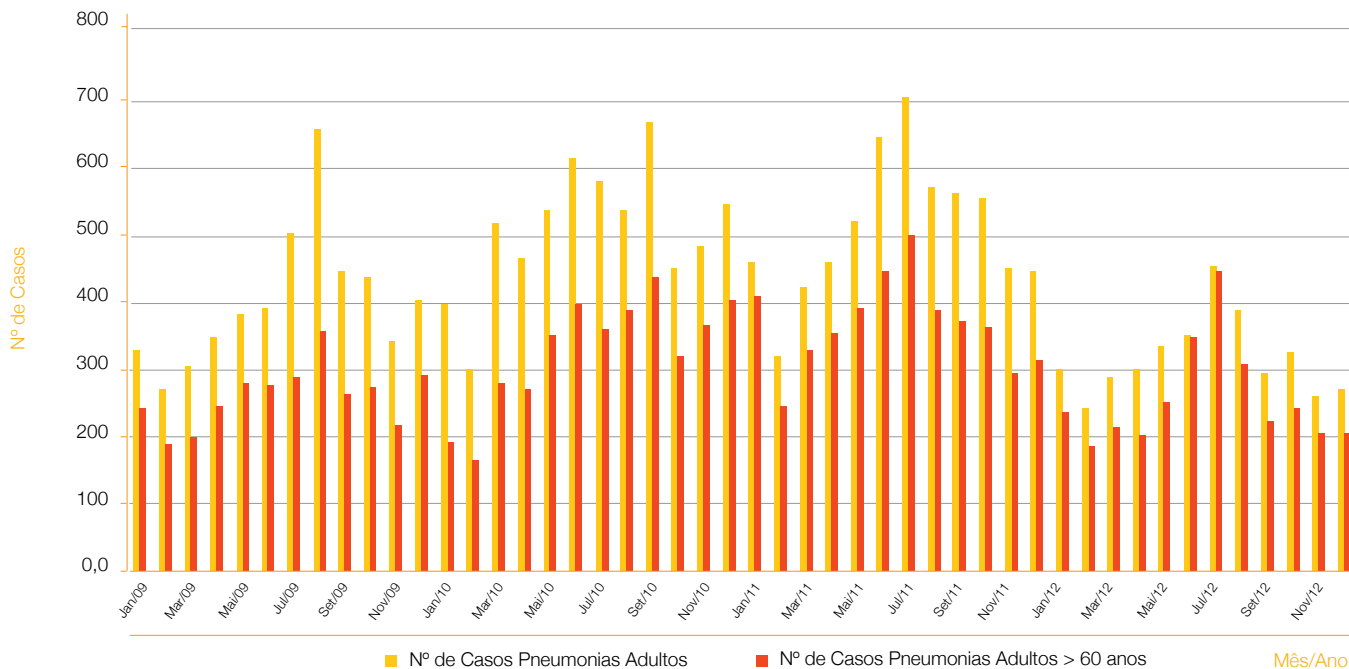
Os casos de Pneumonia Adquirida na Comunidade têm variação sazonal com maior ocorrência nos meses de inverno. Para as crianças a distribuição é mais característica (Gráfico 45). Nos adultos, onde os casos concentram-se nos maiores de 60 anos, o padrão também é sazonal (Gráfico 46).

Gráfico 45 - Distribuição Mensal do Volume de Casos de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em Crianças (pacientes < 13 anos)



Fonte: PMPA/Anahp.

Gráfico 46 - Distribuição Mensal do Volume de Pacientes com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) Adultos e nos Maiores de 60 anos

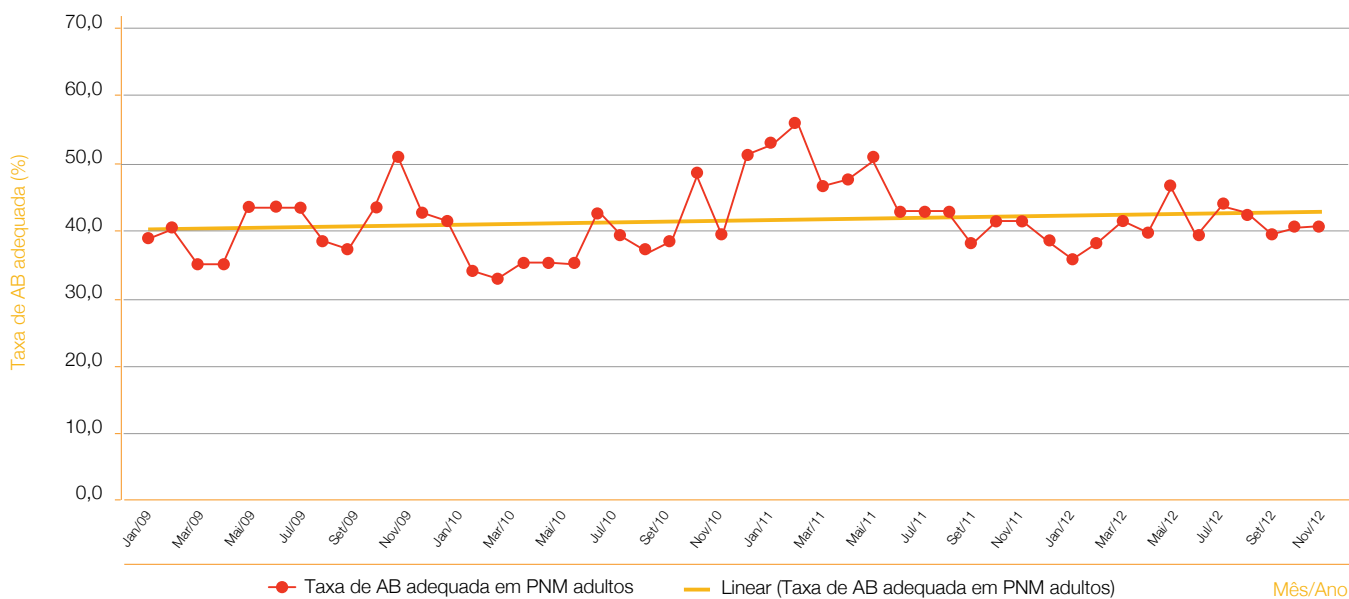


Fonte: PMPA/Anahp.

A Taxa de Utilização Adequada de Antibioticoterapia (tempo, esquema e duração do esquema de tratamento) para tratamentos dos casos de Pneumonia Adquirida na Comunidade em adultos, de acordo com o preconizado no

protocolo, melhorou na série analisada (Gráfico 47 – Tabela 6). O grau de aderência ao recomendado tem sido trabalhado nos hospitais, mas ainda merece aprimoramento.

Gráfico 47 - Distribuição Mensal da Taxa de Utilização Adequada de Antibioticoterapia em Pacientes com PAC Adultos e Tendência Linear

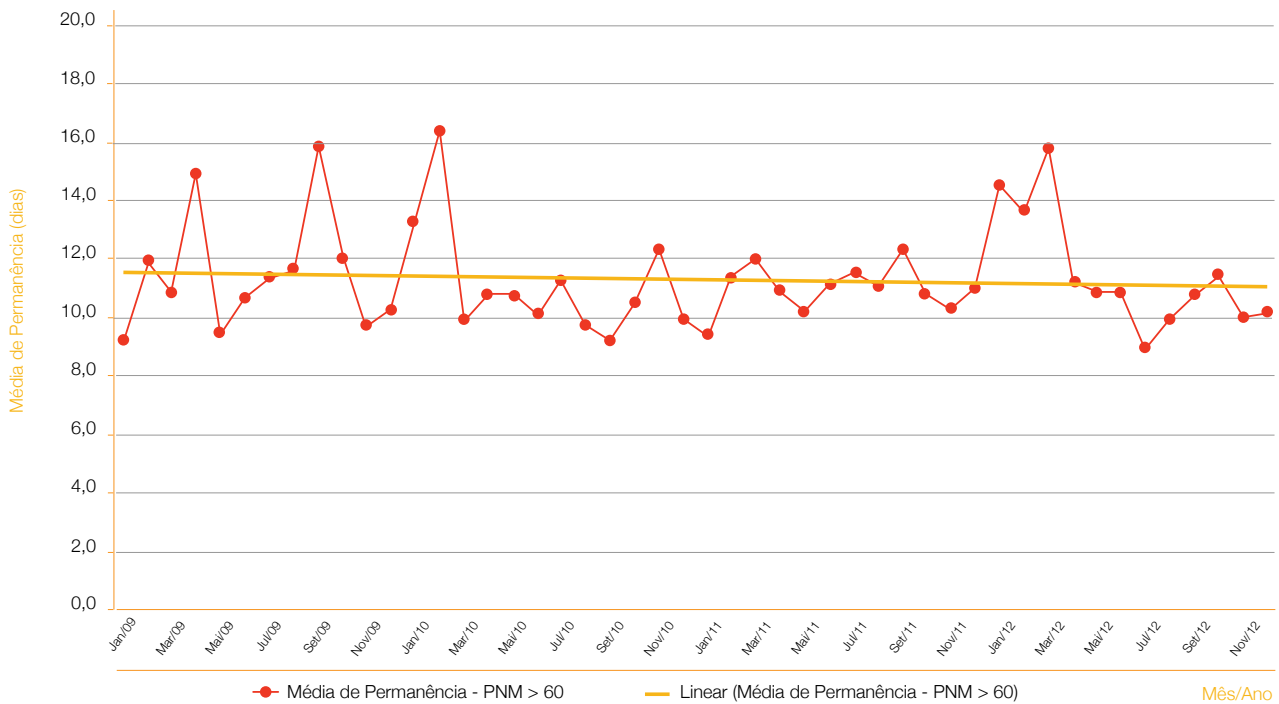


Fonte: PMPA/Anahp.

Nos casos de Pneumonia em maiores de 60 anos a Média de Permanência tem impacto significativo. Ao longo do tempo de

acompanhamento, a tendência é de estabilização da Média de Permanência em torno de 11 dias (Gráfico 48 – Tabela 6).

Gráfico 48 - Distribuição Mensal da Média de Permanência dos Pacientes com PAC Maiores de 60 anos e Tendência Linear

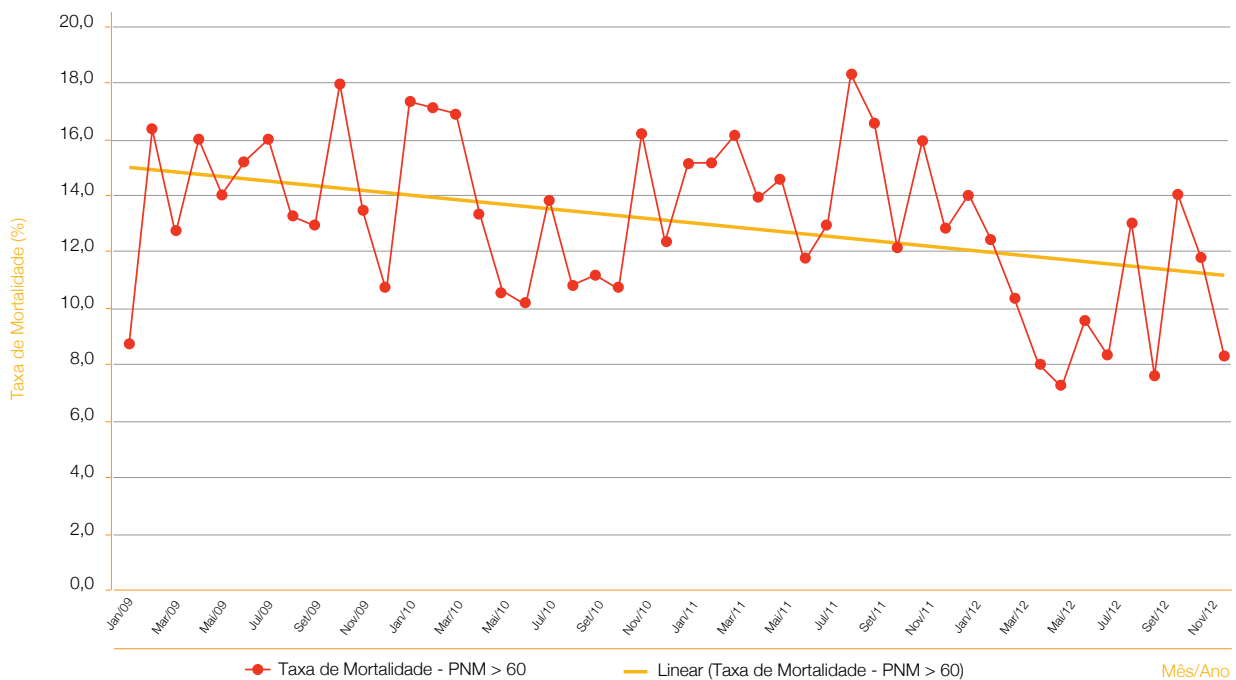


Fonte: PMPA/Anahp.

A Taxa de Mortalidade para Pneumonia Adquirida na comunidade (PAC) em adultos apresentou média de 8,3% em 2012. Nos casos de maiores de 60 anos, a Taxa de Mortalidade observada foi em média de 10,3% (Gráfico 49). Nota-se ao longo do período analisado redução das Taxas de Mortalidade,

com melhoria importante em 2012. Isto pode ser reflexo da ênfase que os hospitais têm dado no aprimoramento do manejo dos pacientes idosos e na prevenção de complicações, assim como nos investimentos para aumentar a capacidade de ação coordenada nestes casos.

Gráfico 49 - Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade de Pacientes com PAC Maiores de 60 anos e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Desempenho Assistencial

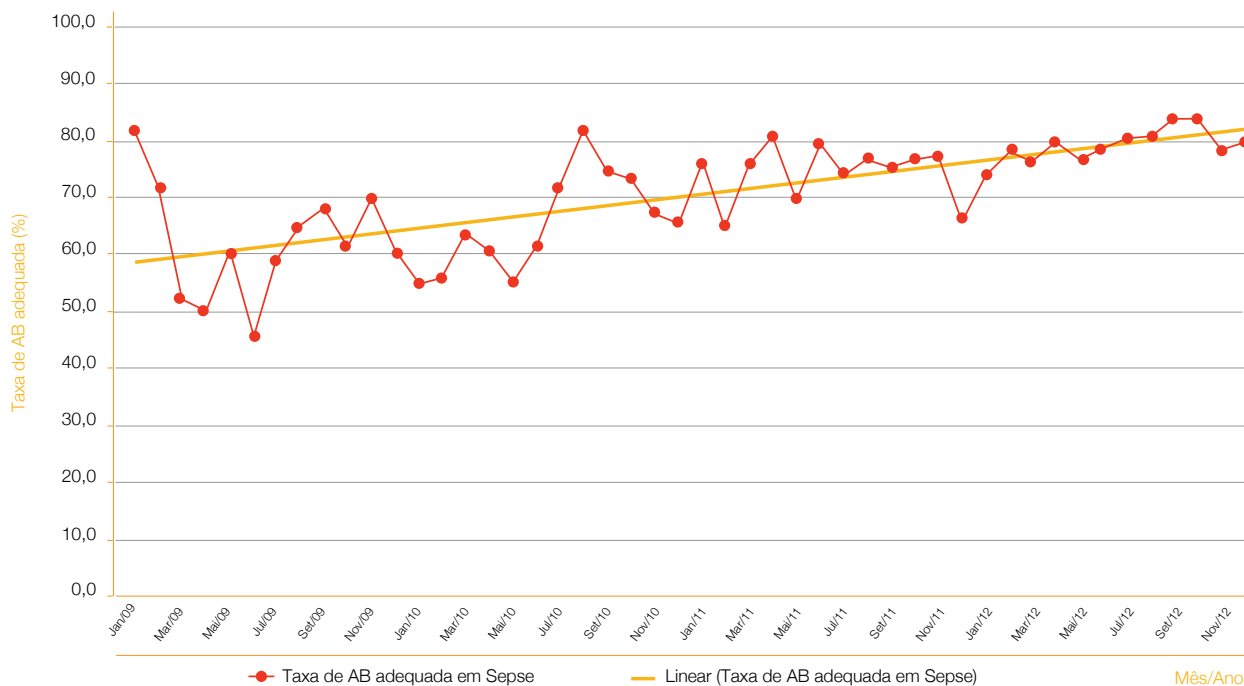
Sepse Comunitária

O monitoramento dos indicadores relativos ao protocolo institucional de Sepsis adquirida na comunidade foi realizado em 22 hospitais em 2012. O Tempo Médio de Permanência na série analisada variou de 14 a 33 dias, consumindo recursos críticos nos hospitais. Entretanto o número de casos registrados

diminuiu entre 2011 e 2012.

A taxa de Antibioticoterapia Adequada no Tratamento de Sepsis Comunitária apresenta tendência linear de aumento da adesão. Em 2012, a média obtida foi de 80,3% com variação ao longo do ano entre 67% e 85% (Gráfico 50 – Tabela 6).

Gráfico 50 - Distribuição Mensal da Taxa de Utilização Adequada de Antibioticoterapia em Pacientes com Sepsis e Tendência Linear

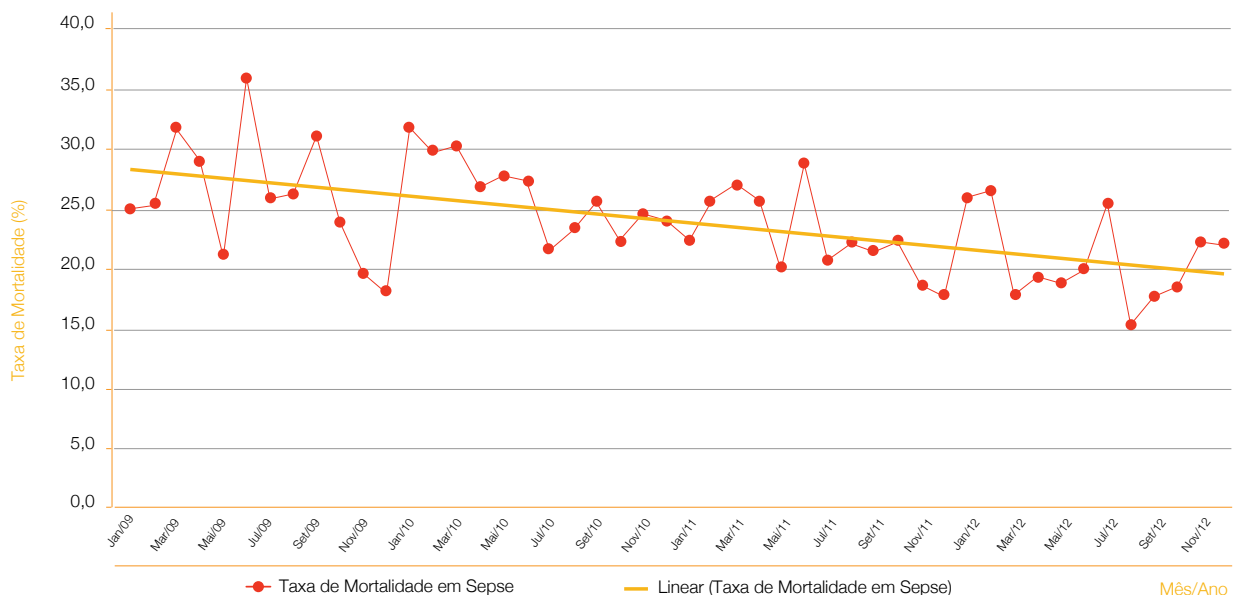


Fonte: PMPA/Anahp.

No Gráfico 51 pode-se avaliar a tendência de diminuição das Taxas de Mortalidade para este agravo, com média de 20,4% em 2012. No caso de Sepsis, o aumento da aderência à

antibioticoterapia correta e a redução significativa das Taxas de Mortalidade evidenciam o cuidado mais preciso e os melhores resultados obtidos pelos Hospitais da Anahp.

Gráfico 51 - Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade de Pacientes com Sepsis e Tendência Linear



Fonte: PMPA/Anahp.

Procedimentos Cirúrgicos e Profilaxia de Tromboembolismo Venoso

Para os procedimentos cirúrgicos eletivos iniciou-se em 2012 a coleta do indicador Taxa de Conformidade em Profilaxia de Tromboembolismo Venoso nos pacientes cirúrgicos. Dezesete hospitais informaram os resultados, sendo que a média para 2012 foi de 57,9%, com variação entre 51% e 82% ao longo do ano (Tabela 6).

Desde 2007 são monitoradas as Médias de Permanência - em horas - para Colectomia Videolaparoscópica e Herniorrafia Inguinal. Em relação à Histerectomia Abdominal, acompanha-se a Média de Permanência em dias.

A Média de Permanência para Colectomia Videolaparoscópica tem variado na série histórica, com média

em 2012 de 34,3 horas para realização do procedimento. Para Herniorrafia observou-se aumento de 2011 para 2012, passando a 32,9 horas. Desde 2010, identificou-se mudança do padrão de cuidado com aumento do Tempo de Permanência, que está relacionado ao esforço para que o paciente não sinta dores no pós-operatório (Tabela 6).

Para Histerectomia Abdominal não ocorreu mudança no número de hospitais informantes, mas houve redução de 20% no número de procedimentos realizados ao longo do ano de 2012 em comparação com 2011. A Média de Permanência mantém-se estabilizada em 2,5 dias.

Tabela 05 - Dados de Gestão e Qualidade Assistencial

Dados Operacionais e Assistenciais	2007	2008	2009	2010	2011
Nº de Leitos Instalados	5.513	6.272	6.453	7.632	9.576
Nº de Leitos Operacionais	5.047	6.040	6.144	7.263	9.071
Leitos-dia Operacionais	1.824.735	2.187.619	2.234.514	2.635.500	3.309.167
Nº de Salas Cirúrgicas	286	331	334	377	462
Nº de Pacientes-dia	1.387.365	1.675.829	1.716.441	2.073.827	2.598.324
Nº Saídas Hospitalares (altas+óbitos+transferências externas)	323.830	396.564	408.308	466.639	571.630
Nº de Pacientes com Permanência (>= 90 dias)	95	129	177	250	344
Nº de Óbitos >= 24h	5.054	6.121	6.259	7.818	10.103
Nº Total de Óbitos	6.426	7.927	7.594	9.226	12.098
Nº de Pacientes Submetidos a Procedimentos Cirúrgicos	215.608	258.941	264.371	331.545	387.850
Nº Total de Cirurgias	ND	ND	300.105	419.355	511.442
Nº de Óbitos Cirúrgicos	525	657	552	800	1.148
Nº de Cirurgias Limpas	ND	ND	144.891	142.119	185.417
Nº de Infecções em Sítio Cirúrgico	ND	ND	759	851	1.165
Nº de Leitos Operacionais – UTI Adulto	ND	ND	ND	982	1.312
Nº de Leitos-dia Operacionais – UTI Adulto	ND	ND	ND	352.028	477.737
Nº de Infecções Hospitalares – UTI Adulto	3.576	4.296	3.558	3.665	4.370
Nº de Infecções Hospitalares Associadas a Cateter Vascular Central – UTI Adulto	582	660	590	518	721
Nº de Pacientes-dia – UTI Adulto	174.433	223.795	212.063	294.250	381.747
Nº de Cateter-dia – UTI Adulto	101.223	134.285	125.427	158.612	215.950
Nº de Leitos Operacionais – UTI Neonatal	ND	ND	ND	332	436
Nº de Leitos-dia Operacionais – UTI Neonatal	ND	ND	ND	115.866	158.099
Nº de Infecções Hospitalares – UTI Neonatal	ND	ND	909	816	1.018
Nº de Infecções Hospitalares Relacionadas a CVC – UTI Neonatal	ND	ND	ND	ND	246
Nº de Pacientes-dia – UTI Neonatal	ND	ND	77.869	90.515	104.150
Nº de Cateter-dia UTI – Neonatal	ND	ND	ND	25.637	31.927
Nº de Leitos Operacionais – Semi-intensiva Adulto	ND	ND	ND	ND	294,4
Nº de Leitos-dia Operacionais – Semi-intensiva Adulto	ND	ND	ND	ND	107.203
Nº de Infecções Hospitalares – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	397,0
Nº de Infecções Hospitalares Associadas a Cateter Vascular Central – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	38
Nº de Pacientes-dia – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	88.287,0
Nº de Cateter-dia – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	22.492

	2012												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Anual
	9.362	9.420	9.486	9.496	9.510	9.527	9.531	9.535	9.581	9.551	9.584	9.527	9.509
	9.000	9.102	9.148	9.163	9.179	9.221	9.231	9.236	9.275	9.308	9.340	9.192	9.200
	280.727	268.713	287.317	278.416	288.403	280.376	290.228	289.838	282.821	293.131	282.178	286.272	3.408.420
	445	445	444	444	449	444	447	447	447	446	451	447	446
	202.239	201.278	229.913	217.802	226.866	220.043	232.603	231.372	224.947	230.929	214.732	208.775	2.641.499
	43.849	43.925	52.204	48.388	49.177	48.598	51.505	52.544	48.995	50.924	48.835	47.826	586.770
	340	325	342	333	355	345	363	382	370	360	409	399	360
	845	795	816	814	819	869	1.015	971	909	927	892	896	10.568
	951	912	930	932	957	1.003	1.151	1.078	1.065	1.013	997	1.018	12.007
	30.855	27.927	33.616	30.951	32.337	32.588	35.743	35.645	31.217	33.572	31.372	27.002	382.825
	40.052	35.592	43.221	40.157	41.545	41.158	46.346	46.043	40.241	44.094	40.862	33.876	493.187
	92	97	82	82	80	85	101	104	96	95	73	74	1.061
	13.146	13.220	14.207	13.113	13.679	13.091	15.075	17.163	14.342	15.898	14.349	12.141	169.424
	72	75	97	92	83	88	99	98	79	72	74	57	986
	1.330	1.332	1.338	1.342	1.350	1.374	1.391	1.403	1.431	1.436	1.439	1.425	1.383
	40.590	38.222	40.765	39.640	41.435	40.856	42.730	43.090	42.615	42.621	41.475	42.115	496.154
	355	348	363	325	321	327	366	364	362	341	296	308	4.076
	43	61	54	57	49	50	47	46	53	53	45	52	610
	28.088	27.095	29.801	28.990	31.172	30.742	32.941	32.453	31.397	30.574	29.716	28.289	361.258
	15.952	15.687	17.084	16.291	17.953	17.497	19.108	18.542	17.994	17.555	16.436	15.784	205.883
	353	357	365	365	366	372	363	360	361	359	355	354	361
	10.628	10.023	10.834	10.568	11.021	10.509	10.442	10.458	10.006	10.540	10.030	10.278	125.337
	51	59	48	41	45	42	43	36	45	57	46	42	555
	12	6	7	6	5	10	6	5	4	13	1	9	84
	7.133	7.277	8.222	7.833	7.509	7.484	7.557	7.108	7.633	7.350	7.531	7.608	90.245
	1.953	2.263	2.306	1.871	1.595	1.715	1.808	1.514	1.875	1.959	1.886	2.014	22.759
	324	329	329	319	306	306	317	312	320	326	326	333	321
	9.794	9.440	10.077	9.454	9.360	9.047	9.733	9.804	9.559	9.215	8.958	9.449	113.890
	39	43	33	31	26	47	39	39	29	21	15	25	387
	6	3	4	5	2	2	2	2	0	3	2	2	33
	8.316	8.314	8.762	8.338	8.620	8.106	8.475	8.656	8.366	8.150	7.484	7.844	99.431
	1.907	2.440	2.363	2.385	2.309	2.566	2.632	2.447	2.523	2.111	1.936	2.164	27.783

Tabela 05a - Indicadores de Gestão e Qualidade Assistencial

Dados Operacionais e Assistenciais	2007	2008	2009	2010	2011
Taxa de Ocupação	76,0	76,6	76,8	78,7	78,5
Média de Permanência	4,3	4,2	4,2	4,4	4,5
Índice de Giro	5,3	5,5	5,5	5,4	5,3
Índice de Intervalo de Substituição	1,36	1,30	1,28	1,20	1,24
Taxa de Pacientes Residentes no Hospital (> 90 dias)	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7
Taxa de Mortalidade Institucional (>= 24h)	1,6	1,5	1,5	1,7	1,8
Taxa de Mortalidade Operatória (até 7 dias após o Proced. Cirúrgico)	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
Taxa de Ocupação Operacional UTI Adulto	ND	ND	ND	83,6	79,9
Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar - UTI Adulto	20,6	19,1	16,7	12,5	11,4
Taxa de Utilização de CVC - UTI Adulto	58,0	60,1	59,1	53,9	56,6
Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Vascular Central - UTI Adulto	5,7	4,9	4,7	3,3	3,3
Razão de Mortalidade Observada/esperada na UTI Adulto	ND	ND	ND	ND	0,63
Taxa de Ocupação Operacional UTI Neonatal	ND	ND	ND	78,1	65,9
Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar - UTI Neonatal	ND	ND	11,8	9,0	9,8
Taxa de Utilização de CVC UTI Neonatal	ND	ND	ND	28,3	31
Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Vascular Central na UTI Neonatal	ND	ND	ND	1,9	7,7
Taxa de Ocupação Operacional Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	82
Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar - Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	4,5
Taxa de Utilização de CVC - Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	25,5
Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Vascular Central - Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	1,69
Taxa de Infecção em Sítio Cirúrgico	ND	ND	0,5	0,6	0,6
Taxa de Conformidade Antibioticoterapia Profilática	ND	ND	ND	ND	80,1
Índice de Úlcera de Pressão (por 1000pd)	ND	ND	ND	1,1	0,91
Índice de Cirurgias por Paciente	ND	ND	1,13	1,26	1,32
Taxa de Procedimentos por Saídas (%)	67	65	64,7	71,0	67,8
Taxa de Demarcação de Sítio Cirúrgico	ND	ND	ND	ND	ND
Taxa Conformidade de Preenchimento do Prontuário	ND	ND	ND	ND	ND

	2012												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Anual
	72,0	74,9	80,0	78,2	78,7	78,5	80,1	79,8	79,5	78,8	76,1	72,9	77,5
	4,6	4,6	4,4	4,5	4,6	4,5	4,5	4,4	4,6	4,5	4,4	4,4	4,5
	4,9	4,8	5,7	5,3	5,4	5,3	5,6	5,7	5,3	5,5	5,2	5,2	5,3
	1,79	1,54	1,10	1,25	1,25	1,24	1,12	1,11	1,18	1,22	1,38	1,62	1,31
	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7
	1,9	1,8	1,6	1,7	1,7	1,8	2,0	1,8	1,9	1,8	1,8	1,9	1,8
	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
	69,2	70,9	73,1	73,1	75,2	75,2	77,1	75,3	73,7	71,7	71,6	67,2	72,8
	12,6	12,8	12,2	11,2	10,3	10,6	11,1	11,2	11,5	11,2	10,0	10,9	11,3
	56,8	57,9	57,3	56,2	57,6	56,9	58,0	57,1	57,3	57,4	55,3	55,8	57,0
	2,7	3,9	3,2	3,5	2,7	2,9	2,5	2,5	2,9	3,0	2,7	3,3	3,0
	0,67	0,74	0,86	0,63	0,60	0,60	0,65	0,55	0,62	0,51	0,55	0,66	0,64
	67,1	72,6	75,9	74,1	68,1	71,2	72,4	68,0	76,3	69,7	75,1	74,0	72,0
	7,1	8,1	5,8	5,2	6,0	5,6	5,7	5,1	5,9	7,8	6,1	5,5	6,2
	27,4	31,1	28,0	23,9	21,2	22,9	23,9	21,3	24,6	26,7	25,0	26,5	25,2
	6,1	2,7	3,0	3,2	3,1	5,8	3,3	3,3	2,1	6,6	0,5	4,5	3,7
	84,9	88,1	87,0	88,2	92,1	89,6	87,1	88,3	87,5	88,4	83,5	83,0	87,3
	4,7	5,2	3,8	3,7	3,0	5,8	4,6	4,5	3,5	2,6	2,0	3,2	3,9
	22,9	29,3	27,0	28,6	26,8	31,7	31,1	28,3	30,2	25,9	25,9	27,6	27,9
	3,1	1,2	1,7	2,1	0,9	0,8	0,8	0,8	0,0	1,4	1,0	0,9	1,2
	0,5	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6
	82,5	81,7	81,5	83,8	84,5	80,7	81,7	80,8	80,6	83,2	80,9	82,0	82,0
	1,1	1,0	0,9	0,9	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	1,0
	1,30	1,27	1,29	1,30	1,28	1,26	1,30	1,29	1,29	1,31	1,30	1,25	1,29
	70,4	63,6	64,4	64,0	65,8	67,1	69,4	67,8	63,7	65,9	64,2	56,5	67,8
	92,1	85,7	90,0	93,4	93,6	90,3	91,0	90,8	97,0	91,4	92,6	96,6	92,0
	88,6	91,0	91,6	91,3	91,1	87,1	88,9	86,7	79,5	82,6	80,8	83,3	86,9

Tabela 06 - Indicadores dos Protocolos de Patologias Seleccionadas

Patologias	Indicadores	Un.	2007	2008	2009	2010	2011
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Tempo Porta-balão	minutos	127	111	110	108	86
	Média de Permanência - IAM	dias	5,4	7,9	7,0	7,2	7,4
	Taxa de Angioplastia em IAM	%	28,3	42,1	79,9	75,5	72,2
	Taxa de Aspirina na Alta em IAM	%	38,3	58,0	53,6	70,6	66,9
	Taxa de Mortalidade - IAM	%	7,1	8,6	7,0	5,0	3,7
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)	Tempo Porta-CT	minutos	122	102	97	61	53
	Tempo Porta-trombólise	minutos	ND	ND	27	96	69
	Média de Permanência - AVCI	dias	9,1	10,4	11,1	9,7	7,6
	Taxa de Tomografia em AVCI	%	22,0	36,7	48,4	70,0	60,4
	Taxa de Mortalidade - AVCI	%	7,7	7,7	8,1	6,9	6,1
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	Média de Permanência ICC	dias	ND	ND	ND	11,5	10,7
	Taxa de Mortalidade ICC	%	ND	ND	ND	9,1	6,7
Pneumonia (PAC) em Crianças	Média de Permanência - PNM < 13 anos	dias	4,9	5,6	4,9	4,8	5,8
	Taxa de AB Adequada em PNM < 13 anos	%	22,6	33,2	32,3	73,1	60,9
	Taxa de Mortalidade - PNM < 13 anos	%	0,5	1,0	0,6	0,5	0,6
Pneumonia (PAC) em Adultos	Média de Permanência - PNM Adultos	dias	7,1	11,1	9,8	8,7	10,3
	Taxa de AB Adequada em PNM Adultos	%	17,2	26,8	41,2	38,4	46,0
	Taxa de Mortalidade - PNM Adultos	%	8,5	9,4	9,8	9,0	10,6
	Média de Permanência - PNM >60	dias	ND	ND	11,6	10,9	11,1
	Taxa de Mortalidade - PNM >60	%	ND	ND	13,9	12,9	14,6
Sepse	Média de Permanência em Sepse	dias	6,9	13,6	12,0	16,5	17,4
	Taxa de AB Adequada em Sepse	%	12,2	37,6	62,6	67,1	75,4
	Taxa de Mortalidade em Sepse	%	61,7	27,7	25,8	25,9	22,6
Cirurgicos	Taxa de Conformidade com Profilaxia de TEV	%	ND	ND	ND	ND	ND
	Média de Permanência em Histerectomia	dias	1,5	2,2	1,7	2,6	3,6
	Média de Permanência em Colectomia VLP.	horas	34,0	43,2	34,3	24,8	36,0
	Média de Permanência em Herniorrafia Inguinal	horas	27,0	25,7	17,9	19,8	31,7

	2012												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Anual
	80	91	62	74	92	69	103	81	81	88	96	77	83
	7,1	8,0	7,8	8,6	9,7	9,3	9,8	9,8	8,3	10,0	8,1	8,3	8,8
	59,0	70,0	76,7	75,6	74,1	55,5	82,8	75,9	70,0	68,6	81,1	79,1	71,6
	88,2	89,2	90,8	89,5	91,4	87,8	91,8	91,0	87,3	86,8	77,1	79,0	87,9
	4,8	3,0	4,6	4,7	4,8	3,6	2,6	6,9	5,5	6,6	2,9	6,3	4,7
	69	73	65	59	39	59	48	52	38	31	36	47	51
	77	70	55	53	91	67	33	29	63	63	109	37	62
	14,9	10,9	10,9	14,3	11,9	9,4	11,2	13,2	10,2	13,5	11,4	15,2	12,1
	64,2	78,1	60,9	64,1	48,6	65,5	62,8	79,3	87,0	59,8	81,8	74,6	68,7
	8,4	5,3	5,3	12,0	5,5	5,3	8,3	7,6	10,4	6,5	3,4	5,1	6,9
	11,2	10,3	12,1	11,2	12,7	11,8	11,9	11,8	11,8	13,5	11,0	11,3	11,7
	5,4	4,9	4,6	7,1	4,4	6,1	7,5	5,3	5,2	10,9	5,6	8,2	6,2
	4,3	4,9	4,8	5,0	4,9	5,6	6,2	5,9	6,8	5,8	4,6	6,2	5,4
	50,0	65,1	51,1	49,1	44,4	62,2	31,7	60,9	49,4	43,9	32,3	38,2	48,7
	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0	1,3	1,8	0,0	0,0	0,5
	13,6	12,2	13,9	11,2	9,1	11,6	10,2	9,8	10,1	10,0	9,5	9,1	10,8
	38,7	36,1	38,5	41,7	39,9	46,6	39,5	43,9	42,9	39,6	40,8	40,9	40,9
	11,7	9,5	8,7	6,0	4,2	9,4	7,5	10,1	6,5	10,2	9,2	6,7	8,3
	14,6	13,7	15,9	11,3	11,0	10,9	9,0	10,1	10,8	11,5	10,1	10,2	11,3
	14,1	12,4	10,3	8,0	7,2	9,6	8,3	13,1	7,6	14,1	11,8	8,3	10,3
	32,5	17,6	14,0	16,8	17,6	33,1	15,4	17,5	17,2	13,5	14,3	14,5	18,1
	74,8	79,2	77,4	80,9	77,6	79,8	81,5	81,9	84,8	84,7	79,4	80,9	80,3
	26,0	26,6	17,7	19,3	18,8	19,8	25,4	15,3	17,6	18,5	22,2	22,0	20,4
	81,9	64,0	61,9	54,8	51,3	57,7	55,7	52,6	54,1	52,4	53,5	55,2	57,9
	2,6	2,7	2,5	2,5	2,2	2,6	2,6	2,5	2,3	2,5	2,5	2,5	2,5
	38,3	41,9	36,6	36,6	34,8	36,8	30,4	29,3	30,9	32,4	29,9	33,9	34,3
	25,6	58,3	29,0	42,9	28,9	24,3	24,1	25,8	37,0	30,8	38,3	30,0	32,9

Perfil Institucional

Hospitais Membros Associados Titulares

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-HCor

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 Nove de Julho

Hospital Porto Dias

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 Pompeia

Hospital São José

Hospital São Lucas

Hospital São Lucas de Aracajú

Hospital São Luiz Itaim

Hospital São Luiz Jabaquara

Hospital São Rafael

Hospital Saúde da Mulher

Hospital Sírio-Libanês

Hospital Vera Cruz

Hospital VITA Batel

Hospital VITA Curitiba

Hospital VITA Volta Redonda

Hospital viValle

Real Hospital Português

Vitória Apart Hospital



CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ

Breve histórico da Instituição

A Casa de Saúde São José, fundada em 1923 pelas Irmãs da Congregação de Santa Catarina, é reconhecida pelos atendimentos personalizados e humanizados que, aliados aos investimentos em tecnologia e mão de obra altamente qualificada, permitem atender com carinho e eficiência pacientes, familiares e médicos.

Primeiro Hospital do Rio de Janeiro a obter o Certificado de Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 2004, a Casa de Saúde São José conquistou em 2011 a Acreditação Internacional Canadense, emitida pelo Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), certificando que o Hospital possui práticas equiparadas aos melhores do mundo.

Com aproximadamente 1,9 mil cirurgias por mês, a São José é considerada um dos hospitais com maior volume cirúrgico (cirurgia x leito) do país, com foco em cirurgias de alta complexidade e atendimento em mais de 30 especialidades. Além disso, a Instituição promove investimentos constantes em tecnologia de ponta, com o objetivo de oferecer maior conforto e segurança para o paciente.

Destaque 2012

Em conformidade com seu contínuo processo de modernização, a CSSJ investiu fortemente na reestruturação de seu Centro Cirúrgico I, o maior do Hospital, com oito salas, e Salas Cirúrgicas Inteligentes, inauguradas em novembro de 2012, com a finalidade de trazer mais conforto para o médico e paciente. As salas possibilitam, por exemplo, a integração de todos os equipamentos em um só ponto, auxiliando na ergonomia do médico durante a cirurgia. Outra novidade são as luzes que iluminam os cantos da sala, permitindo que sejam realizados trabalhos pelos anestesistas sem interferência no campo cirúrgico, gerando maior conforto visual. Por ter os equipamentos suspensos, as salas também demandam menor tempo de limpeza entre uma cirurgia e outra. O espaço pode ser utilizado por médicos para qualquer procedimento cirúrgico. A perspectiva é que até 2014 mais duas salas deste porte sejam inauguradas.

Ainda em 2012, outros investimentos importantes em tecnologia médica foram realizados, a exemplo da aquisição do Pentero, um microscópio neurocirúrgico que oferece mudança significativa na abordagem cirúrgica de tumores cerebrais, microcirurgia cervical e tumores de medula. Este equipamento tem algumas funcionalidades semelhantes às de uma câmera digital, possibilitando o aumento da profundidade de campo e foco automático de alta velocidade. Por meio dessas funcionalidades, os cirurgiões podem acessar pontos que antes não conseguiam. Outro marco foi a inauguração da nova Hemodinâmica com o moderno aparelho Artis Zee Floor, da Siemens. Ele disponibiliza imagens totalmente digitais, o que proporciona informações mais acuradas nos exames de angiologia e cateterismo. O setor está em processo de acreditação.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital sem fins lucrativos

Fundação 1923

Área construída 30.000 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 222

Nº de leitos de UTI 56

Nº de médicos cadastrados 6.328

Nº de funcionários ativos 1.300

Nº de consultas no pronto-socorro 9.279

Nº de consultas no ambulatório não se aplica

Nº de internações 19.639

Nº de cirurgias (exceto partos) 23.593

Nº de partos 3.126

Nº de exames realizados no SADT 406.433

Receita bruta (em R\$ milhões) 259,0



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

Reconhecido como referência mundial em oncologia, o A.C. Camargo é uma instituição filantrópica criada em 1953. O Hospital trata os mais de 800 tipos de tumores identificados pela medicina, divididos em mais de 40 especialidades, com excelentes índices de sucesso no tratamento (da ordem de 70% para adultos, comparáveis aos dos maiores centros oncológicos do mundo). Por meio da interligação das melhores práticas em prevenção, diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa é que o A.C. Camargo se destaca. De forma integrada e multidisciplinar, atende a cada ano 15 mil novos pacientes de diversas partes do país e do exterior, totalizando mais de 1 milhão de procedimentos (consultas, exames, internações, cirurgias, quimioterapia e radioterapia, entre outros).

Seu corpo clínico é composto por uma equipe de mais 500 especialistas, dos quais 200 estão distribuídos em 18 especialidades de atendimento oncológico: cirurgiões, radioterapeutas, patologistas e radiologistas, sendo que a maioria possui mestrado e doutorado. Além disso, o Hospital conta com o apoio de mais de 2,9 mil profissionais de saúde. Referência em pesquisa oncológica, publicou, em 2012, 159 artigos em revistas especializadas de alta relevância. Desde sua fundação, o A.C. Camargo já diagnosticou e tratou mais de 700 mil pacientes, possuindo uma das maiores casuísticas do país no tratamento do câncer. Na área de prevenção, promove programas voltados à população carente com realização de palestras, exames preventivos e de diagnóstico precoce, que totalizaram 40 mil atendimentos em 2012.

Destaque 2012

Em 25 de junho de 2012, o Hospital inaugurou as novas instalações da Torre Professor Dr. Ricardo Renzo Brentani. A Torre integra o Complexo A.C. Camargo e expandiu em 37% a capacidade de internação, com a entrega de 120 novos leitos, totalizando 441, e formando uma das maiores estruturas de atendimento do mundo em oncologia. Em julho de 2012, o Núcleo Oncológico Avançado do Hospital, localizado em Santo André, conquistou o nível máximo de excelência da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A certificação foi concedida sem qualquer recomendação adicional dos auditores.

Ainda em 2012, o A.C. Camargo conquistou cinco importantes reconhecimentos do mercado: foi eleito pelo Anuário 360º Época Negócios a melhor empresa do Brasil no setor de saúde e se destacou como a 6ª melhor empresa no ranking geral; figurou como a 1ª no ranking de serviços médicos pelo Anuário Valor 1000; foi apontado pela edição 500 Melhores Empresas da revista IstoÉ Dinheiro como uma das melhores em Saúde e, pelo quarto ano consecutivo, ficou no ranking das Melhores e Maiores da revista Exame. Também foi eleito pela quarta vez uma das melhores empresas para se trabalhar do Guia Você S/A Exame.

Em janeiro de 2013, a Instituição obteve a certificação ISO 14001, mostrando que atua com um sistema de gestão ambiental efetivo e consolidando seu compromisso com a preservação do meio ambiente.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2010)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1953
Área construída	70.000 m ²
Organização do corpo clínico	fechado
Acreditação hospitalar	Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	392
Nº de leitos de UTI	46
Nº de médicos cadastrados	543
Nº de funcionários ativos	2.905
Nº de consultas no pronto-socorro	não se aplica
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	15.706
Nº de cirurgias (exceto partos)	11.632
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	não se aplica
Receita bruta (em R\$ milhões)	623,0



Rua Professor Antônio Prudente, 109 - Liberdade
São Paulo - SP - 01509-010
11 2189-5000 - www.accamargo.org.br



HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Breve histórico da Instituição

Vocação. Essa é uma palavra que traduz com clareza o que a origem alemã traz à área assistencial de saúde. Construído sobre bases firmes, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz vem fazendo história e desenvolvendo com habilidade especial o fortalecimento da tradição com os olhos fixos na evolução. O resultado é contundente: mais de 96 mil m² de área construída, mais de cinco mil médicos, diversos centros de especialidades e uma das melhores assistências do país. E a expansão estrutural não para: um novo bloco composto de 25 pavimentos acaba de ser inaugurado. Isso significa que áreas fundamentais, como UTI e centro cirúrgico, foram ampliadas. Nesse caso, as novas tecnologias não foram contempladas apenas na área estrutural voltada ao atendimento à saúde: a instituição foi ainda mais longe, levando os avanços tecnológicos à construção do próprio edifício. A obra seguiu rigorosos critérios ambientais estabelecidos pela Leadership in Energy and Environmental Design (LEED), proporcionando o uso racional no consumo de água, uso de energia renovável, madeira certificada e plano de controle de qualidade do ar. O Hospital é certificado pela Joint Commission International (JCI) – principal agência mundial de acreditação em saúde, demonstrando compromisso de melhoria contínua que garante o melhor e mais seguro atendimento aos seus pacientes. A vocação confirma-se a cada ano, mostrando que é possível ser novo. Sempre.

Destaque 2011 e 2012

Inaugurado em dezembro de 2012, o Bloco E, novo prédio do complexo do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, exigiu investimentos da ordem de R\$ 240 milhões. Os ambientes foram planejados e testados para que resultassem em espaços seguros e agradáveis, alinhados ao modelo assistencial Relationship-Based Care (RBC ou Cuidado Baseado no Relacionamento). Com 25 pavimentos, o novo prédio possibilitou a ampliação do número de leitos do Hospital para 351 no total, incluindo internação, unidade semi-intensiva e UTI. Além disso, o centro cirúrgico ganhou novas salas de alta complexidade, aumentando o número para 22 salas cirúrgicas no total.

O Bloco E foi construído de acordo com rigorosos critérios ambientais estabelecidos pela LEED. O objetivo final é obter a certificação e ser referência nesse tipo de construção no Brasil. Houve consumo racional de água, otimização da eficiência energética, proibição do uso de CFC (clorofluorcarboneto) e utilização de energia renovável, madeira certificada e plano de controle da qualidade do ar. Os corredores de internação têm um sistema de controle de iluminação que funciona segundo a hora do dia.

Em 2012, destacou-se ainda, em 22 de dezembro, a renovação da certificação da JCI por três anos. Com a conquista da reacreditação, o Hospital ingressa agora em seu quarto ano com o selo internacional.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2002)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1897
Área construída	96.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	278
Nº de leitos de UTI	44
Nº de médicos cadastrados	5.231
Nº de funcionários ativos	1.914
Nº de consultas no pronto-socorro	56.857
Nº de consultas no ambulatório	7.976
Nº de internações	16.764
Nº de cirurgias (exceto partos)	21.145
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	142.832
Receita bruta (em R\$ milhões)	447,2



Rua Treze de Maio, 1.815 - Paraíso
São Paulo - SP - 01323-100
11 3549-1000 - www.hospitalalemao.org.br



HOSPITAL ALIANÇA

Breve histórico da Instituição

A criação do Complexo Hospitalar Aliança teve início em 1982 com uma proposta inovadora visando a integrar em um mesmo espaço físico o Hospital e o Centro Médico Aliança. A inauguração ocorreu em 18 de outubro de 1990, inserindo a instituição no cenário médico-hospitalar da Bahia como uma nova referência no setor de saúde. Além de possuir o corpo clínico aberto, conta com uma equipe fixa e própria, respondendo pela assistência do pronto atendimento, neonatologia, tratamento intensivo e pelas intercorrências dos pacientes internados nas outras unidades. Nos 77 consultórios localizados no Centro Médico, há profissionais de diversas especialidades e um auditório com capacidade para 100 pessoas, onde são realizados eventos científicos internos e externos. Em 2000, foi ampliada a estrutura para atendimento pediátrico com a inauguração do Centro Aliança de Pediatria, que abrange emergência, urgência, pronto atendimento, cirurgia ambulatorial e internação. Três valores definem o jeito Aliança de ser: Excelência, Integridade e Aperfeiçoamento.

Destaque 2012

Nos últimos anos, o Hospital Aliança tem realizado grandes investimentos no aprimoramento da sua gestão. A instituição deu continuidade a um amplo programa de capacitação das lideranças com o acompanhamento da Fundação Dom Cabral - escola de negócios referência na América Latina. O Aliança adota um modelo de gestão por resultados, aperfeiçoado constantemente. Em 2012, pelo terceiro ano consecutivo, ganhou o Prêmio Top of Mind Bahia na categoria hospital particular. O Aliança está, portanto, atento ao acirramento da competitividade do mercado e mantém-se firme no propósito de prestar serviços de excelência. Em 2012, seus índices de satisfação do cliente permaneceram acima de 90%. Nesse mesmo período, manteve em nível muito baixo a taxa de infecção hospitalar, com o indicador de 1,7%, dentro do patamar recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (abaixo de 5%). Para 2013, foram realizados investimentos em novos equipamentos que entrarão em operação nas unidades de diagnóstico por imagem, centro cirúrgico, UTI e central de esterilização, garantindo a manutenção do atendimento ágil e com padrão de excelência.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador
(desde 2001)

Hospital com fins lucrativos

Fundação 1990

Área construída 29.216 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar em processo

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 201

Nº de leitos de UTI 42

Nº de médicos cadastrados 2.773

Nº de funcionários ativos 1.504

Nº de consultas no pronto-socorro 72.501

Nº de consultas no ambulatório não se aplica

Nº de internações 12.881

Nº de cirurgias (exceto partos) 7.156

Nº de partos 2.077

Nº de exames realizados no SADT 713.548

Receita bruta (em R\$ milhões) 206,0



Av. Juracy Magalhães Júnior, 2.096 - Rio Vermelho
Salvador - BA - 41920-900
71 2108-5600 - www.hospitalalianca.com.br



HOSPITAL ANCHIETA

Breve histórico da Instituição

Em 6 de setembro de 1995, o Hospital Anchieta abriu suas portas já em pleno funcionamento e com solidez para construir pontes e superar possíveis e reais obstáculos, comuns a um empreendimento de visão tão globalizada, focado na promoção da saúde.

Para alcançar o atual patamar, o Hospital entendeu ser necessário dar consistência conceitual e prática a todo o projeto, implementando a gestão da qualidade total. A partir daí, os constantes investimentos fizeram do Anchieta um marco na saúde do Distrito Federal. A Instituição 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 Assistência Médica: Em 2000, o Hospital Anchieta recebeu a 1ª certificação da ISO. Desde esta época, já era trabalhada a gestão de risco e a preocupação com a segurança dos pacientes. Desde então, o Anchieta cresceu e se aperfeiçoou muito. Recebeu em 2002 o certificado de Acreditação da ONA em Nível I; em 2003, o certificado nível II e em 2006, já era nível III.

Nos últimos sete anos foi reconhecido pela premiação Top Of Mind, por ser o hospital particular mais lembrado do DF, sendo cinco vezes premiado.

Destaque 2012

Em 2012, o Hospital Anchieta registrou as seguintes realizações:

- Reestruturação da Governança Clínica;
- A entrega de mais uma ala de internação (nefrologia);
- O Hospital investiu em ações de Responsabilidade Social visando ao desenvolvimento da comunidade, por meio de diversificadas palestras realizadas pelo Instituto Anchieta de Ensino e Pesquisa (IAEP). Promoveu também programas como o Estande Itinerante e o Curso de Gestantes. Esse último recebeu um verdadeiro recorde de inscrições: 300 em 2012;
- Reestruturação dos setores de almoxarifado e farmácia;
- Criação da área de descanso do colaborador;
- Elaboração do planejamento estratégico para 2020.

Projetos para 2013:

- Construção de uma nova UTI neonatal e pediátrica;
- Construção de um novo centro cirúrgico de alta complexidade.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital com fins lucrativos

Fundação 1995

Área construída 60.374 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 168

Nº de leitos de UTI 40

Nº de médicos cadastrados 516

Nº de funcionários ativos 881

Nº de consultas no pronto-socorro 250.413

Nº de consultas no ambulatório não se aplica

Nº de internações 11.934

Nº de cirurgias (exceto partos) 4.812

Nº de partos 1.588

Nº de exames realizados no SADT 610.971

Receita bruta (em R\$ milhões) 126,9



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

O Hospital Bandeirantes nasceu em 7 de maio de 1945, quando o Prof. Dr. Domingos Lerário fundou o Hospital Antônio Lerário, no bairro da Liberdade em São Paulo, com apenas 30 leitos e uma equipe de 30 médicos. Trinta anos depois, em 1975, a instituição recebeu sua identidade definitiva – Hospital Bandeirantes – e com isso iniciou-se um processo de intensa evolução tecnológica, que continua até hoje.

Tal estabelecimento, primeiro dos quatro do Grupo Saúde Bandeirantes, é um hospital geral de alta complexidade e atendimento integrado em todas as especialidades médicas, com foco nas áreas cardio-vascular, transplante, cirurgia especializada e oncologia clínica e cirúrgica, com infraestrutura completa, atendimento humanizado e equipamentos de última geração.

Possui certificação nível III de Excelência da Organização Nacional de Acreditação (ONA), além de oferecer conforto e segurança aos pacientes e familiares, através de uma localização privilegiada (a 200 metros do metrô Liberdade) e heliponto próprio. A instituição conta também com o Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), que além de incentivar a prática da pesquisa e promover cursos e eventos científicos, apoia a participação de médicos e demais profissionais de saúde em outros eventos nacionais e internacionais.

Destaque 2012

O Hospital Bandeirantes investe em um corpo de enfermagem de excelência com a formação e qualificação permanente de seus profissionais e é responsável pela realização de procedimentos complexos, como cirurgias cardíacas, transplantes de medula óssea, rim, fígado e pâncreas, com excelentes resultados. Esse trabalho foi reconhecido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que em 2012 divulgou que o Hospital possui uma das melhores taxas de sucesso em procedimentos cirúrgicos. Ainda em 2012, foi recertificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) alcançando o nível de excelência e obteve reconhecimento em Responsabilidade Sócioambiental pela IT Mídia, com sua política de reciclagem de resíduos.

Para 2013, já iniciou o processo de Acreditação Internacional Canadense e inaugurou seu novo serviço de radioterapia com uma das equipes mais experientes do país. Ampliará em 30% a capacidade de atendimento de sua emergência com a expansão de seu pronto-socorro. No primeiro semestre de 2013, seu centro cirúrgico terá 14 salas completamente equipadas e preparadas para a realização de cirurgias complexas. Para o final do ano estão previstos mais 10 leitos de UTI, totalizando 68 leitos disponíveis. Em longo prazo, o Grupo pretende atuar de forma intensiva nas especialidades de oncologia, cardiologia, traumatologia, coluna e dor e tratamento da obesidade.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2009)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1975
Área construída	26.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	240
Nº de leitos de UTI	58
Nº de médicos cadastrados	3.000
Nº de funcionários ativos	1.514
Nº de consultas no pronto-socorro	82.342
Nº de consultas no ambulatório	47.162
Nº de internações	13.095
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.579
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	118.681
Receita bruta (em R\$ milhões)	248,0



Rua Barão de Iguape, 209 - Liberdade
São Paulo - SP - 01507-000
11 3345-2000 - www.grupobandeirantes.com.br



HOSPITAL BARRA D'OR

Breve histórico da Instituição

Considerado referência em qualidade na Capital do Rio de Janeiro (RJ), o Hospital Barra D'Or completou 15 anos em 2013, consolidando-se como modelo em saúde na região da Barra da Tijuca e nos bairros adjacentes. Com o empenho de todo o corpo multidisciplinar, mantém como foco a busca constante pela qualidade em saúde, associada às práticas de humanização no atendimento.

O Barra D'Or caracteriza-se como hospital de muita experiência no atendimento ao paciente crítico, incluindo vítimas de politraumatismos, e sua emergência oferece atendimento de especialidades diversas, como clínica geral, cirurgia, ortopedia e oftalmologia. Em sua estrutura, o Barra D'Or conta com 46 leitos de terapia intensiva, distribuídos em unidades de terapia intensiva geral, coronária e pós-operatória, além de nove salas cirúrgicas. Por contar com experiência e qualidade, está apto a realizar intervenções diversas na área de hemodinâmica. Um dos exemplos é a angioplastia coronariana primária, conduta utilizada para tratar casos de infarto agudo do miocárdio.

Destaque 2012

No ano de 2012, o hospital Barra D'Or recebeu a recertificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e Accreditation Canada. A UTI geral, com 16 leitos, foi reformada obedecendo a padrões de alta tecnologia, incluindo em sua estrutura dois leitos para isolamento total. Também foram adquiridos respiradores de última geração e todo o sistema de monitorização contínua foi substituído.

O Parque Tecnológico do Centro Cirúrgico foi atualizado com as aquisições de aparelhos de vídeo em HD, equipamentos de arco cirúrgico, aparelhos de anestesia e mesas cirúrgicas, incluindo mesas específicas para pacientes que sofrem de obesidade mórbida. Toda a sala de hemodinâmica foi reestruturada e foi instalado um novo modelo de angiógrafo de alta tecnologia.

O objetivo do Hospital é buscar união entre tecnologia moderna e corpo clínico altamente qualificado, considerando os pontos de vista técnico e humano. O Hospital atua com grupos de convivência de apoio aos familiares de pacientes críticos e promove palestras para a comunidade, discutindo temas de prevenção, qualidade de vida e saúde.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital com fins lucrativos

Fundação 1998

Área construída 12.332 m²

Organização do corpo clínico misto

Acreditação hospitalar Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 166

Nº de leitos de UTI 46

Nº de médicos cadastrados 183

Nº de funcionários ativos 1.660

Nº de consultas no pronto-socorro 79.221

Nº de consultas no ambulatório não se aplica

Nº de internações 10.894

Nº de cirurgias (exceto partos) 7.113

Nº de partos não se aplica

Nº de exames realizados no SADT 81.687

Receita bruta (em R\$ milhões) 2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



Av. Ayrton Senna, 2541 - Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - 22775-002
21 2430-3646 - 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 de sua saúde.

Localizado no bairro de Copacabana, zona sul do Rio de Janeiro, o Hospital 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.

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 manter um nível altíssimo em tal segmento, conta com 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.

Destaque 2012

Em 2012 o Hospital Copa D'Or comemorou 12 anos de vida e obteve o Certificado Internacional de Centro de Excelência em Cirurgia Bariátrica e Metabólica concedido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) e pela Surgical Review Corporation, a mais importante entidade no mundo para qualificação de centros cirúrgicos. É o primeiro hospital do Rio de Janeiro a obter este reconhecimento pela qualidade e segurança oferecidos ao paciente bariátrico. Dedicou instalações apropriadas e mais de 30 profissionais a este serviço, que deve operar cerca de 250 pacientes em 2013.

O Centro conta com o acompanhamento de equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, além de infraestrutura dedicada a este perfil de paciente. O título de Centro de Excelência é destinado às unidades hospitalares cujas práticas são consideradas modelos de qualidade e segurança ao paciente. A qualificação é resultado de um ano de reorganização de infraestrutura e equipes do Copa D'Or. O Hospital conta também com a inauguração do Smart Track na emergência adulta, o qual foi implantado nos Hospitais Rede D'Or São Luiz em 2012. Para 2013, pretende-se implantar um sistema de relacionamento médico e com seus pacientes.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital com fins lucrativos

Fundação 2000

Área construída 23.785 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 223

Nº de leitos de UTI 57

Nº de médicos cadastrados 1.289

Nº de funcionários ativos 2.200

Nº de consultas no pronto-socorro 109.714

Nº de consultas no ambulatório não se aplica

Nº de internações 12.240

Nº de cirurgias (exceto partos) 7.402

Nº de partos não se aplica

Nº de exames realizados no SADT 19.464

Receita bruta (em R\$ milhões) 2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



Rua Figueiredo de Magalhães, 875 - Copacabana
Rio de Janeiro - RJ - 22031-010
21 2545-3600 - www.copador.com.br



HOSPITAL DO CORAÇÃO - HCor

Breve histórico da Instituição

Reconhecido nacional e internacionalmente como um centro de excelência no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas, o HCor – Hospital do Coração foca também a assistência médica em outras especialidades como ortopedia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, cirurgia vascular, urologia, gastroenterologia e pneumologia, às quais se dedica com a mesma expertise oferecida no atendimento em cardiologia.

O HCor, entidade beneficente e não lucrativa, mantida pela Associação do Sanatório Sírio, iniciou suas atividades em 1976 e ao longo de seus 37 anos consolidou-se como idealizador e propulsor de novas tecnologias, tratamentos, atendimento humanizado e desenvolvimento de pesquisas nacionais e internacionais na área da saúde.

O Hospital, um dos seis integrantes do Programa “Hospitais de Excelência a Serviço do SUS do Ministério da Saúde”, por meio de sua atividade filantrópica, contribui para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), fornecendo recursos de ponta e know-how de seus profissionais qualificados, o que permite a transferência de novas tecnologias, além da capacitação de recursos humanos e a produção de pesquisas de grande relevância para a população. Para o atual triênio 2012-2014 serão 36 projetos e investimentos que superam R\$ 110 milhões.

Como área estratégica do HCor está seu instituto de ensino e pesquisa. Criado em 2007, o IEP-HCor é hoje um dos maiores centros de pesquisa clínica do país. Projetos recentes foram publicados nas revistas científicas mais importantes do mundo. O HCor é o único hospital sul-americano que por duas vezes apresentou uma sessão Late Breaking Clinical Trials.

Destaque 2012 e 2013

Em 2012, o HCor manteve o seu processo de crescimento orgânico e de criação de novos serviços diferenciados. Inaugurou a unidade avançada de diagnóstico HCor Cidade Jardim, que conta com estrutura de diagnósticos por imagem, análises clínicas, exames endoscópicos e serviços diferenciados como check-ups clínicos e um núcleo de atenção à saúde da mulher.

No início de 2013, o HCor conquistou o 3º Ciclo de Acreditação pela Joint Commission International (JCI). Além disso, em 2012 foi o primeiro hospital da América Latina a conseguir duas certificações pela JCI para os Programas Clínicos de Infarto do Miocárdio (IAM) e Insuficiência Cardíaca (IC), demonstrando excelência no tratamento das doenças cardiovasculares, como uma das principais referências - nacional e internacional - em cardiologia.

Ainda em 2013, haverá a inauguração de um novo edifício construído em frente ao Complexo Hospitalar. A interligação entre os prédios será feita por meio de passarela suspensa e por um túnel sob a Rua Desembargador Eliseu Guilherme. Esta unidade será composta por 45 apartamentos, um centro de convenções equipado com os mais modernos recursos tecnológicos e duas salas cirúrgicas híbridas - uma com foco em procedimentos híbridos de neurocirurgia e outra dedicada totalmente à área de cardiologia. Projetado com conceitos de sustentabilidade, ele é qualificado como sendo um prédio verde (green building). Também neste ano deve iniciar-se a construção de um novo prédio, nas proximidades do complexo HCor, onde funcionará o Centro Integrado de Oncologia – HCor Onco.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital sem fins lucrativos

Fundação 1976

Área construída 48.000 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 238

Nº de leitos de UTI 78

Nº de médicos cadastrados 1.110

Nº de funcionários ativos 2.156

Nº de consultas no pronto-socorro 36.995

Nº de consultas no ambulatório 142.682

Nº de internações 9.538

Nº de cirurgias (exceto partos) 6.239

Nº de partos 40

Nº de exames realizados no SADT 1.587.563

Receita bruta (em R\$ milhões) 334,0



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



HOSPITAL ESPERANÇA

Breve histórico da Instituição

Fruto de investimentos arquitetônicos e de infraestrutura moderna e tecnológica, o Hospital Esperança foi inaugurado em agosto de 2000 às margens do Rio Capibaribe, na capital pernambucana, reconhecida nacionalmente como o segundo polo médico do Brasil.

Muitos foram os motivos que fizeram com que o Esperança se solidificasse como um dos mais avançados complexos hospitalares do país. Destaca-se o tratamento humanizado, suítes, UTI's e centros cirúrgicos. Além disso, há outros fatores envolvidos que deixam claro quais são os pilares defendidos pelo complexo: inovação, precisão, respeito e avanço.

A partir da atuação conjunta com a Rede D'Or São Luiz, o Hospital Esperança tem realizado investimentos em reformas de suas instalações, ampliado e adquirido equipamentos que possibilitam prestar atendimento cada vez mais humanizado e eficiente.

Toda a filosofia de trabalho e as políticas de qualidade estão focadas no cuidado e na segurança dos pacientes. Hoje, o Esperança está acreditado no nível III - Excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), e se prepara para ser certificado pelo Canadian Council on Health Service Accreditation (CCHSA), com reconhecimento internacional pela prestação de serviços em saúde.

Destaque 2011 e 2012

Em 2012, o Hospital Esperança entregou à população um novo setor de emergência, com instalações reformuladas, o que melhorará a capacidade de atendimento da região. Isso tornou o centro um dos maiores hospitais privados do Norte e do Nordeste do país.

Com investimentos de cerca de R\$ 30 milhões e dando sequência ao plano de expansão, a primeira fase do projeto contou com mais de 60 leitos entregues e duas novas salas cirúrgicas, em junho de 2012. Ao todo foram 100 leitos de apartamentos, terapia intensiva adulto - cardiológica e infantil. Com isso, a capacidade de internação aumentará em 60%, proporcionando maior comodidade e ampliando as opções de leitos. O projeto, em estrutura vertical, conta também com quatro novos elevadores (que vão melhorar o fluxo de atendimento e garantir mais agilidade aos procedimentos), centro de oncologia e mais 300 vagas de estacionamento.

Com a proposta de oferecer um tratamento de qualidade crescente, o setor de emergência adotou a metodologia Smart Track. Foram implantados protocolos de atendimento assistencial utilizados nos melhores centros hospitalares do mundo, além de investimentos contínuos na gestão do desenvolvimento humano.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2004)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2000
Área construída	26.000 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	245
Nº de leitos de UTI	58
Nº de médicos cadastrados	600
Nº de funcionários ativos	1.500
Nº de consultas no pronto-socorro	104.601
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	15.600
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.088
Nº de partos	2.018
Nº de exames realizados no SADT	67.589
Receita bruta (em R\$ milhões)	2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



Rua Antônio Gomes de Freitas, 265 - Ilha do Leite
Recife - PE - 50070-480
81 3131-7878 - www.hospitalesperanca.com.br



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

Breve histórico da Instituição

Ao longo de quase 60 anos de existência, o Hospital Israelita Albert Einstein tornou-se referência para médicos, pacientes e para toda a sociedade brasileira no que se refere à prática médica e assistencial de qualidade. O modelo de atuação contempla sólido investimento em pesquisa, ensino, treinamento e apoio à melhoria do sistema de saúde público, para o desenvolvimento pleno da sociedade brasileira. É dessa forma que o Einstein mantém vivos os preceitos que orientaram sua fundação e manifesta a gratidão da comunidade judaica pelo apoio recebido em sua chegada ao país.

Atuando em toda a cadeia de saúde, o Hospital possui inúmeros serviços desde promoção, prevenção e diagnóstico, até tratamento e reabilitação. Também conta com as principais certificações nacionais e internacionais que atestam a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, com destaque para a da Joint Commission International (JCI), outorgada de forma pioneira em 1999 a uma organização fora dos Estados Unidos.

As frentes de atuação ainda contemplam a oferta de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação lato sensu, pesquisa científica e todo o suporte para publicação de trabalhos científicos. O Einstein também oferece consultoria e treinamento para instituições de saúde públicas e privadas que necessitem desse serviço, além de atuar em parcerias com poder público administrando serviços de saúde, como o Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, AMAs, UBSs e CAPSs da Prefeitura do Município de São Paulo, ou atuando de forma integrada com o Governo Federal em projetos de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaque 2012

O ano de 2012 foi marcado pela continuidade da expansão das atividades hospitalares e ambulatoriais, com investimento de R\$ 178 milhões. Os destaques são: construção da nova Unidade Alphaville; expansão da Unidade Ibirapuera; adição de 12 leitos para o Hospital Israelita Albert Einstein; início da construção das novas instalações do Instituto de Oncologia e Hematologia e da sala cirúrgica híbrida; bem como a continuidade da implantação do novo Centro de Intervenção Guiado por Imagem. Foi promovido também um acelerado crescimento das atividades de Ensino e Pesquisa e aumento das atividades de Parcerias Públicas, particularmente do Complexo de Saúde de Paraisópolis.

Algumas realizações e conquistas relacionadas à gestão, qualidade, segurança e proteção do meio ambiente merecem destaque especial: a parceria com o MD Anderson Cancer Center; a realização do primeiro transplante multivisceral brasileiro (estômago, duodeno, intestino, pâncreas e fígado); a indexação da revista einstein no PubMed/MEDLINE®; a conquista do Prêmio SciVal Brasil 2012 na categoria Citações por Documento - Institutos de Pesquisa e Outros; a escolha pela Revista AméricaEconomia pelo quarto ano consecutivo como o melhor hospital da América Latina; a escolha pelo terceiro ano consecutivo como uma das 150 melhores empresas para se trabalhar pelo Guia Você S/A Exame; a acreditação ONA – Nível II do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch e a acreditação da Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (FACT) para o processo de transplante de medula óssea.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular Fundador (desde 2001)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1971
Área construída	221.588 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	647
Nº de leitos de UTI	41
Nº de médicos cadastrados	6.081
Nº de funcionários ativos	10.195
Nº de consultas no pronto-socorro	262.275
Nº de consultas no ambulatório	264.657
Nº de internações	48.881
Nº de cirurgias (exceto partos)	37.866
Nº de partos	3.871
Nº de exames realizados no SADT	4.778.901
Receita bruta (em R\$ milhões)	1.625,6



Av. Albert Einstein, 627 - Jd. Leonor
São Paulo - SP - 05652-900
11 2151-1233 - www.einstein.br



HOSPITAL MÃE DE DEUS

Breve histórico da Instituição

O Hospital Mãe de Deus, localizado em Porto Alegre, é integrante e Instituição líder do Sistema de Saúde Mãe de Deus, obra da Congregação das Irmãs de São Carlos Borromeo Scalabrini. Foi inaugurado em 1º de junho de 1979 e tem como mantenedora a Associação Educadora São Carlos (AESC), com sede em Caxias do Sul, RS.

Trata-se de uma instituição privada, filantrópica, atuando com base nos princípios da Congregação, focada nas necessidades em saúde das populações onde atua, com intensa atividade em projetos sociais, reinvestindo de forma integral os seus resultados financeiros e de suas competências de gestão, para todas as unidades do Sistema de Saúde Mãe de Deus, em atualização tecnológica, qualificação profissional e no desenvolvimento dos processos médico-assistenciais, através de um modelo de governança corporativa contemporâneo. O Hospital Mãe de Deus conta com uma estrutura de cerca de 40 mil m², onde concentra tecnologia de ponta, com equipamentos de última geração, inovação tecnológica constante, e uma equipe médico-técnica altamente qualificada, formada por cerca de 4 mil médicos e 2 mil colaboradores.

O Mãe de Deus está preparado para oferecer um conjunto de soluções em saúde, com elevada capacidade resolutiva, conforto, comodidade e segurança.

Os principais serviços oferecidos à população são as áreas de emergência, centro de terapia intensiva, centro cirúrgico, centro obstétrico e maternidade, unidades de internação e unidades de diagnósticos de tecnologia avançada.

Destaque 2012

O Hospital Mãe de Deus encontra-se em um momento de desenvolvimento e crescimento institucional em vários aspectos: projetos de expansão e crescimento das suas instalações; novos modelos de assistência e maior qualificação e inovação de seus processos e serviços. Novas estratégias preveem inovadoras linhas de cuidado, que sustentam novos serviços. A preparação para a Copa do Mundo, fazendo do Hospital Mãe de Deus a referência para os eventos em Porto Alegre norteia as ampliações e o desenvolvimento da Instituição.

Durante o ano de 2012, no mês de agosto, o Hospital obteve a certificação da Joint Commission International (JCI), que, juntamente com a certificação em Nível de Excelência da Organização Nacional de Acreditação (ONA), confere ao Hospital um padrão de qualificação e segurança nas ações assistenciais à altura das necessidades e expectativas de seus clientes. Também foi elaborado o plano estratégico para os próximos anos para a expansão do Hospital, com ampliação de unidades de internação, novos leitos de terapia intensiva, ampliação dos serviços ambulatoriais, incluindo a ampliação do setor de emergência e da área de consultas ambulatoriais, em parceria com os serviços médicos e o Centro Clínico Mãe de Deus, disponibilizando acesso imediato (pronta-consulta) a todas as especialidades.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital sem fins lucrativos

Fundação 1979

Área construída 50.000 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Joint Commission International (JCI);
Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 350

Nº de leitos de UTI 47

Nº de médicos cadastrados 3.700

Nº de funcionários ativos 2.050

Nº de consultas no pronto-socorro 50.640

Nº de consultas no ambulatório 80.357

Nº de internações 16.048

Nº de cirurgias (exceto partos) 35.532

Nº de partos 2.323

Nº de exames realizados no SADT 1.583.701

Receita bruta (em R\$ milhões) 297,0



Rua José de Alencar, 286 - Menino Deus
Porto Alegre - RS - 90880-480
51 3230-2000 - www.maedeus.com.br



HOSPITAL MATER DEI

Breve histórico da Instituição

O Hospital Mater Dei tem como filosofia oferecer sempre atendimento diferenciado, personalizado e humanizado a todos os clientes. Desde a fundação, em 1º de junho de 1980, o Hospital promove constantes melhorias assistenciais e administrativas para proporcionar serviços médico-hospitalares cumprindo a sua missão: “Compromisso com a qualidade pela vida”.

Hospital referência para a comunidade, está preparado para colher, atender e tratar as pessoas com qualidade técnica, atenção, carinho e calor humano. Esses atributos do Mater Dei ao longo de 33 anos, aliados a investimentos regulares em equipamentos de diagnóstico e terapêutica, e em infraestrutura, ações gerenciais, gestão do corpo clínico, capacitação de colaboradores e foco no cliente, contribuem para um ambiente seguro e atendimento de qualidade.

O Mater Dei foi o primeiro hospital em Belo Horizonte a conquistar a acreditação ONA em nível III Excelência, em 2004. Em 2008, obteve a certificação ISO 9001/2008 e, em 2009, a certificação internacional NIAHO, adotada pelo modelo americano de saúde, sendo o primeiro hospital fora dos Estados Unidos a alcançá-la. Atualmente, o Hospital funciona em dois blocos, totalizando 36 mil m2 de área construída. Em 2012, o Hospital atendeu aos critérios exigidos e foi credenciado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) à Rede Sentinela.

Destaque 2012

O Mater Dei ampliará os serviços à população implantando, no primeiro semestre de 2014, a Unidade Contorno. A expansão possibilitará a Belo Horizonte um incremento na oferta de emprego – cerca de 2 mil vagas serão abertas – e contribuirá para atender à grande demanda por serviços de saúde na capital mineira e região metropolitana. Serão mais leitos disponíveis aos clientes com a mesma qualidade Mater Dei. Para os profissionais de saúde, o Hospital irá oferecer estrutura física e tecnológica para um atendimento seguro e de qualidade. A Unidade Contorno terá 22 pavimentos, 314 leitos, 81 leitos de CTI, 17 salas de cirurgia, um heliponto, 878 vagas de estacionamento e 4 mil m² de pronto-socorro moderno e operando com estrutura e processos compatíveis com o que há de mais atual em todo o mundo e com capacidade para atender até 2 mil pacientes por dia.

As obras foram iniciadas em 2011 com soluções de arquitetura e engenharia modernas, inovadoras e sustentáveis. A área total a ser construída é de 63.400 m². A previsão é de que sejam investidos mais de R\$ 250 milhões na edificação da nova unidade, sendo 50% do montante financiados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e o restante advindo de recursos próprios. A unidade está situada na Avenida do Contorno, nº 9.000, local estratégico com acesso a importantes vias e avenidas, facilitando o fluxo e a movimentação.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular Fundador (desde 2001)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1980
Área construída	35.000 m²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	National Integrated Accreditation for Healthcare Organization (NIAHO); Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	314
Nº de leitos de UTI	80
Nº de médicos cadastrados	2773
Nº de funcionários ativos	1.457
Nº de consultas no pronto-socorro	295.895
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	24.918
Nº de cirurgias (exceto partos)	30.294
Nº de partos	3.189
Nº de exames realizados no SADT	1.283.118
Receita bruta (em R\$ milhões)	281,0



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

O Hospital e Maternidade Brasil é fruto de um sonho que se tornou realidade. Em 1966, um grupo de jovens médicos acreditou ser possível oferecer à comunidade local uma assistência hospitalar com o mesmo padrão de qualidade encontrado nas mais renomadas capitais. Assim, o que era uma ideia começou a tomar forma, e o que deveria ser apenas um serviço de saúde transformou-se no esboço de um hospital amplo e moderno.

Em julho de 1967, as obras tiveram início e, em 8 de abril de 1970, foi inaugurada a primeira parte do hospital, composta por dois andares com 30 apartamentos, duas salas cirúrgicas, 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 em tecnologia e sofisticação de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, além de aumentar a diversidade de especialidades médicas atuantes, promover a especialização dos serviços e ampliar a capacidade de atendimento. Foram anos atuando com o objetivo da busca da melhoria de todo processo da promoção da saúde. Em abril de 2010 foi adquirido pela Rede D'Or, que deu continuidade ao ideal inicial, incorporando atualizações tecnológicas, aumento da capacidade produtiva, reformas estruturais, aumento do número de funcionários e médicos.

Destaque 2012

A partir de 2010, o Hospital e Maternidade Brasil recebeu a expansão de 37 leitos de terapia intensiva, 64 leitos de internação (com a abertura de duas novas unidades - geral e maternidade), reforma estrutural de apartamentos, da hemodinâmica e também do centro de diagnósticos, este último alinhado à modernização dos equipamentos de imagem e nova ressonância magnética. Ainda em 2012 foi implementado o sistema de atendimento Smart Track, pioneiro no país, e adotado para agilizar o atendimento no pronto-socorro, reduzindo o tempo de espera.

Os investimentos não param por aí: visando a atender de forma diferencial seus pacientes, em 2013 será inaugurado o Centro Diagnóstico da Mulher e o novo centro cirúrgico, exclusivo para pequenas cirurgias. O Hospital tem ainda como projeto ser referência em especialidades de alta performance e para dar suporte a tal ideal está prevista a expansão das unidades de terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal. Alinhada a toda expansão, o Hospital, que já é acreditado com excelência, busca certificação de padrão internacional, fortalecendo cada vez mais a qualidade e a segurança na assistência.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2004)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1970
Área construída	31.563 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	313
Nº de leitos de UTI	80
Nº de médicos cadastrados	1.279
Nº de funcionários ativos	2.223
Nº de consultas no pronto-socorro	265.944
Nº de consultas no ambulatório	339.570
Nº de internações	21.842
Nº de cirurgias (exceto partos)	11.890
Nº de partos	3.312
Nº de exames realizados no SADT	1.609.986
Receita bruta (em R\$ milhões)	2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



Rua Cel. Fernando Prestes, 1.177 - Vila Dora
Santo André - SP - 09020-110
11 2127-6666 - www.hospitalbrasil.com.br



HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA

Breve histórico da Instituição

O Hospital e Maternidade Santa Joana teve sua origem em 1948, quando um grupo de jovens médicos, formados pela Faculdade de Medicina da Santa Casa, fundou a Casa de Saúde Santa Joana. Dr. Eduardo Amaro era um desses pioneiros, e transformou a clínica em um hospital e maternidade que se tornou referência no tratamento de gestação de risco e prematuros de baixo peso. Parceiro de universidades nacionais e do exterior, é também referência em anestesia obstétrica 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 III – Excelência, o mais alto da Organização Nacional de Acreditação (ONA). No ano de 2000, adquiriu a Maternidade Pro Matre Paulista e no ano de 2009, a Perinatal Unidade Barra e Laranjeiras, tornando-se o Grupo Santa Joana.

Destaque 2012

Em novembro de 2011, o Hospital e Maternidade Santa Joana inaugurou seu novo complexo hospitalar, com alas de internação, centro obstétrico, centro cirúrgico e centro de diagnóstico modernos, ampliando em mais 18 mil m² a estrutura e chegando a 40 mil m² de área construída.

Ao longo de 2012, a instituição deu prosseguimento ao processo de revitalização de sua estrutura anterior, empreendendo ampliações e reformas em serviços como UTI adulto, UTI neonatal, banco de leite e lactário, internação e pronto atendimento. Os centros cirúrgico e obstétrico são totalmente informatizados e integrados, com três salas inteligentes, projetadas para a realização de procedimentos de altíssima complexidade, contando com fluxo laminar para mitigação dos riscos de infecção, monitores com braços flexíveis para videocirurgias e radiologia digital PACS (Picture Archiving and Communication System), além de central de esterilização de instrumentos alocada no mesmo setor. Isso proporcionou que técnicas cirúrgicas inovadoras fossem realizadas, destacando o pioneirismo da maternidade.

O Hospital mantém parcerias com as mais conceituadas escolas de medicina do país e do exterior para intercâmbio científico. Segurança, exames de diagnósticos por imagens e humanização nos processos hospitalares também são características da Instituição.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2002)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1948
Área construída	40.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	347
Nº de leitos de UTI	104
Nº de médicos cadastrados	4.299
Nº de funcionários ativos	1.839
Nº de consultas no pronto-socorro	48.579
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	26.630
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.098
Nº de partos	14.819
Nº de exames realizados no SADT	62.077
Receita bruta (em R\$ milhões)	390,0



Rua do Paraíso, 432 - 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 Hospital possui uma infraestrutura física num complexo que congrega seis prédios e um dos mais completos centros de diagnósticos do Brasil, composto pela Maximagem, Medix, Unigastro, Unicardio, MCor etc. Coloca à disposição dos pacientes e da população cinco ressonâncias magnéticas, dois tomógrafos e dois angiógrafos, entre outros equipamentos da mais avançada tecnologia.

O Hospital Memorial São José dispõe de 155 leitos projetados para oferecer o máximo de conforto e segurança aos seus pacientes. Além da urgência multidisciplinar, da urgência pediátrica recentemente ampliada para o conforto do paciente e das UTIs adulto, pediátrica, neonatal e coronariana, o complexo conta com três centros cirúrgicos, sendo um deles destinado para procedimentos que não necessitem mais do que 12 horas de internação. Todos os investimentos em área física e em tecnologia de ponta são acompanhados do constante aperfeiçoamento profissional de sua equipe médica e gerencial.

Destaque 2012

O HMSJ continua com o seu programa de Transplante de Medula Óssea (TMO) e consolidação do processo de Acreditação Internacional, conferido à Instituição em janeiro de 2012.

O Hospital continua investindo em infraestrutura e recursos humanos, e desenvolve há alguns meses, um profundo programa de renegociação e seleção de operadoras de planos de saúde com as quais mantém contrato.

Este redimensionamento da rede tornou-se mais importante em função dos últimos acontecimentos em 2012/2013, com a falência de várias operadoras de planos de saúde da região.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2004)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1989
Área construída	26.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	155
Nº de leitos de UTI	44
Nº de médicos cadastrados	990
Nº de funcionários ativos	808
Nº de consultas no pronto-socorro	76.904
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	11.368
Nº de cirurgias (exceto partos)	5.811
Nº de partos	1.552
Nº de exames realizados no SADT	311.759
Receita bruta (em R\$ milhões)	100,5



HUMANO COMO VOCÊ.

Av. Agamenon Magalhães, 2291 - Derby
Recife - PE - 50070-160
81 3216-2222 - www.hospitalmemorial.com.br



HOSPITAL MERIDIONAL

Breve histórico da Instituição

Constante inovação com foco em qualidade e segurança. A competência de uma gestão visionária, que independente do tamanho de cada desafio enfrentado, nunca desviou o foco de investimentos em qualidade e segurança em cada serviço que oferece, e transformou um hospital que nasceu com 50 leitos no município de Cariacica na Grande Vitória, em um complexo hospitalar de alta qualidade e eficácia, capaz de atender da mais simples à mais complexa necessidade de todo o Estado do Espírito Santo. Sempre com soluções completas e que vão além do complexo hospitalar, englobando desde a primeira consulta do paciente até sua recuperação em casa.

Tudo isso sempre com alta qualidade, segurança e competência. Foi assim que em apenas uma década o Hospital Meridional ganhou reconhecimento nacional e internacional e hoje é, indiscutivelmente, uma referência seguida por grandes hospitais de Norte a Sul do Brasil. O Meridional tem crescido também através da compra de outros hospitais no Espírito Santo. Foram dois no município de Vila Velha e mais um no município de Cariacica, além da construção de mais um hospital, em fase de finalização, também capaz de atender todas as complexidades, no município de São Mateus.

O Meridional é destaque em transplantes de coração, fígado e rim, oferecendo além de uma equipe de profissionais altamente qualificados, um centro de transplantes dedicado exclusivamente ao preparo e acompanhamento de pacientes candidatos a transplantes, transplantados e seus familiares. Também é referência em neurologia, neurocirurgia, oncologia e tratamento intensivo. Tudo isso o tem colocado entre os melhores centros médicos do país.

Destaque 2011 e 2012

O ano de 2012 foi certamente marcado por muitas conquistas, sucesso e reconhecimento para o Hospital Meridional. Foi em 2012 que o Meridional formou sua primeira turma de cirurgiões do programa de residência em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial. E nessa área realizou uma cirurgia inédita para correção de Síndrome de Treacher Collins (STC), doença congênita que se caracteriza por má formação dos ossos do complexo zigomático. Para a construção do padrão facial do paciente foram desenvolvidas próteses de biomaterial através da análise e processamento, em três dimensões, de exames de imagem.

Confirmando sua competência para alta complexidade, em 2012 o Hospital Meridional realizou 100% dos transplantes hepáticos, 100% dos transplantes cardíacos, mais de 60% dos transplantes totais realizados no Estado do Espírito Santo. Foi ainda em 2012 que o Meridional realizou um procedimento que representa muito bem sua sintonia com a modernização e humanização da medicina: a primeira cirurgia de implante de prótese de válvula aórtica cardíaca por meio de cateter, a primeira do Espírito Santo, em uma capixaba de 91 anos de idade. E confirmando a maturidade do seu sistema da qualidade e seu talento para ser sempre o pioneiro a investir em saúde no Estado, o Hospital recebeu diversos prêmios estaduais e nacionais, como Prêmio Marcas Ícones, Prêmio Marcas de Valor, Prêmio Recall e o Prêmio Referências em saúde 2012, este último concedido pela IT Mídia, líder em mídia de negócios no Brasil. E foi ainda em 2012 que o Meridional deu um passo muito importante para a saúde dos capixabas, com a aquisição da UTI infantil e início da execução de seus projetos para prestação de serviço de radioterapia, modernização da UTI neurológica, home care e oxigenoterapia hiperbárica, esses dois últimos serviços já em funcionamento, passando a oferecer uma assistência realmente completa à saúde de todos os capixabas.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2006)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída	14.783 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	172
Nº de leitos de UTI	62
Nº de médicos cadastrados	588
Nº de funcionários ativos	635
Nº de consultas no pronto-socorro	86.759
Nº de consultas no ambulatório	66.237
Nº de internações	7.298
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.635
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	não se aplica
Receita bruta (em R\$ milhões)	90,0



Rua São João Batista, 200 - Alto Laje
Vitória - ES - 29051-920
27 3346-2000 - www.hospitalmeridional.com.br



HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Breve histórico da Instituição

Com 85 anos de história, o Hospital Moinhos de Vento construiu sua sólida reputação alicerçada em ideais de qualidade e reconhecimento da comunidade. Reafirmando seu compromisso com a Assistência Integral, marca registrada desde 1995, estabelece a humanização e qualidade médica assistencial como pilares de todas as suas atividades.

Alinhada às evoluções tecnológicas e científicas, a Instituição de saúde se destaca entre as melhores do país, aplicando as melhores práticas médico-assistenciais e de gestão para proporcionar ao paciente uma experiência que combina eficácia, segurança, acolhimento e bem-estar.

A Instituição é um dos seis hospitais brasileiros reconhecidos, desde 2002, como Hospital de Excelência pelo Ministério da Saúde e acreditado pela Joint Commission International (JCI), entidade que avalia e certifica instituições de saúde no mundo inteiro por seus padrões de qualidade.

Tem a responsabilidade social totalmente incorporada à sua cultura corporativa, desenvolvendo uma série de projetos que buscam atender demandas comunitárias com os mesmos padrões de excelência que caracterizam sua atividade.

Destaque 2012

Com um plano de expansão iniciado em 2011 e com conclusão prevista até 2014, a Associação Hospitalar Moinhos de Vento prepara-se para atender ao crescimento da demanda por serviços de saúde, tanto na área privada quanto na pública. A meta é chegar a aproximadamente 500 leitos, no complexo do bairro Moinhos de Vento – que hoje dispõe de 354 leitos de internação e pré-internação – e 135 no Hospital Restinga e Extremo Sul, que está sendo construído na zona sul de Porto Alegre e que atenderá exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Somando recursos próprios, recursos oriundos de financiamentos e de isenções fiscais, o investimento total no programa de expansão será de aproximadamente R\$ 320 milhões, dos quais R\$ 100 milhões já foram aplicados. Já ocorreram entregas importantes à comunidade, como a ampliação da emergência, a nova maternidade e os centros de ortopedia e traumatologia e de neurologia e neurocirurgia, em 2011; e a Unidade de Endoscopia, em 2012. Em 2013, foi inaugurado o novo centro cirúrgico e a unidade de diálise está em execução. As obras do novo bloco hospitalar (94 leitos), centro de tratamento adulto e pediátrico (respectivamente 10 e 16 leitos) e unidade de diagnóstico por imagem estão em fase final de projeto com sua concretização prevista para 2014.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador
(desde 2001)

Hospital sem fins lucrativos

Fundação 1927

Área construída 82.412 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 354

Nº de leitos de UTI 72

Nº de médicos cadastrados 2.925

Nº de funcionários ativos 2.854

Nº de consultas no pronto-socorro 63.677

Nº de consultas no ambulatório 143.499

Nº de internações 25.858

Nº de cirurgias (exceto partos) 18.226

Nº de partos 4.490

Nº de exames realizados no SADT 764.261

Receita bruta (em R\$ milhões) 370,4



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

Desde sua fundação, em 1994, o Hospital Monte Sinai é referência em pioneirismo para 150 municípios da zona da mata mineira e cidades de estados vizinhos. Com corpo clínico diferenciado, investe permanentemente na melhoria da estrutura física, em novas tecnologias e procedimentos de alta complexidade, sempre focado em gestão pela qualidade e referência na saúde.

A eficiência da gestão e o investimento na infraestrutura estão voltados para o objetivo do Hospital de ser reconhecido nacionalmente como centro de excelência em saúde. Com sua política de gestão fundamentada nos princípios da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), iniciada em 2002, o Monte Sinai tornou-se o primeiro hospital de Minas Gerais a receber a Acreditação Hospitalar, em 2003, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Em 2006, foi faixa Ouro no Prêmio Mineiro de Qualidade. Atualmente, realiza a manutenção do nível III da ONA, conquistado em 2008, e da Acreditação Internacional pela National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO), desde 2011.

Para manter-se como referência no país, o Monte Sinai investe em recursos, hospitalidade e qualificação do corpo clínico e assistencial. Inaugura, este ano, o Centro Médico Monte Sinai e investe em sua estrutura visando à consolidação da assistência completa, buscando sempre a excelência do serviço médico-hospitalar.

Destaque 2012

A inauguração do Centro Médico será um dos marcos de 2013. Arrojado em arquitetura e na proposta de integração completa com o Hospital, visa a consolidar o Monte Sinai como um dos maiores complexos hospitalares do país. A nova estrutura abrigará exclusivamente clínicas e especialistas ligados à saúde, reunindo serviços e profissionais em dois prédios com cerca de 40 mil m² de área construída. Os 315 consultórios já começam a ser ocupados. O Centro Médico disponibilizará ainda um centro comercial contendo 24 lojas de conveniência, fitness center, praça de alimentação, além de centro de estudos com 250 lugares e amplo estacionamento com 565 vagas. São duas torres com ambiente climatizado, sofisticado isolamento acústico e ligadas entre si e ao Hospital por transposições aéreas (sky way).

Paralelamente, o Monte Sinai investe em seu atendimento de urgência e emergência, com definição de protocolos de ponta, serviço de triagem e reestruturação das especialidades, buscando também atrair procedimentos de alta complexidade. Quatro andares do prédio do hospital passam por reformas e 100 novos leitos de internação serão disponibilizados ao sistema este ano, além de 25 novos leitos de UTI adulto e mais 10 de UTI neonatal. O bloco cirúrgico ganhará mais aporte tecnológico, visando à ampliação para 12 salas. Entre os projetos iniciados para o ano, estão a expansão do serviço de oncologia e transplantes.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2006)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1994
Área construída	72.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Accreditation for Healthcare Organization (NIAHO); Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	216
Nº de leitos de UTI	52
Nº de médicos cadastrados	1.096
Nº de funcionários ativos	877
Nº de consultas no pronto-socorro	26.662
Nº de consultas no ambulatório	28.029
Nº de internações	11.547
Nº de cirurgias (exceto partos)	11.216
Nº de partos	804
Nº de exames realizados no SADT	455.062
Receita bruta (em R\$ milhões)	101,3



Rua Vicente Beghelli, 315 - Dom Bosco
Juiz de Fora - MG - 36033-340
32 3239-4455 - www.hospitalmontesinai.com.br



HOSPITAL NIPO-BRASILEIRO

Breve histórico da Instituição

Com a finalidade de dar assistência ao imigrante pós-guerra, desde o desembarque de suas bagagens, bem como de oferecer um local para descanso e hospedagem, inaugurou-se em 28 de janeiro de 1959 a Associação de Assistência aos Imigrantes Japoneses, mais tarde denominada Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo, também conhecida como “Enkyo”, mantenedora do Hospital Nipo-Brasileiro.

Os pilares da Enkyo se baseiam nos setores de serviço social e assistência médica e com esse compromisso surgiu uma nova necessidade: a construção do Hospital Nipo-Brasileiro.

Com doação de uma área de 5,3 mil m² em 18 de janeiro de 1984 pela JAMIC (órgão do governo japonês), a Instituição começou a planejar a construção do Hospital, unindo esforços da Diretoria Enkyo, do Governo Japonês e da comunidade nipo-brasileira.

O Hospital conta com 241 leitos e se destaca como referência em procedimentos minimamente invasivos, adotando técnicas de vídeo e angioplastia avançadas. Visando ao aprimoramento contínuo, o HNB recebe médicos de outros países e encaminha integrantes de suas equipes para treinamentos, cursos e estágios no Brasil e no exterior.

Destaque 2012

Em 2012, O Hospital Nipo-Brasileiro deu início às obras de ampliação dos serviços de hemodinâmica que serão instaladas numa área de 600 m², no 6º andar do edifício principal do HNB, local onde serão realizados procedimentos diagnósticos e terapêuticos, como cardiologia intervencionista, eletrofisiologia, estimulação cardíaca artificial, radiologia vascular, neuroradiologia diagnóstica e terapêutica e radiologia intervencionista. Foram adquiridos aparelhos de ultrassom, além de conjunto de aparelhos de endoscopia de última geração.

Também está programada a reforma e ampliação do centro cirúrgico, que contará com uma área exclusiva para preparo dos pacientes.

Será realizada a construção do Hospital São Miguel Arcanjo, concebido para atender a população carente do município e região de São Miguel Arcanjo, com provável início de operação em 2013.

A administração no HNB passou a ocupar o 7º andar do prédio principal, reunindo as superintendências técnica, clínica, administrativa, financeira, de enfermagem, além do escritório da qualidade, facilitando a comunicação e a interação entre as áreas.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2008)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1988
Área construída	22.071 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	268
Nº de leitos de UTI	50
Nº de médicos cadastrados	1.963
Nº de funcionários ativos	1.547
Nº de consultas no pronto-socorro	300.789
Nº de consultas no ambulatório	269.096
Nº de internações	15.532
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.367
Nº de partos	2.895
Nº de exames realizados no SADT	1.107.506
Receita bruta (em R\$ milhões)	218,0



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



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Breve histórico da Instituição

O Hospital Nossa Senhora das Graças completa, em 2013, 60 anos de história, lapidado por tradição, experiência, estudo, remodelação e inovação. Fundado pela Companhia das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, coloca-se entre os maiores centros de saúde do Estado. É referência no Brasil e no mundo pela qualidade em tratamentos clínicos e cirúrgicos de alta complexidade, como transplante de medula óssea e hepática.

Idealizado pela Irmã Estanislava Perz, o seu objetivo inicial era prestar atendimento de saúde às irmãs e aos pobres doentes e ainda servir como campo de estágio às alunas da Escola de Enfermagem. O seu nome foi escolhido em homenagem a Nossa Senhora das Graças, sua guardiã.

Durante toda sua história, traz em sua essência, o profundo e permanente comprometimento das Irmãs Vicentinas, impulsionadas pelo carisma que move o dia a dia da Instituição. Em seu início modesto, com apenas 100 leitos e pouco mais de 18 médicos, o pequeno hospital do bairro Mercês é considerado hoje um dos maiores centros hospitalares, dentre as atividades da companhia nos cinco continentes.

Reconhecimento tal que não se encerra com o tempo, mas se fortifica na missão de promover a vida. O Nossa Senhora das Graças consolida-se a cada ano como uma Instituição de excelência em serviços de assistência e promoção da saúde no contexto sociocultural e moral em que está imerso.

Destaque 2012

Atuando como um centro integrado de saúde, o Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG) disponibiliza aos seus clientes uma completa infraestrutura hospitalar, agregada ao compromisso permanente de prover segurança e qualidade no atendimento. Reflexo disso é o fato de a Instituição ser acreditada com Excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Ao longo de seus 60 anos de história, o constante aprimoramento resultou em importantes reconhecimentos e prêmios que marcam o dia a dia da Instituição no cuidado do ser humano. Em 2012, o HNSG foi premiado pelo Conselho Regional de Enfermagem, em 1º lugar, no III Prêmio Paranaense de Excelência em Enfermagem, na categoria de Hospital Privado Destaque. Este é o segundo ano em que a instituição recebe essa homenagem em reconhecimento à qualidade na assistência aos pacientes. As unidades de terapia intensiva cardíaca e geral do HNSG e a central de materiais e esterilização (CME) conquistaram o prêmio na categoria Diamante - certificação máxima da empresa 3M do Brasil - em prevenção de lesões de pele e programa de certificação em esterilização hospitalar, respectivamente.

Nos últimos anos, a instituição também investiu em melhorias e implantações de novos serviços. Todos os quartos do HNSG foram revitalizados; os serviços de endoscopia, quimioterapia e medicação ambulatorial ganharam um novo layout; e os novos centros para tratamento de epilepsia e exames de imagem deixaram a estrutura ainda mais completa.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular Fundador (desde 2001)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1950
Área construída	39.756 m²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	211
Nº de leitos de UTI	36
Nº de médicos cadastrados	1.175
Nº de funcionários ativos	1.219
Nº de consultas no pronto-socorro	74.098
Nº de consultas no ambulatório	57.871
Nº de internações	13.460
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.805
Nº de partos	2.630
Nº de exames realizados no SADT	656.832
Receita bruta (em R\$ milhões)	92,1



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

HOSPITAL NOVE DE JULHO

Breve histórico da Instituição

Desde sua fundação, em 1955, o Hospital 9 de Julho é reconhecido como uma das mais importantes instituições privadas de saúde do país. Focado em alta complexidade e procedimentos minimamente invasivos, o H9J atua com equipes multidisciplinares reunidas em seus centros de referência: cardiologia, coluna, diabetes, dor e neurocirurgia funcional, gastroenterologia, medicina do exercício e do esporte, oncologia, ortopedia, rim e urologia e trauma.

Seu corpo clínico aberto é formado por mais de 4 mil profissionais, apoiados por uma equipe com 1,5 mil colaboradores. Com capacidade para realizar 14 cirurgias simultaneamente, o Hospital possui ainda 294 leitos, 70 deles em suas unidades de terapia intensiva.

Destaque 2011 e 2012

A conquista da certificação pela Joint Commission Internacional (JCI) fez de 2012 um ano especial para o Hospital 9 de Julho. Esse é o reconhecimento internacional de um trabalho iniciado antes mesmo de 2008, quando recebeu o selo nível III por Excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), e fortalecido pela experiência adquirida após a certificação da Canadian Council for Health Services Accreditation (CCHSA), em 2010.

Com uma gestão focada em um planejamento estratégico que visa a mantê-lo entre as principais opções quando se trata de saúde privada, o hospital investiu US\$ 8 milhões no parque tecnológico voltado aos procedimentos minimamente invasivos, com destaque para a tecnologia 3D presente na hemodinâmica e no sistema robótico da Vinci, encontrada em apenas seis instituições no Brasil.

O investimento em infraestrutura teve também grande peso em 2012, quando os 14 andares do Centro de Medicina Especializada entraram em funcionamento para que os profissionais dos centros de referência tenham um espaço ainda mais completo, com salas para pequenos procedimentos, leitos de hospital-dia, centro de infusão, quimioterapia ambulatorial e espaços para reabilitação e exames.

Para os próximos anos, a instituição continuará investindo em alta tecnologia e deve entregar, até o início de 2015, uma nova torre com certificação Leadership in Energy and Environmental Design (LEED), ampliando o número de leitos para 430.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular Fundador (desde 2001)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1955
Área construída	27.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI); Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	294
Nº de leitos de UTI	70
Nº de médicos cadastrados	4.153
Nº de funcionários ativos	1.722
Nº de consultas no pronto-socorro	108.736
Nº de consultas no ambulatório	44.000
Nº de internações	17.504
Nº de cirurgias (exceto partos)	13.836
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	1.335.113
Receita bruta (em R\$ milhões)	383,9



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



HOSPITAL PORTO DIAS

Breve histórico da Instituição

O Porto Dias iniciou suas atividades em junho de 1995 como um pronto-socorro ortopédico, localizado na Avenida Almirante Barroso, principal via de Belém. Com a proposta de oferecer serviço diferenciado e humanizado para seus clientes, o hospital logo se tornou referência em diversas especialidades, como ortopedia, neurocirurgia e cirurgia geral, sendo agraciado várias vezes por pesquisas de opinião como o melhor da região e o primeiro a ser acreditado pela ONA.

Sempre na vanguarda da medicina paraense, tendo inaugurado em 2002 o primeiro heliponto elevado da cidade, o Porto Dias atualmente mantém 257 leitos operacionais, sendo 51 em UTI e 10 salas cirúrgicas, todas equipadas com fluxo laminar de ar. A emergência, com 1 mil m² de área construída, é referência em trauma e no atendimento de pacientes graves. Durante os 17 anos de sua existência, a instituição fez investimentos contínuos em equipamentos de diagnóstico por imagem, possuindo o maior parque instalado da região.

Com forte vocação traumaortopédica o hospital mantém serviço de residência médica credenciado pela SBOT.

Destaque 2012

O Hospital Porto Dias desenvolveu ao longo dos anos de 2011 e 2012 uma sólida base de projetos voltada a boas práticas com foco na segurança do paciente. Houve atualização do planejamento estratégico e todos os protocolos institucionais desenvolvidos neste ano foram voltados às áreas de negócio. Os protocolos gerenciados de Sepsis, fratura proximal de fêmur em idosos e cirurgia bariátrica videolaparoscópica foram iniciados.

Houve a implantação e gerenciamento dos bundles de prevenção das infecções associadas aos procedimentos invasivos (ventilador mecânico, cateteres vasculares centrais e sonda vesical). O primeiro bundle implantado (ventilador mecânico) demonstrou taxa de efetividade de 99%.

Atividades voltadas à disseminação da estratégia institucional, bem como do envolvimento de pacientes e familiares no cuidado, abrangeram colaboradores e clientes externos com objetivo de ampliação da cultura de segurança.

Estas e muitas outras atividades desenvolvidas em 2012 trouxeram o reconhecimento ao Hospital Porto Dias de instituição de Excelência.

O destaque na oferta de serviços em 2012 foi a instalação do PET SCAN. Além disso, em 2013 o serviço de radioterapia estará em funcionamento completo.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2013)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1995
Área construída	51.122 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	257
Nº de leitos de UTI	51
Nº de médicos cadastrados	389
Nº de funcionários ativos	1.588
Nº de consultas no pronto-socorro	122.240
Nº de consultas no ambulatório	132.494
Nº de internações	18.027
Nº de cirurgias (exceto partos)	6.845
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	210.743
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



Av. Almirante Barroso, 1.454 - Marco
Belém - PA - 66020-093
91 3184-9999 - www.hpd.com.br



HOSPITAL PORTUGUÊS

Breve histórico da Instituição

A origem do Hospital Português está atrelada à fusão das Sociedades Dezesseis de Setembro e Portuguesa de Beneficência – ambas fundadas na metade do século XIX, mais precisamente no ano de 1857, com o intuito de assistir aos imigrantes lusitanos radicados em terras brasileiras. Para dar seguimento a essa proposta humanitária, nasceu a Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesseis de Setembro, em 14 de agosto de 1859, titulada “Real” pela monarquia portuguesa. Desenvolvida por seus integrantes, a Real Sociedade inaugurou o primeiro prédio do HP, em 16 de setembro de 1866, no Alto do Bonfim. Após 61 anos de atividades prestadas aos portugueses, seus cônjuges e descendentes, o Hospital passou a admitir associados de outras nacionalidades. A ampliação da assistência para toda a população, incluindo a parcela mais carente, rendeu-lhe o reconhecimento de Utilidade Pública por decretos Municipal, Estadual e Federal, fato que motivou a transferência para a Barra Avenida, região mais central e em desenvolvimento. Hoje, com 156 anos de atuação, o HP destaca-se em diferentes especialidades médicas pela vanguarda e capacidade de empreender procedimentos minimamente invasivos e de alta complexidade. A instituição também é reconhecida por sua infraestrutura de ponta, com profissionais experientes e qualificados, recursos modernos e unidades interligadas (Maternidade Santamaria, hospital-dia e Centro Médico HP).

Destaque 2012

Mais segurança para pacientes, acompanhantes, profissionais da saúde, fornecedores e demais públicos que visitam o Hospital Português. Essa é a principal garantia do selo de qualidade entregue à instituição filantrópica pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), no dia 28 de novembro de 2012, um resultado possível graças ao trabalho comprometido e integrado das equipes assistenciais e administrativas e da diretoria executiva.

Antes de receber o certificado exclusivo do setor, o Hospital foi visitado por auditores do Instituto Qualisa de Gestão, empresa certificadora da ONA. Nesse período, teve toda a sua estrutura avaliada – corpo assistencial e funcional, serviços prestados, estilo de gestão, protocolos realizados, etc. Ao final da inspeção, ficaram constatadas a redução de riscos e a conquista da segurança hospitalar em todas as dimensões preconizadas pelo Manual Brasileiro de Acreditação.

Com a chegada ao Nível II de Acreditação Hospitalar, como Acreditado Pleno em Gestão, o Hospital Português passa a compor o seleto grupo de hospitais brasileiros, com comprovada visão sistêmica da saúde. A certificação das boas práticas da filantrópica quanto à padronização de processos e qualidade nos serviços soma pontos à sua credibilidade centenária como um diferencial de mercado que pesa na escolha dos usuários dos serviços de saúde, como ocorre em países da Europa, nos Estados Unidos e no Canadá.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2002)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1857
Área construída	34.990 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	371
Nº de leitos de UTI	122
Nº de médicos cadastrados	2.906
Nº de funcionários ativos	2.873
Nº de consultas no pronto-socorro	44.263
Nº de consultas no ambulatório	47.813
Nº de internações	20.678
Nº de cirurgias (exceto partos)	32.406
Nº de partos	3.201
Nº de exames realizados no SADT	963.584
Receita bruta (em R\$ milhões)	277,1


Hospital Português

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 como “Pronto-Socorro Cardiológico Pró-Cardíaco”, concretizando a ideia do cardiologista Dr. Onaldo Pereira de criação de serviços de atendimento domiciliar cardiológico de urgência no Rio de Janeiro.

Ao longo da trajetória de mais de meio século, teve conquistas importantes:

- Primeira unidade coronariana e o primeiro laboratório de hemodinâmica em hospital particular, respectivamente em 1968 e em 1980;
- Centro de terapia intensiva com quartos amplos, sistema individualizado de ventilação e filtragem de ar-condicionado como de um centro cirúrgico, além de equipe multidisciplinar exclusiva, em 1988;
- Centro cirúrgico também em 1988, o que, junto ao CTI, capacitou a instituição a prestar assistência integral ao paciente com doença coronariana aguda;
- Primeira cirurgia cardíaca institucional em 1988. O Hospital inova, ainda, ao utilizar o ecocardiograma transesofágico durante as cirurgias;
- Primeira unidade de dor torácica do país, em 1995.
- Pioneirismo na investigação das células-tronco em cardiopatia isquêmica, em 2003, em parceria com o Texas Heart Institute e UFRJ. Dois anos depois, o estudo é publicado na renomada revista científica Circulation.

Em 2007, o Pró-Cardíaco conquista a acreditação nível máximo de excelência da Organização Nacional de Acreditação (ONA III). Em 2008, o Hospital recebe o prêmio Mérito em Ciência e Tecnologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

Destaque 2012

Os anos de 2011 e 2012 foram um período de transformações que revolucionaram o Pró-Cardíaco com os seguintes fatos: um novo modelo de gestão compartilhada por indicadores; o reforço no desenvolvimento de ações de qualidade, segurança, sustentabilidade e comunicação; a reestruturação da hotelaria, do ensino e da pesquisa; as reformas e ampliações em vários setores; a criação de espaços e serviços exclusivos para médicos e familiares como parte de uma política de humanização mais efetiva; a renovação do parque tecnológico, com as melhores máquinas em Medicina Nuclear, Hemodinâmica e Arritmologia.

Está prevista para maio de 2013 a inauguração de um prédio anexo com central de exames, departamento de imagens e 17 novos leitos.

A certificação pela Accreditation Canada International, em março de 2012, foi uma das grandes conquistas do Hospital neste biênio. O Hospital passou por um rigoroso e abrangente processo de acreditação e se tornou o terceiro hospital do mundo fora do Canadá e o primeiro no Brasil a ganhar a “Distinção Canadá de Atendimento ao Paciente com AVC”, um marco para a instituição. Ainda em 2012, foi recertificado pela (ONA) e ecebeu o Prêmio Great Place To Work, destacando-se entre as 30 melhores empresas para se trabalhar no Rio de Janeiro.

Em fevereiro de 2013, a instituição viveu outro de seus momentos mais importantes com a inauguração de uma sala híbrida pioneira no Brasil, com tecnologia única na América Latina para ampliar o número de tratamentos oferecidos pelo hospital não somente na área cardiovascular, mas também neurovascular, urológica e ortopédica.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital com fins lucrativos

Fundação 1959

Área construída 14.515 m²

Organização do corpo clínico misto

Acreditação hospitalar Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 98

Nº de leitos de UTI 34

Nº de médicos cadastrados 1.253

Nº de funcionários ativos 862

Nº de consultas no pronto-socorro 9.588

Nº de consultas no ambulatório não se aplica

Nº de internações 4.465

Nº de cirurgias (exceto partos) 1.732

Nº de partos não se aplica

Nº de exames realizados no SADT 32.688

Receita bruta (em R\$ milhões) 184,0



Rua Dona Mariana, 219 - Botafogo
Rio de Janeiro - RJ - 22280-020
21 2131-1442 - www.procardiaco.com.br



HOSPITAL QUINTA D'OR

Breve histórico da Instituição

Fundado em setembro de 2001, o Quinta D'Or nasceu da renovação do antigo Hospital São Francisco de Paula. Os espaços da histórica edificação foram completamente restaurados e toda a estrutura foi modernizada, preservando os amplos apartamentos com vista para a Quinta da Boa Vista - um dos maiores e mais belos parques municipais do Rio de Janeiro - e a iluminação natural dos seus corredores, num ambiente acolhedor e humanizado.

Ao longo desses dez anos de existência, a Instituição solidificou sua vocação para o atendimento de pacientes complexamente enfermos, em um ambiente de trabalho que se destaca pela harmonia e pela cooperação, com uma equipe multiprofissional de alto desempenho em atuação transdisciplinar, tendo alcançado o Nível III de Acreditação pela ONA e a certificação internacional pela Accreditation Canada.

O Quinta D'Or já se tornou referência na região, densamente povoada, para emergências clínicas e cirúrgicas, com capacidade resolutiva e recursos tecnológicos amplamente reconhecidos na sociedade médica do Rio de Janeiro. O complexo hospitalar conta atualmente com mais de 300 leitos distribuídos entre os setores de internação, terapia intensiva, semi-intensiva, pediatria, UTI neonatal, unidade ventilatória e unidade de fígado. A área anexa ao hospital, com 16 mil m², oferece amplo estacionamento e a possibilidade de expansão do complexo edificado da instituição.

Destaque 2012 e 2013

Em 2012, o Hospital Quinta D'Or completou 11 anos. Em maio de 2012, iniciou-se o programa Check-Up, em parceria com a Caixa Econômica Federal e seus funcionários. O intuito do programa é fornecer a CEF um serviço de check-up aos seus funcionários, permitindo-lhes entrar em contato e agendar o atendimento. Para este ano de 2013, o Quinta D'Or visa a aumentar o número de empresas parceiras.

Também em maio de 2012 foi criada a Central de Vagas. Esse projeto foi desenvolvido com a finalidade de acelerar e facilitar o fluxo de marcações de cirurgia nos hospitais. Com essa central as equipes cirúrgicas podem contar com um canal de marcações de cirurgias eletivas.

Em junho de 2012, foi inaugurada a clínica da oncologia no hospital que passou a atuar com exames e diagnósticos. A clínica engloba tratamento de quimioterapia e radioterapia, além de toda a estrutura necessária, como oncologistas, cirurgiões e radiologistas em um único local.

Em agosto de 2012, o projeto do centro de tratamento da obesidade começou a ganhar vida. O hospital está totalmente equipado para receber tal público. A ideia do projeto é oferecer todos os serviços em um único local. Além da equipe cirúrgica, o paciente pode contar com o apoio de nutricionistas, psicólogos e palestras que abordam o tema. O projeto será implantado em 2013.

O Hospital terá também a inauguração do Smart Track na emergência adulta, sistema que já foi implantado nos Hospitais Rede D'Or São Luiz em 2012.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2010)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída	26.587 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	323
Nº de leitos de UTI	115
Nº de médicos cadastrados	341
Nº de funcionários ativos	2.828
Nº de consultas no pronto-socorro	110.856
Nº de consultas no ambulatório	14.950
Nº de internações	13.567
Nº de cirurgias (exceto partos)	9.558
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	8.822
Receita bruta (em R\$ milhões)	2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



Rua Almirante Baltazar, 383 - São Cristóvão
Rio de Janeiro - RJ - 20941-150
21 3461-3600 - www.rededor.com.br/quintador



HOSPITAL SAMARITANO

Breve histórico da Instituição

O Hospital Samaritano, localizado em São Paulo, é um dos principais centros de excelência em saúde do país, reconhecido pelo Ministério da Saúde por sua qualidade na assistência e pelos serviços prestados na área de responsabilidade social, destacando-se os programas voltados para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com 119 anos de história, conta com excelente infraestrutura, tecnologia de última geração e um corpo clínico altamente especializado nas áreas clínica e de cirurgia geral, em cardiologia, neurologia, ortopedia, oncologia, gastroenterologia, medicina fetal/perinatal e urologia/nefrologia.

O Hospital Samaritano é, desde 2004, certificado pela Joint Commission International (JCI), um dos mais importantes órgãos certificadores de padrões de qualidade hospitalar no mundo. A conquista da certificação internacional consolidou a sua posição como um centro hospitalar de excelência. Em 2011 e 2012, o Samaritano conquistou a 2ª posição no Brasil no "Ranking dos Melhores Hospitais e Clínicas na América Latina", da revista AméricaEconomia Intelligence.

O Complexo Hospitalar conta com 19 andares, 313 leitos de internação e unidade de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adulto, dois centros cirúrgicos com 21 salas cirúrgicas para a realização de procedimentos de alta complexidade; pronto-socorro adulto e pediátrico; completo e moderno serviço de medicina diagnóstica; serviço de gastronomia e nutrição; átrio com serviços e conveniência, além de outras facilidades.

Destaque 2012

Com objetivo de oferecer aos pacientes serviços médicos especializados, desde 2012 o Hospital Samaritano está investindo e implantando núcleos de especialidades, com foco em cardiologia, ortopedia, oncologia, gastroenterologia, urologia/nefrologia, neurologia e medicina fetal/perinatal, além da criação de centros de transplante; atenção e reabilitação em trauma cranioencefálico; atenção à memória, entre outros. Com corpo clínico altamente qualificado, os serviços têm como objetivo prestar atendimento completo e integrado aos pacientes, com acompanhamento em todas as etapas do tratamento. Os núcleos contam com a estrutura do Hospital Samaritano, composta por um moderno centro cirúrgico, com as mais avançadas tecnologias para procedimentos de alta complexidade; e completo centro de medicina diagnóstica e terapêutica, com especialistas para a realização de exames de imagem essenciais para um diagnóstico mais preciso, além de pronto-socorro.

A implantação destes Serviços resultou, já em 2013, na realização de três procedimentos inovadores no país. O Hospital foi a segunda instituição no mundo a fazer procedimento endoscópico intra-uterino para correção da espinha bífida, problema de malformação na estrutura que protege a medula do bebê. A técnica foi realizada por meio de pequenas incisões, oferecendo menos riscos para a gestante. Outro procedimento também inédito foi o transplante conhecido como ABO Incompatível, em que o doador e o receptor não possuem o mesmo tipo sanguíneo. Essa cirurgia pode ser uma esperança para pacientes que estão na fila à espera de um transplante de rim. Além desses procedimentos inéditos e inovadores, o Hospital Samaritano realizou com sucesso a cirurgia de implante de coração artificial.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital sem fins lucrativos

Fundação 1894

Área construída 60.000 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 275

Nº de leitos de UTI 74

Nº de médicos cadastrados 3.681

Nº de funcionários ativos 2.089

Nº de consultas no pronto-socorro 144.619

Nº de consultas no ambulatório não se aplica

Nº de internações 18.950

Nº de cirurgias (exceto partos) 11.835

Nº de partos 369

Nº de exames realizados no SADT 1.923.643

Receita bruta (em R\$ milhões) 389,0



Rua Conselheiro Brotero, 1489 - Higienópolis
São Paulo - SP - 01232-010
11 3821-5300 - www.samaritano.org.br

HOSPITAL SANTA CATARINA

Breve histórico da Instituição

Há mais de cem anos, o Hospital Santa Catarina (HSC) prima pela excelência no atendimento seguro e humanizado. Referência de qualidade em 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 e oncologia.

Com uma infraestrutura moderna, equipamentos de última geração e profissionais altamente qualificados, o Hospital dispõe de 327 leitos, 20 salas de cirurgia, cinco UTIs (neurológica, cardiológica, pediátrica, neonatal e geral) e pronto atendimento 24 horas. Além disso, oferece serviços de qualidade, atendendo desde pequenos procedimentos até cirurgias de alta complexidade.

O Hospital Santa Catarina é uma Instituição filantrópica e faz parte da Associação Congregação de Santa Catarina, que compõe uma rede social que atua nos eixos de saúde, educação e assistência social. Congrega mais de 12 mil colaboradores distribuídos em diversas obras sociais e programas de apoio em sete estados brasileiros.

Destaque 2011 e 2012

Em 2012, o Hospital Santa Catarina realizou a reforma de seu pronto atendimento. Com investimento total de R\$ 9,3 milhões, a estrutura ficou mais espaçosa e moderna, com mobílias confortáveis, espaços individuais, farmácia e boxes de atendimento com equipamentos de UTI para os casos mais urgentes. Além destas modificações, o pronto atendimento passou a ter integração com as unidades de dor torácica e de acidente vascular encefálico (AVE), facilitando o acesso de pacientes emergenciais.

Outro fato marcante foi a contratação de um novo Diretor Executivo. Larry Meagher, norte-americano com 40 anos de experiência no setor hospitalar, chegou com a missão de aperfeiçoar o processo de gestão do Hospital Santa Catarina como um todo. Para alcançar este objetivo, a palavra-chave da nova Diretoria Executiva é eficiência. As propostas para 2013 são: inovar e incrementar os serviços existentes e a melhoria dos processos, como por exemplo, a redução do tempo de internação. Tudo isso para garantir ainda mais segurança e qualidade no atendimento dos pacientes da Instituição.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador
(desde 2001)

Hospital sem fins lucrativos

Fundação 1906

Área construída 61.513 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Acreditação Canadense;
Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 233

Nº de leitos de UTI 94

Nº de médicos cadastrados 7.332

Nº de funcionários ativos 2.227

Nº de consultas no pronto-socorro 192.321

Nº de consultas no ambulatório 22.140

Nº de internações 13.708

Nº de cirurgias (exceto partos) 14.508

Nº de partos 3.640

Nº de exames realizados no SADT 199.812

Receita bruta (em R\$ milhões) 446,1



Hospital
Santa Catarina
Associação Congregação de
Santa Catarina

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



HOSPITAL SANTA GENOVEVA

Breve histórico da Instituição

Fundado há 43 anos e construído dentro de um bosque de 48 mil m² de mata nativa, o Hospital Santa Geneveva, acreditado pela ONA, possui 11,3 mil m² de área útil construída, com 133 leitos, entre apartamentos, enfermarias, UTI, day clinic e unidade de emergência 24 horas. Conta com centro cirúrgico com seis salas, serviços próprios de diagnóstico e diagnose: hemodinâmica, radiologia, tomografia, ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia, ergometria, ecografia, holter, mapa e laboratório de análises clínicas, e amplo estacionamento para até 250 carros.

O hospital é um dos mais tradicionais serviços privados de saúde de Goiás, classificado como hospital geral. É referência em cirurgia cardíaca, cirurgia bariátrica, cirurgia geral, neurologia, ortopedia, transplantes de coração, rins, pâncreas-rins (único hospital privado de Goiás a realizar transplantes). O Hospital Santa Geneveva possui residência médica autorizada pelo MEC em cardiologia, cirurgia geral, clínica médica e anestesiologia. Promover a vida em todos os seus valores, fundamentando-se no conhecimento, tecnologia e no modelo de gestão autossustentável, com responsabilidade social e ambiental, é a razão de ser do hospital para seus clientes internos e externos.

Destaque 2012

Hospital Santa Geneveva consolidou seu modelo de gestão na tomada de decisões, buscando o comprometimento e o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar, alinhado com a gestão estratégica definida pela instituição, em consonância com a gestão de riscos. Através de melhorias contínuas em atender as necessidades dos clientes, deu continuidade às reformas e revitalização da hotelaria.

Houve a reforma e a revitalização do setor de diagnóstico de cardiologia (holter/mapa/ecocardiograma). O Hospital adquiriu novo tomógrafo com imagem de alta definição, respiradores e monitores de última geração para UTI, hemodinâmica, centro cirúrgico e pronto-socorro. Ampliou os serviços de hemodiálise para os pacientes transplantados e atendidos na UTI, com a aquisição de equipamentos de hemodiálise com osmose reversa.

A instituição continuou investindo em cursos, na pós-graduação e na capacitação dos colaboradores, dando ênfase à educação continuada. O Hospital torna-se cada vez mais socioambiental, com acompanhamento e ações imediatas para promover o cuidado com resíduos químicos e biológicos, seguindo com o modelo de gestão de resíduos.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular Fundador (desde 2001)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1970
Área construída	11.300 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA I)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	121
Nº de leitos de UTI	20
Nº de médicos cadastrados	115
Nº de funcionários ativos	328
Nº de consultas no pronto-socorro	18.136
Nº de consultas no ambulatório	45.600
Nº de internações	5.049
Nº de cirurgias (exceto partos)	2.067
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	21.408
Receita bruta (em R\$ milhões)	33,5



Rua da Concordia, 26 - Setor Santa Geneveva
Goiânia - GO - 74670-030
62 3264-9032 - www.santagenoveva.com.br



HOSPITAL SANTA JOANA

Breve histórico da Instituição

No final da década de 70, com um projeto arquitetônico moderno e elegante e uma ambientação concebida com avançados conceitos da hotelaria, foi inaugurado o Hospital Santa Joana, com a proposta de oferecer segurança e excelência em qualidade na assistência aos pacientes.

Três décadas depois, o reconhecimento e o prestígio dos clientes e da classe médica sinalizam que a coragem e a determinação de quebrar paradigmas, implementando novos conceitos na gestão de saúde privada, foram iniciativas que enriqueceram a medicina hospitalar no Brasil. As inovações e os avanços tecnológicos e também novos conceitos de gestão hospitalar foram constantemente incorporados à Instituição.

Ao longo de sua história, o Hospital Santa Joana é reconhecido pelo seu pioneirismo e desenvolve uma política de investimentos permanentes em tecnologia de ponta e aperfeiçoamento de seus recursos humanos, buscando sempre oferecer a médicos e pacientes um alto padrão de qualidade. Foi seguindo essa filosofia que, em novembro de 2012, a Instituição conquistou a Acreditação Internacional pela Joint Commission International (JCI), sendo destaque em todo o Norte e Nordeste. O Hospital Santa Joana possui uma das maiores emergências privadas do Estado, com 8 especialidades em regime de plantão, e recebe cerca de 7 mil pacientes por mês, sendo referência nos atendimentos a pacientes politraumatizados. É reconhecido como um dos principais complexos hospitalares da região em diversos serviços especializados e de alta complexidade, como neurocirurgia, traumatologia e ortopedia, urologia, oncologia, angiografia e hemodinâmica, medicina preventiva e diagnóstica, entre outros.

Destaque 2012

Desde sua fundação, o Hospital Santa Joana desenvolve ações e investimentos com foco na melhoria constante dos serviços, consolidando, a cada dia, sua posição entre os centros hospitalares mais modernos do país. Merecem destaque a expansão de suas atividades, ampliando a multiemergência e dobrando a sua capacidade para atendimento adulto; a inauguração de um novo e moderno Centro de Materiais e Esterilização (CME) e de um novo CTI, ocupando um andar inteiro do prédio principal, com 750 m². Além disso, foi construído um novo prédio para atendimento exclusivo de pacientes clínicos e cirúrgicos, a Unidade Clínico-Cirúrgica (UCC).

Em 2012, o Santa Joana consolidou processos que definem as melhores práticas assistenciais e fortaleceu o seu padrão de qualidade e excelência no atendimento. Sempre na vanguarda, o hospital inicia 2013 com 34 anos de atuação em Pernambuco, como referência nacional e internacional, com o título de Acreditação Internacional pela Joint Commission International (JCI).

Seguindo seu plano de evolução, disponibiliza ao público uma nova Unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO), já inaugurada; uma Unidade de Dor Torácica, em finalização; além da expansão da Multiemergência e do Centro Cirúrgico, ambos previstos para o segundo semestre. Tudo isso para trazer ainda mais conforto, qualidade e segurança a seus pacientes.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador
(desde 2001)

Hospital com fins lucrativos

Fundação 1979

Área construída 17.835 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 165

Nº de leitos de UTI 54

Nº de médicos cadastrados 1.300

Nº de funcionários ativos 1.449

Nº de consultas no pronto-socorro 79.367

Nº de consultas no ambulatório não se aplica

Nº de internações 11.181

Nº de cirurgias (exceto partos) 6.951

Nº de partos 1.485

Nº de exames realizados no SADT 83.937

Receita bruta (em R\$ milhões) 125,8

HOSPITAL SANTA JOANA
A CIDADE EM BOAS MÃOS

Rua Joaquim Nabuco, 200 - Graças
Recife - PE - 51011-000
81 3216-6666 - www.santajoana.com.br



HOSPITAL SANTA LUZIA

Breve histórico da Instituição

Fundado em 1969, o Hospital Santa Luzia tornou-se um hospital geral de alta complexidade e, ao longo dos anos, consolidou-se como referência em assistência médico-hospitalar no Distrito Federal e regiões vizinhas.

Localizado no Setor Hospitalar Local Sul, um setor referencial em assistência médico-hospitalar em Brasília, o Hospital conta com uma infraestrutura com todos os recursos humanos e tecnológicos que um hospital de qualidade exige.

Dividido em seis pavimentos, o Santa Luzia conta com 172 leitos em operação: 100 leitos de internação para as clínicas médica, cirúrgica, de especialidades, 23 leitos de maternidade com alojamento conjunto, 40 leitos de UTI adulto e nove leitos de UTI pediátrica e neonatal. Conta ainda com bloco cirúrgico com oito salas no centro cirúrgico e quatro no centro obstétrico, pronto atendimento, ambulatório, centro de diagnóstico por imagem e laboratório.

Destaque 2012

Em fevereiro de 2012, foram inauguradas duas salas cirúrgicas inteligentes equipadas com aparelhos de última geração, permitindo fazer procedimentos complexos com segurança ainda maior, tanto para o paciente quanto para o corpo clínico.

Já em março de 2012, foram inaugurados 14 novos leitos de internação, construídos dentro das mais modernas premissas de prestação de assistência de qualidade e com humanização.

E, em maio de 2012, o Hospital Santa Luzia foi adquirido pela Rede D'Or São Luiz, a maior rede de hospitais privados do país. Após a chegada da Rede D'Or, o Hospital ganhou força e entrou num processo de modernização: lançou uma campanha interna para aprimorar seu padrão de qualidade, com a implantação de novos protocolos assistenciais; investirá, aproximadamente, R\$ 36 milhões em obras de expansão e modernização e aquisição de equipamentos em 2013.

Está prevista a entrega, em 2013, de 30 novos leitos de internação, 16 novos leitos de UTI Adulto, 7 novos leitos de UTI Mista (Pediátrica e Neonatal), a modernização do bloco cirúrgico com a entrega de boxes pré-operatório privativos, expansão da recuperação pós-anestésica e pós-parto.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital com fins lucrativos

Fundação 1969

Área construída 14.221 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 174

Nº de leitos de UTI 53

Nº de médicos cadastrados 711

Nº de funcionários ativos 1.330

Nº de consultas no pronto-socorro 135.000

Nº de consultas no ambulatório 70.000

Nº de internações 17.000

Nº de cirurgias (exceto partos) 9.000

Nº de partos 2.400

Nº de exames realizados no SADT 1.000.000

Receita bruta (em R\$ milhões) 2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



SHLS, 716 - Conjunto E - 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. Em 2012, o Hospital comemorou 15 anos de atuação, marcados pelo pioneirismo e gestão empreendedora que tornaram essa instituição uma referência no Estado, pelos investimentos em tecnologia, medicina especializada, humanização do ambiente hospitalar e conforto para os pacientes.

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.

O Hospital tem a missão de oferecer assistência integral à saúde. A sua visão, definida até 2016, tem o objetivo de torná-lo reconhecido como hospital referência em alta complexidade, qualidade, produção do conhecimento, humanização e responsabilidade social.

Destaque 2012

Acompanhando a tendência nacional seguida pelos hospitais de grande porte no Brasil, o Hospital Santa Rosa inaugurou a unidade de day clinic, para internações de curta permanência.

Inaugurou também uma nova unidade coronariana com 23 leitos, contando com uma estrutura moderna e humanizada, totalizando 54 leitos de unidade de terapia intensiva.

Firmou parceria com o Instituto de Consultoria e Gestão do Hospital Israelita Albert Einstein para a implantação de um Sistema de Gestão do Corpo Clínico. O Objetivo é organizar a assistência com protocolos e programas integrados com foco nas especialidades estratégicas, colocando o Santa Rosa como um hospital modelo no Estado de Mato Grosso.

Outra parceria contratada foi com a Fundação Dom Cabral no Programa Parceiros para Excelência (PAEX), visando a melhoria contínua na gestão e nos resultados institucionais.

O conceito de modernidade, atendimento diferenciado e qualificado numa das mais belas áreas da capital mato-grossense garantiu, pela sexta vez, o Prêmio Top Of Mind como o hospital mais lembrado do Estado.

Ainda no final de 2012, recebeu o Certificado de Acreditação Hospitalar Nível III – Excelência, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), o único hospital a deter esse título em Mato Grosso.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2003)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1997
Área construída	13.937 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	136
Nº de leitos de UTI	54
Nº de médicos cadastrados	883
Nº de funcionários ativos	660
Nº de consultas no pronto-socorro	73.896
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	6.511
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.827
Nº de partos	413
Nº de exames realizados no SADT	537.711
Receita bruta (em R\$ milhões)	51,6



Rua Adel Maulf, 119 - Jardim Mariana
Cuiabá - MT - 78040-360
65 3618-8000 - www.hospitalsantarosa.com.br

HOSPITAL SÃO CAMILO POMPEIA

Breve histórico da Instituição

O Hospital São Camilo Pompeia é uma instituição filantrópica pertencente à Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo, cujo propósito maior é contribuir para a manutenção de outros 33 hospitais da Sociedade Beneficente São Camilo (SBSC) espalhados pelo país, que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às comunidades carentes nas regiões onde estão instalados.

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 273 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. Idealizado 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 (230 leitos) e Ipiranga (162 leitos).

Destaque 2012

O Hospital São Camilo Pompeia iniciou o ano de 2013 com conquistas, grandes projetos e novidades. Um novo prédio está sendo construído no local que abrigava a área administrativa do Hospital. Ao todo, serão 10 pavimentos, cinco subsolos, cerca de 90 leitos, novas salas de cirurgia e mais leitos para terapia intensiva adulto.

O novo empreendimento é parte do projeto de expansão do Hospital, iniciado em 2003, previsto para ser implantado em três etapas. A primeira contemplou a construção de um prédio com 34 mil m², inaugurado em 2005. A segunda foi inaugurada em 2010 e a terceira será concluída em 2014. Com essa expansão, a unidade irá atingir a marca de 400 leitos. Além disso, a fachada também passará por um processo de revitalização, conferindo ao Hospital um tom de modernidade. Depois de comemorar o sucesso do I Congresso Internacional de Simulação Realística, realizado em 2012, para mais de 150 inscritos, o Instituto de Ensino e Pesquisa da Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo irá promover, em 2013, seu III Congresso Internacional sob os temas: urgência, emergência e segurança do paciente.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2003)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1960
Área construída	38.772 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI); Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	273
Nº de leitos de UTI	65
Nº de médicos cadastrados	3.700
Nº de funcionários ativos	1.742
Nº de consultas no pronto-socorro	17.483
Nº de consultas no ambulatório	6.674
Nº de internações	14.466
Nº de cirurgias (exceto partos)	10.619
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	1.154.790
Receita bruta (em R\$ milhões)	368,0



Av. Pompéia, 1178 - Pompéia
São Paulo - SP - 05022-000
11 3677-4444 - www.saocamilo.com

HOSPITAL SÃO JOSÉ

Breve histórico da Instituição

Projetado para oferecer atendimento humanizado e personalizado por meio de uma completa estrutura assistencial e tecnológica, o Hospital São José foi inaugurado em 27 de novembro de 2007 pela Beneficência Portuguesa de São Paulo, um dos maiores complexos hospitalares da América Latina.

O hospital é referência em oncologia no Brasil. Seu corpo clínico é formado por renomados especialistas que, em conjunto com outros profissionais da saúde, oferecem atendimento multidisciplinar de padrão internacional aos seus pacientes. Com mais de 23 mil m², a instituição também dispõe de um Centro de Ensino e Pesquisa reconhecido pelo conhecimento técnico e científico gerado por seus profissionais de forma contínua.

Em dezembro de 2010, o Hospital São José foi acreditado com o selo da Joint Commission Internacional (JCI), após a implantação de um projeto voltado para a melhoria da qualidade de atendimento e da segurança de seus pacientes; e segue promovendo ações periódicas de melhoria, visando sempre a alcançar resultados médico-assistenciais cada vez mais satisfatórios.

Destaque 2012

Em 2011, o Hospital São José inaugurou o Centro Avançado de Oncologia. Este projeto contou com R\$ 3 milhões em investimentos e posicionou a instituição entre as principais referências em tratamento de câncer no Brasil.

Além da moderna infraestrutura hospitalar, o Centro Avançado de Oncologia conta com um corpo clínico altamente qualificado, liderado pelos oncologistas Antônio Carlos Buzaid. Também fazem parte da coordenação do centro os médicos Fernando Cotait Maluf, chefe de Oncologia Clínica, Riad Younes, chefe de Oncologia Cirúrgica, e Phillip Scheinberg, chefe do Serviço de Hematologia.

Em 2012 o Hospital investiu ainda mais na consolidação da marca, contratando médicos renomados para composição do corpo clínico como Ben Hur Ferraz Neto, diretor do Instituto do Fígado, vindo do Hospital Albert Einstein.

Investimentos em tecnologia foram feitos para aprimorar ainda mais o diagnóstico e tratamento de pacientes. Equipamentos como GPS do Fígado e de Medicina Nuclear foram incorporados no Centro de Diagnóstico do Hospital.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2012)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	2007
Área construída	29.761 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	65
Nº de leitos de UTI	14
Nº de médicos cadastrados	2.500
Nº de funcionários ativos	657
Nº de consultas no pronto-socorro	não se aplica
Nº de consultas no ambulatório	9.794
Nº de internações	2.897
Nº de cirurgias (exceto partos)	2.575
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	287.110
Receita bruta (em R\$ milhões)	134,2



Rua Martiniano de Carvalho, 965 - Bela Vista
São Paulo - SP - 01321-001
11 3505-6000 - www.bpsp.org.br



HOSPITAL SÃO LUCAS

Breve histórico da Instituição

Fundado em janeiro de 1969, no interior do estado de SP (Ribeirão Preto), através da associação de Professores e Médicos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), o Hospital São Lucas S/A é reconhecido como um dos principais prestadores de serviços médico-hospitalares, com qualidade e segurança, pela medicina de excelência em neurologia (com plantão 24h), cardiologia e gastroenterologia. Também é pioneiro em transplantes de medula óssea (na rede privada) em Ribeirão Preto e região.

O São Lucas é o 1º hospital do interior do país e 7º hospital do Brasil a ser certificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). O sucesso do Grupo São Lucas, que possui também o Hospital Ribeirânia, o RD Diagnósticos, a Multilav Lavanderia Industrial e Multilav Esterilizações, concentra-se nos vários anos de prestação de serviços com qualidade e segurança e foco na satisfação do cliente tendo como principal conceito: “gente cuidando de gente”. Estes valores sempre pavimentaram suas ações e garantiram seus compromissos.

Destaque 2012

Alcançar excelência em segurança para o paciente e qualidade na assistência médica oferecida são os principais objetivos do grupo São Lucas e foram exatamente esses critérios que garantiram ao Hospital, em agosto de 2012, o certificado de hospital acreditado com Excelência – Nível III pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) tornando-se o único da região a atingir este nível de certificação de qualidade.

Novos quartos foram inaugurados e as reformas de todos os demais estão sendo finalizadas, sempre primando pelo conforto e segurança de nossos clientes e seus familiares.

Desafios de 2013: incorporação de novas tecnologias, ampliar o número de leitos de UTI, tornar-se centro de referência em cirurgia bariátrica, obter certificação específica do protocolo de AVC - Acreditação Canadense - “Stroke Services Distinction Information Package” e capacitar a Instituição para busca de certificação internacional.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2002)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1969
Área construída	8.592 m²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	87
Nº de leitos de UTI	22
Nº de médicos cadastrados	1.438
Nº de funcionários ativos	470
Nº de consultas no pronto-socorro	48.943
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	5.563
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.997
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	247.900
Receita bruta (em R\$ milhões)	64,3



Rua Bernardino de Campos, 1426 - Vila Seixas
Ribeirão Preto - SP - 14015-130
16 4009-0020 - www.gruposao Lucas.com.br



HOSPITAL SÃO LUCAS DE ARACAJÚ

Breve histórico da Instituição

A Clínica e Hospital São Lucas foi fundada em 18 de outubro de 1969, dia do médico, por um cardiologista e um pneumologista - cunhados e companheiros - ambos professores da Escola de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Desde o início a Instituição destacou-se por uma preocupação diferenciada em relação à qualidade assistencial, procurando atrair bons médicos, equipe de enfermagem capacitada e insumos e equipamentos de qualidade.

Há mais de 40 anos tem sido referência no atendimento hospitalar do Estado e até nas regiões Norte e Nordeste, tendo como destaques as áreas de cardiologia, neurologia, vascular, geriatria e cirurgias complexas, entre outras.

A instituição realiza transplante renal, cirurgia cardíaca, cirurgia bariátrica, procedimentos endovasculares em hemodinâmica, contando com uma ampla gama de exames diagnósticos, servindo tanto aos pacientes internos como ambulatoriais.

Para completar a sua missão, que, além da assistência, é também a de ensinar e pesquisar, instituiu a Fundação São Lucas (FSL), em 02 de outubro de 1986, que, de forma independente do Hospital, administra uma creche aberta à comunidade e uma escola de cursos técnicos para a saúde, sendo considerada a melhor na área. Tem participado ainda ativamente de diversos estudos multicêntricos, nacionais e internacionais, a partir do Centro de Ensino e Pesquisa (CEPFSL).

Destaque 2012

Ao final de 2011, o Hospital foi convidado e aceitou participar do processo da Accreditation Canada. Em novembro de 2012, conquistou o certificado, após pouco menos de um ano de acompanhamento, somando-se ao já conquistado ONA III. Foi um processo que mobilizou profundamente a organização, em todos os níveis e entre todos os grupos profissionais.

Um outro grande destaque foi o fechamento de um plano de saúde livre escolha para todos os colaboradores, para que tivessem acesso ao hospital. A partir de 2012, quem cuida pode também ser cuidado - sem restrições - no São Lucas. Foi uma imensa conquista, alinhada aos princípios e valores humanos da instituição.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2012)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1969
Área construída	não informado
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	158
Nº de leitos de UTI	30
Nº de médicos cadastrados	715
Nº de funcionários ativos	1.018
Nº de consultas no pronto-socorro	65.428
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	10.153
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.743
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	937.511
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



Av. Coronel Stanley Silveira, 33 - São José
Aracajú - SE - 49015-400
79 2107-1000 - www.saolucas-se.com.br



HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM

Breve histórico da Instituição

Considerado um dos maiores centros hospitalares privados do país, o Hospital São Luiz foi inaugurado em 1938, como uma policlínica de 12 leitos, no bairro do Itaim Bibi, em São Paulo. Dois anos depois, transformou-se no primeiro pronto-socorro privado da região, tornando-se uma questão de tempo para a construção do prédio de apartamentos do hospital, entregue em 1963, com 80 leitos. Em 1983, foi inaugurada a maternidade e com ela surgiu o inovador conceito de hotelaria para o ramo da saúde no Brasil, além da preocupação em oferecer conforto e humanização do atendimento, práticas que são referências nas áreas de maternidade e UTI neonatal dentro da rede.

No ano de 1994, integrou-se ao complexo hospitalar um moderno centro de diagnóstico, capacitado a realizar exames de última geração, com o suporte de equipes especializadas. Em 2010, incorporado pela Rede D'Or, o São Luiz passou a fazer parte da maior rede de hospitais privados do Brasil.

O Hospital reúne equipes médicas altamente capacitadas, excelência no atendimento e equipamentos de alta tecnologia, atendendo a mais de 40 especialidades médicas. É referência em cirurgias ginecológicas, urológicas, neurológicas, cardiológicas e ortopédicas. Seu centro tecnológico, inaugurado no ano de 2005, oferece à comunidade inovação e segurança dentro do centro cirúrgico, do centro obstétrico e da unidade de terapia intensiva (adulto e neonatal). Por sua tradição em excelência e constante evolução nas melhores práticas de saúde, o Hospital e Maternidade São Luiz é o hospital oficial do Grande Prêmio Brasil de Fórmula 1, há 13 anos.

Destaque 2012

O ano de 2012 foi marcado por grandes conquistas, com destaque para a parceria firmada com a marca Fleury, que agregou grande valor em qualidade técnica. A inauguração de 39 novos apartamentos - com o mais alto padrão de acabamento e dotados de infraestrutura de última geração, nos primeiro, segundo e terceiro pavimentos - consolidou a expansão da unidade planejada para o ano de 2012. Houve ainda a significativa melhoria em qualidade técnica e percebida no pronto-socorro, conquistada com a implantação do modelo de atendimento Smart Track. Entre os grandes projetos de tecnologia para o ano de 2013, destaca-se o investimento na área de radiologia, com a instalação do segundo tomógrafo (64 canais) e de um novo aparelho de hemodinâmica. Também em 2013 haverá a conclusão da implantação do sistema Tasy, proporcionando significativa melhoria na gestão do Hospital. Em infraestrutura, o início da construção de uma nova torre dará continuidade ao projeto de expansão da unidade.

Outro marco importante é a busca pela acreditação Joint Commission International (JCI). Desde o início de 2011, toda a gestão do Hospital mobilizou-se no sentido de aprimorar processos, políticas, rotinas e infraestrutura, visando a atender aos padrões preconizados pela JCI. A tônica deste projeto é oferecer a clientes, médicos e colaboradores qualidade técnica, qualidade percebida e segurança para o paciente.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2003)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1938
Área construída	35.745 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	em processo

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	369
Nº de leitos de UTI	96
Nº de médicos cadastrados	10.573
Nº de funcionários ativos	2.110
Nº de consultas no pronto-socorro	137.946
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	31.742
Nº de cirurgias (exceto partos)	18.246
Nº de partos	8.236
Nº de exames realizados no SADT	887.925
Receita bruta (em R\$ milhões)	2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



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



HOSPITAL SÃO LUIZ JABAQUARA

Breve histórico da Instituição

Localizado no bairro do Jabaquara, zona sul de São Paulo, o Hospital Nossa Senhora de Lourdes foi fundado em 1958, tornando-se, nos anos posteriores, um centro de referência em saúde em sua região. Já em 1998, foi inaugurado o Hospital da Criança, um centro especializado no tratamento pediátrico capaz de proporcionar atendimento completo com conforto, carinho e segurança.

Recentemente, em abril de 2012, o Hospital Nossa Senhora de Lourdes e o Hospital da Criança foram adquiridos pela Rede D'Or São Luiz. A partir de novembro de 2012 o Hospital Nossa Senhora de Lourdes passou a ter o nome de Hospital São Luiz Jabaquara e também a operar com o novo sistema de pronto atendimento da rede: o smart track.

Destaque 2011 e 2012

A Rede D'Or São Luiz anunciou a alteração, em novembro, da marca Nossa Senhora de Lourdes para Hospital São Luiz Unidade Jabaquara, tornando-se o quarto hospital com a bandeira na cidade de São Paulo. A rede assumiu em abril a unidade localizada no bairro do Jabaquara, na região sul de São Paulo, que contempla também o Hospital da Criança. O grupo já investiu mais de R\$ 100 milhões e espera crescer 20% em faturamento no primeiro ano de aquisição.

Seguindo o plano de crescimento e o compromisso com o desenvolvimento da saúde privada no mercado brasileiro da Rede D'Or São Luiz, o Hospital recebeu uma série de mudanças estruturais. Com a alteração da bandeira, passou a oferecer o mesmo padrão e excelência de atendimento das outras unidades da marca. Entre as melhorias estão a ampliação da UTI, a abertura de áreas importantes que estavam fora de uso, o aumento da eficiência no pronto-socorro e implantação do smart track, uma nova metodologia de atendimento que reduziu o tempo máximo de espera no primeiro atendimento para cerca de 20 minutos em casos de menor gravidade.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2004)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1958
Área construída	32.800 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	em processo

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	150
Nº de leitos de UTI	31
Nº de médicos cadastrados	1.060
Nº de funcionários ativos	940
Nº de consultas no pronto-socorro	130.000
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	9.000
Nº de cirurgias (exceto partos)	5.000
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	141.000
Receita bruta (em R\$ milhões)	2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



Rua das Perobas, 344 - Jabaquara
São Paulo - SP - 04321-120
11 5018-4000 - www.saoluiz.com.br



HOSPITAL SÃO RAFAEL

Breve histórico da Instituição

Fundado por D. Luigi Verzé, o São Rafael é um complexo médico-hospitalar sem fins lucrativos, atuando em Salvador e em diversas cidades do interior da Bahia através do Monte Tabor – Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária, sua entidade mantenedora. Com foco no ser humano e na missão “Ide, Ensinai e Curai”, é uma das instituições de saúde mais reconhecidas pelos baianos e uma das mais importantes do país, seguindo o conceito da unicidade da pessoa, ser bio-psico-espiritual.

O São Rafael conta com uma estrutura que atende a cerca de dois mil pacientes por dia. Possui 304 leitos — entre os quais, 42 de terapia intensiva (geral, pediátrica e cardiológica) e 28 de semi-intensiva —, centro ambulatorial com 77 consultórios médicos, serviço de emergência, hemodiálise, bioimagem com aparelhos de ponta, centro cirúrgico, anatomia patológica, laboratório de análises clínicas, hospital-dia e banco de sangue informatizado. Residência médica, universidade corporativa e fomento à pesquisa integram-se a este cenário, reconhecido pela Organização Nacional de Acreditação com o Nível III Excelência.

Destaque 2012

No São Rafael, assistência, ensino e pesquisa integram um ambiente de inovação na saúde. Em 2012, a Instituição projetou-se em níveis nacional e internacional por conta das pesquisas com células-tronco — realizadas através do Centro de Biotecnologia e Terapia Celular (CBTC), com apoio da FINEP (Agência Brasileira de Inovação), FIOCRUZ e FAPESB. Integrou a Rede Nacional de Pesquisa Clínica e a Rede Universitária de Telemedicina. Recebeu a certificação “Acreditado com Excelência – Nível III”, concedida pela Organização Nacional de Acreditação, e assinou o “Pacto Empresarial pela Integridade e Contra a Corrupção”, iniciativa do Instituto Ethos.

Buscando manter a qualidade do atendimento e ampliar os serviços oferecidos, o São Rafael está construindo um novo prédio com 10 pavimentos e 13 mil m² de área construída. A expansão irá permitir a criação de novos leitos e vai beneficiar setores como emergência, oncologia e TMO (Transplante de Medula Óssea). A Governança Corporativa introduziu um processo de automação por meio do sistema Interact para compilação de indicadores, sempre promovendo transparência administrativa e sustentabilidade financeira.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2013)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1974
Área construída	40.000 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	304
Nº de leitos de UTI	42
Nº de médicos cadastrados	871
Nº de funcionários ativos	2.953
Nº de consultas no pronto-socorro	81.727
Nº de consultas no ambulatório	505.597
Nº de internações	19.945
Nº de cirurgias (exceto partos)	13.508
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	2.049.087
Receita bruta (em R\$ milhões)	349,3



Av. São Rafael, 2152 - São Marcos
Salvador - BA - 41253-190
71 3281-6265 - www.hsr.com.br



HOSPITAL SAÚDE DA MULHER

Breve histórico da Instituição

O HSM foi inaugurado em 29 de novembro de 1991, com o foco inicialmente voltado à saúde do público adulto feminino e infantil, oferecendo atendimento em cirurgias de baixa e média complexidade. Nesses 21 anos de existência, o HSM ampliou seus horizontes e passou a atender homens e mulheres de todas as idades, tornando-se um hospital geral de alta complexidade com o maior número de leitos em UTI do Estado do Pará e o primeiro hospital privado do Norte do país a oferecer o que há de mais moderno no atendimento ao paciente.

Com a meta de se tornar referência em oncologia na região Norte, o HSM destaca-se por ser o primeiro e único da rede privada do Estado do Pará a oferecer todos os exames de diagnóstico e tratamento na área de medicina nuclear, radioterapia e braquiterapia.

Atualmente o HSM mantém uma estrutura física composta por cinco prédios, divididos em HSM Hospital e HSM Diagnóstico. O HSM Hospital conta com uma estrutura de 177 leitos de internação, 50 leitos de UTI e 13 salas de cirurgia. O HSM Diagnóstico tem um parque de imagem com tecnologia avançada, aliada a uma estrutura confortável para a realização de exames e consultas, o que proporciona maior segurança e confiabilidade para a saúde do paciente.

Destaque 2012

Em 2012, o HSM investiu ainda mais em equipamentos de última geração para o combate ao câncer. Foram instaladas as máquinas Varian Trilogy e PET-CT (Pet Scan) de 64 canais, equipamentos que representam uma nova fase no diagnóstico e no tratamento oncológico. Com a Varian Trilogy o HSM realizou a primeira radiocirurgia do Norte do país, colocando Belém no seleto grupo das capitais que dispõem deste procedimento.

Outros destaques do ano de 2012 foram as conquistas da certificação de Acreditação em Excelência – Nível III pela Organização Nacional de Acreditação, a mais importante do setor de saúde no Brasil, e a certificação do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), a maior da América Latina, concedida pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial (SBPC/ML). Esta certificação atesta qualidade, segurança, precisão e confiabilidade nos resultados dos exames laboratoriais para pacientes, médicos e operadoras de saúde. Neste ano, o Hospital também tornou-se membro da acreditação canadense.

Em 2013, o HSM inaugura seu novo prédio, o que reforça seu compromisso em sempre melhorar o atendimento ao ampliar sua estrutura com novos leitos, novas salas de cirurgia, novas salas de UTI e heliponto.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2012)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1991
Área construída	não informado
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	177
Nº de leitos de UTI	50
Nº de médicos cadastrados	230
Nº de funcionários ativos	1.541
Nº de consultas no pronto-socorro	77.068
Nº de consultas no ambulatório	307.810
Nº de internações	11.346
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.909
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	305.790
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



Travessa Humaita, 1598 - Marco
Belém - PA - 66085-220
91 3181-7000 - www.hsmdiagnostico.com.br

Hospital Sírio Libanês

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Breve histórico da Instituição

A Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (SBSHSL) é uma instituição filantrópica, referência internacional na área da saúde. Fundada em 1921, a Sociedade está baseada em um tripé formado pelo Hospital Sírio-Libanês (HSL), o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP) e a área de Filantropia. Como principal característica, o Hospital Sírio-Libanês une a excelência médica e a 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.

Por meio do IEP, a SBSHSL tem como missão gerar e difundir conhecimentos e capacitar os profissionais, contribuindo para a excelência da assistência à saúde, além de ampliar e incorporar novas tecnologias nos laboratórios e no centro de treinamento.

A SBSHSL também atua como parceira do Ministério da Saúde em projetos para o desenvolvimento do SUS, levando as boas práticas de gestão e a medicina de qualidade a um número cada vez maior de cidadãos brasileiros.

Destaque 2012

O Hospital Sírio-Libanês (HSL) deu prosseguimento aos investimentos no seu projeto de expansão e modernização, com recursos da ordem de R\$ 227 milhões. Na área de ensino, o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP) concretizou diversas atividades que fomentaram o conhecimento e fortaleceram ainda mais as parcerias existentes. Entre elas, o Projeto CMIRA – Um Novo Olhar para a Avaliação de Competência Médica. Na área de pós-graduação stricto-sensu, o IEP implantou o programa de Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde, em parceria com a Fundação Dom Cabral (FDC).

A Diretoria de Pesquisa do IEP deu um importante passo para realizar, no triênio 2012-2014, três ensaios clínicos nas áreas de obesidade e diabetes, Mal de Parkinson e câncer de cabeça e pescoço, que vão envolver cerca de 100 pacientes. Em parceria com o Instituto Ludwig de Pesquisas sobre o Câncer, o Centro de Oncologia Molecular do HSL iniciou suas atividades em janeiro de 2012, permitindo a chegada de novos pesquisadores e alunos de pós-graduação.

Na área de filantropia, o ano foi marcado pelo início dos projetos do novo triênio (2012-2014). Ao todo, 18 projetos foram aprovados pelo Ministério da Saúde, entre os quais 11 novos e sete em continuidade às iniciativas anteriores. Esse processo é importante, pois estabelece uma relação sinérgica na construção coletiva de ações, onde surgem as necessidades reais da sociedade. Para isso, foi compartilhada com os gestores do Ministério da Saúde a preocupação em aproveitar todo conhecimento gerado e acumulado.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular Fundador (desde 2001)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1921
Área construída	99.989 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	367
Nº de leitos de UTI	44
Nº de médicos cadastrados	3.792
Nº de funcionários ativos	4.498
Nº de consultas no pronto-socorro	81.671
Nº de consultas no ambulatório	61.402
Nº de internações	18.677
Nº de cirurgias (exceto partos)	20.442
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	3.678.892
Receita bruta (em R\$ milhões)	1.085,3



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

Rua Dona Adma Jafet, 91 - Bela Vista
São Paulo - SP - 01308-050

11 3155-0200 - www.hospitalsiriolibanes.org.br



HOSPITAL VERA CRUZ

Breve histórico da Instituição

Criado no pós-Segunda Guerra, no final da década de 40, pelas famílias mineiras tradicionais Rabello e Starling, o Hospital Vera Cruz tem serviços especializados passando pela obstetrícia e maternidade, cardiologia e cirurgia cardíaca, vascular e neurologia, cirurgia geral e ortopedia. Atendeu o antigo INPS e o SUS durante décadas, realizando cirurgias de alta complexidade em especial na área de cardiopediatria.

Na década de 90, os serviços para o SUS foram suspensos. Desde então, o Hospital passou a operar unicamente na saúde suplementar. Contando com profissionais como os doutores Sebastião Correa Rabello (cirurgia cardíaca), Ilanio Starling (cirurgia geral), Francisco Rocha (neurologia), Luis Fabio Rocha (cardiologia) e outros profissionais de renome, o HVC passou a ser referência nos seus principais serviços nos últimos 20 anos.

O Hospital completa 64 anos de existência em 2013, com posição de destaque na medicina de alta complexidade no Estado de Minas Gerais. A empresa está na sua terceira geração e colhe os benefícios de toda a sua tradição, com os desafios de uma gestão moderna competitiva num segmento tão complexo e passando pelas turbulências de uma sociedade moderna em transformação.

Destaque 2012

Durante o ano de 2012, várias ações foram tomadas no sentido de dar maior estabilidade societária e da implantação de um modelo de governança, buscando melhores resultados técnicos e econômicos. Entre os destaques estão os serviços como oncologia, clínica da dor e neurologia, além dos já tradicionais serviços de cirurgia cardíaca, hemodinâmica, cirurgia geral, neurologia e ortopedia, entre outros. O Hospital estabeleceu um melhor relacionamento com as operadoras e melhores negociações de contratos, além de melhorias na sua gestão interna através de métodos como o Lean, da gestão de leitos e de corpo clínico e da cadeia de suprimentos, além de foco na gestão da informação pelo sistema Web Tasy para adequada tomada de decisão. O Hospital é acreditado com Excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA III) e um dos poucos do Estado de Minas Gerais associados à Anahp.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2011)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1949
Área construída	5.433 m ²
Organização do corpo clínico	fechado
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	111
Nº de leitos de UTI	44
Nº de médicos cadastrados	622
Nº de funcionários ativos	765
Nº de consultas no pronto-socorro	105.191
Nº de consultas no ambulatório	61.342
Nº de internações	9.164
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.469
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	88.952
Receita bruta (em R\$ milhões)	75,5



Av. Barbacena, 653 - Barro Preto
Belo Horizonte - MG - 30190-130
31 3290-1000 - www.hvc.com.br



HOSPITAL VITA BATEL

Breve histórico da Instituição

O Hospital VITA Batel foi inaugurado em dezembro de 2004, em um dos bairros mais nobres de Curitiba, para oferecer atendimento diferenciado, de alta qualidade e segurança assistencial à população.

Em oito anos de existência e dedicação aos seus pacientes, conquistou certificado de excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA III) e, recentemente, a Acreditação Canadense.

Possui corpo clínico aberto e uma grande demanda por atendimentos de média e alta complexidade, com destaque para as especialidades de cardiologia, neurologia, ortopedia, cirurgia geral e urologia. Hoje é uma referência nacional e internacional na realização da cirurgia bariátrica. Conta atualmente com 80 leitos, sendo 57 apartamentos, 23 leitos de UTIs (geral e cardiológica) e 7 salas no centro cirúrgico.

A instituição desenvolveu programas para a promoção a saúde e prevenção de doenças, através do Programa Viver Mais Vita, voltado a terceira (melhor) idade e em parcerias com operadoras de planos de saúde.

A aliança com o Hospital do Coração de Curitiba, desde 2009, tornou o Hospital VITA Batel também uma referência em atendimentos cardiológicos.

Destaque 2012

O ano de 2012 foi de conquistas valiosas para o Hospital VITA Batel. O resultado de tantos esforços empreendidos nesses oito anos de existência fez com que o Hospital recebesse a certificação ONA em nível de excelência e a Acreditação Internacional Canadense. Ainda em 2012, comemorou a conquista da Acreditação Bariátrica pela Surgical Review. Também é importante ressaltar:

- Certificação Diamante da 3M para Prevenção de Lesões de Pele;
- Melhorias no centro cirúrgico com uma importante reforma na principal sala cirúrgica, aquisição de um novo arco cirúrgico, elevador exclusivo para o centro cirúrgico, TV VITA – Canal de comunicação com o corpo clínico e uma nova autoclave de peróxido de oxigênio;
- Criação e implantação dos 8 passos para segurança assistencial;
- Conquista do Prêmio Eric Roger Wroclawski, concedido pela Revista Científica Einstein, pelo artigo “Biocompatibilidade do polímero de mamona (Pm) comparado ao Titânio (Ti), com vistas na utilização em dispositivo de assistência circulatória (K-Pump);
- Novo Laboratório de Motilidade e Fisiologia Digestiva;
- Realização de Simulado de Atendimento a Múltiplas Vítimas (AMUV);
- Parceria com a Fundação Fukuoka na realização do programa Lixo Zero;
- Criação do Instituto VITA de Ensino e Pesquisa;
- Focus Group com operadoras de saúde;
- Especialização médica em cirurgia bariátrica e metabólica.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2010)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2004
Área construída	7.005 m²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	65
Nº de leitos de UTI	23
Nº de médicos cadastrados	978
Nº de funcionários ativos	375
Nº de consultas no pronto-socorro	64.460
Nº de consultas no ambulatório	5.525
Nº de internações	7.803
Nº de cirurgias (exceto partos)	6.081
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	269.307
Receita bruta (em R\$ milhões)	57,2



Rua Alferes Ângelo Sampaio, 1896 - Batel
Curitiba - PR - 80420-160
41 3883-8406 - 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 153 leitos e cerca de 560 funcionários. Realiza mensalmente, em média, 11 mil atendimentos de emergência, 900 internações e 600 cirurgias. Caracteriza-se por ser um hospital geral de corpo clínico aberto, atendendo a diversas especialidades médicas. O VITA Curitiba é um dos mais modernos complexos hospitalares do país e o mais importante do Paraná, caracterizado pelo atendimento de alta complexidade.

Em 17 anos de existência e dedicação aos seus pacientes, é reconhecido nacional e internacionalmente por suas certificações: Acreditação em nível de Excelência (ONA III) e a Acreditação Internacional Canadense. 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 coronariana, UTI pediátrica, UTI neurológica, one day hospital, centro cirúrgico, pronto-socorro 24 horas, centro de consultórios médicos, serviço de apoio diagnóstico e tratamento.

Destaque 2012

Os destaques de 2012 são:

- Realização do Segundo Focus Group com Operadoras de Saúde – O Focus Group consiste em um grupo de trabalho, composto de representantes do Hospital e das principais operadoras de saúde, com o objetivo de discutir temas ligados à qualidade e segurança assistencial, promovendo a integração dos processos em prol da geração de valor ao paciente;
- Consolidação de canais de comunicação com a comunidade, levando informações de interesse público por meio de redes sociais;
- Realização do SULBRAFIX, série de cursos com foco em planejamento de correção de deformidades e alongamento ósseo, com a presença de expoentes nacionais e internacionais, tanto como palestrantes como alunos;
- Certificação Diamante da 3M para Prevenção de Lesões de Pele;
- Criação e implantação dos 8 passos para segurança assistencial – o projeto teve como objetivo envolver pacientes e acompanhantes em seu tratamento sendo mais uma garantia da qualidade e segurança assistencial;
- Ampliação dos Consultórios de Medicina Esportiva.

No fim de 2012 foram iniciados três importantes projetos com perspectivas de conclusão para o início de 2013, são eles:

- Reestruturação do centro de diagnósticos por Imagem, com a aquisição de novos equipamentos de ressonância magnética e tomografia computadorizada de última geração, aquisição de equipamentos de raios-X digital, aquisição de equipamentos para digitalização de Imagens e atualização tecnológica do sistema PACS;
- Criação do Instituto VITA de Ensino e Pesquisa;
- Ampliação e reestruturação do Centro Médico.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular | Fundador (desde 2001)

Hospital com fins lucrativos

Fundação 1996

Área construída 18.000 m²

Organização do corpo clínico aberto

Acreditação hospitalar Acreditação Canadense; Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais 153

Nº de leitos de UTI 42

Nº de médicos cadastrados 2.152

Nº de funcionários ativos 563

Nº de consultas no pronto-socorro 128.755

Nº de consultas no ambulatório 27.492

Nº de internações 10.272

Nº de cirurgias (exceto partos) 6.709

Nº de partos não se aplica

Nº de exames realizados no SADT 450.156

Receita bruta (em R\$ milhões) 80,3



Rodovia BR 116, 4.021 Km 396 - Bairro Alto
Curitiba - PR - 82590-100
41 3315-1900 - www.hospitalvita.com.br



HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA

Breve histórico da Instituição

O Hospital Vita Volta Redonda é reconhecido como referência em saúde na região sul fluminense, desde a sua inauguração, em 1953, como Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN).

Adotar as melhores práticas e, através da melhoria contínua, alcançar a excelência na qualidade dos serviços prestados são o alicerce de sua missão.

Seu compromisso com a excelência faz com que o Hospital adote processos de qualidade, o que resultou em um marco importante: foi o primeiro hospital acreditado em nível de Excelência no Estado do Rio de Janeiro e o quinto no Brasil, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Além disso, é integrante da Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA).

O Hospital Vita é membro fundador da ANAHP.

O Hospital possui foco no atendimento de alta e média complexidade cirúrgica, contando com terapias intensivas estruturadas - UTI's adulto, cardiológica e neonatal e um SADT formado por serviços que contribuem para o alcance dos resultados obtidos.

Destaque 2012

Em 2012, o Hospital Vita Volta Redonda deu início ao projeto de revitalização de seu Centro Médico de Especialidades.

Investimentos na ordem de R\$ 2 milhões, que permitiram uma ampla melhoria dos serviços, aumento nas diversas especialidades e no número de atendimentos.

O projeto define um novo espaço para o atendimento da ortopedia, com maior comodidade para os pacientes, além de um serviço de diagnóstico por imagens exclusivo, e significativo aumento de consultórios.

Ao término de 2013, o Centro Médico contará com uma estrutura de três andares, elevador panorâmico e consultórios médicos que garantirão segurança e bem-estar aos seus clientes.

As estratégias para 2013/2014 definem mais investimentos, que garantirão uma complexa reestruturação predial e logística dos serviços de emergência adulto e infantil, visando a um atendimento ágil e seguro, a revitalização de todo o serviço de imagem e a implantação de um novo sistema informatizado de gestão, com tecnologia utilizada em vários países da Europa. Este novo sistema modernizará os processos administrativos e assistenciais.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular Fundador (desde 2001)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1953
Área construída	11.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	127
Nº de leitos de UTI	51
Nº de médicos cadastrados	558
Nº de funcionários ativos	357
Nº de consultas no pronto-socorro	110.643
Nº de consultas no ambulatório	76.826
Nº de internações	9.428
Nº de cirurgias (exceto partos)	4.491
Nº de partos	430
Nº de exames realizados no SADT	172.802
Receita bruta (em R\$ milhões)	65,6



Rua Lions Club, 160 - Vila Santa Cecília
Volta Redonda - RJ - 27255-430
21 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 as atividades como unidade hospitalar. Em 2006, passou a chamar-se Hospital viValle. A estrutura do viValle conta com pronto atendimento clínico e ortopédico 24 horas, centro de oncologia, centro cirúrgico altamente equipado, UTI, central de material esterilizado, que possui equipamentos de alta tecnologia para a realização do controle de infecção hospitalar, hemodinâmica e centro de diagnósticos por imagem.

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 adota o conceito de Gastronomia Hospitalar.

O mesmo profissionalismo e humanização pode ser comprovado no Centro Médico viValle, que presta atendimento diferenciado em consultas e tratamentos de diversas especialidades. O espaço conta também com os serviços de check-up viValle, além do Pró-saúde, que atende a empresas na gestão da saúde de seus colaboradores com serviços de medicina ocupacional.

Em dezembro de 2011, o Hospital viValle passou a integrar a Rede D'Or São Luiz, um dos maiores grupos de saúde do Brasil, em um movimento de potencialização de investimentos para a excelência médica.

Destaque 2012

Em 2012, o Hospital viValle conquistou a certificação ONA III, selo da Organização Nacional de Acreditação que confirma a excelência de serviços hospitalares.

Inaugurou novos setores no hospital, como a hemodinâmica, e ampliou a UTI, que agora conta com 16 leitos.

A Rede D'Or São Luiz adquiriu cota majoritária da empresa URC Diagnósticos Médicos, que passa a ser administrada pelo Hospital viValle. A URC reúne equipamentos de alta tecnologia para exames de imagem.

Em 2013 o Hospital viValle dará início à implantação do smart track, uma metodologia moderna de atendimento para o pronto atendimento, desenvolvida para diminuir o tempo de espera do paciente e promover o uso racional de recursos.

E as obras continuam: o viValle passará dos atuais 4,5 mil m² para 14 mil m², uma ampliação não apenas da área, mas de toda estrutura, que contará com aproximadamente 130 leitos, um crescimento de mais de 150%.

Para continuar atendendo com a mesma qualidade já conhecida, em 2013 o viValle estará em processo para obter a acreditação canadense.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2004)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2000
Área construída	4.615 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	62
Nº de leitos de UTI	16
Nº de médicos cadastrados	1.353
Nº de funcionários ativos	367
Nº de consultas no pronto-socorro	69.693
Nº de consultas no ambulatório	19.356
Nº de internações	3.557
Nº de cirurgias (exceto partos)	5.125
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	não informado
Receita bruta (em R\$ milhões)	2.300,0

*Consolidado dos hospitais da Rede membros da Anahp



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 foi fundado em 1855 como centro de resistência para tratar as vítimas da epidemia de cólera que assolava o país. Seu fundador foi o médico português José D'Almeida Soares Lima Bastos, então presidente do Gabinete Português de Leitura do Recife.

Por alvará datado de 2 de julho de 1856, visando a externar o apoio da nação lusitana à instituição, o Rei de Portugal colocou sob sua real proteção o hospital recifense, honraria confirmada em 1862. Posteriormente, alvará de 7 de novembro de 1907, concedido por D. Carlos I, conferiu 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 Edifício São João de Deus (oncologia), 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 que este deve tomar.

Destaque 2012

O primeiro destaque em 2012 foi a inauguração do serviço de cirurgia vascular credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de desafogar as grandes emergências públicas do Estado de Pernambuco. O Programa de Residência Médica foi ampliado, com o credenciamento na área de traumatologia, clínica médica e nefrologia.

Na área de tecnologia médica, destaque para a aquisição dos equipamentos de ergoespirometria, que proporciona uma análise completa das atividades do coração e pulmão em um único teste, e de pletismografia, indicado para o diagnóstico das doenças respiratórias funcionais. O serviço de diagnóstico por imagem foi renovado com a compra de três tomógrafos de 128 canais e a ressonância magnética 3T, primeira deste modelo em Pernambuco.

O RHP foi agraciado, mais uma vez, com os prêmios Marcas que eu Gosto e Recall de Marcas, como o hospital particular mais lembrado pelos recifenses. Para 2013, os investimentos serão realizados na nova central de esterilização, na ampliação da Unidade do Hospital Português em Boa Viagem, com a implantação do serviço de diagnóstico por imagem eletivo, e na reforma do Edifício Egas Moniz, que abriga a emergência geral.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular Fundador (desde 2001)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1855
Área construída	117.736 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	em processo

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	720
Nº de leitos de UTI	158
Nº de médicos cadastrados	1.954
Nº de funcionários ativos	4.628
Nº de consultas no pronto-socorro	237.618
Nº de consultas no ambulatório	55.542
Nº de internações	27.868
Nº de cirurgias (exceto partos)	25.293
Nº de partos	2.382
Nº de exames realizados no SADT	2.444.284
Receita bruta (em R\$ milhões)	424,9



Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Paissandú
Recife - PE - 52010-902
81 3416-1122 - www.rhp.com.br



VITÓRIA APART HOSPITAL

Breve histórico da Instituição

O Vitória Apart Hospital nasceu em 2001, fruto do sonho de empreendedores médicos, que assumiram o desafio de construir na região metropolitana de Vitória, um grande complexo médico, com o objetivo de oferecer todas as especialidades num único espaço. Assim nasceu um moderno prédio com estrutura segregada, fluxo orientado para atendimento simultâneo de pacientes ambulatoriais e hospitalares, modernos equipamentos e unidades médicas específicas, como leitos de UTI geral, cardiológica, pediátrica e neonatal.

Também compõem o complexo blocos cirúrgicos, centro de tratamento de queimados, medicina hiperbárica, serviço de nefrologia e hemodiálise, serviços de transplantes, pronto-socorro com sala cirúrgica, e um vasto suporte para um hospital terciário.

Em pouco mais de 11 anos de existência, o Vitória Apart Hospital se consolidou como referência em atendimento de alta complexidade no Espírito Santo, com estrutura e competência técnica existentes nos melhores centros do Brasil. A equipe médica altamente qualificada, o parque tecnológico e a arquitetura moderna, somados ao atendimento humano e seguro, fazem do Vitória Apart um hospital preparado para atender com excelência.

Destaque 2012

Em 2012, o Vitória Apart Hospital ampliou a área física do pronto-socorro e também implantou o pronto-socorro obstétrico, especializado em atender grávidas em situações de urgência obstétrica e ginecológica durante 24 horas. Na área clínica também houve a ampliação da farmácia clínica, que passou a atender a todas as UTIs do hospital.

O Hospital ampliou o número de protocolos institucionais. O serviço de nutrição clínica ao paciente também ganhou maior cobertura de assistência, passando a ser realizado para todos os pacientes internados. Foram investidos R\$ 1,5 milhão na conclusão das obras do Projeto de Geração de Energia, que permite ao hospital gerar sua própria energia em horário de pico.

O Instituto de Saúde e Cidadania Vitória Apart Hospital, em 2012, atendeu a mais de 5 mil pessoas de comunidades carentes, por meio de duas Clínicas Comunitárias de Saúde Solidária (CLICS). Participaram dessas clínicas, como voluntários, médicos e outros profissionais da área de saúde e afins, com o apoio de diversas instituições de ensino, secretarias de Saúde do Município da Serra e do Estado (Sesa), federações e sindicatos.

O Hospital também realizou campanha estadual de conscientização sobre os perigos da automedicação e descarte inadequado de medicamentos. Ampliou sua atuação através da criação do Departamento de Tecnologia Médica e Robótica e o de Transplante de Órgãos e Tecidos.

O ano de 2012 também foi de conquistas, com o recebimento do troféu Marcas de Valor, entregue às empresas mais valorizadas pelo consumidor capixaba no setor em que atuam.

Caracterização

Hospital Membro Associado Titular (desde 2006)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída	35.342 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	216
Nº de leitos de UTI	48
Nº de médicos cadastrados	750
Nº de funcionários ativos	1.130
Nº de consultas no pronto-socorro	87.566
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	10.883
Nº de cirurgias (exceto partos)	14.848
Nº de partos	887
Nº de exames realizados no SADT	não se aplica
Receita bruta (em R\$ milhões)	83,5

Vitória  **apart**
Hospital

Rodovia BR-101 NORTE KM 2,38.
Boa Vista II, Carapina - Serra - ES - 29161-001
27 3201-5555 - www.vitoriaaparthospital.com.br

Anahp cria nova categoria de Hospitais Membros: os Afiliados

Iniciativa pretende estimular a busca contínua pela qualidade do atendimento médico-hospitalar no Brasil

Com o objetivo de conscientizar e estimular os hospitais, bem como as demais entidades do setor, sobre a importância da acreditação hospitalar para a qualidade assistencial e segurança do paciente, em 2013 a Anahp lança o Programa de Incentivo à Qualificação, que consiste na criação de uma nova categoria de Hospitais Membros: os afiliados.

A partir desse ano, os hospitais que ainda não possuem a acreditação hospitalar, antes exigidas para integrar o time de associados à Anahp, serão aceitos como afiliados. É necessário, no entanto, que os novos parceiros tenham potencial para conquistar alguns dos selos de instituições que atestam o padrão de qualidade. A Associação proporcionará compartilhamento de melhores práticas assistenciais e indicadores de qualidade, a fim de incentivar os hospitais afiliados a se candidatarem aos processos de acreditação.

Essa iniciativa da entidade coincide com os objetivos que pautam a existência da Anahp, de promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços, criando condições para sua certificação, além de agregar à cultura brasileira, o conceito de saúde como um valor maior.

Os novos integrantes terão o prazo de quatro anos para concluir um dos processos de acreditação necessários para se tornar um hospital associado.

O hospital candidato a associado titular ou afiliado deve ser privado, com ou sem fins lucrativos, detentores dos melhores padrões de qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares, e cujo faturamento bruto seja proveniente em 60% ou mais, de planos de medicina suplementar e de pacientes particulares, ficando vedada a participação de entidades controladas, direta ou indiretamente, por operadoras de planos de saúde.

Perfil Institucional

Hospitais Membros Afiliados

Hospital Marcelino Champagnat

Hospital Metropolitano

Hospital Santa Izabel



HOSPITAL MARCELINO CHAMPAGNAT

Breve histórico da Instituição

Inaugurado no dia 17 de novembro de 2011, o Hospital Marcelino Champagnat, integrante da área de saúde do Grupo Marista, foi o maior investimento em saúde realizado nos últimos dez anos na região sul do Brasil. Com o intuito de colocar Curitiba entre os principais polos de tratamento de saúde do país, foram investidos R\$ 65 milhões no projeto, a maior parte na aquisição de equipamentos e na implantação de tecnologia avançada.

O Hospital Marcelino Champagnat trabalha com padrões internacionais de assistência e tem como objetivo prestar serviços de excelência com atuação nas áreas clínicas e cirúrgicas, de pacientes adultos de média e alta complexidade. Seu projeto foi concebido com base em padrões reconhecidos de qualidade e segurança, com o objetivo de conquistar a acreditação internacional. Para esta conquista, o Hospital Marcelino Champagnat contou com a consultoria do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), desde a concepção de seu projeto.

O foco é a satisfação e a confiança absoluta do paciente, com alto desempenho e segurança assistencial. Desde sua concepção, o Hospital tem como compromisso o atendimento humanizado, que significa tornar mais humana e próxima a assistência, gerando uma nova relação entre profissionais de saúde e pacientes.

Destaque 2012

O Hospital Marcelino Champagnat completou seu primeiro ano de funcionamento com números expressivos. De novembro de 2011 a novembro de 2012, foram realizados mais de 37 mil atendimentos ao público e cerca de 5 mil cirurgias. Os números demonstram que o hospital, em pouco tempo, tornou-se uma das grandes referências em procedimentos de alta e média complexidade na capital paranaense.

Para 2013, está programada a inauguração de uma unidade de terapia intensiva (UTI) cardiovascular. Serão mais dez leitos voltados ao atendimento especializado e integrado para pacientes que sofrem de problemas cardíacos e neurológicos, em especial o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC).

Estruturação do Núcleo de Apoio à Gestão - Responsável pela implantação do novo modelo de medicina baseada em evidências, com foco no novo modelo de remuneração prospectiva, preconizado pela Agência Nacional de Saúde;

Implantação da Remuneração Variável - Remuneração variável para todos os colaboradores, contemplando as perspectivas de segurança e qualidade na assistência, satisfação do paciente, boas práticas administrativas, desenvolvimento contínuo dos colaboradores e perspectiva econômico-financeira.

Estruturação e Implantação do Programa de Governança Médica - O Programa de Governança Médica contempla a criação e acompanhamento de indicadores de desempenho do corpo clínico.

Caracterização

Hospital Membro Afiliado (desde 2013)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	2011
Área construída	27.434 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	em processo

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	107
Nº de leitos de UTI	20
Nº de médicos cadastrados	557
Nº de funcionários ativos	375
Nº de consultas no pronto-socorro	37.800
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	6.532
Nº de cirurgias (exceto partos)	5.404
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	213.401
Receita bruta (em R\$ milhões)	42,2



Av. Presidente Afonso Camargo, 1399 - Cristo Rei
Curitiba - PR - 80050-350
41 3087-7600 - www.hospitalmarcelino.com.br



HOSPITAL METROPOLITANO

Breve histórico da Instituição

O Hospital Metropolitano foi a primeira instituição de saúde privada do Espírito Santo, fundada exclusivamente por médicos, em 1996. A instituição está localizada na cidade da Serra, apontada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como a que mais cresce no Estado, sendo a quarta em crescimento no País.

A decisão de investir na cidade foi inovadora, uma vez que, naquela época, os empreendimentos do setor se concentravam em Vitória. A instituição também foi pioneira no Espírito Santo ao investir na profissionalização da sua gestão.

Tem como missão inovar em soluções de saúde com compromisso social e sua visão é ser um centro de excelência em soluções de saúde. Com este foco, o Hospital se posiciona com alguns diferenciais competitivos de mercado: ser referência em terapia intensiva, atendimento cardiológico, clínica médica e infectologia e por introduzir uma assistência diferenciada ao paciente geriátrico, com um trabalho voltado ao cuidado e à segurança do cliente. O Hospital também se diferencia por ser o único da rede privada no Espírito Santo estruturado para tratar crianças com câncer e com doenças hematológicas.

A instituição adota uma gestão focada na meritocracia e uso intensivo da tecnologia da informação, com o objetivo de desenvolver o seu corpo clínico, colaboradores e garantir a sustentabilidade da empresa.

Destaque 2012

Em 2012, o Hospital foi certificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) nível II e manteve a certificação ISO 9001, obtida em 2009, por meio de auditoria da certificadora Det Norsk Veritas (DNV).

Para o triênio 2013/2015, o planejamento estratégico do Metropolitano prevê a obtenção da certificação ONA nível III e a expansão do Hospital, com a duplicação da sua capacidade de atendimento. Acompanhar o crescimento da demanda e elevar o padrão de qualidade dos serviços prestados à sociedade são os objetivos da ampliação.

Esse investimento na infraestrutura permitirá à instituição atender, ao final das obras, uma média de 400 mil pacientes ao ano, entre atendimentos ambulatoriais, urgência e emergência, cirurgias e internações. A oferta de leitos passará para cerca de 220, dos quais 70 em Unidades de Terapia Intensiva.

Com a expansão, o número de cirurgias pode chegar a 20 mil por ano. A área construída aumentará de 10,5 mil para 30 mil metros quadrados. A previsão de investimento é da ordem de R\$ 60 milhões.

Caracterização

Hospital Membro Afiliado (desde 2013)	
Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1996
Área construída	10.000 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	117
Nº de leitos de UTI	31
Nº de médicos cadastrados	528
Nº de funcionários ativos	557
Nº de consultas no pronto-socorro	134.611
Nº de consultas no ambulatório	104.045
Nº de internações	7.752
Nº de cirurgias (exceto partos)	9.701
Nº de partos	458
Nº de exames realizados no SADT	não se aplica
Receita bruta (em R\$ milhões)	62,8



Av. Eudes Scherrer Souza, 488 - Pq. Residencial Laranjeiras Serra - ES - 29165-680
27 2104-7000 - www.metropolitano.org.br



HOSPITAL SANTA IZABEL

Breve histórico da Instituição

A Santa Casa de Misericórdia da Bahia, com 462 anos, construiu sua história cuidando da saúde dos baianos e investindo de forma contundente em cultura, educação e, sobretudo, no apoio aos mais necessitados. Berço da medicina na Bahia, palco da fundação da primeira faculdade de medicina do país, a Santa Casa se orgulha de, ao longo do tempo, ter sido decisiva na formação de profissionais médicos na Bahia.

Parte integrante da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, e herdeiro desta história de compromisso com a assistência à saúde, o Hospital Santa Izabel (HSI) não para de se reinventar. Referência em diversas especialidades médicas e um dos mais conceituados hospitais do país, o HSI tem a sua história ligada ao protagonismo e vanguarda na área da saúde.

Destaque 2012

Certificado pelos ministérios da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino e Pesquisa, o HSI é o principal centro formador de saúde na Bahia. São 105 vagas anuais de residência médica, 270 de estágio e 100 de internato médico, além de convênio com sete instituições de ensino superior. Também atua como hospital integrante da Rede Cegonha para suporte através de internação e cirurgias de alta complexidade em neonatos com cardiopatia congênita.

Dentro do compromisso de atender às principais demandas e carências na área da saúde, o HSI ampliou em 2012 os investimentos para adequar e expandir as instalações físicas, qualificar os processos e equipes profissionais, adquirir novos e modernos equipamentos tecnológicos, realizar diagnósticos mais precoces e detalhados e cirurgias cada vez menos invasivas. Todas as intervenções são executadas em sintonia com o planejamento estratégico, vocação do hospital e as mudanças do padrão epidemiológico da população.

No total, foram executadas quase 30 projetos de investimento que abrangeram novos serviços e melhoria de estrutura, incluindo Serviços de Radioterapia, novos leitos de UTIs Neuro Clínica, Cardiológica e de Pediatria Clínica – com perspectivas de dobrar o número de procedimentos cirúrgicos cardiológicos pediátricos -, Serviço de Bioimagem com PET-CT, gama câmara, tomógrafo de 128 canais, parque instalado de três equipamentos de hemodinâmica, entre outros.

Destaque também para as reformas de apartamentos, intervenções no Ambulatório, bem como em outras áreas de apoio como: internamento, pré-internamento, novo refeitório e reforma completa do Serviço de Nutrição (produção e distribuição).

O ano de 2012 marcou também o avanço das obras do Instituto Baiano do Câncer (IBC), que centralizará em um bem estruturado espaço com cerca de 4 mil m², toda a assistência especializada ao paciente oncológico, com mais consultórios, novo acelerador linear e duplicação da oncologia clínica ambulatorial (quimioterapia).

No segmento de Ensino e Pesquisa, colocou em pleno funcionamento um moderno Centro Integrado de Ensino e Pesquisa e ampliou as parcerias com instituições nacionais e internacionais, possibilitando intercâmbio para os profissionais.

Caracterização

Hospital Membro Afiliado (desde 2013)	
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1549
Área construída	49.063 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	em processo

Principais Indicadores (em 2012)

Nº do total de leitos operacionais	525
Nº de leitos de UTI	83
Nº de médicos cadastrados	1.586
Nº de funcionários ativos	3.461
Nº de consultas no pronto-socorro	126.680
Nº de consultas no ambulatório	423.496
Nº de internações	17.307
Nº de cirurgias (exceto partos)	13.635
Nº de partos	não informado
Nº de exames realizados no SADT	1.285.699
Receita bruta (em R\$ milhões)	314,0



Praça Conselheiro Almeida Couto, 500 - Nazaré
Salvador - BA - 40050-410
71 2203-8444 - www.hospitalsantaizabel.org.br

Diamond



Gold



Silver





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