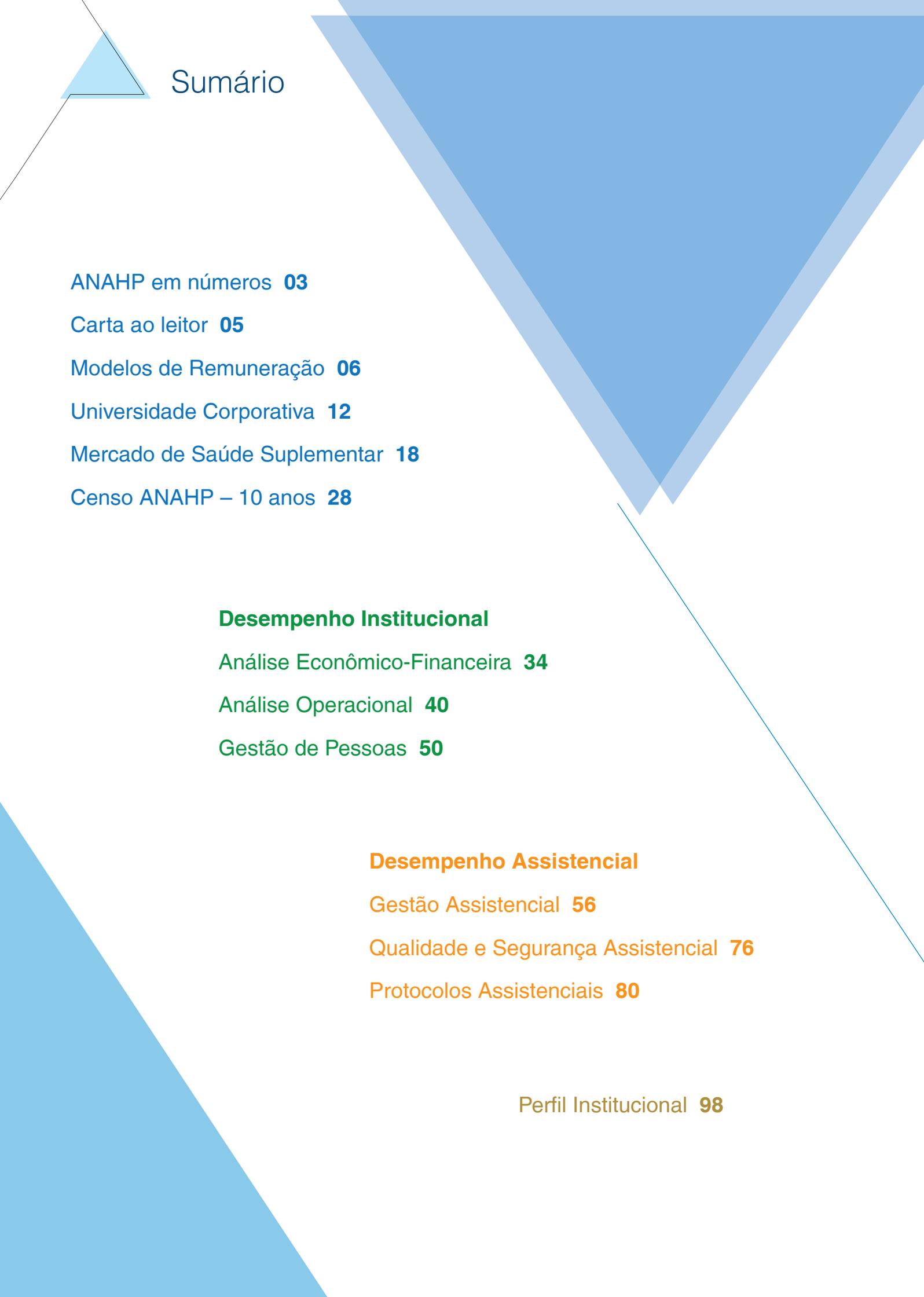




OBSERVATÓRIO ANAHP

Associação Nacional de Hospitais Privados
Edição 4/2012





Sumário

ANAHP em números **03**

Carta ao leitor **05**

Modelos de Remuneração **06**

Universidade Corporativa **12**

Mercado de Saúde Suplementar **18**

Censo ANAHP – 10 anos **28**

Desempenho Institucional

Análise Econômico-Financeira **34**

Análise Operacional **40**

Gestão de Pessoas **50**

Desempenho Assistencial

Gestão Assistencial **56**

Qualidade e Segurança Assistencial **76**

Protocolos Assistenciais **80**

Perfil Institucional **98**

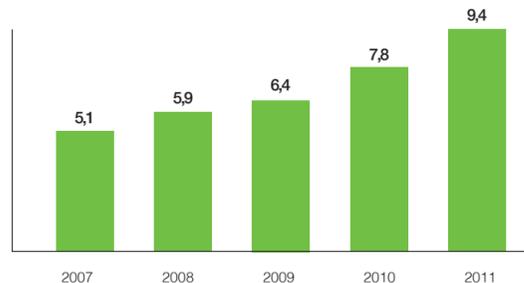
ANAHP em números

EM

2011 os hospitais da ANAHP responderam por
14% do total das despesas assistenciais e
10% do total de internações do Setor de Saúde Suplementar,

Fonte: Caderno de Informação da saúde suplementar – ANS.

Faturamento



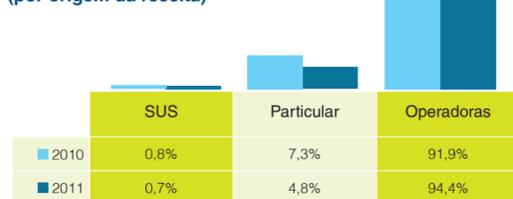
É necessário esclarecer que a evolução da receita depende da amostra que pode ter variado ano a ano.

A receita bruta dos hospitais que participaram do estudo atingiu

9,4 bilhões

de reais em 2011.

Distribuição da Receita Total (por origem da receita)

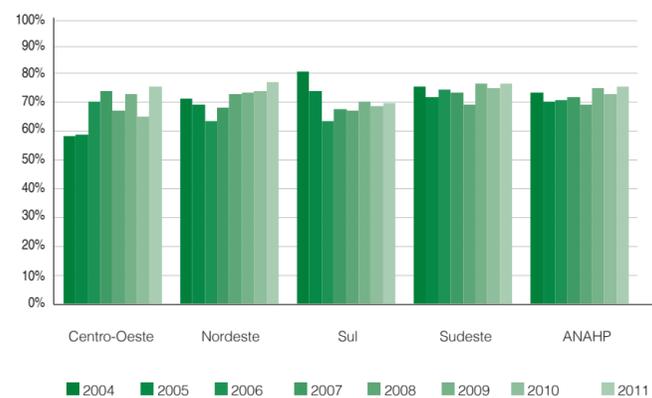


Receita (por fonte pagadora)

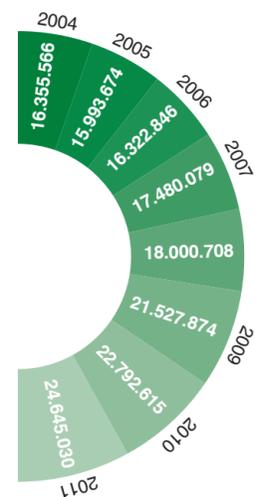
Operadora de Planos de Saúde	2011
Seguradora	38,5%
Autogestão	29,9%
Medicina de Grupo	15,5%
Cooperativa Médica	16,1%

Taxa de Ocupação Hospitalar

Região Geográfica	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CO	59,3%	59,8%	71,5%	74,8%	68,4%	73,8%	66,0%	76,4%
NE	72,6%	70,2%	64,4%	69,1%	73,8%	74,4%	74,8%	78,3%
S	82,0%	75,0%	64,5%	68,8%	68,4%	71,4%	69,8%	70,9%
SE	76,9%	73,1%	75,8%	74,6%	70,5%	77,9%	76,0%	77,5%
ANAHP	74,6%	71,2%	71,9%	72,9%	70,6%	76,1%	74,1%	76,9%



Total de Exames – Laboratório e Imagem



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Evolução do Prazo Médio de Recebimento (por região)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CO	45,1	67,8	66,6	67,9	72,2	68,4
NE	52,4	66,7	61,8	63,8	57,1	58,6
S	103,7	113,4	95,4	93,0	102,3	97,9
SE	67,0	65,3	67,4	69,3	85,8	95,9
ANAHP	66,8	71,8	69,2	70,7	81,8	72,4

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Distribuição de Cirurgias (por porte)

Leitos	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ambulatorial	12,9%	12,3%	11,4%	12,2%	9,5%	10,1%
Grande Porte	25,9%	27,4%	26,2%	25,6%	24,2%	26,5%
Médio Porte	34,5%	33,2%	36,7%	33,8%	38,0%	34,5%
Pequeno Porte	21,2%	21,4%	20,3%	22,9%	21,1%	22,9%
Porte Especial	5,5%	5,6%	5,4%	5,5%	7,2%	6,0%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

COM

9.071

Leitos Instalados

no início de 2011 a ANAHP representa **7,1%** dos leitos privados para medicina suplementar existentes no Brasil.

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

Acreditações/2011

Tipo de Acreditação	ANAHP	Brasil	% ANAHP
Organização Nacional de Acreditação – ONA	32	153	21%
Joint Commission International – JCI	11	19	58%
Accreditation Canada	8	15	53%
National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – NIAHO	2	3	67%

Fonte: ANAHP Pesquisa com hospitais associados, 2011; ONA em www.ona.org.br; Accreditation Canada em www.iqg.com.br; JCI em www.cbacred.org.br; e NIAHO em www.dnv.com.br

Leitos ANAHP (em número absoluto por ano)

Leitos	2007	2008	2009	2010	2011
Total	5.047	6.040	6.144	7.263	9.071
UTI Adulto	ND	ND	ND	982	1.312
UTI Neonatal	ND	ND	ND	332	436

*43 hospitais em 2011.



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Conselho Deliberativo



Francisco Balestrin
Presidente
Hospital Vita Volta Redonda (RJ)



Antonio Carlos Kfour
Hospital do Coração – HCor (SP)



Francisco Eustácio Fernandes Vieira
Hospital Santa Joana (PE)



Henrique Sutton de Sousa Neves
Hospital Israelita Albert Einstein (SP)



José Ricardo de Mello
Hospital Santa Rosa (MT)



João Polackzyk
Vice-Presidente
Hospital Moinhos de Vento (RS)



Maria Norma Salvador Ligório
Hospital Mater Dei (MG)



Paulo Chapchap
Hospital Sírio-Libanês (SP)



Ruy Bevilacqua
Hospital São Luiz (SP)

Conselho Fiscal

- Valdesir Galvan** » Hospital São Camilo (SP)
José Henrique do Prado Fay » Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP)
Alceu Alves da Silva » Hospital Mãe de Deus (RS)
Antônio Alves Benjamim Neto » Hospital Meridional (ES)
Euclides Abrão » Hospital Santa Geneveva (GO)

Expediente Observatório ANAHP

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

Editor

Francisco Balestrin

Conselho Editorial

Alceu Alves da Silva
Daniel Coudry
Denise Schout
Evandro Tinoco
Fábio Patrus
Miguel Cendoroglo
Valdesir Galvan

Colaboraram nesta Edição

Ary Ribeiro
Fábio Peterlini
Kátia Magni
Nea Miwa Kashiwagi

Redação

Álvaro Almeida
Carla Franco
Evelyn Tiburzio

Consultoria Técnica

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

Administração

Álvaro Almeida
Bianca Elwanger
Caroline Meneghello
Daniela Hirai
Evelyn Tiburzio
Renata Rúbio

Diretor Executivo

Daniel Coudry

Produção Gráfica

Epigram

Fotos

Istockphoto – capa
Shutterstock
Jô Mantovani

Tiragem

6.000 exemplares

Impressão

Burti



“...a saúde é, sem nenhuma dúvida,
o primeiro bem e o fundamento
de todos os outros bens da vida...”

René Descartes

Na última década o sistema brasileiro de saúde viveu grandes transformações. A globalização da economia elevou o grau de competitividade das empresas, tornando a qualidade um pré-requisito para a sobrevivência. Esta realidade pode ser observada em todos os setores, inclusive, entre as organizações hospitalares. Os profissionais da área da saúde estão percebendo que somente cuidando da qualidade de seus serviços poderão garantir um crescimento sustentável a longo prazo.

Diante desta realidade, podemos observar o crescimento do número de hospitais empenhados em buscar certificações que comprovem a qualidade da assistência ofertada. As instituições associadas à ANAHP, por exemplo, detêm mais de 50% das creditações internacionais concedidas a hospitais no Brasil e 21% das nacionais. Estes números evidenciam o compromisso com a qualidade de nossos associados e reforça a posição de vanguarda da ANAHP, que tem entre seus propósitos promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços, além de agregar à cultura brasileira o conceito de saúde como um valor maior.

O setor privado de assistência à saúde apresentou um aumento expressivo nos últimos 10 anos, com crescimento médio anual de 4% em número de beneficiários, totalizando 47,6 milhões de brasileiros em 2011. Para acompanhar este cenário em constante evolução, é essencial o desenvolvimento de mecanismos para avaliar e medir a produção e a qualidade dos serviços de saúde. As agências reguladoras e o próprio Ministério da Saúde começaram a perceber a importância de avaliar os serviços de saúde no País. Em 2006, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a acompanhar a qualidade das Operadoras de Planos de Saúde e, mais recentemente, atendendo às Resoluções Normativas nº 267 e nº 275, a Agência tem trabalhado no desenvolvimento do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), iniciativa que conta com a participação da ANAHP e de entidades de classe e representatividade do setor privado de saúde.

O ‘Observatório ANAHP’, anuário consolidado no mercado de saúde como um importante instrumento de consulta e benchmarking para o setor, surgiu para contribuir com a troca de informações e estabelecer critérios comparativos entre as instituições de saúde. A publicação, que encontra-se em sua 4ª edição, nasceu a partir do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares ANAHP (SINHA) e do Projeto Melhores Práticas Assistenciais (PMPA), criados respectivamente em 2002 e 2004. Hoje, com uma série histórica consistente, o Observatório ANAHP cumpre de forma eficiente com o seu objetivo principal de oferecer indicadores periódicos e permanentes que sirvam como instrumentos de avaliação e monitoramento da assistência e estimulem os processos de melhoria, na oferta de serviços médico-hospitalares com qualidade e segurança assistencial.

Aproveito a oportunidade para ressaltar que o ano de 2011 foi muito produtivo para a Associação. Além da participação ativa nas discussões e decisões que afetam diretamente o setor, a realização do I Congresso Nacional de Hospitais Privados (CONAHP) e a comemoração dos 10 anos da ANAHP, encerramos o ano com a eleição do atual Conselho Deliberativo para o Triênio 2012-2014.

Pretendemos dar continuidade ao trabalho desenvolvido de forma brilhante pelas gestões anteriores, cumprindo assim com o dever maior da entidade, de disseminar as melhores práticas do sistema privado de assistência à saúde para o mercado.

Para finalizar, gostaria de agradecer a participação de todos que se dedicaram na elaboração deste material rico em informações, em especial aos membros do Conselho Editorial e aos colegas que colaboraram nesta edição: Ary Ribeiro, Fábio Peterlini, Kátia Magni e Nea Miwa Kashiwagi.

Desejo a todos uma excelente leitura.

Francisco Balestrin

Presidente do Conselho Deliberativo





Reforma do modelo de remuneração dos hospitais na saúde suplementar – A visão ANAHP

Na mudança de modelo de remuneração é de fundamental importância termos clareza do que significa qualidade para os usuários do sistema.

É necessário introduzir mudanças que estimulem o sistema a transformar o pagamento baseado em volume no pagamento baseado em valor.

Faz-se necessário reformar o modelo de remuneração dos prestadores de serviços hospitalares na saúde suplementar brasileira? Sim, pois o atual modelo, de maneira predominante, induz para que o foco da prestação de serviço seja produção e volume. Como citado no documento do Grupo Técnico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 'Sistemáticas de Remuneração dos Hospitais que Atuam na Saúde Suplementar: Diretrizes e Rumos' (rodada do Rio de Janeiro – Junho/2011): "O setor possui uma lógica de remuneração que privilegia uma relação de custo/benefício perversa, com custos administrativos elevados e que não geram valor agregado na produção dos melhores resultados de saúde para os beneficiários".

É necessário introduzir mudanças que estimulem o sistema a transformar o pagamento baseado em volume no pagamento baseado em valor. Essa é uma reorientação fundamental: discutir modelos de remuneração, em torno da relação qualidade e custo/efetividade, e buscar mudanças estruturais que nos possibilitem caminhar em direção à forma de pagamento baseada em valor, definido como a relação entre a qualidade do cuidado e o preço pago por ele.

Nesse cenário, é importante analisar experiências de mudanças passadas, no Brasil e em outros países. Sabe-se, por experiências em vários sistemas de saúde no mundo, que o modelo de remuneração predominante pode ser um potente indutor de mudança da prática assistencial. Essa “indução” pode ser para o “bem” ou para o “mal” do paciente ou usuário do sistema, os quais devem ser sempre o foco das ações, para o seu “bem”. Por exemplo, nos Estados Unidos, a introdução do “*managed care*” teve impacto na diminuição dos gastos com saúde, porém, com evidente insatisfação dos usuários do sistema, ou seja, os pacientes não vivenciaram a mudança como algo bom. A principal mensagem dessa experiência é de que o foco foi redução de despesas e não geração de valor, o que não deve ser negligenciado quando se busca mudar o modelo de remuneração na saúde suplementar brasileira.

O processo de mudança do modelo de remuneração é um ponto de convergência entre os participantes do setor e, além disso, é parte da agenda regulatória da ANS. Cabe seguir as premissas adequadas e, pressupondo compromisso dos participantes em torno de conceitos básicos acima expostos, poderá ser ferramenta indutora de evolução do setor para melhoria da assistência e ampliação do acesso à saúde suplementar.

Uma das causas das distorções do atual modelo de remuneração está evidente na Figura 1, abaixo. A coluna esquerda representa, de forma geral, a realidade atual: não existe um encadeamento lógico entre o padrão de assistência, seus custos, seu preço e, por conseguinte, sua remuneração. Predomina a fragmentação entre esses processos. Um dos pilares da mudança do modelo, evidenciado na parte inferior da Figura 1, é o foco na gestão médica, tendo como consequência a redução da variabilidade da assistência e a formulação de padrões (nas condições em que isso é possível), e conseqüentemente o encadeamento lógico entre custos, preços e remuneração.

Figura 1 – O Resgate da Consistência de Gestão (Encaminhamento do Problema)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em adição ao exposto na Figura 1, entende-se que outro elemento conceitual deve ser introduzido na mudança do modelo: o conceito de VALOR, definido como a relação entre qualidade (composta de resultado, segurança e experiências assistenciais, adequadamente aferidos) e pagamento (o custo total por um tratamento). Vide Figura 2.

Ter a gestão assistencial como o primeiro passo do processo, que define a remuneração pelo serviço ofertado, e introduzir a equação de “valor” são fundamentos imprescindíveis para uma reforma bem-sucedida do modelo de remuneração na saúde suplementar brasileira.

O documento Diretrizes e Rumos (rodada do Rio de Janeiro) identifica as seguintes premissas para as mudanças, as quais seguem transcritas na íntegra:

» **Tangibilização dos Serviços** – o aumento do poder de escolha dos beneficiários deve ocorrer pela comparação da melhor relação custo x qualidade x efetividade, bem como a percepção do potencial valor agregado dos serviços que recebe.

» **Sustentabilidade** – os mecanismos adotados, bem como os incentivos resultantes deles, devem contemplar uma remuneração compatível com os custos da prestação dos serviços hospitalares. Além disso, critérios de reavaliação desses custos deverão ser definidos previamente de forma a manter o equilíbrio econômico-financeiro das partes envolvidas (beneficiários, operadoras e prestadores), visando à manutenção da qualidade do atendimento.

» **Multiplicidade das Formas de Remuneração** – o Brasil é um país de grandes diversidades. Portanto, não há como definir uma única forma de remuneração para os diversos perfis de hospitais existentes no País, que vão desde diferenças de porte, geralmente definidas pelo número de leitos, até diferenças entre hospitais gerais e especializados. Isso implica na indicação de uma sistemática de remuneração que contemple as necessidades dos diferentes processos de prestação de serviços, nas diversas estruturas e perfis, além dos resultados de cada instituição.

Figura 2 – Equação de Valor Reconsiderada para Assistência à Saúde

$$\text{valor} = \frac{\text{qualidade}^1}{\text{pagamento}^2}$$

1. Uma composição de resultados dos pacientes, segurança e experiências.

2. O custo para todos os compradores de serviços de saúde.

Fonte: Value in Health Care. Current State and Future Directions. HFMA; June 2011, www.hfma.org/ValueProject.

» **Engajamento dos Médicos** – como principais agentes responsáveis pela definição dos serviços a serem prestados aos pacientes, os médicos (corpo clínico) devem necessariamente estar à frente da padronização das diretrizes clínicas adotadas nas novas sistemáticas de remuneração. Essas diretrizes devem ser elaboradas com base em evidências científicas e amplamente aceitas e praticadas pelos profissionais.

» **Ajuste de Risco** – as sistemáticas de remuneração devem suportar ajustes de risco que possibilitem um nível de remuneração adequado à complexidade dos diferentes perfis de caso dos pacientes, ou seja, os custos atrelados a um procedimento realizado em um paciente hígido são diferentes dos custos relacionados a um procedimento realizado em um paciente com diversas comorbidades.

» **Livre Concorrência** – as sistemáticas de remuneração não devem, em hipótese alguma, gerar impedimentos à livre concorrência dos hospitais na prestação de serviços. Devem suportar a diferenciação dos serviços através dos atributos de qualidade de cada instituição, tais como: estrutura e eficiência da atenção à saúde avaliada por seus processos e resultados e satisfação dos pacientes. Da mesma forma, os hospitais poderão praticar preços diferenciados com as operadoras. Essas novas sistemáticas também não se propõem a definir valores ou mesmo criar tabelas de preços para os serviços hospitalares.

» **Remuneração por Desempenho** – as novas sistemáticas devem possibilitar a valorização dos prestadores de serviços que possuem melhor desempenho. Aqueles que investem em capacitação técnica de suas equipes, modernização da estrutura, certificação e acreditação, ou seja, que buscam esforços superiores, devem ser reconhecidos e remunerados de acordo com seus resultados.

» **Contratualização** – as mudanças necessárias à migração para as novas sistemáticas de remuneração dos hospitais devem estar espelhadas e formalizadas através do contrato, em conformidade com a Resolução Normativa nº 42 da ANS. É fundamental adotar regras claras, visando a minimizar os conflitos e custos de migração, para operacionalizar as novas regras de negócios. O estabelecimento de contratos com tais características permitirá o desenvolvimento de um ambiente de confiança e comprometimento nas relações entre as operadoras e os hospitais.

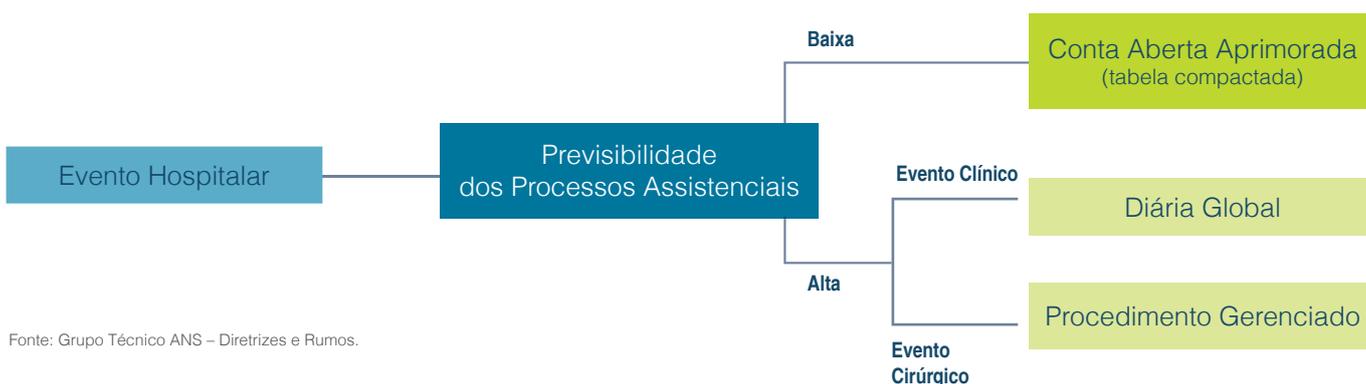
» **Padronização** – os serviços prestados pelos hospitais devem ter um padrão básico de composição. Tal padrão, quando elaborado, deverá ser constituído sobre as diretrizes clínicas geradas pelas sociedades de especialidades médicas e de acordo com as boas práticas de gestão.

A Figura 3 mostra a estrutura analítica para a implementação das novas sistemáticas da remuneração hospitalar (Diretrizes e Rumos, Grupo Técnico ANS). Busca-se alinhamento com a lógica exposta na Figura 1 e define a forma apropriada para a remuneração do serviço a partir do grau de previsibilidade do processo assistencial, ou seja, a característica do processo assistencial define a modalidade pela qual este deve ser remunerado, o que apresenta-se como um avanço significativo do modelo de remuneração.

Nos processos de baixa previsibilidade ou alta variabilidade de desfecho e com dificuldades de padronização de serviços e insumos, mantém-se a cobrança na forma de “conta aberta”. No novo modelo, como proposto pelo Grupo Técnico na chamada Rodada de São Paulo, adota-se composição de tabela para diárias e taxas com menor número de itens, em relação à maioria das tabelas hoje utilizadas. Por ter havido um agrupamento de itens, antes cobrados separadamente, foi denominada de “tabela compactada”. Importante ressaltar que uma das premissas da mudança é a preservação do equilíbrio econômico-financeiro das relações vigentes, e que materiais, medicamentos e gases medicinais (insumos) deverão continuar sendo cobrados separadamente nas “contas abertas”, salvo acordos específicos de interesse das partes envolvidas. A “compactação” não é forma de redução de despesas para as operadoras de planos de saúde e de redução de receitas para os prestadores, assim como não é mecanismo de aumento de receitas para prestadores e de aumento de despesas para operadoras. Objetiva-se com essa “simplificação” da cobrança das contas abertas uma redução no custo de transações entre operadoras e prestadores de serviço, por exemplo, pela maior facilidade na emissão dessas cobranças e redução dos recursos necessários para os processos de auditoria.

Nos processos assistenciais de alta previsibilidade ou baixa variabilidade, ou seja, nos quais é possível maior grau de padronização de utilização de insumos e serviços, recomenda-

Figura 3 – Estrutura Analítica das Novas Sistemáticas de Remuneração Hospitalar



Fonte: Grupo Técnico ANS – Diretrizes e Rumos.

se a adoção de modalidades de preço fixo, nas formas de diárias globais e procedimentos gerenciados.

A sistemática de remuneração para Procedimentos Gerenciados tem sido objeto da terceira rodada do Grupo Técnico ANS. Segundo ela, há uma diferença fundamental entre o conceito de “pacote” (modelo antigo) e o de “procedimento gerenciado” (modelo novo).

O “pacote” segue, predominantemente, método de precificação dos serviços através de análise retrospectiva dos valores financeiros médios das contas, sem necessariamente ter qualquer relação com uma base técnica que fundamenta o procedimento cirúrgico.

O “procedimento gerenciado”, por outro lado, tem sua base de precificação a partir de protocolos/gabaritos técnicos e diretrizes clínicas, construídos em conjunto com o corpo clínico do hospital, ou seja, primeiro a instituição hospitalar define as ações assistenciais e administrativas para a realização de todo o processo do tratamento cirúrgico e, a partir dessa fundamentação técnica, apuram-se os custos relacionados, calculam-se os preços e buscam-se acordos contratuais com as operadoras de planos de saúde.

É evidente que as mudanças em curso indicam um maior compartilhamento de risco entre operadoras de planos de saúde e prestadores hospitalares, com maior grau de risco para o prestador. É também evidente que, considerando o Brasil como um todo, existe uma assimetria significativa de poder de negociação entre prestadores e operadoras, com maior poder para as operadoras. Nesse cenário, algumas premissas são fundamentais para que mudanças não causem um desequilíbrio com risco de inviabilidade do sistema.

São elas:

- Contratualização de todos os acordos, observando na sua integralidade os itens contratuais previstos nas normativas da ANS;
- Definição de critérios para aplicação de reajuste dos serviços contratados;
- Implantação dos novos modelos com metodologia de “projeto-piloto”, que nos permita medir e avaliar os impactos e promover eventuais ajustes e correções de rumo.

É um cenário de desafios para a gestão hospitalar em uma escala mais abrangente, envolvendo estruturação e gestão de corpo clínico, evidências de resultados assistenciais e aprimoramento dos controles operacionais e da gestão econômico-financeira. E, para fazer frente a esses desafios, é necessário ter capacidade de investimento em sistemas de informações assistenciais e econômico-financeiros.

O aprimoramento da gestão do corpo clínico parece ser o maior desafio, pois passa por um alinhamento de interesses entre corpo clínico e hospital, além da organização de programas de relacionamento com o corpo clínico, de forma a estruturá-lo em

Como os hospitais que atuam na saúde suplementar brasileira devem se preparar para este cenário

Alguns pontos a serem observados para planejamento e ações:

Competência em gestão, com foco na gestão assistencial (equipe multiprofissional);

Utilização de ferramentas tecnológicas que integrem informações clínicas, de receitas e custos, gerando indicadores para a gestão;

Maior grau de compartilhamento de risco entre operadoras e prestadores;

Transferência de margens de materiais e medicamentos para itens de serviços (diárias e taxas);

Aquisições de materiais de “alto custo” (OPMEs) seguem processo e fluxo diferentes dos atuais, subordinados a padrões de utilização definidos técnico-comercialmente;

Incorporações de novas tecnologias passam por maior regulação, com base em critérios técnicos e evidências científicas;

Usuários do sistema buscam informações para exercerem o “poder da escolha”.



uma agenda sinérgica e comum de prestadores de serviços (hospitalares, de medicina diagnóstica e médicos).

Em um cenário de maior ascensão de riscos com incremento de casos na modalidade “preço fixo” (procedimentos gerenciados ou diárias globais), o médico, como principal definidor da quantidade de recursos e dos insumos utilizados no processo assistencial, precisa estar alinhado e se sentindo partícipe do processo. Experiências bem-sucedidas de engajamento da equipe assistencial no uso mais racional de recursos, relatados na literatura internacional, indicam que o ponto de convergência é o foco na qualidade assistencial com ganhos de efetividade clínica. Essas experiências mostraram que é mais difícil conseguir alinhamento com o corpo clínico, se o objetivo for apenas controle para redução de despesas.

No Brasil, há um desafio adicional a vencer: a defasagem dos honorários médicos praticados pela maioria das operadoras de planos de saúde. É necessário que ocorra também a reforma do modelo de remuneração dos prestadores médicos. Sem esta ação concomitante, é razoável especular que haja risco para os ganhos esperados com a reforma do modelo hospitalar.

Outro desafio de monta é o de informações para a gestão. O sistema de informações assistenciais deve ser capaz de gerar indicadores de desempenho assistencial geral, por procedimento, por equipe médica e por unidade assistencial, mas não basta ter um bom software, o desafio vai além. É preciso estruturar equipes multiprofissionais voltadas para análises epidemiológicas, para conhecimento do “mix” de procedimentos, para classificação em níveis de risco e elegibilidade para procedimentos gerenciados, para avaliação de desempenho das equipes assistenciais, entre outras tarefas relevantes. Com a adequada interação entre software de gestão e inteligência assistencial (recursos humanos especializados), o hospital passa a ter a informação necessária para avaliar seus resultados e subsidiar negociações/discussões com operadoras. É a convergência das informações assistenciais com as de custo, que possibilitará a adequada formatação

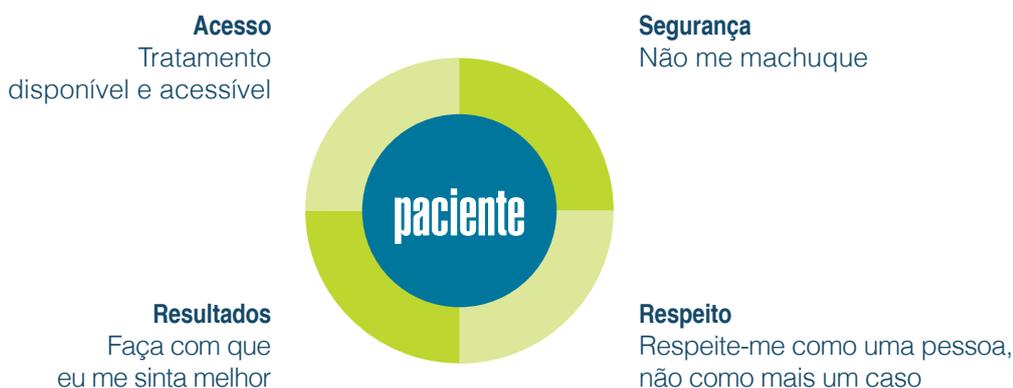
de preços dos serviços prestados nas suas variadas formas (conta aberta, diárias globais e procedimentos gerenciados).

O sistema de informações econômico-financeiras deve fornecer a apuração dos custos e resultados por área operacional (unidade de negócio), procedimento/especialidade e contrato por operadora de plano de saúde, assim como de monitoramento dos resultados das negociações, principalmente para as modalidades de preços fixos. Sem informações de resultado (lucratividade), em nível de detalhe adequado, o processo de migração de margens de materiais e medicamentos para diárias e taxas terá maior risco. Deve ser atributo do sistema fornecer as informações necessárias para o domínio da dimensão econômico-financeira do hospital, identificando onde são gerados os ganhos e as perdas operacionais. Essas informações, juntamente com o protocolo/gabarito técnico-médico, norteiam a formatação dos preços em geral e dos procedimentos gerenciados e diárias globais em particular.

Em um modelo com maior predominância de remuneração por preço fixo é importante ressaltar que os insumos (materiais, medicamentos e gases medicinais) deixam de ser “receita” e passam a ser “custo”. Isso impõe maiores desafios não só à gestão do corpo clínico como também à gestão de suprimentos/compras, além do processo de negociação com fornecedores. A adoção de protocolos/gabaritos técnicos, como base para modalidade “preço fixo”, define a necessidade de maior integração entre os processos de aquisição de insumos e técnicos, com maior grau de padronização.

Na mudança de modelo de remuneração é de fundamental importância haver clareza do que significa qualidade para os usuários do sistema. A Figura 4 demonstra que, colocando o paciente no lugar que deve ocupar – o centro, a primeira dimensão da qualidade é o acesso. Uma vez que haja acesso ao sistema, três outras dimensões são fundamentais: segurança, resultados assistenciais e respeito ao indivíduo. Os resultados que se busca com a mudança do modelo de remuneração da saúde suplementar brasileira deve ter esse alinhamento de princípios.

Figura 4 – Preocupações do Paciente com a Qualidade



**INDISPENSÁVEL
É GERENCIAR A
ESTRATÉGIA E
ACOMPANHAR
OS RESULTADOS.**

soulmv

SIMPLES E COMPLETO

www.soulmv.com.br



Sua instituição pode atuar com muito mais simplicidade e eficiência. O **SOUL MV**® integra um conjunto de soluções para a gestão estratégica corporativa, incluindo ferramentas de Balanced Scorecard (BSC) e Business Intelligence (BI). Simples de usar, auxilia na definição do planejamento corporativo, divulgação dos objetivos e estratégias, monitoramento de tendências e indicadores de desempenho, gerenciamento de projetos e planos de ações. É muito mais eficiência na gestão hospitalar.

Porque indispensável é sua instituição ter resultado.



www.mv.com.br



Hospitais ANAHP investem na qualificação de seus colaboradores como diferencial competitivo

Pesquisa aplicada demonstra que os hospitais associados proporcionam ações de treinamento e desenvolvimento.

Quanto mais qualificados forem os profissionais, mais assertivas serão as decisões, os processos e, conseqüentemente, os resultados das instituições.

Expandir o conhecimento nas organizações é uma das principais estratégias para aumentar a qualidade do atendimento nas instituições de saúde. Quanto mais qualificados forem os profissionais, mais assertivas serão as decisões, os processos e, conseqüentemente, os resultados das instituições. Essa conclusão pode ser observada no estudo realizado em 2011 entre os hospitais associados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), com o objetivo de identificar como as instituições hospitalares proporcionam educação corporativa para os funcionários, considerando o contexto organizacional complexo da categoria. A pesquisa elaborada a partir de um questionário online contou com a participação de 21 hospitais associados.

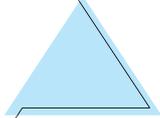
A velocidade das mudanças nos ambientes de negócios e as inovações tecnológicas, além da dificuldade das universidades tradicionais em se anteciparem a essas demandas do mercado, foram os principais argumentos para justificar a criação e ampliação das Universidades Corporativas, com o propósito de aumentar a competitividade das empresas em resultados mensuráveis, potencializar a gestão do conhecimento e o desenvolvimento do capital intelectual e diminuir o desperdício de dinheiro gasto em treinamentos que não estão focados no resultado do negócio e nas melhorias de processos.

A pesquisa demonstrou que todos os hospitais associados participantes do estudo proporcionam ações de treinamento e desenvolvimento, qualificando as instituições com o processo de aquisição ou atualização de conhecimentos, habilidades e mudanças de atitudes. A análise das práticas de educação corporativa, aplicadas às organizações hospitalares da ANAHP, foi realizada comparando os resultados obtidos com os princípios de educação corporativa, conforme descrito a seguir:

Quadro 1 – Sete Princípios de Sucesso da Educação Corporativa e Suas Práticas

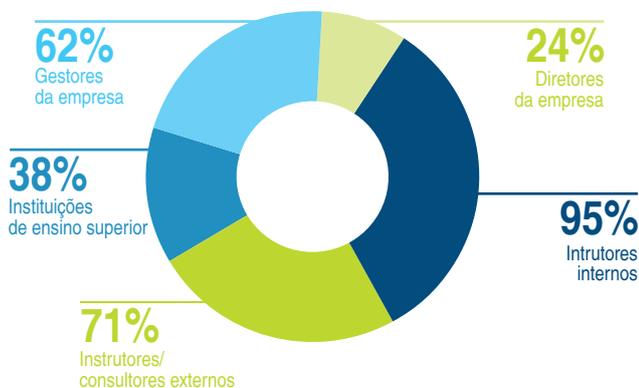
Princípio	Práticas
Competitividade: Elevar o patamar de competitividade empresarial por meio da implantação, desenvolvimento e consolidação das competências empresariais e humanas.	Obter o comprometimento e envolvimento da alta cúpula com o sistema de educação.
	Alinhar as estratégias, diretrizes e práticas de gestão de pessoas às estratégias do negócio.
	Implantar um modelo de gestão de pessoas por competências.
	Conceber ações e programas educacionais alinhados às estratégias do negócio.
Perpetuidade	Ser veículo de disseminação da cultura empresarial.
	Responsabilizar líderes e gestores pelo processo de aprendizagem.
Conectividade: Objetiva ampliar a rede de relacionamentos com os públicos internos e externos.	Adotar e implementar a educação “inclusiva”, contemplando os públicos internos e externos.
	Implantar modelo de gestão do conhecimento que estimule o compartilhamento de conhecimentos organizacionais e a troca de experiências.
	Integrar sistema de educação com o modelo de gestão do conhecimento.
Disponibilidade: Disponibilizar atividades e recursos para que os colaboradores realizem a aprendizagem a qualquer hora e em qualquer lugar.	Utilizar de forma intensiva a tecnologia aplicada à educação.
	Implantar projetos virtuais de educação (aprendizagem mediada por tecnologia).
	Implantar múltiplas formas e processos de aprendizagem que favoreçam a “aprendizagem a qualquer hora e em qualquer lugar”.
Cidadania: Estimular o exercício da cidadania individual e corporativa, formando atores sociais, pautados por postura ética e socialmente responsável.	Obter sinergia entre programas educacionais e projetos sociais.
	Comprometer-se com a cidadania empresarial, estimulando: - a formação de atores sociais dentro e fora da empresa; - a construção social do conhecimento organizacional.
Parceria: Estabelecer continuamente parcerias internas (com líderes e gestores) e externas (instituições de nível superior).	Parcerias internas: responsabilizar líderes e gestores pelo processo de aprendizagem de suas equipes, estimulando a participação nos programas educacionais e criando um ambiente de trabalho propício à aprendizagem.
	Parcerias externas: estabelecer parcerias estratégicas com instituições de ensino superior.
Sustentabilidade: Ser um centro gerador de resultados, bem como buscar autossustentabilidade por meio de fontes alternativas de recursos.	Tornar-se um centro de agregação de resultados para o negócio.
	Implantar sistema métrico para avaliar os resultados obtidos, considerando os objetivos do negócio.
	Criar mecanismos que favoreçam a autossustentabilidade financeira do sistema.





Para 95% dos hospitais participantes da pesquisa, os facilitadores são instrutores internos; em seguida são apontados os consultores externos com 71%; 62% registram os gestores da empresa; 38% apontam instituições de ensino; e apenas 24% contam com os diretores em seus programas de educação corporativa. Percebe-se uma oportunidade interessante de ampliar o processo de facilitação por meio das parcerias com instituições de ensino, com o objetivo de incentivar a pesquisa científica, bem como a maior participação dos gestores e diretores das organizações hospitalares, de modo a contribuir na consolidação, fortalecimento e disseminação da cultura empresarial.

Treinamentos são realizados por intermédio:

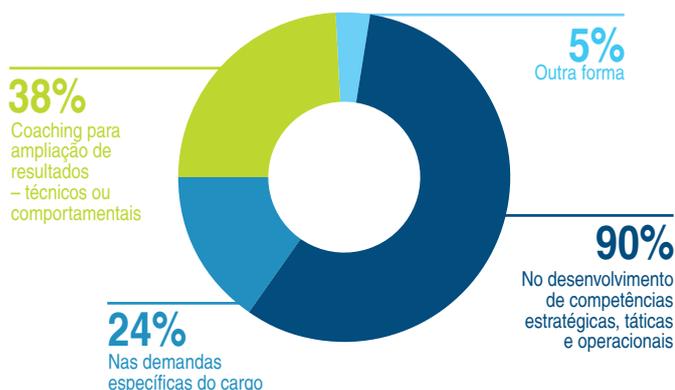


Fonte: Éboli (2004, p. 60).

Gráfico 1 – Composição da Equipe de Instrutoria / Facilitação dos Programas de Educação Corporativa

No que se refere ao desenvolvimento de lideranças, todos os participantes da pesquisa promovem ações de qualificação para esse público. Esse processo é uma constante fundamental, pois as empresas não têm qualidade e nem quantidade suficiente de líderes.

Os programas de desenvolvimento de liderança são focados:



Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 2 – Foco dos Programas de Desenvolvimento de Lideranças

A maior parte dos hospitais, ou seja, 90%, elabora seus programas de desenvolvimento de lideranças focando as competências estratégicas, táticas e operacionais; 38% proporcionam *coaching* para ampliação dos resultados técnicos e comportamentais e 24% consideram as demandas específicas do cargo. Importante destacar que apenas um hospital citou o programa de desenvolvimento de futuros líderes, além de oferecer todas as outras ações, configurando-se em uma instituição preocupada com a formação dos sucessores. Os resultados apresentados evidenciam que o conceito de competências essenciais está mais aplicado aos programas gerenciais do que aos demais grupos funcionais.

Programas de treinamento e desenvolvimento possuem orçamento:

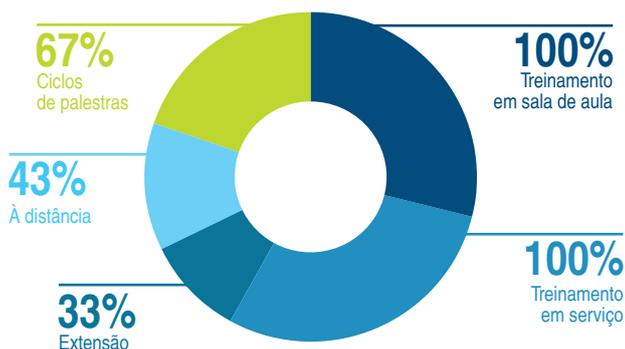


Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 3 – Sustentabilidade Financeira da Área de Treinamento & Desenvolvimento

O orçamento da área de treinamento e desenvolvimento configura-se, em grande parte, com o subsídio da empresa, representando 67% dos hospitais; 24% atuam de forma compartilhada, ou seja, com orçamento próprio e subsidiado. Apenas dois hospitais, que representam 10% dos entrevistados, fazem gerenciamento dos seus programas com recursos próprios, o que demonstra viabilidade e possibilidade de ampliação da área como unidade de negócio.

Cursos que compõem o programa de treinamento e desenvolvimento para o público interno:

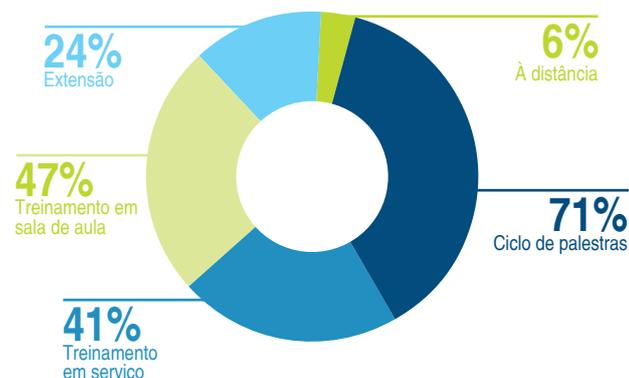


Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 4 – Cursos Oferecidos ao Público Interno

Os treinamentos em sala de aula e em serviço respondem pelas principais ofertas de qualificação ao público interno, representando ações realizadas por todos os hospitais. Logo a seguir, são citadas as palestras, por 67% dos respondentes; os cursos à distância, por 43% dos participantes e de extensão por 33%. A partir da pirâmide de aprendizagem apresentada por Meister (1999) e cedida pelo NTL *Institute for Applied Behavioral Sciences*, verifica-se que os programas oferecidos pelos hospitais favorecem a aprendizagem e retenção dos conteúdos entre 75% a 80%, evidenciadas com os treinamentos em sala de aula e serviço.

Cursos que compõem o programa de treinamento e desenvolvimento para o público externo:

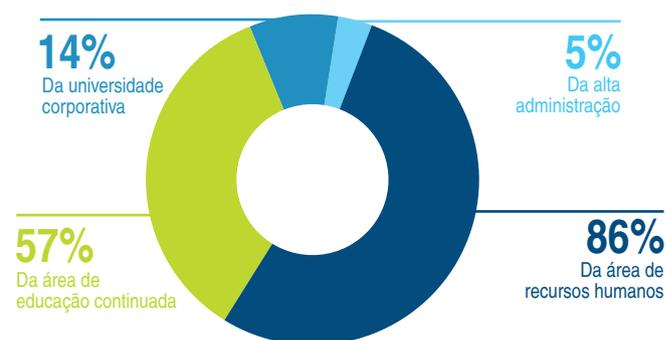


Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 5 – Cursos Oferecidos ao Público Externo

A maior oferta à comunidade encontra-se em ciclos de palestras, adotados por 71% dos hospitais, seguidos de oportunidades de treinamento em sala de aula com 47% dos respondentes, e 41% de treinamento em serviço. Apenas 24% dos hospitais oferecem cursos de extensão ao público externo, e 6% oferecem treinamento à distância. Esses resultados confirmam respostas anteriores, que evidenciam que as ações de treinamento e desenvolvimento possuem foco nos funcionários e terceirizados, e não em toda a cadeia produtiva. As palestras podem ser utilizadas como meio de divulgação dos procedimentos e tecnologias avançadas na área médica, como forma de promover a imagem das instituições.

Os programas de treinamento e desenvolvimento são de responsabilidade:



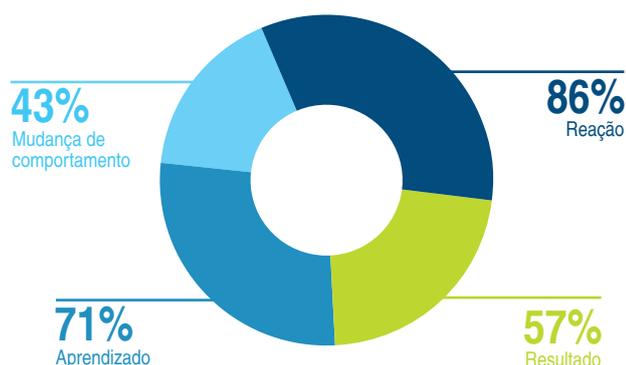
Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 6 – Responsabilidade pelos Programas de Treinamento & Desenvolvimento

A área de recursos humanos (RH) ainda é a mais citada como responsável pelos programas de treinamento e desenvolvimento. De acordo com alguns autores, quando a área de educação corporativa responde ao RH, significa que há uma maior exigência e busca da área pelo comprometimento dos executivos, bem como pelo apoio interdepartamental e solicitação por receita orçamentária. Somente um hospital posicionou-se de forma *top-down*, o que gera, segundo alguns autores, maior impacto sobre a organização.



Tipos de avaliações de retenção de aprendizados aplicados pela área de treinamento e desenvolvimento:

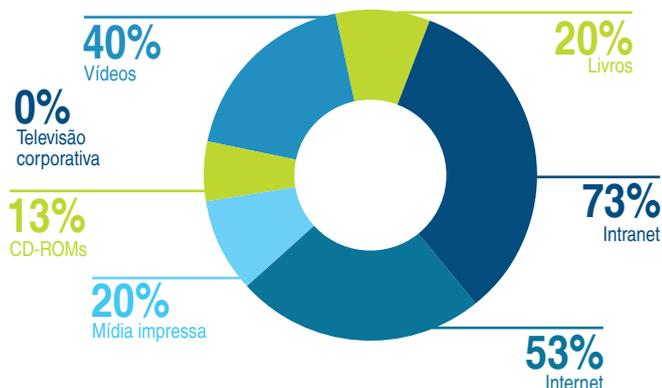


Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 7 – Tipos de Avaliação de Retenção de Aprendizado

No que diz respeito às avaliações praticadas pelos hospitais, 86% deles consideram a satisfação do treinando com o treinamento por meio da avaliação de reação; a avaliação de aprendizado foi citada por 71% dos hospitais; a avaliação segundo o resultado aparece em 57% dos entrevistados e 43% utilizam a avaliação de mudança de comportamento. Esses resultados confirmam que a avaliação de reação é a mais fácil e simples, porém, seu foco está na promoção da melhoria do treinamento e não no aprendizado do treinando.

Tecnologia utilizada para a realização dos cursos à distância:

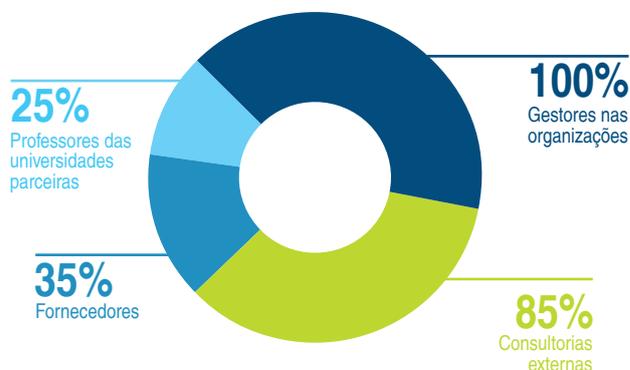


Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 8 – Tecnologia Disponibilizada para os Cursos à Distância

A *Intranet* é apontada por 73% dos respondentes como tecnologia utilizada para a realização dos cursos à distância. Os hospitais que afirmam ter práticas de gestão de conhecimento representam 58% dos participantes da pesquisa e citam os processos de socialização, externalização, combinação e internalização por meio das seguintes ferramentas: programas de desenvolvimento gerencial e ações de capacitação, reuniões científicas e de disseminação de conteúdos após participação em congressos, uso do portal para registro de documentos, rotinas, descrições de cargos, treinamentos de EAD e biblioteca. A maioria dos hospitais pesquisados (67%) considerou ações de promoção de projetos sociais por meio de treinamento para profissionais com deficiência, cursos de governança para públicos carentes ou capacitações da comunidade e alguns programas como inclusão de deficientes na instituição, jovem aprendiz, consulta da enfermagem em asilo, entre outros, desvinculados de qualificação profissional.

Parceiros que apoiam a execução dos programas de treinamento e desenvolvimento:

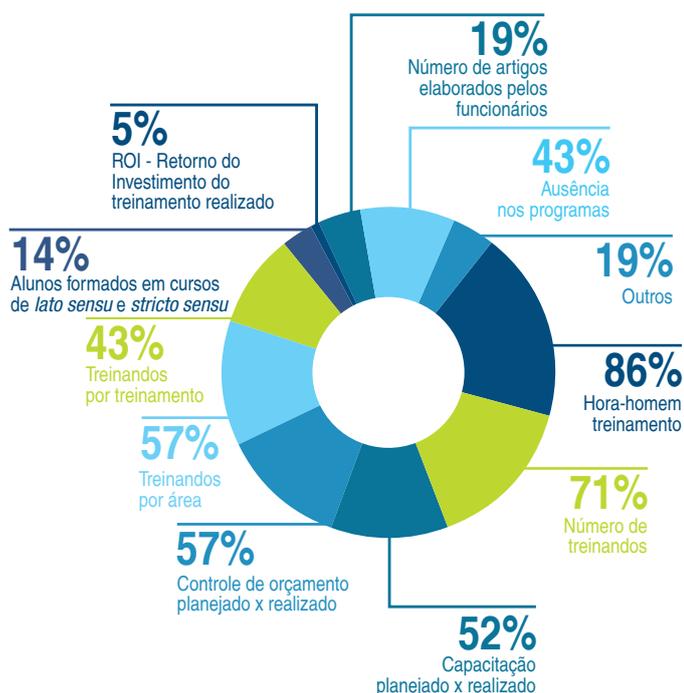


Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 9 – Parceiros que Apoiam a Execução dos Programas de Treinamento

Os gestores são citados por 100% dos hospitais como apoiadores da execução dos programas de treinamento e desenvolvimento. Outro dado significativo é a participação das consultorias externas citadas por 85% dos entrevistados, e a participação de outros fornecedores mencionada por 35% dos participantes. A presença de professores de universidades é apontada por 25% das empresas. Um número significativo de participantes da pesquisa (86%) utiliza o modelo de gestão por competências em seus processos de recursos humanos. Instrução de treinamentos é o principal papel dos gestores no processo de aprendizagem dos hospitais. Observa-se também que há uma expansão com ações de coaching em 33% dos respondentes, de *mentoring* em 19% e de tutoria em 24%.

Indicadores utilizados para avaliação da eficiência e eficácia da área responsável pelas ações de treinamento e desenvolvimento:

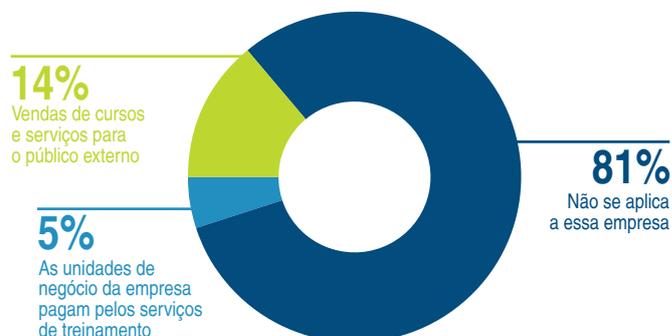


Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 10 – Indicadores Utilizados para a Avaliação da Eficiência e Eficácia da Área Responsável pelas Ações de Treinamento e Desenvolvimento.

Foi apontado por 86% dos hospitais o indicador hora-homem/treinamento como o mais utilizado; em seguida, o número de treinandos por 71% dos entrevistados; 52% citaram o percentual de capacitação planejado x realizado; 57% apontaram o controle de orçamento planejado x realizado; 57% indicaram controle de treinandos por área; 43% dos hospitais apontaram os indicadores de percentual de treinando por treinamento e percentual de ausência por programas. Em 19% dos hospitais são medidos os números de artigos elaborados por funcionários; citados no item *Outros*, aparecem 19% dos respondentes, considerando: taxa de aquisição de conhecimento, resultado assistencial pré e pós-treinamento (ex: taxa de infecção hospitalar), investimento treinamento/receita, investimento/folha de pagamento, horas treinamento/horas trabalhadas, avaliação de desempenho e metodologia de competências.

Práticas que geram receitas para a área responsável pelas ações de treinamento e desenvolvimento:



Fonte: Questionário aplicado entre os hospitais associados à ANAHP.

Gráfico 11 – Práticas que Geram Receitas para a Área de Treinamento e Desenvolvimento.

Este resultado aponta que os hospitais estão focados no desenvolvimento interno, não utilizando suas ações de treinamento como fonte geradora de receita.

Outras conclusões:

- » Todos os hospitais informaram possuir estrutura física para a execução dos treinamentos, o que demonstra a importância dada ao investimento na qualificação de seus funcionários;
- » A cultura é disseminada por 95% dos entrevistados, e a prática citada, em sua maioria, concentra-se nos programas de integração aos novos funcionários;
- » Os treinamentos das lideranças possuem como foco o desenvolvimento das competências estratégicas, táticas e operacionais;
- » O interesse em implantar universidade corporativa foi apontado por 60% dos pesquisados;
- » Os hospitais asseguram seus modelos de educação corporativa seguindo os princípios de competitividade, perpetuidade, cidadania e parceria interna;
- » Existe ainda a oportunidade dos hospitais investirem nos princípios de conectividade, parceria externa, disponibilidade e sustentabilidade.

O papel da aprendizagem organizacional é de ajudar as organizações a superarem limites e se tornarem melhores na criação, aquisição, interpretação, transferência e retenção de conhecimento, considerando também a modificação deliberada de seu comportamento para refletir novos conhecimentos e *insights*. Foi com esse intuito que a pesquisa demonstrou os princípios que sustentam os modelos de educação corporativa nas organizações hospitalares da ANAHP, bem como oportunidades para uma atuação mais estratégica e impulsionadora da competitividade no segmento.

Com a pesquisa, foi possível constatar que o segmento hospitalar está em processo de constante evolução e que a implantação dos modelos de educação corporativa é uma evidência desse propósito.





Mercado de saúde suplementar acompanha crescimento econômico do País

Economia brasileira deverá acelerar o ritmo de crescimento durante o ano, contribuindo para um incremento maior do setor em 2012.

Entre 2009 e 2011 o crescimento do setor de serviços representou em média 53% do total de empregos do mercado.

Grande parte da desaceleração da economia brasileira em 2011 decorreu basicamente em função das medidas macroprudenciais (ciclo de alta da taxa de juro e contenção do crédito para aliviar as pressões inflacionárias) adotadas pelo governo federal em 2010. Após a expansão de 9% na taxa acumulada do Produto Interno Bruto (PIB) no segundo trimestre de 2010 em comparação ao mesmo período do ano anterior, a variação do PIB no Brasil apresentou retrações consecutivas até o quarto trimestre de 2011, encerrando o ano com um crescimento de 2,7 %, ante 7,5 em 2010.

Na ocasião, segundo avaliação do Banco Central do Brasil, a trajetória dos índices de preços evidenciava pressões inflacionárias em economias relevantes, inclusive no Brasil, persistindo a incerteza sobre o comportamento dos preços de ativos financeiros e principalmente das *commodities*.

Neste contexto, as políticas macroeconômicas foram guiadas para estancar o crescimento da inflação e da demanda por crédito, utilizando a taxa básica de juros (SELIC) como principal instrumento. Em abril de 2010 iniciou-se a série de

aumentos na taxa básica de juros, mantidos até agosto de 2011, juntamente com a deterioração do cenário econômico internacional e uma política fiscal centrada no superávit primário de 3,3% do PIB, entre outros fatores, os quais culminaram na retração da atividade econômica brasileira.

Em 2012, para evitar o prolongamento desta desaceleração, o Banco Central do Brasil passou a atuar na reversão destas medidas em face ao cenário das incertezas da economia financeira internacional. A economia brasileira deverá acelerar o ritmo de crescimento durante o ano, mantendo a taxa de inflação na trajetória de convergência para a meta. A previsão de crescimento da economia varia entre 3% e 3,5%, com previsão de uma taxa de investimento acima de 20% do PIB em 2012. O governo vai atuar para atingir uma taxa de crescimento equivalente ao resultado dos últimos anos da gestão anterior, acima de 4% em média.

No decorrer dos últimos anos o mercado de trabalho tem demonstrado continuamente bons resultados no Brasil. Entre 2003 e 2011 foram gerados mais de 17 milhões de empregos formais, representando um incremento médio anual de 1,9 milhão de empregos (Gráfico 1). O setor de serviços concentra a maior quantidade de empregos criados no período em números absolutos e representa em média 53% do total dos empregos do mercado de trabalho no Brasil entre 2009 e 2011. Este resultado tem impulsionado o crescimento do setor de saúde suplementar no País. No mesmo período, o número de beneficiários dos planos de saúde no Brasil aumentou 48%, cerca de 15 milhões de novos beneficiários.

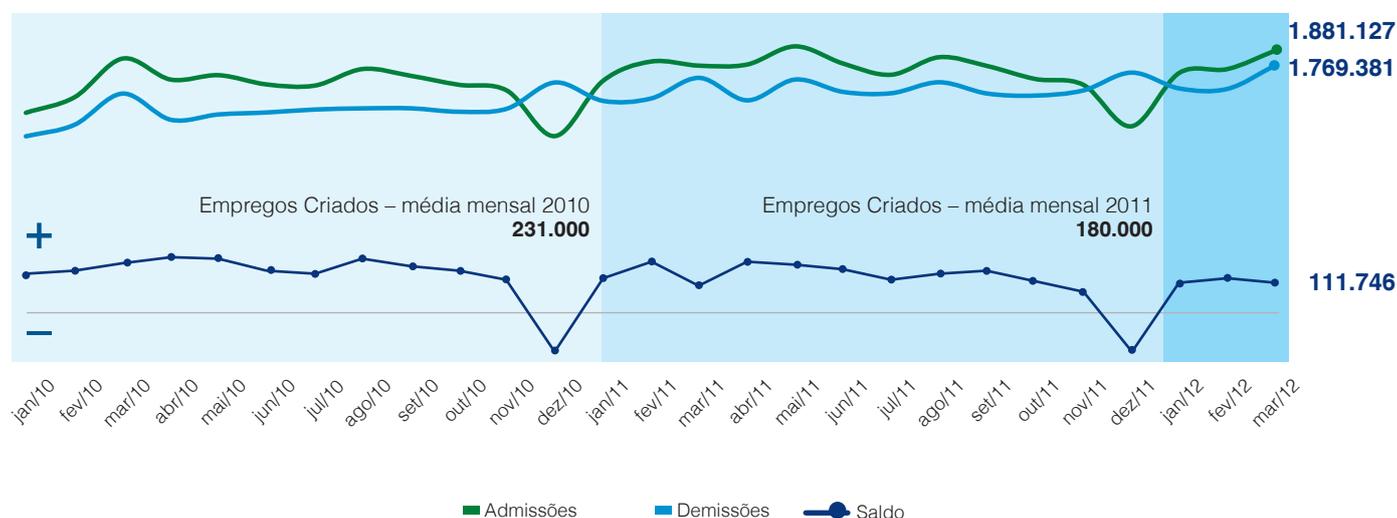
O único aspecto negativo, neste contexto, diz respeito à expressiva informalidade no mercado de trabalho brasileiro,

que mesmo com a redução observada nos últimos anos ainda apresenta uma participação significativa em diversas regiões do Brasil. As causas para este fenômeno são complexas e envolvem uma série de fatores sociais, políticos e econômicos e, mais especificamente, estão associadas à cobrança elevada de encargos fiscais crescentes nos diversos níveis de governo. O resultado deste fato é que, além dos rendimentos serem menores, o acesso desta parcela da população ao mercado de saúde suplementar é comprometido.

As operações de fusões e aquisições que aconteceram em ritmo acelerado nos últimos dois anos entre operadoras de planos de saúde, redes hospitalares, de farmácias e laboratórios devem ocorrer em ritmo moderado em 2012 diante da instabilidade financeira internacional. Com a internacionalização da economia ocorrida nas últimas décadas, o desenvolvimento de estratégias empresariais neste sentido são essenciais para obter vantagem competitiva, intensificando a concentração de mercado em diversos setores da economia.

Os principais bancos centrais do mundo têm elevado a liquidez financeira global, implicando em importantes desafios para as economias emergentes. Através dos fluxos de capitais, um dos mecanismos de transmissão da economia internacional, os preços das *commodities* e ativos financeiros elevam os riscos de estabilidade do sistema financeiro, tornando a utilização de medidas prudenciais um instrumento eficaz na tentativa de amenizar estes efeitos na gestão de curto prazo das políticas monetárias. Apesar dos indicadores apresentarem melhora recente em diversos países, a perspectiva de desaceleração do crescimento econômico em 2012 e crescimento baixo nos próximos anos é mantida.

Gráfico 1 – Comportamento do Mercado de Trabalho



Fonte: Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) – Elaboração – ANAHP.

Beneficiários

O número de beneficiários de planos de assistência médica suplementar somou 47,6 milhões em dezembro de 2011, equivalente a pouco mais de 25% da população do País (Gráfico 2 – Tabela 1). Em relação a dezembro de 2010, o aumento foi de 4,2%. No mesmo período, foram criados quase 2 milhões de empregos formais, fato que sugere uma relevante associação entre o desempenho econômico e o desenvolvimento das atividades do setor de saúde suplementar no Brasil. Nos últimos 10 anos, este setor apresentou crescimento médio de 4% ao ano na quantidade de beneficiários e acompanhou a variação anual do PIB (Produto Interno Bruto) que foi de 3,6%, em média. Os planos exclusivamente odontológicos tiveram variação de 14,8% e somam 16,8 milhões de beneficiários no mesmo período, cerca de 8% da população brasileira.

A distribuição de beneficiários entre as modalidades de operadoras que atuam no setor concentram mais de 70% dos usuários em Medicina de Grupo e Cooperativas Médicas. Entre as regiões da Federação, o Sudeste detém mais de 64% do total de beneficiários, seguido pelas regiões Sul, 13,8%; Nordeste, 12,8%; Centro-Oeste, 5,1% e Norte, 3,6%. Outro aspecto importante diz respeito à quantidade de beneficiários por região e modalidade. As regiões Sul e Norte concentram atualmente mais de 50% dos beneficiários na modalidade Cooperativa Médica, e na região Centro-Oeste este percentual é de 47%. Nas regiões Sudeste e Nordeste, cerca de 40% dos beneficiários possui planos privados de assistência médica na modalidade Medicina de Grupo. Este fato evidencia a estratégia de crescimento das operadoras que buscam o fortalecimento do mercado regional para expandir suas atividades (Tabela 2).

Beneficiário dos Planos Privados (por tipo de contratação – milhões de beneficiários)

Gráfico 2

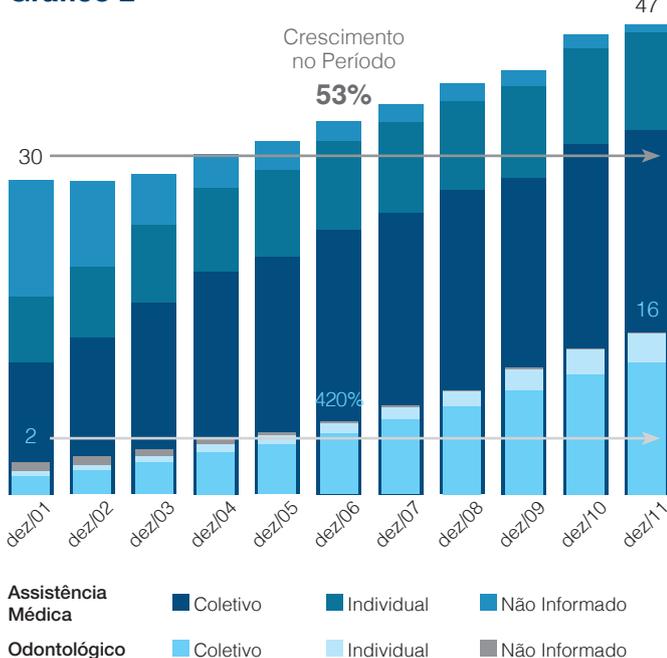


Tabela 1

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
dez/01	31.132.361	3.234.364
dez/02	31.105.254	3.788.701
dez/03	31.771.197	4.447.374
dez/04	33.673.600	5.456.603
dez/05	35.010.992	6.133.143
dez/06	36.990.397	7.269.601
dez/07	38.776.559	8.868.752
dez/08	40.769.647	10.391.758
dez/09	42.126.562	12.667.111
dez/10	45.688.689	14.642.659
dez/11	47.611.636	16.805.450

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Tabela 2

Modalidade	Beneficiários	%	N	NE	SE	S	CO
Medicina de Grupo	17.835.317	37,5%	19,7%	41,5%	42,4%	22,3%	20,7%
Cooperativa Médica	17.102.411	35,9%	52,2%	30,8%	31,1%	55,2%	46,6%
Seguradora Especializada em Saúde	5.832.023	12,2%	11,9%	12,2%	13,9%	5,9%	8,9%
Autogestão	5.329.172	11,2%	13,3%	15,0%	9,0%	12,5%	23,2%
Filantropia	1.512.713	3,2%	2,9%	0,4%	3,8%	4,1%	0,6%
TOTAL	47.611.636	100%					

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Receitas

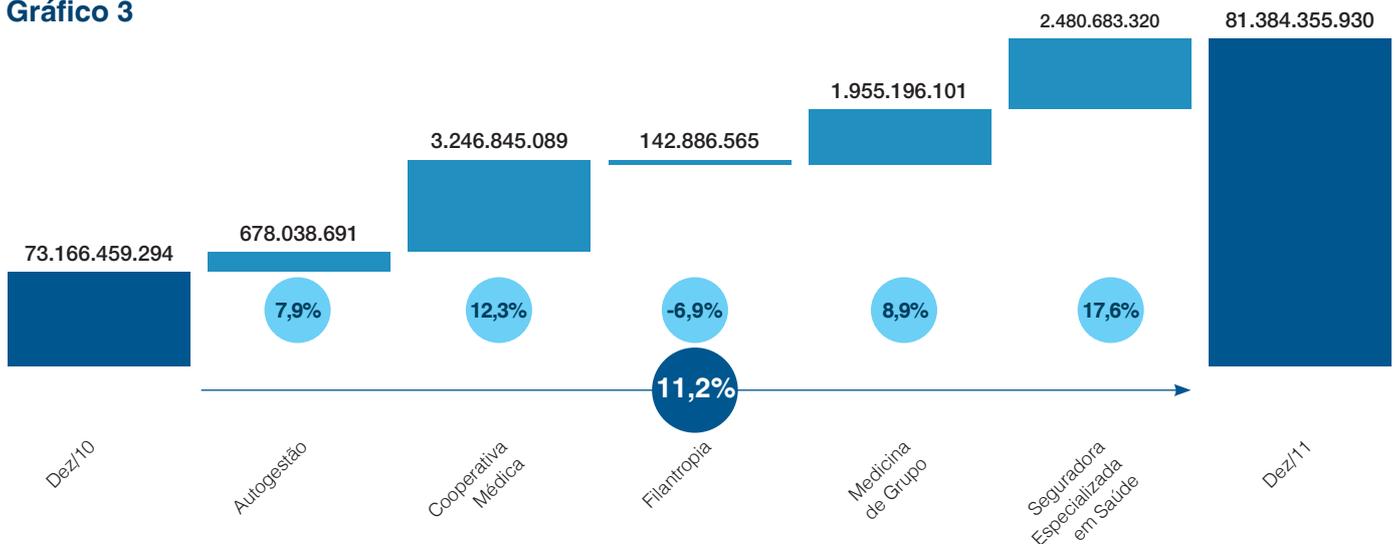
Em 2011 as receitas de contraprestações das operadoras de planos privados de saúde tiveram crescimento de 11,2%, em comparação com o ano anterior, passando de R\$ 73 bilhões para R\$ 81 bilhões (Gráfico 3). Na análise desse crescimento é preciso considerar que, no mesmo período, a inflação medida pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), foi de 6,50%, o que sinaliza um crescimento real de 4,7% aproximadamente. Em

termos nominais, a maior variação ocorreu na modalidade Cooperativa Médica, com R\$ 3,2 bilhões na comparação entre dezembro de 2011 e dezembro 2010.

Quanto à participação nas receitas entre as modalidades existentes, em 2010, observa-se um percentual significativo em Cooperativa Médica, com 36,6%, e Medicina de Grupo, com 29,3%, seguidas pelas demais: Seguradora Especializada em Saúde, 20,4%; Autogestão, 11,4% e Filantropia, 2,4%. (Gráfico 4 – Tabela 3).

Receita de Contraprestações (por modalidade – 2010/2011)

Gráfico 3



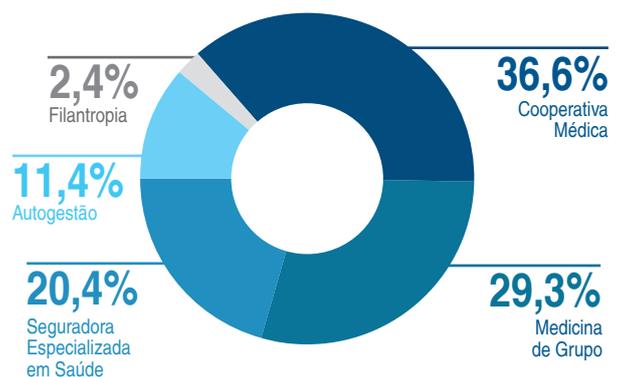
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Tabela 3

Modalidade	Receita	%
Cooperativa Médica	29.749.652.434	36,6%
Medicina de Grupo	23.885.476.164	29,3%
Seguradora Especializada em Saúde	16.576.642.850	20,4%
Autogestão	9.245.114.617	11,4%
Filantropia	1.927.449.865	2,4%
TOTAL	81.384.335.930	100%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Gráfico 4



Despesas

Em 2011, as despesas assistenciais apresentaram aumento de 13,3% em relação a 2010. Entre as modalidades, Medicina de Grupo registrou a menor variação, um aumento de 9,5%, as demais modalidades registraram aumento médio de 13,4% (Gráfico 6). Nos últimos anos, particularmente a partir de 2007, é observada em todas as modalidades uma tendência de redução na variação percentual anual das despesas assistenciais.

Em relação à participação nas despesas administrativas e operacionais entre as modalidades existentes, observa-se uma distribuição percentual semelhante à registrada nas receitas de contraprestações. As Cooperativas Médicas representam 36,3%; Medicina de Grupo, 28,3%; Seguradora Especializada em Saúde, 20,5%; Autogestão 12,6% e Filantropia 2,3% (Tabela 4 – Gráfico 5).

Analisando as despesas por tipo e de acordo com a modalidade da operadora, a proporção é semelhante em Cooperativa Médica, Autogestão e Medicina de Grupo. Nestas modalidades, as despesas administrativas representam em média 15% e as despesas assistenciais 85%.

O mesmo fato não ocorre nas demais modalidades, principalmente em Seguradora Especializada em Saúde, com apenas 8% de participação nas despesas administrativas (Gráfico 7).

Entre as despesas assistenciais por item de despesa, os maiores gastos são observados em internações, que representam aproximadamente 40,0% do total; os exames equivalem a 21,6% e as consultas, 19,0% (Gráfico 8).

Despesa Assistencial (por modalidade – 2011)

Tabela 4

Modalidade	Despesa	%
Cooperativa Médica	24.368.042.883	36,3%
Medicina de Grupo	18.953.844.000	28,3%
Seguradora Especializada em Saúde	13.765.629.214	20,5%
Autogestão	8.442.709.133	12,6%
Filantropia	1.561.565.296	2,3%
TOTAL	67.091.790.526	100%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Gráfico 5

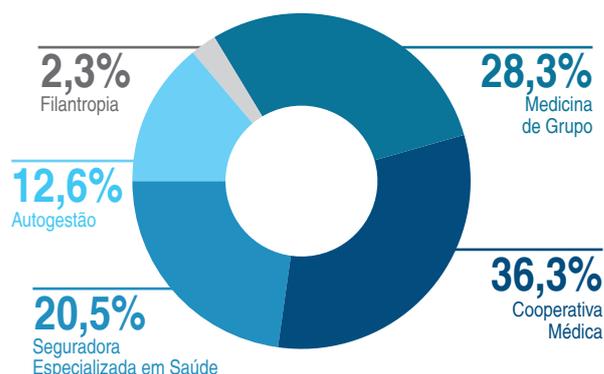
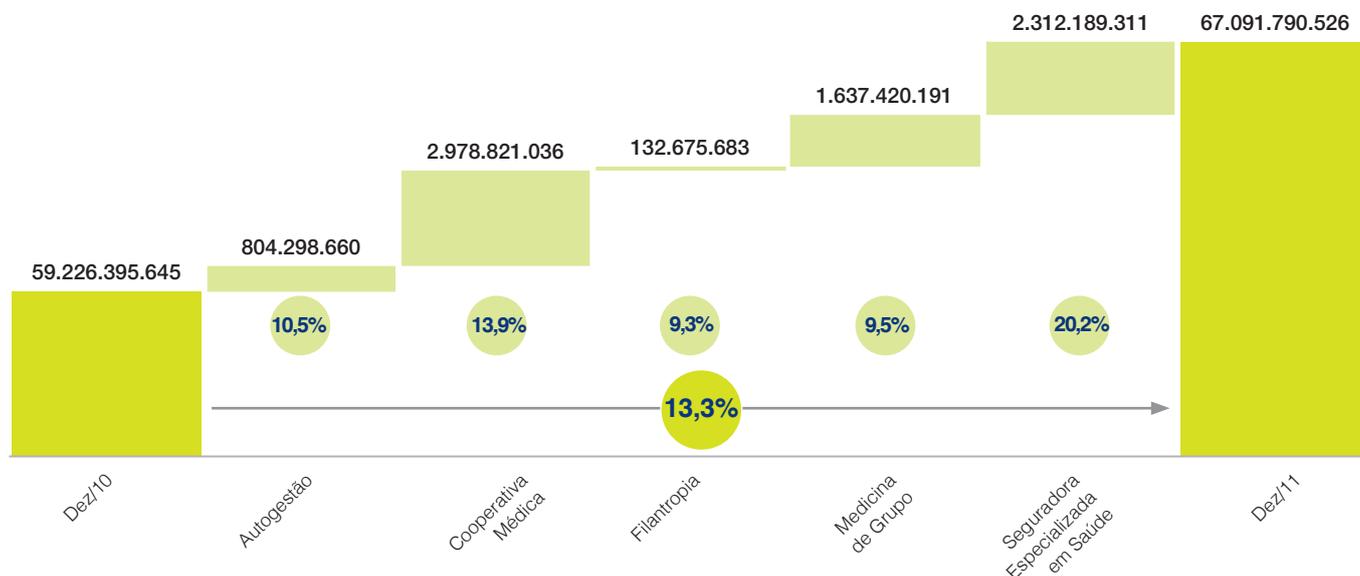
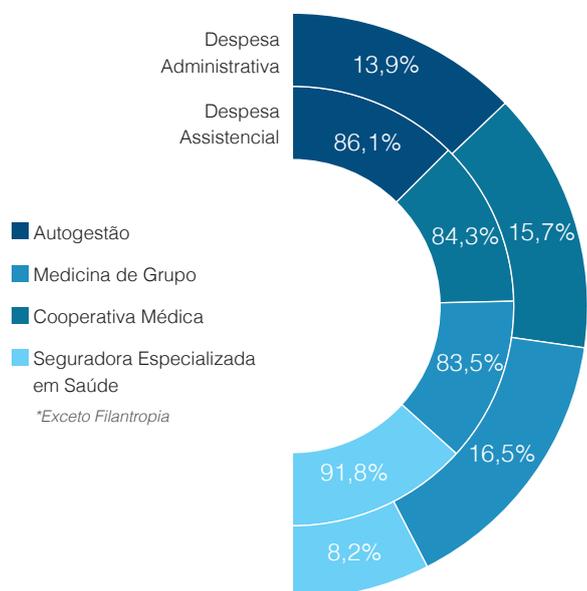


Gráfico 6



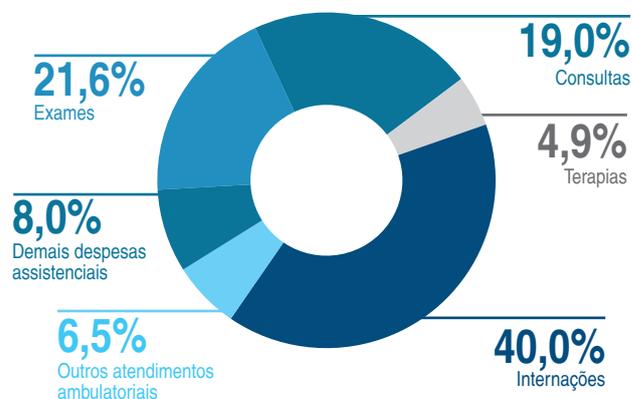
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Gráfico 7 – Despesa por Tipo*
(participação sobre o total em %)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Gráfico 8 – Distribuição de Despesa Médico Hospitalar



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Cobertura

A taxa de cobertura assistencial dos planos privados de saúde no Brasil foi de 25% em 2011, um avanço de 1 ponto percentual em relação a 2010. No Sudeste, o percentual de cobertura é o maior em comparação as demais regiões do País, com 38,3%. Nas capitais desta região, a taxa de cobertura chega a 58,8% e no interior a 31,3% (Tabela 5).

O Estado de São Paulo registra a maior taxa de cobertura no País – cerca de 44,8%. No outro extremo, o Estado do Acre possui apenas 5,9% de cobertura assistencial no setor de saúde suplementar. Entre as capitais, Vitória (ES) tem a maior taxa de cobertura, 75,5%, e Boa Vista (RR), a menor taxa, com 9,3%.

Tabela 5 – Cobertura Assistencial

	Região	Capitais	Região Metropolitana das Capitais	Interior
Brasil	25,0%	44,0%	37,9%	19,0%
Norte	10,8%	26,9%	23,2%	4,9%
Centro-Oeste	17,4%	27,3%	23,2%	11,5%
Nordeste	11,5%	31,5%	25,5%	6,0%
Sudeste	38,3%	58,8%	48,2%	31,3%
Sul	23,9%	51,1%	33,9%	19,9%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Operadoras

Em dezembro de 2011, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), existiam 1.016 operadoras em atividade com beneficiários no País, distribuídos entre as modalidades Medicina em Grupo, com 37,8% de participação no mercado, seguida por Cooperativas Médicas, 31,9%; Autogestão,

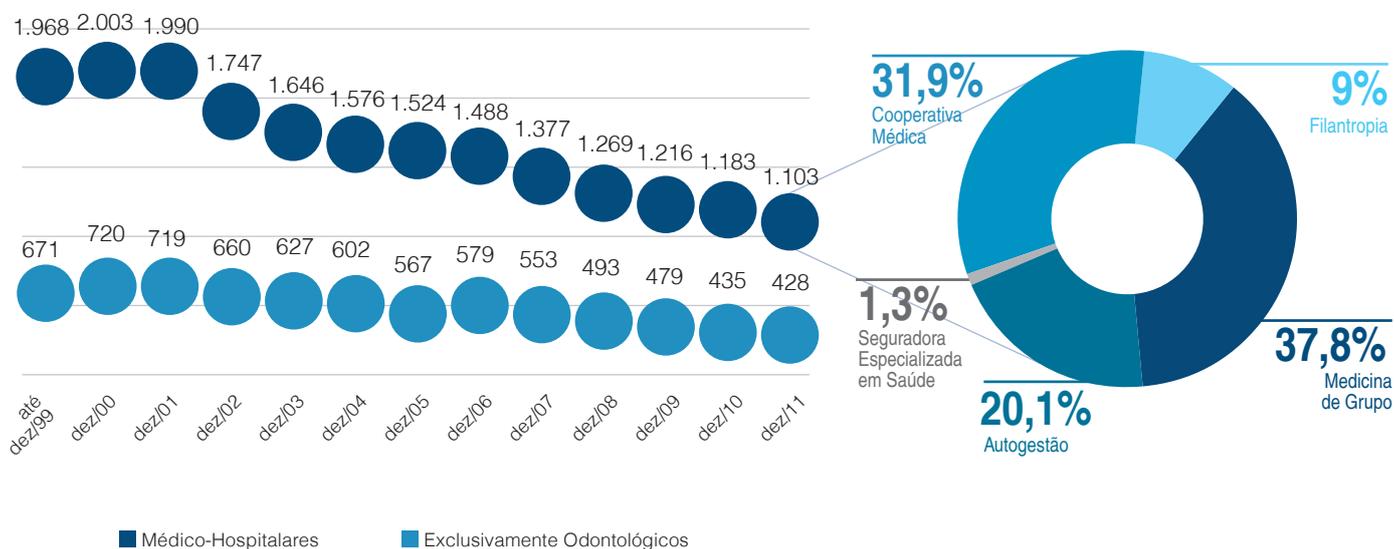
20,1%; Filantropia, 9% e Seguradora Especializada em Saúde 1,3% (Gráfico 9). Em relação ao terceiro trimestre de 2011, a quantidade de operadoras com beneficiários em atividade diminuiu 0,8%, no quarto trimestre, passando de 1.022 para 1.016.



Com objetivo de garantir o crescimento e a rentabilidade dos negócios, as grandes operadoras e hospitais buscam expandir suas atividades por meio de fusões e aquisições. Desde a criação da ANS, quase dois terços das operadoras de planos de saúde desapareceram do mercado.

No mercado de saúde suplementar no Brasil, o desenho regulatório sugere um volume cada vez maior de investimentos e requer estabilidade financeira dos agentes que atuam no setor. A concentração no setor aumenta o poder de negociação das instituições, além de reduzir o risco de insolvência e possibilitar, em alguns casos, economias de escala.

Gráfico 9 – Operadoras
(em atividade e por modalidade)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

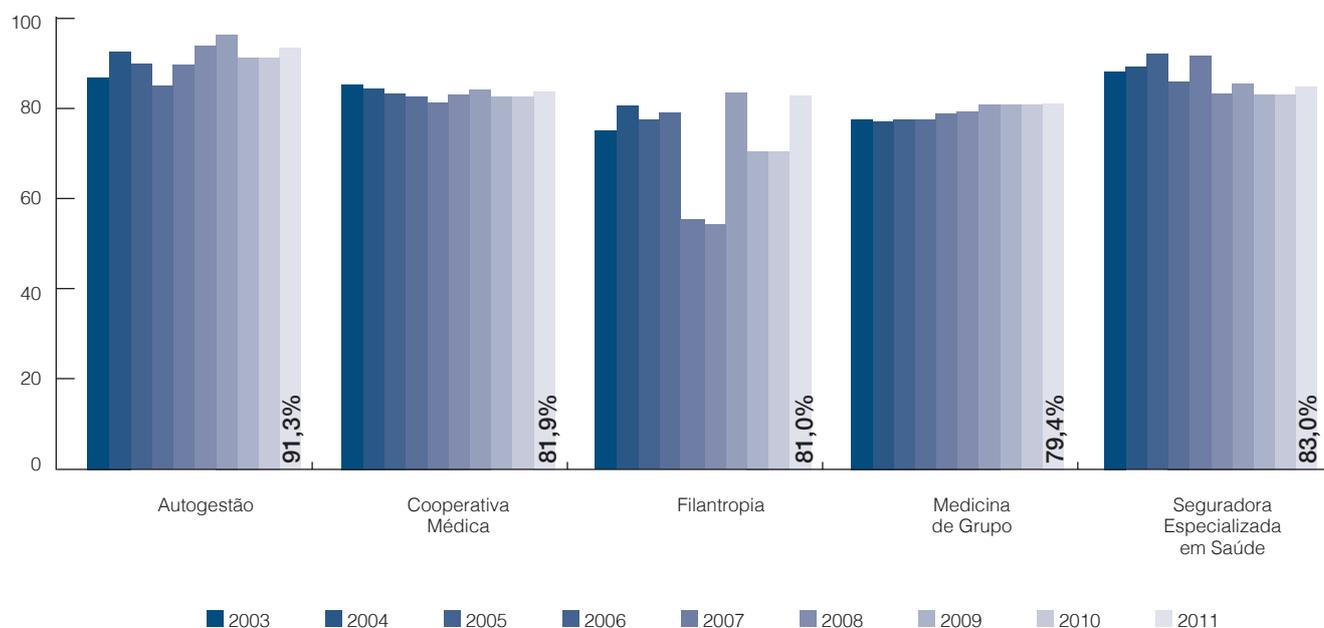
Sinistralidade

A taxa de sinistralidade entre operadoras de planos privados de saúde médico-hospitalares teve aumento de 1,4 pontos percentual em 2011, em comparação com o resultado de 2010. Destaque para modalidade Filantropia, que passou de 69% para 81%, uma elevação de 12 pontos percentuais. Em contrapartida, a modalidade Medicina de Grupo vem apresentando sucessivos aumentos em sua taxa, passando de 75,9% em 2003 para 79,4% em 2011.

Em geral, as taxas de sinistralidade das empresas que operam nas modalidades Autogestão e Seguradora Especializada em Saúde são mais expressivas e apresentam os maiores índices nos últimos anos, respectivamente 91,3% e 83% (Gráfico 10).

Aqui, novamente observam-se os sinais do antigo debate a respeito da verticalização: operadoras que mais verticalizam possuem sinistralidade menor, entretanto, experimentam uma taxa administrativa maior. No acerto de contas final permanece o recorrente debate sobre as vantagens e desvantagens da verticalização.

Gráfico 10 – Sinistralidade
(por modalidade – %)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Indicadores econômico-financeiros

A partir desta edição do Observatório, a ANAHP consolidará informações relevantes do setor de saúde suplementar a respeito do comportamento econômico-financeiro dos planos privados de assistência à saúde, através das informações divulgadas pela ANS no caderno Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar.

Nossa análise será concentrada no conjunto dos principais indicadores econômico-financeiros, que são extraídos das demonstrações contábeis das operadoras de planos de saúde, estabelecendo um caráter qualitativo que auxilie na análise sobre a saúde financeira das operadoras. Os dados apresentados são referentes ao 3º trimestre de 2011 e tiveram um tratamento estatístico para eliminar eventuais distorções, além de serem segregados por modalidade (Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde). A análise englobou 715 operadoras, que concentram 75% do total de beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Optou-se por demonstrar os dados tratados, excluindo as discrepâncias observadas (*outliers*) e dados apresentados de forma não agregada, onde todas as operadoras influenciam da mesma maneira o resultado final do indicador, independente de sua participação e relevância no mercado. Desta forma, o resultado das grandes operadoras não vai distorcer os resultados gerais por modalidade.

Liquidez corrente

A razão entre o Ativo Circulante (Direitos no Curto Prazo) e o Passivo Circulante (Dívidas de Curto Prazo) demonstra a capacidade de uma instituição em honrar os seus compromissos financeiros no curto prazo. Quanto maior o resultado, melhor, pois indica relativa facilidade para liquidação de suas obrigações; igual a um, os direitos e obrigações são equivalentes; menor do que um não haveria saldo em caixa para honrar os seus compromissos.

No 3º trimestre de 2011, todas as modalidades analisadas apresentam resultados favoráveis e, na média, possuem índice de liquidez corrente superior a um. O destaque positivo neste indicador é atribuído à Seguradora Especializada em Saúde, que apresentou índice de liquidez igual a 2,14, representando um aumento de 32,1% em relação ao trimestre imediatamente anterior. As instituições da modalidade Filantropia registraram índice de 1,01, o mais baixo entre as demais modalidades. Em Medicina de Grupo o resultado foi de 1,17 e Cooperativa Médica, 1,50.

Endividamento total

O índice de endividamento determina a proporção de ativos totais fornecidos por credores da instituição. O ideal é que este indicador apresente resultados baixos e seja administrado de forma eficiente, pois quanto menor a dependência a terceiros na composição dos lucros, maior o grau de solvência da instituição.



Conforme os resultados divulgados, as modalidades Cooperativa Médica e Medicina de Grupo apresentaram os melhores índices, ambas com 0,68 no 3º trimestre de 2011. Em Filantropia o resultado foi de 0,58, e o menor índice observado foi em Seguradora Especializada em Saúde, de 0,48. Cabe ressaltar a evolução crescente no nível de endividamento das modalidades Filantropia e Medicina de Grupo, que apresentam sucessivos aumentos desde o 4º trimestre de 2010.

Retorno sobre o patrimônio líquido

O retorno sobre o patrimônio líquido é considerado uma das principais medidas de rentabilidade econômica de uma empresa, pois influencia fortemente o processo decisório do investidor de alocar, ou não, o seu capital na empresa em vez de buscar alternativas com risco equivalente, e pode ser comparado com o custo de oportunidade de investimentos com rendimentos alternativos disponíveis no mercado. Por se tratar de um indicador puramente econômico, não considera questões tangentes à qualidade e eficiência dos serviços ofertados.

No 3º trimestre de 2011, todas as modalidades apresentaram retornos positivos, com destaque para modalidade Cooperativa Médica que obteve o melhor resultado, 0,04, mantendo se praticamente estável em relação ao trimestre anterior. Entre as demais modalidades, assim como observado nos trimestres anteriores, o menor resultado foi em Filantropia, 0,01.

Margem de lucro líquido

Este indicador demonstra a relação entre o resultado líquido e o total das receitas provenientes de contraprestações efetivas. A margem líquida determina a porcentagem de

cada unidade monetária proveniente das receitas que restaram após a dedução de todas as despesas e impostos. Entre as modalidades analisadas, historicamente é observado desempenho superior em Seguradora Especializada em Saúde, que apresentou resultado igual ou superior às demais, de 0,05 em média. No 3º trimestre de 2011, a margem de lucro líquido foi de 0,04, resultado equivalente ao encontrado na modalidade Filantropia, cuja média dos trimestres anteriores é de 0,02. Em Cooperativa Médica o resultado foi de 0,02 e em Medicina de Grupo, de 0,01.

Giro do ativo total

Este indicador representa a quantidade de vezes que o Ativo Total foi renovado pela receita das contraprestações efetivas. No 3º trimestre de 2011, a modalidade Medicina de Grupo apresentou índice de 0,6, mantendo a média histórica registrada por trimestre e o maior resultado entre as demais modalidades. As modalidades Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde registraram resultados semelhantes, tanto no trimestre quanto na série histórica, em média 0,4. O resultado mais baixo é verificado na modalidade Filantropia, em média 0,1.



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 da ANAHP consolidam sua participação no mercado de saúde no País

Número de leitos instalados aumentou 50% em cinco anos.

Dez anos transcorreram desde a criação da ANAHP, e várias mudanças positivas ocorreram no sistema privado de saúde.

Há pouco mais de dez anos o setor privado de saúde passava por um momento crítico em nosso País. A dificuldade de relacionamento entre os atores do sistema agravava-se, reflexo do ambiente conturbado do setor naquela época.

A partir deste cenário, um grupo de hospitais privados com problemas similares em relação aos desafios setoriais, reuniu-se, em maio de 2001, para compartilhar experiências e buscar soluções. Após várias discussões, chegaram a uma conclusão: instituir um órgão para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da saúde suplementar, favorecendo a todos os brasileiros.

Dez anos transcorreram desde a criação da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) e várias mudanças positivas ocorreram no sistema privado de saúde como, por exemplo, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para tornar o mercado mais regulado e orientado. Nos últimos anos houve uma grande consolidação do número de operadoras, que passaram inclusive a ser fiscalizadas de forma sistemática. O acesso dos usuários às

informações foi ampliado, ganhando precisão e eficiência, o que contribuiu para os objetivos da Associação. Outro ponto considerado extremamente importante para a ANAHP e um dos critérios de filiação à instituição - a acreditação hospitalar - também ganhou força no mercado. Entre 2010 e 2011, por exemplo, o número de instituições associadas que aderiram a programas de acreditação cresceu 17,8%. Entre as instituições de saúde no Brasil, este aumento foi de 8,6% no mesmo período.

No decorrer destes dez anos, a ANAHP passou por grandes transformações em seu modelo de gestão, elevando sua representatividade no mercado e, com o intuito de aprimorar o seu modelo de gestão e de estimular os hospitais associados a seguirem este caminho, aderiu à governança corporativa em 2008. Todos estes acontecimentos foram extremamente importantes e contribuíram para o fortalecimento e para os objetivos da Associação e de seus hospitais associados que, gradativamente, passaram de 23 em 2001 para 45 instituições em 2012.

Entre os hospitais associados à ANAHP, 85% são considerados de alta complexidade. Todos possuem leitos de terapia intensiva e unidades de pronto-atendimento, 51% realizam diversos tipos de transplantes, 66% contam com serviços para cirurgias minimamente invasivas e 14% já incorporaram a cirurgia robótica como alternativa em determinados procedimentos. A oferta destes serviços exige constantes investimentos em infraestrutura, tecnologias de informação e equipamentos médico-hospitalares com alto grau de sofisticação tecnológica. Outro aspecto importante está relacionado à forma de contratação dos recursos humanos, o que demanda qualificação e especialização adequadas, de acordo com as necessidades das instituições.

Por meio das creditações hospitalares que proporcionam acompanhamento dos processos assistenciais, garantia de padrões de excelência, monitoramento e avaliação contínuos, o resultado dos hospitais associados atinge valores comparáveis aos dos melhores hospitais do mundo. As evidências estão apresentadas nas próximas páginas e poderão ser conferidas nos sites de vários hospitais associados que divulgam rotineiramente os resultados.

Leitos

A partir da década de 1990 é possível observar uma tendência de diminuição, progressiva, de número de leitos por mil habitantes no Brasil. De acordo com a pesquisa 'Assistência Médico-Sanitária (AMS)', realizada em 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1999 e 2009 o País perdeu mais de 50 mil leitos em hospitais. Neste período, a quantidade de leitos nos hospitais públicos teve aumento de 6,9%, enquanto nos hospitais privados a redução foi de 18,4%. Mesmo diante desta diminuição, o número de leitos do setor privado ainda corresponde a 64,6%, do total disponível no País. No entanto, esta redução está concentrada nos municípios pequenos e médios, refletindo especialmente o fechamento de hospitais privados de pequeno porte. Nas principais regiões metropolitanas do País (Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre)

observa-se um crescimento de 7,4% na quantidade total de leitos disponíveis, entre 2005 e 2009. Os leitos privados apresentaram aumento de 6,4% e os públicos, de 8,9%, no mesmo período.

A evolução do número de leitos entre os associados da ANAHP demonstra os investimentos significativos realizados na expansão da oferta e da qualificação dos serviços, com o objetivo de atender à crescente demanda por assistência médica especializada e de alta complexidade no Brasil.

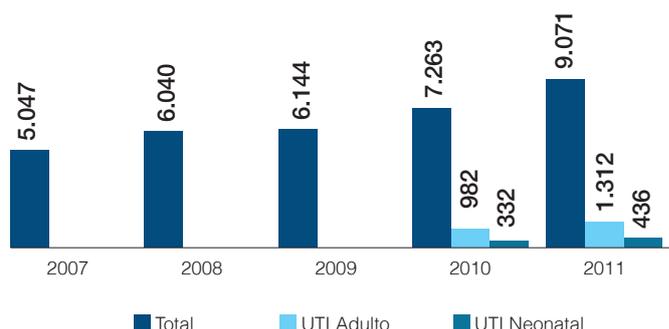
Desde 2007, observa-se um contínuo crescimento na quantidade de leitos instalados e operacionais nos hospitais da ANAHP. O número de leitos totais registrou aumento de 79,7%, passando de 5.047 em 2007 para 9.071 em 2011. Do total de leitos existentes em 2011, 14,4% eram destinados ao atendimento de UTI Adulto e 4,8% eram reservados para UTI Neonatal. Entre os anos de 2010 e 2011, o número de leitos de UTI aumentou 33% nos hospitais associados.

Leitos ANAHP (em número absoluto)

Tabela 1

Leitos	2007	2008	2009	2010	2011
Total	5.047	6.040	6.144	7.263	9.071
UTI Adulto	ND	ND	ND	982	1.312
UTI Neonatal	ND	ND	ND	332	436

Gráfico 1



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Salas

A quantidade de salas cirúrgicas e de consultórios acompanham a tendência de crescimento percebida na quantidade de leitos hospitalares dos últimos anos. O número de salas cirúrgicas ambulatorial apresenta redução desde 2005. O total de salas cirúrgicas, agrupadas nos critérios ambulatorial, obstétrico e cirúrgico, teve elevação de 36,1% entre 2004 e 2011. Os tipos de salas

obstétricas e cirúrgicas apresentaram aumento de 43,5% e 47,7%, respectivamente. Os consultórios de pronto-socorro e das unidades ambulatoriais também registraram resultados positivos nos últimos anos, com crescimento médio de 2% ao ano e de 16,7% em 2011, em relação a 2004.

Salas (por tipo – em número absoluto)

Tabela 2

Leitos		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cirúrgico	Ambulatorial	53	49	44	35	30	30	28	36
	Obstétrico	69	74	82	79	83	85	86	99
	Cirúrgico	266	286	295	319	355	351	361	393
Consultório	Pronto-Socorro	169	199	202	205	243	260	268	275
	Ambulatório	675	772	757	752	675	672	682	710

Gráfico 2

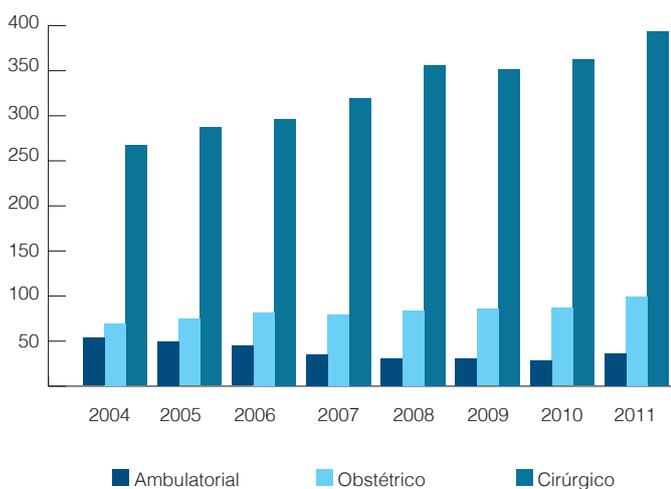
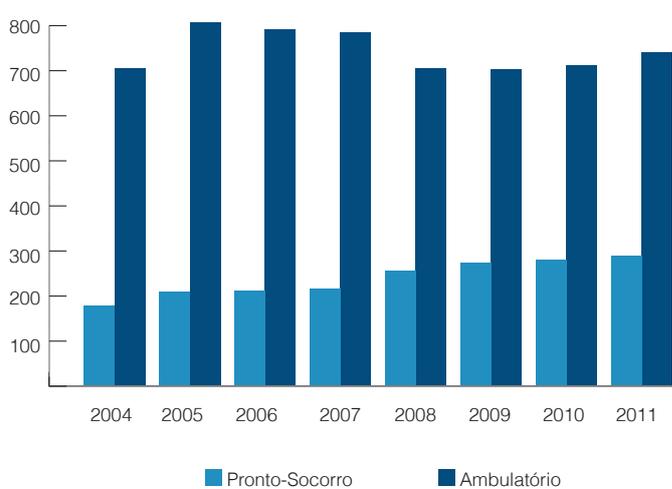


Gráfico 3



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Equipamentos

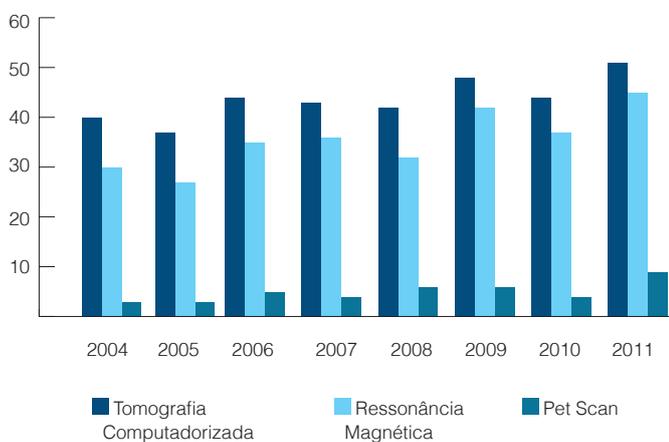
Nos últimos anos, os investimentos em equipamentos hospitalares e de diagnóstico têm aumentado significativamente entre os hospitais associados, proporcionando maior precisão nos exames e a utilização de tratamentos menos invasivos e mais assertivos. A quantidade de equipamentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética e Pet Scan, existentes nos hospitais da ANAHP, apresentou aumento de 43,8% entre 2004 e 2011. É importante ressaltar que estes equipamentos não estão disponíveis em todas as instituições associadas, podendo sua quantidade variar de um associado a outro.

Tabela 3

Equipamentos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tomografia Computadorizada	40	37	44	43	42	48	44	51
Ressonância Magnética	30	27	35	36	32	42	37	45
PET SCAN	3	3	5	4	6	6	4	9

Equipamentos (por tipo – em número absoluto)

Gráfico 4



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Contratação de serviços

Uma das questões essenciais, que envolve a forma de contratação de serviços, está relacionada à redução dos custos e à melhoria dos processos nas organizações.

A necessidade de atingir ganhos de escala junto aos fornecedores fortaleceu a contratação de serviços terceirizados para funções que não estão diretamente relacionadas às atividades assistenciais hospitalares. Percebe-se priorização de equipes próprias em serviços nos quais a qualidade e a especialização são essenciais.

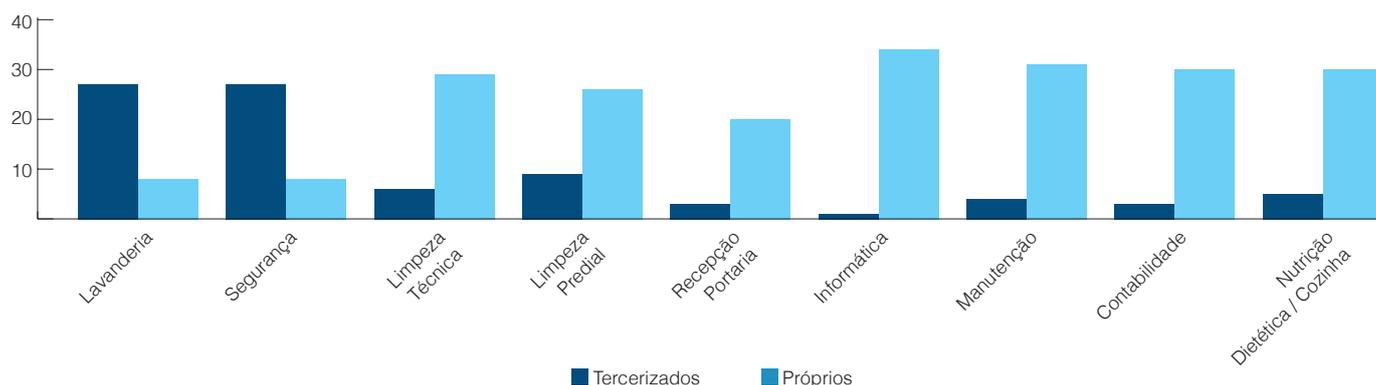
Neste sentido, nota-se claramente uma participação acentuada na contratação de profissionais próprios em serviços onde a qualidade e a especialização são essenciais. Os serviços menos complexos, como lavanderia e segurança, são terceirizados por 77,1% dos hospitais da ANAHP.

Contratação (por tipo – em número absoluto/2011)

Tabela 4

Serviços	Lavanderia	Segurança	Limpeza Técnica	Limpeza Predial	Recepção Portaria	Informática	Manutenção	Contabilidade	Nutrição Dietética / Cozinha
Terceirizados	27	27	6	9	3	1	4	3	5
Próprios	8	8	29	26	30	34	31	30	30

Gráfico 5



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Sistemas de Gestão

O reconhecimento dos benefícios que a informática proporciona na gestão hospitalar é evidente a cada dia e prepara as instituições para um mercado no qual as tecnologias da informação são imprescindíveis para aumentar a produtividade e a qualidade dos processos. Os sistemas de gestão informatizados contribuem, entre outros fatores, para reduzir o desperdício de recursos, além de auxiliarem na diminuição dos custos, elevando o faturamento e a eficiência dos processos de toda a cadeia hospitalar.

Cientes destes benefícios, os hospitais associados convergem para esta tendência. Em relação à gestão financeira, 98,4% dos hospitais possuem sistemas informatizados. Os sistemas hospitalares (da internação ao faturamento) são utilizados por 100% dos hospitais, e os sistemas de gerenciamento dos custos são usados por 87,1% das instituições. A informatização da área assistencial está em crescimento, sendo que o prontuário eletrônico é utilizado por 47,8% dos associados.

Hospitais com Sistema de Gestão Informatizado

Tabela 5

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Não	Sim														
Financeiro	1	29	0	29	1	31	1	30	0	29	0	30	0	30	1	34
Hospitalar (internação a faturamento)	0	30	0	29	1	31	0	31	0	29	0	30	0	30	0	35
Prontuário Eletrônico	22	8	18	11	19	13	16	14	13	16	17	13	19	12	12	23
Custos	9	21	7	22	8	24	6	25	6	23	5	25	5	25	4	31

Gráfico 6 – Área Financeira

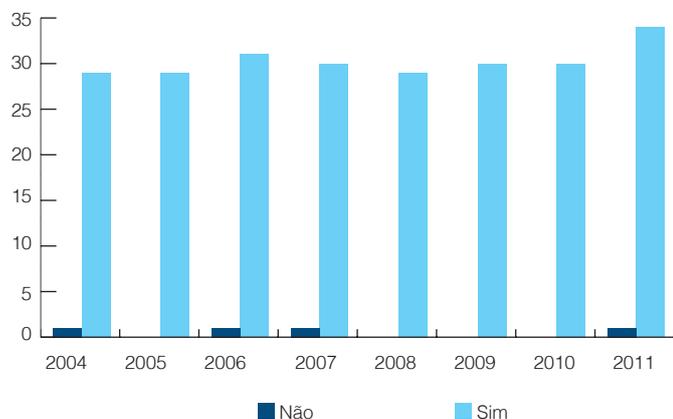


Gráfico 7 – Gestão Hospitalar (internação a faturamento)

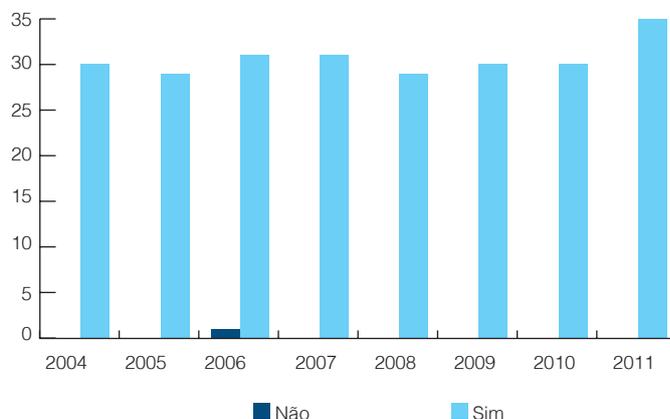


Gráfico 8 – Prontuário Eletrônico

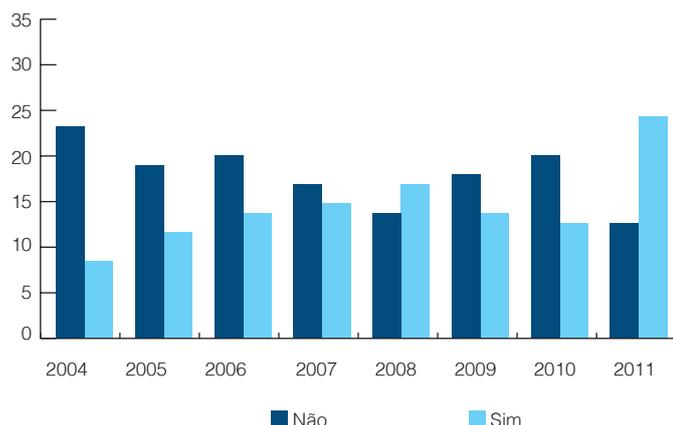
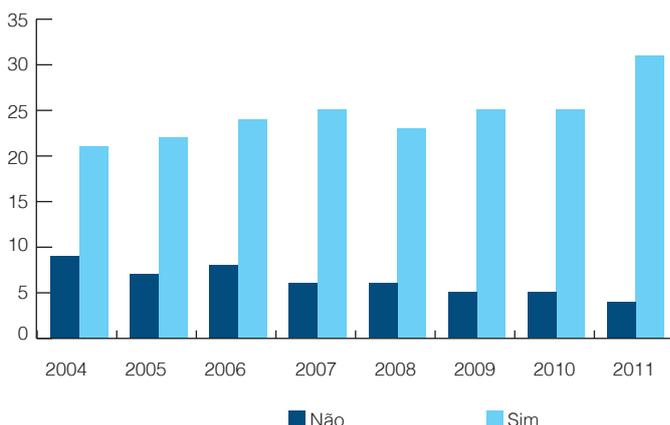


Gráfico 9 – Gestão de Custos



Acreditações

O processo de profissionalização na gestão, acompanhado da implantação de modelos de governança corporativa nas organizações, permitiu a adoção de modelos de acreditação hospitalar com níveis de excelência, como a Organização Nacional de Acreditação, além de Joint Commission International. Entre os hospitais associados, 23,3% possuem mais de duas creditações, o que evidencia que nestas organizações existem compromissos sólidos institucionais de aprimoramento contínuo, com foco na qualidade e na

segurança dos pacientes e no melhor desempenho dos profissionais de saúde. Os hospitais da ANAHP detêm mais de 50% das creditações internacionais concedidas a hospitais no Brasil e 21% das creditações nacionais.

A contribuição dos hospitais da ANAHP no atendimento hospitalar para o sistema de saúde brasileiro vem impondo padrões assistenciais e gerenciais que impulsionam a rede prestadora para um patamar comparável às diversas redes hospitalares de referência no mundo.

Tabela 6 – Acreditação Hospitalar

Tipo de Acreditação	ANAHP	Brasil	% ANAHP
Organização Nacional de Acreditação – ONA	32	153	21%
Joint Commission International – JCI	11	19	58%
Accreditation Canada	8	15	53%
National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – NIAHO	2	3	67%

*Alguns hospitais possuem mais de uma acreditação.

Fonte: ANAHP Pesquisa com hospitais associados, 2011; ONA em www.ona.org.br; Accreditation Canada em www.iqg.com.br; JCI em www.cbacred.org.br; e NIAHO em www.dnv.com.br



Análise Econômico-Financeira

Faturamento dos hospitais da ANAHP mantém crescimento em 2011.

As receitas dos hospitais associados à ANAHP correspondem a aproximadamente 14,1% das despesas assistenciais das operadoras de planos privados de saúde do País.

O crescimento constante do setor de saúde suplementar, nos últimos anos, tem sido influenciado fortemente pelo desenvolvimento econômico do País. Mesmo diante da redução no número de empregos formais gerados em 2011, foram registradas as menores taxas de desemprego desde 2002, acompanhadas da elevação do rendimento médio real habitual, contribuindo positivamente para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar no Brasil. Essa expansão dos rendimentos refletiu-se diretamente nos resultados apurados pelo Sistema de Indicadores Hospitalares (SINHA) junto aos hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Em 2011, o faturamento dos hospitais da ANAHP manteve o ritmo de expansão, observado no ano anterior, passando de R\$ 7,8 para R\$ 9,4 bilhões, conforme dados divulgados pelo SINHA. Em 2011, participaram da pesquisa 30 hospitais, um a menos que em 2010.

A principal origem das receitas hospitalares é semelhante em todas as regiões do Brasil: as operadoras de planos privados de saúde respondem por cerca de R\$ 8,9 bilhões dessas receitas, o que corresponde a 94,4% do total. Em comparação com 2010, houve aumento de 2,6 pontos percentuais, pouco acima dos resultados anotados em anos anteriores. Esse

resultado reflete, além de outros fatores exógenos, o crescente aumento na quantidade de beneficiários dos planos privados de saúde em todo o País.

A principal fonte das receitas é atribuída à modalidade Seguradora Especializada em Saúde, com cerca de R\$ 3,4 bilhões, seguida por Autogestão, com R\$ 2,6 bilhões; Cooperativa Médica, com R\$ 1,4 bilhão; e Medicina de Grupo, com R\$ 1,3 bilhão. Importante ressaltar que historicamente a modalidade Seguradora Especializada em Saúde apresenta as maiores taxas de sinistralidade em comparação com as demais. Da mesma forma, é relevante notar que, embora possuam a supremacia do número de vidas, as Cooperativas Médicas e as Medicinas de Grupo representam as menores participações nas receitas dos prestadores de serviços, em função de possuírem uma significativa rede de serviços próprios.

Tabela 1 – Receita Total

Ano	Receita Total (em R\$ bilhões)	Nº de Hospitais
2006	4.923.800	33
2007	5.195.410	33
2008	5.979.304	34
2009	6.473.692	32
2010	7.826.826	31
2011	9.435.777	30

É necessário esclarecer que a evolução da receita depende da amostra que pode ter variado ano a ano.
Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

**Tabela 2 – Distribuição da Receita Total
(por natureza)**

Natureza da Receita	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Diárias e Taxas	31,7%	33,1%	30,3%	29,4%	28,0%	24,5%
Insumos Hospitalares	44,9%	46,4%	48,6%	50,9%	48,5%	51,5%
SADT	12,0%	11,1%	12,6%	11,6%	11,2%	14,1%
Outras / Serviços	3,0%	2,9%	2,5%	3,2%	3,4%	4,5%
Outras / Operacionais	8,5%	6,6%	6,0%	4,8%	8,9%	5,5%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

As receitas dos hospitais associados à ANAHP correspondem a aproximadamente 14,1% das despesas assistenciais das operadoras de planos privados de saúde do País. De acordo com o Caderno de Informações de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2011, estas despesas atingiram o valor de R\$ 66,8 bilhões.

Distribuição da receita global por região

Entre as regiões da Federação, o Sudeste possui a maior taxa de cobertura assistencial, 38,3%. Considerando o número de hospitais associados à ANAHP presentes na região, este fato evidencia a maior participação na composição das receitas e do faturamento, porém, não houve variações significativas nos últimos anos.

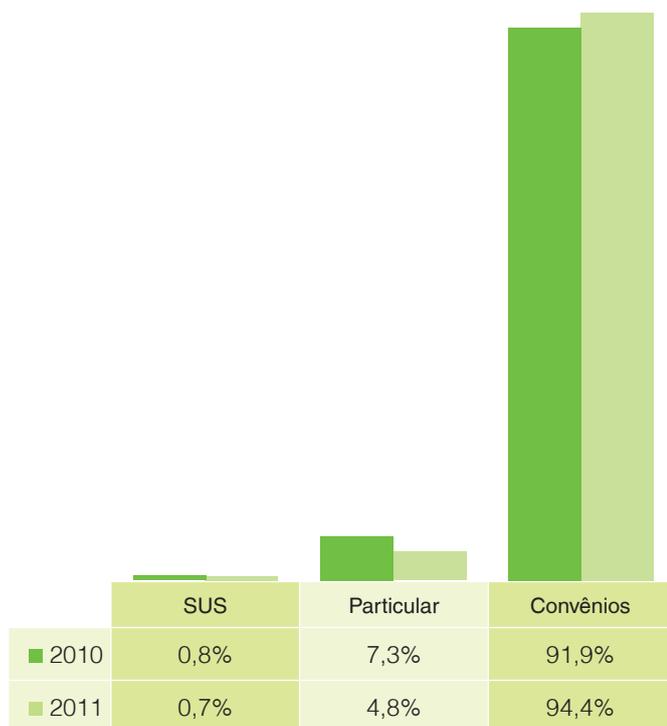
Distribuição da receita global por natureza

Na participação das receitas por natureza dos hospitais associados à ANAHP, em primeiro lugar, é importante ressaltar a tendência de queda na categoria Diárias e Taxas, que apresenta reduções consecutivas desde 2007. Em 2011, a participação na receita global desta categoria teve redução de 3,5 pontos percentuais, correspondendo a 24,5% das receitas. A receita proveniente de Insumos Hospitalares apresentou aumento de 3 pontos percentuais em relação ao ano anterior, representando 51,5%. Os serviços de diagnóstico e terapia (SADT) também tiveram aumento na participação percentual em relação a 2010, passando de 11,3% para 14,1% na composição das receitas. Em Outras Receitas de Serviços foi observada uma redução de 3,4 pontos percentuais entre 2010 e 2011, passando de 8,9% para 5,5% em 2011.

Distribuição da receita global por fonte pagadora

A distribuição da receita global dos hospitais ANAHP apresentou resultados semelhantes aos anos anteriores, em 2011. As Operadoras de Planos de Saúde representaram 94,4% da receita global em 2011, um aumento de 2,6 pontos percentuais em comparação ao ano anterior, sendo o maior resultado desde 2004. A receita dos atendimentos a pacientes particulares teve redução de 2,5 pontos percentuais e apresentou a menor participação desde o início da série. Em 2011, o resultado foi de 4,8% ante 7,3% em 2010. A receita do atendimento a pacientes do SUS teve redução de 0,1 ponto percentual em relação a 2010, representando 0,7% na participação por fonte pagadora.

Tabela 3 – Distribuição da Receita Total (por origem da receita)



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Evolução dos preços médios dos hospitais da ANAHP

Os indicadores utilizados pelo projeto SINHA para medir os preços médios praticados pelos hospitais associados são a receita média líquida por paciente-dia e a receita média líquida por saída.

Em 2011, a expansão da receita média líquida por paciente-dia foi de 13,9%, crescimento pouco acima do observado em anos anteriores, nos quais a expansão média não ultrapassou 10%. Entre as regiões analisadas, o Nordeste apresentou a maior variação, um aumento considerável em relação ao ano anterior.

A evolução da receita média líquida por saída também apresentou resultado positivo, com expansão de 23,6% em 2011. Neste indicador, a região Nordeste também obteve a maior variação, um aumento de aproximadamente 47%, em comparação a 2010.

Distribuição das despesas dos hospitais da ANAHP

A distribuição das despesas dos hospitais ANAHP manteve-se praticamente estável em 2011. A maior variação foi percebida nas despesas com custo de pessoal, que teve aumento de 1,6 ponto percentual e equivale atualmente a 40% das despesas dos hospitais associados. Os gastos com insumos hospitalares tiveram redução de 1,7 ponto percentual, correspondendo a 27,6% das despesas.

Prazo médio de recebimento e índice de glosas

O prazo médio de recebimento dos hospitais associados à ANAHP registrou aumento de 4,3%, passando de 70 dias em 2010 para 73 dias em 2011. Trata-se de um prazo extremamente elevado, considerando a defasagem entre a prestação dos serviços e o recebimento, o que dificulta o financiamento das atividades hospitalares e a liquidez no curto prazo, com vistas a um modelo de gestão eficiente na administração financeira.

Na região Sul do País, assim como nos anos anteriores, o prazo médio de recebimento é o maior em comparação às demais regiões: aproximadamente 97 dias em 2011. Em contrapartida, na região Nordeste, este prazo não ultrapassa os 71 dias.

Diferente do fato ocorrido nas instituições hospitalares, nas operadoras de planos privados de assistência à saúde, o prazo médio de recebimento das contraprestações é bem menor: em média de 16 dias, conforme informações da ANS divulgadas no caderno Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. Na modalidade Seguradora Especializada em Saúde, o prazo médio é de sete dias, o menor entre as demais modalidades. O maior prazo é percebido na modalidade Cooperativa Médica: em média de 23 dias. O prazo médio de pagamento de eventos também chama a atenção: em média de 26 dias entre as modalidades existentes e sem variações consideráveis nos prazos entre essas.

Esta situação indesejável, com certeza, deve merecer a atenção dos Prestadores de Serviços para aumentar a sua eficiência nos processos de faturamento e na ampliação de prazos de pagamento junto aos fornecedores.

O índice de glosa é outro fator importante no custo financeiro dos hospitais e apresentou elevação de 0,9 ponto percentual em relação ao ano anterior, passando de 2,6% para 3,5% em 2011, sem variação significativa em relação aos anos anteriores. Historicamente, a região Centro-Oeste sempre contou com o maior percentual no índice de glosa, em média 5,2%. Todavia, em 2011 o índice apresentou redução de 1,9 ponto percentual, passando de 4,5% em 2010 para 2,6%. Já a região Sudeste obteve um resultado acima da média dos últimos anos, passando de 2,5% em 2010 para 4,0% em 2011.

Tabela 4 – Distribuição da Receita Total
(por fonte pagadora)

Operadora de Plano de Saúde	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Seguradora	46,3%	46,7%	46,0%	44,7%	52,6%	38,5%
Autogestão	25,4%	23,1%	21,4%	25,3%	21,2%	29,9%
Medicina de Grupo	17,6%	20,7%	20,2%	18,5%	15,1%	15,5%
Cooperativa Médica	10,8%	9,4%	12,5%	11,5%	11,1%	16,1%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 5 – Evolução da Receita Média Líquida
(por paciente-dia)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Centro-Oeste	982	993	1.127	1.681	1.200	1.255
Nordeste	2.234	2.056	2.118	2.476	2.600	2.971
Sul	1.453	1.546	1.600	1.768	1.801	1.700
Sudeste	2.607	2.605	2.714	3.220	2.672	3.373
ANAHP	2.304	2.141	2.118	2.488	2.510	2.858

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 6 – Evolução da Receita Média Líquida
(por saída)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ANAHP	8.386	8.322	9.170	10.239	10.709	13.244

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 7 – Distribuição das Despesas Totais (por tipo de despesas)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Custo Pessoal	37,1%	37,5%	36,8%	37,3%	38,3%	40,0%
Insumos Hospitalares	29,6%	30,5%	30,1%	30,9%	29,3%	27,6%
Outros Insumos	4,3%	3,9%	3,6%	3,7%	3,8%	4,4%
Contratos Técnicos e Operacionais	7,6%	8,3%	8,3%	7,1%	7,8%	8,3%
Contratos de Apoio e Logística	3,5%	3,7%	4,2%	4,2%	4,8%	4,9%
Utilidades	3,7%	3,3%	3,0%	2,7%	2,3%	2,2%
Manutenção e Assistência Técnica	1,9%	2,2%	2,1%	2,1%	2,1%	1,9%
Depreciação	4,6%	4,7%	5,0%	5,1%	4,6%	4,9%
Outras Despesas	7,7%	5,9%	6,8%	6,8%	6,9%	5,7%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 8 – Distribuição das Despesas Totais (por região geográfica e por tipo de despesa)

	CO	NE	S	SE	ANAHP
Custo Pessoal	28,0%	39,6%	37,9%	39,5%	40,0%
Insumos Hospitalares	26,9%	30,8%	29,7%	30,4%	27,6%
Outros Insumos	1,3%	4,2%	3,4%	3,2%	4,4%
Contratos Técnicos e Operacionais	8,8%	5,1%	8,9%	5,7%	8,3%
Contratos de Apoio e Logística	5,5%	2,4%	4,8%	4,0%	4,9%
Utilidades	4,2%	2,8%	3,4%	2,1%	2,2%
Manutenção e Assistência Técnica	2,1%	3,0%	2,8%	2,9%	1,9%
Depreciação	9,4%	3,9%	4,2%	5,3%	4,9%
Outras Despesas	14,0%	8,2%	4,9%	6,9%	5,7%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 9 – Evolução do Prazo Médio de Recebimento (por região)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CO	45,1	67,8	66,6	67,9	72,2	68,4
NE	52,4	66,7	61,8	63,8	57,1	58,6
S	103,7	113,4	95,4	93,0	102,3	97,9
SE	67,0	65,3	67,4	69,3	85,8	95,9
ANAHP	66,8	71,8	69,2	70,7	81,8	72,4

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 10 – Evolução do Índice de Glosas (por região)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CO	4,1%	5,8%	6,3%	5,5%	4,5%	2,6%
NE	3,2%	2,4%	1,3%	1,1%	1,6%	1,4%
S	7,8%	4,2%	5,6%	3,1%	2,8%	3,7%
SE	3,2%	3,2%	2,9%	2,7%	2,5%	3,5%
ANAHP	3,9%	3,4%	3,3%	2,8%	2,6%	3,2%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.



A QUALIDADE DO AR MEDICINAL QUE SEU PACIENTE RESPIRA ESTÁ EM SUAS MÃOS.

O Ar produzido em seu hospital é medicinal mesmo?

O Ar Medicinal Sintético da White Martins oferece ao seu hospital padrões de pureza e qualidade incomparáveis. Uma tecnologia inovadora que leva mais segurança à terapia respiratória de seus pacientes.

- Mistura de dois gases com grau farmacêutico: Oxigênio Medicinal (O₂) e Nitrogênio Medicinal (N₂)
- Totalmente livre de umidade, hidrocarbonetos e outros contaminantes
- Reduz os custos com manutenção de ventiladores mecânicos
- Opera com consumo de energia desprezível
- Elimina a necessidade de investimentos na geração de ar, mesmo no caso de expansões

Consulte o seu representante White Martins e comprove as vantagens do processo de geração do Ar Medicinal Sintético através do nosso serviço de Análise da Qualidade do Ar.

Com o Ar Medicinal Sintético da White Martins o seu paciente respira melhor!

Medipure™
Medical Gases

 **WHITE MARTINS**
PRAXAIR INC



Análise Operacional

Hospitais associados à ANAHP aumentam a oferta de serviços hospitalares.

O aumento da demanda tem, entre outras causas, a modificação do perfil dos pacientes para uma característica mais complexa e a maior exigência da estrutura hospitalar, resultado do envelhecimento da população.

Os hospitais da ANAHP vêm aumentando, ao longo dos anos, a oferta de serviços em todas as suas áreas de atividade, respondendo positivamente ao aquecimento do mercado.

O crescimento dos hospitais pode ser observado na evolução da quantidade de Leitos Totais Disponíveis. Essa evolução ocorreu praticamente em todas as regiões do País, com crescimento mais acentuado de 2010 para 2011, nas regiões Nordeste (NE) e Sul (S). Esse aumento foi observado principalmente no item Leitos de Internação, que apresentou o mesmo comportamento de evolução dos Leitos Totais.

O aumento da oferta de serviços também pode ser notado na evolução do item Salas Cirúrgicas, que cresceu com ritmo semelhante ao dos Leitos de Internação. No entanto, este comportamento veio acompanhado da diminuição de Salas Cirúrgicas Ambulatoriais (*Tabela 1 – 2004 e 2011*). O movimento, tanto na disponibilização de salas como no perfil, ocorreu em todas as regiões.

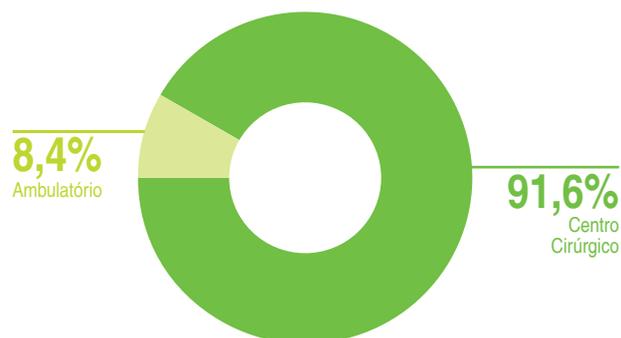
A ampliação da oferta de serviço aconteceu também no Centro Obstétrico, porém, em velocidade maior que a observada em Salas Cirúrgicas, em todas as regiões (*Tabela 2*). Percebe-se uma inequívoca predominância na realização de Partos

Gráfico 1 - Salas Cirúrgicas (por tipo – em 2004)



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Gráfico 2 - Salas Cirúrgicas (por tipo – em 2011)



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Cirúrgicos, entre 85% a 92%, em todas as regiões do Brasil, tendência que vem se confirmando ao longo dos últimos oito anos na Associação.

As Salas de Consultórios Ambulatoriais tiveram a sua oferta diminuída ao longo dos anos (*Tabela 3*), movimento contrário realizado pela oferta de Salas de Consultórios de Pronto-Socorro, que vêm aumentando no mesmo período (*Tabela 4*), comportamento observado em quase todas as regiões.

Outra constatação de maior disponibilização de serviços está na ampliação de Equipamentos Existentes nos Hospitais (*Tabela 5*). O número de aparelhos de tomografia computadorizada e ressonância magnética teve aumento razoável entre 2010 e 2011. Entre 2004 e 2011 a quantidade de aparelhos de tomografia por hospital passou de 1,54 para 2,12, e a relação de aparelhos de ressonância magnética por hospital cresceu de 1,30 para 1,96. Todo esse crescimento da oferta de recursos teve impacto no volume de serviços realizados nos hospitais da ANAHP.

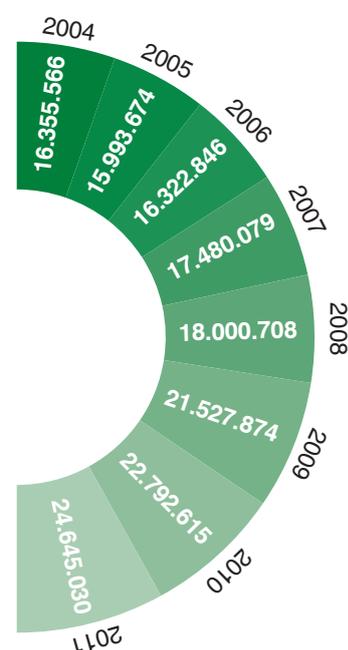
O Total de Cirurgias Realizadas, bem como as cirurgias feitas especificamente em centros cirúrgicos, teve variação constante e positiva ao longo dos anos, movimento ocorrido em quase todas as regiões, com exceção da região Sul (S) (*Tabela 6*).

Observa-se que os hospitais da ANAHP têm característica eminentemente cirúrgica, não se evidenciando variação

percentual importante nas internações cirúrgicas nos últimos cinco anos.

O Total de Exames realizados também apresentou crescimento constante e, neste caso, em todas as regiões (*Tabela 7*). Neste quesito, a região Sudeste destacou-se por apresentar o maior aumento em volume, que pode ser constatado pelo crescimento na relação exame realizado por hospital/ano, que passou de 506.889 para 775.804. Observa-se ainda que cerca de dois terços dos exames são de origem interna.

Gráfico 3 – Total de Exames – Laboratório e Imagem



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

A Taxa de Internação em UTI mostrou-se estável entre 2010 e 2011, com aumento nas regiões Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO) no mesmo período, apresentando maior alta entre 2005 e 2011 (*Tabela 8*).

Chama a atenção que na região Sul a Taxa de Internação em UTI seja significativamente menor do que a média da ANAHP, respondendo, porém, pela maior taxa de ocupação entre os hospitais afiliados.

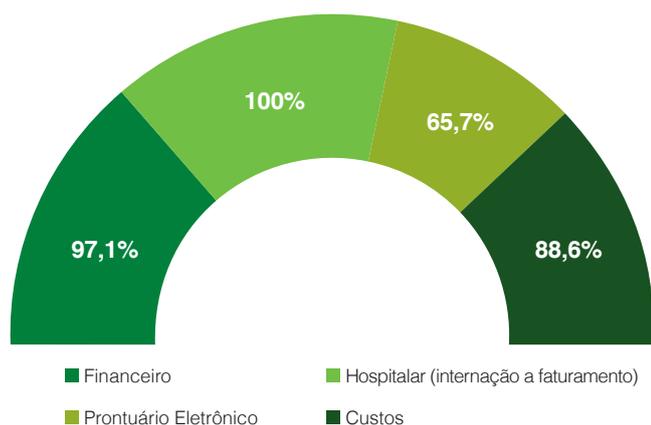
A Taxa de Internação Via Emergência vem crescendo ao longo dos anos e de forma constante (*Tabela 9*), com ligeira queda no Centro-Oeste (CO) e no Sul (S). Outra evidência do aumento da complexidade é a elevação da Média de Permanência (*Tabela 10*), que juntamente com o crescimento da participação das Consultas Via Pronto-Socorro (PS) (*Tabela 11*), confirma a tendência pela elevação do número de pacientes que necessitam de cuidados mais intensivos.

Baseando-se no aumento da Taxa de Ocupação dos Hospitais e das UTIS, Tempo Médio de Permanência (TMP) e da redução na rotatividade dos pacientes, aparentemente, o perfil dos pacientes atendidos nos hospitais da ANAHP parece ser de maior gravidade. Tal ampliação no TMP também é observada

em relação a pacientes crônicos e residentes, cada vez mais presentes nos hospitais da ANAHP.

Apesar do aumento da oferta e, conseqüentemente, da capacidade de atender a uma demanda crescente, a eficiência das operações no que se refere ao grau de utilização dos recursos não foi prejudicada. Isto é indicado pelo Aumento das Cirurgias por Sala, que cresceu 12% em 2011 em relação a 2010 (*Tabela 12 – Mediana*), com exceção da região Sul (S), e com destaque para a região Centro-Oeste (CO), que teve o melhor desempenho no período de 2007 a 2011. Fato semelhante ocorreu com a Quantidade de Parto por Sala (*Tabela 13*). Outro indicador de melhoria de eficiência foi a redução do Intervalo de Substituição (*Tabela 14*), que caiu em 2011 em todas as regiões. A Taxa de Ocupação também mostra um alto grau de otimização dos recursos, mantendo a tendência de crescimento. Esse fato ocorre com mais intensidade na região Centro-Oeste (CO), no período entre 2010 e 2011 (*Tabela 15*).

Gráfico 4 – Grau de Informatização da Gestão



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 1 – Variação em Número de Salas Cirúrgicas (por tipo)

Ambulatório	2004	2011	Variação 2011/2004
CO	3	6	100%
NE	9	7	-22,2%
S	4	1	-75,0%
SE	37	22	-40,5%
ANAHP	53	36	-32,1%

Este ganho de eficiência e a manutenção dos índices de qualidade podem ser frutos de projetos como a Informatização da Gestão, observada na maior participação de hospitais com prontuário eletrônico, utilização de sistemas de custos e informatização de seu sistema financeiro. Importante também citar o crescimento do número de Hospitais Acreditados, que indica a realização de serviços com mais segurança e qualidade. Observa-se ainda a utilização de metodologias que visam a melhorar os fluxos, eliminando desperdícios e agregando valor ao paciente, tais como o 'Lean Six Sigma'.

Todas essas melhorias ocorreram sem prejuízo à qualidade do atendimento, que pode ser verificada nos Indicadores de Mortalidade Geral (*Tabela 16*), que se manteve estável em todas as regiões, e de Infecção Hospitalar em constante declínio, com destaque para a região Sul (S), que, no período de 2007 a 2011, apresentou a maior queda, sugerindo uma maior gestão clínica dos processos, com utilização de protocolos e *bundles*.

Percebe-se que os Hospitais da ANAHP vêm respondendo às demandas por maior disponibilização de serviços em saúde, sem prejudicar a eficiência operacional e a qualidade da assistência. O aumento da demanda tem, entre outras causas, a modificação do perfil dos pacientes para uma característica mais complexa e a maior exigência da estrutura hospitalar, resultado do envelhecimento da população.

Outro item que determina o crescimento da demanda, e que potencializa o aumento desta, é a maior capacidade financeira da população em adquirir algum tipo de plano de saúde, fruto do atual ciclo de crescimento econômico que alavanca o total de profissionais contratados com carteira assinada.

A tendência para o futuro é a de acentuação do comportamento de evolução dos indicadores, apresentados até aqui, com maior demanda por serviços de maior custo, em razão da complexidade dos atendimentos. Até o momento, foi demonstrado que hospitais da ANAHP estão capacitados para enfrentar este desafio, sem prejudicar qualquer outra característica necessária para um bom atendimento assistencial.

Centro Cirúrgico	2004	2011	Variação 2011/2004
CO	28	30	7,1%
NE	49	51	4,1%
S	43	56	30,2%
SE	146	256	75,3%
ANAHP	266	393	47,7%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 2 – Número de Salas Obstétricas

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004
CO	7	9	7	7	7	8	7	8	14,3%
NE	13	13	13	13	13	16	13	16	23,1%
S	11	11	10	10	11	11	11	15	36,4%
SE	38	41	51	49	52	50	55	60	57,9%
ANAHP	69	74	81	79	83	85	86	99	43,5%

Tabela 3 – Número de Consultórios Ambulatoriais

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004
CO	209	210	217	225	160	184	184	190	-9,1%
NE	126	125	125	143	127	127	127	130	3,2%
S	122	160	123	123	87	91	96	104	-14,8%
SE	218	277	292	261	301	270	275	286	31,2%
ANAHP	675	772	757	752	675	672	682	710	5,2%

Tabela 4 – Número de Consultórios Pronto-Socorro

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004
CO	25	25	24	26	16	26	23	19	-24,0%
NE	13	15	15	17	17	17	20	22	69,2%
S	18	18	23	23	23	24	20	23	27,8%
SE	113	141	140	139	187	193	205	221	95,6%
ANAHP	169	199	202	205	243	260	268	275	62,7%



Tabela 5 – Principais Equipamentos

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Total							
Tomografia Computadorizada	40	37	44	43	42	48	44	51
Ressônancia Magnética	30	27	35	36	32	42	37	45
Pet Scan	3	3	5	4	6	6	5	9

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 6 – Número Total de Cirurgias

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2005
CO	22.764	12.482	19.855	15.015	28.672	23.954	29.378	29,1%
NE	52.441	52.162	48.441	53.754	57.228	57.009	59.752	13,9%
S	111.565	85.387	71.828	83.117	82.627	ND	ND	ND
SE	223.258	238.097	268.224	329.151	294.201	315.658	406.777	82,2%
ANAHP	410.028	388.128	408.348	481.037	462.728	445.146	537.856	31,2%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 7 - Número Total de Exames

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004
CO	1.891.961	1.394.007	1.478.959	1.678.375	1.875.014	1.995.676	1.872.511	1.938.173	2,4%
NE	2.662.015	2.688.635	2.835.534	2.771.717	3.110.911	3.471.773	3.630.459	3.729.838	40,1%
S	2.162.021	2.280.140	2.358.884	2.359.219	965.643	2.556.220	1.886.009	2.757.022	27,5%
SE	9.639.569	9.630.892	9.649.469	10.670.768	12.049.140	13.504.205	15.403.636	16.219.997	68,3%
ANAHP	16.355.566	15.993.674	16.322.846	17.480.079	18.000.708	21.527.874	22.792.615	24.645.030	50,7%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 8 – Taxa Internação em UTI

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2005*
CO	Média	12,0%	9,8%	9,4%	12,3%	12,9%	24,5%	15,1%	3.1
	Mediana	8,8%	11,6%	9,1%	11,2%	12,2%	15,9%	15,5%	6.7
NE	Média	16,2%	17,8%	17,6%	15,5%	13,9%	14,2%	15,3%	-1.0
	Mediana	17,6%	19,4%	15,4%	14,9%	13,3%	13,8%	16,1%	-1.4
S	Média	8,5%	10,0%	8,1%	6,5%	6,8%	8,1%	8,3%	-0.3
	Mediana	9,7%	11,0%	7,6%	5,9%	5,9%	6,7%	6,3%	-3.4
SE	Média	10,5%	11,3%	12,9%	13,9%	15,5%	18,2%	16,8%	6.3
	Mediana	10,2%	8,0%	9,2%	9,7%	9,2%	9,7%	10,5%	0.4
ANAHP	Média	11,3%	12,0%	12,6%	13,1%	14,0%	17,1%	15,4%	4.0
	Mediana	10,5%	11,6%	10,1%	9,8%	9,6%	9,8%	10,5%	0.0

*Em pontos percentuais.

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 9 – Taxa de Internação Via Emergência

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004*
CO	Média	27,2%	24,3%	28,2%	31,8%	35,9%	32,0%	33,7%	29,0%	1.8
	Mediana	30,2%	23,4%	30,3%	32,5%	35,8%	29,7%	30,1%	25,6%	-4.6
NE	Média	40,2%	35,0%	37,3%	36,3%	34,7%	34,0%	38,4%	35,6%	-4.5
	Mediana	38,8%	37,6%	37,7%	33,1%	33,0%	32,5%	43,6%	38,5%	-0.3
S	Média	37,0%	24,2%	30,4%	32,1%	30,3%	32,4%	35,7%	29,6%	-7.4
	Mediana	24,4%	22,9%	28,0%	32,1%	31,0%	31,6%	34,5%	26,5%	2.2
SE	Média	31,5%	32,3%	34,6%	35,2%	36,0%	36,4%	36,1%	36,6%	5.1
	Mediana	30,7%	28,9%	30,7%	30,2%	34,7%	36,3%	39,1%	39,8%	9.0
ANAHP	Média	33,2%	31,1%	33,8%	34,5%	35,1%	35,0%	36,1%	34,8%	1.6
	Mediana	30,2%	27,8%	31,2%	31,9%	32,8%	34,9%	36,5%	37,3%	7.1

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

*Em pontos percentuais.



Tabela 10 – Média de Permanência

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004
CO	Média	3,54	3,61	4,00	4,50	4,92	4,13	4,08	4,22	19,1%
	Mediana	3,42	3,58	3,86	4,25	4,85	4,11	4,12	4,32	26,3%
NE	Média	4,67	4,73	4,96	4,78	4,66	4,45	4,84	4,80	2,9%
	Mediana	5,06	4,12	4,58	4,50	4,32	4,18	5,14	4,78	-5,5%
S	Média	4,92	4,61	4,64	4,46	4,62	4,58	4,97	4,68	-5,0%
	Mediana	4,87	4,58	4,07	4,22	4,06	3,96	4,70	3,96	-18,7%
SE	Média	3,82	3,68	3,91	4,01	4,38	4,40	4,42	4,86	27,1%
	Mediana	3,70	3,79	4,11	4,12	4,28	4,36	4,37	4,62	24,8%
ANAHP	Média	4,03	3,93	4,18	4,24	4,51	4,40	4,51	4,76	18,1%
	Mediana	3,79	3,77	4,15	4,26	4,28	4,18	4,32	4,54	20,0%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 11 – Taxa de Consultas na Emergência

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004*
CO	Média	61,0%	61,5%	63,5%	62,1%	64,1%	54,2%	70,4%	72,3%	11.2
	Mediana	61,0%	61,5%	63,5%	62,1%	64,1%	65,7%	72,6%	82,7%	21.7
NE	Média	49,4%	47,4%	53,1%	57,3%	66,8%	69,2%	95,1%	95,8%	46.4
	Mediana	49,4%	47,4%	53,1%	57,3%	66,8%	69,2%	100%	100%	50.6
S	Média	67,4%	69,9%	66,2%	53,4%	51,4%	49,6%	56,6%	57,7%	-9.7
	Mediana	74,4%	70,7%	66,8%	60,2%	58,2%	55,3%	54,6%	57,4%	-17.0
SE	Média	60,7%	62,7%	72,8%	68,7%	70,4%	67,1%	81,7%	79,2%	18.5
	Mediana	61,2%	56,9%	78,3%	68,8%	71,8%	66,6%	93,9%	79,5%	18.3
ANAHP	Média	60,5%	63,0%	68,9%	63,6%	65,0%	60,4%	78,8%	77,9%	17.4
	Mediana	55,7%	59,7%	70,9%	63,8%	67,4%	66,9%	81,6%	84,0%	28.3

*Em pontos percentuais.

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

**Tabela 12 – Número de Cirurgias
(por sala)**

		2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2007
CO	Média	531	506	741	729	936	76,3%
	Mediana	519	547	746	758	827	59,4%
NE	Média	637	742	720	572	620	-2,7%
	Mediana	632	726	610	566	638	1,0%
S	Média	1.252	1.403	1.415	1.796	1.594	27,3%
	Mediana	1.347	1.228	1.085	1.621	1.235	-8,3%
SE	Média	901	1.001	926	1.036	1.069	18,7%
	Mediana	893	1.044	957	1.017	1.099	23,0%
ANAHP	Média	856	953	931	1.045	1.081	26,3%
	Mediana	784	897	896	893	1.000	27,5%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

**Tabela 13 – Número de Partos
(por sala)**

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2006
CO	Média	370	411	441	395	623	690	86,5%
	Mediana	370	411	519	394	623	690	86,5%
NE	Média	290	341	503	550	489	619	113,3%
	Mediana	286	374	463	441	459	633	121,5%
S	Média	511	562	409	469	517	599	17,2%
	Mediana	578	583	408	492	529	667	15,4%
SE	Média	590	609	590	610	731	671	13,6%
	Mediana	557	558	639	555	731	607	9,0%
ANAHP	Média	496	529	523	545	624	648	30,6%
	Mediana	446	478	517	456	572	643	44,4%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.



Tabela 14 – Intervalo de Substituição

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004
CO	Média	2,56	2,57	1,66	1,64	2,97	1,65	2,23	1,48	-42,2%
	Mediana	2,55	1,70	1,33	1,19	1,89	1,63	2,60	1,41	-44,6%
NE	Média	2,26	2,56	2,73	2,27	1,67	1,54	1,73	1,36	-39,7%
	Mediana	1,63	2,77	2,89	2,21	1,81	1,35	1,19	1,05	-35,5%
S	Média	1,02	1,59	2,51	1,93	2,04	1,73	2,10	2,05	101,3%
	Mediana	1,24	1,46	2,06	1,87	1,97	1,77	1,63	1,61	29,8%
SE	Média	1,16	1,41	1,29	1,34	1,64	1,25	1,49	1,49	28,5%
	Mediana	1,19	1,46	1,37	1,38	1,26	1,13	1,60	1,23	3,0%
ANAHP	Média	1,47	1,71	1,72	1,61	1,84	1,40	1,67	1,53	4,0%
	Mediana	1,39	1,61	1,55	1,57	1,61	1,39	1,60	1,36	-2,1%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 15 – Taxa de Ocupação Hospitalar

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004*
CO	Média	59,3%	59,8%	71,5%	74,8%	68,4%	73,8%	66,0%	76,4%	17.17
	Mediana	57,3%	66,7%	72,1%	79,3%	68,1%	74,4%	61,5%	76,3%	18.98
NE	Média	72,6%	70,2%	64,4%	69,1%	73,8%	74,4%	74,8%	78,3%	5.74
	Mediana	69,8%	62,6%	66,1%	67,1%	74,6%	74,8%	77,1%	80,8%	10.99
S	Média	82,0%	75,0%	64,5%	68,8%	68,4%	71,4%	69,8%	70,9%	-11.08
	Mediana	79,2%	69,9%	62,4%	68,9%	66,8%	68,3%	68,8%	71,1%	-8.06
SE	Média	76,9%	73,1%	75,8%	74,6%	70,5%	77,9%	76,0%	77,5%	0.61
	Mediana	71,3%	72,4%	76,3%	77,0%	75,4%	78,0%	74,6%	80,1%	8.81
ANAHP	Média	74,6%	71,2%	71,9%	72,9%	70,6%	76,1%	74,1%	76,9%	2.27
	Mediana	69,8%	69,5%	71,9%	75,0%	73,7%	74,5%	73,3%	78,5%	8.66

*Em pontos percentuais.

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Tabela 16 – Taxa de Mortalidade

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2004*
CO	Média	2,7%	2,8%	2,7%	2,8%	2,6%	2,2%	3,1%	2,5%	-0.21
	Mediana	2,6%	2,7%	2,4%	2,5%	2,5%	2,2%	3,1%	2,2%	-0.41
NE	Média	2,5%	2,4%	2,6%	2,3%	1,9%	2,2%	2,4%	2,2%	-0.29
	Mediana	2,4%	2,5%	2,2%	2,2%	1,7%	1,6%	1,9%	1,7%	-0.66
S	Média	2,3%	2,1%	2,3%	2,2%	2,3%	2,0%	2,6%	2,6%	0.34
	Mediana	2,2%	2,0%	2,4%	2,2%	2,1%	1,9%	2,5%	2,8%	0.60
SE	Média	2,0%	1,9%	2,0%	2,0%	2,1%	8,9%	2,0%	2,2%	0.23
	Mediana	1,7%	1,7%	1,8%	1,9%	1,9%	2,1%	1,9%	2,1%	0.34
ANAHP	Média	2,2%	2,1%	2,2%	2,1%	2,2%	6,4%	2,3%	2,3%	0.10
	Mediana	1,9%	1,9%	2,2%	2,1%	1,9%	1,9%	1,9%	2,1%	0.16

*Em pontos percentuais.

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.



Gestão de Pessoas

Gestores se mostram mais preocupados com o capital humano.

Em 2011, houve aumento significativo das instituições interessadas no compartilhamento dos dados de gestão de pessoas.

Antes de iniciarmos as análises, é importante entender qual a lógica do processo de diagnóstico dos resultados dessa Seção. Os indicadores são de resultado e agregam diferentes variáveis, cujos dados não são disponíveis. Dessa forma, como não é possível identificar as variáveis que explicam um determinado resultado, a análise consistiu no apontamento de algumas hipóteses e condições que poderiam ter impactado aquele resultado. Essa foi a forma encontrada de apoiar o gestor na análise e reflexão crítica do dado à luz da realidade de cada hospital.

Um primeiro ponto de destaque é o aumento da participação dos hospitais no envio dos dados de Gestão de Pessoas, conforme mostra a Tabela 1. Esse aumento de participação pode ter como razões:

- » Maior preocupação por parte dos gestores em relação à Gestão do Capital Humano;
- » Maior interesse dos hospitais no compartilhamento e comparação dos dados de Gestão de Pessoas;
- » Maior confiabilidade nos resultados e análise dos dados de Gestão de Pessoas. Além disso, não há dúvida quanto à representatividade dos dados.

Tabela 1 – Número de Hospitais Participantes (por indicador)

Indicador	Participantes em 2010	Participantes em 2011	Varição
Quadro de Pessoal	33	40	21,2%
Estrutura de Enfermagem	28	34	21,4%
Rotatividade de Pessoal	27	34	25,9%
Absenteísmo	25	31	24,0%
Acidentes de Trabalho	22	28	27,3%

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Ainda que novos hospitais tenham se associado em 2011 e que o número médio de respondentes em cada indicador tenha sido de 33 instituições, o conjunto dos 40 hospitais que relataram seu quadro de pessoal soma 81.219 colaboradores, quadro 42% maior do que o relatado no ano de 2010.

Os indicadores apresentados a seguir procuraram cobrir os seguintes objetivos da Gestão do Capital Humano:

- » Identificação do perfil dos colaboradores: distribuição do quadro segundo a formação;
- » Gestão da produtividade de pessoal: relação de enfermeiros e auxiliares/técnicos por leito;
- » Desenvolvimento: horas de treinamento por colaborador;
- » Retenção: rotatividade de pessoal;
- » Saúde dos colaboradores: absenteísmo.

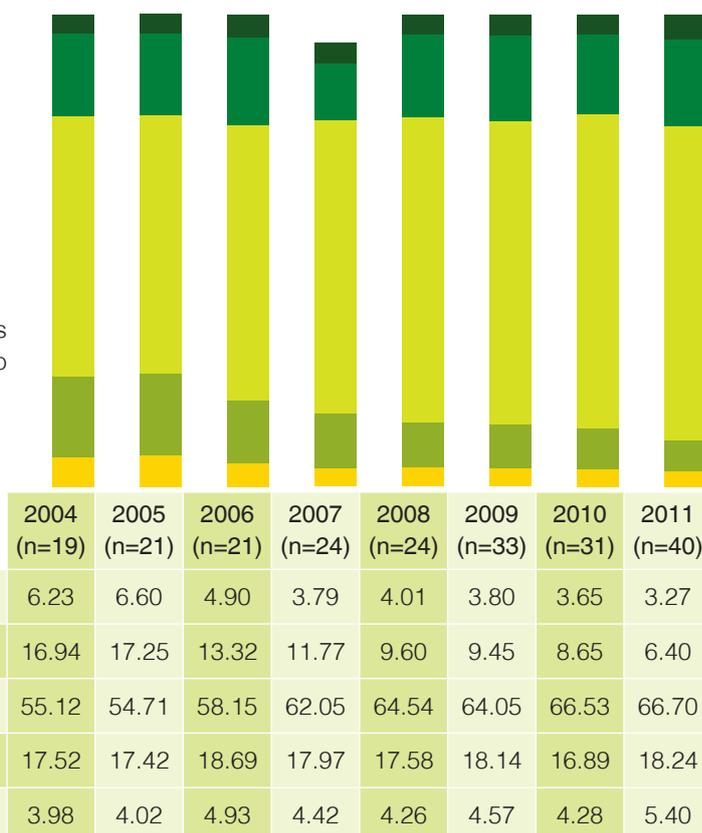
Perfil dos colaboradores

Os dados referentes à formação confirmam a tendência apontada no último Observatório ANAHP de maior profissionalização do seu quadro de colaboradores, evidenciada por:

- » Aumento significativo da proporção de profissionais com ensino médio completo, passando de 56% no triênio 2004/2006 para 65,7% no triênio 2009/2011;

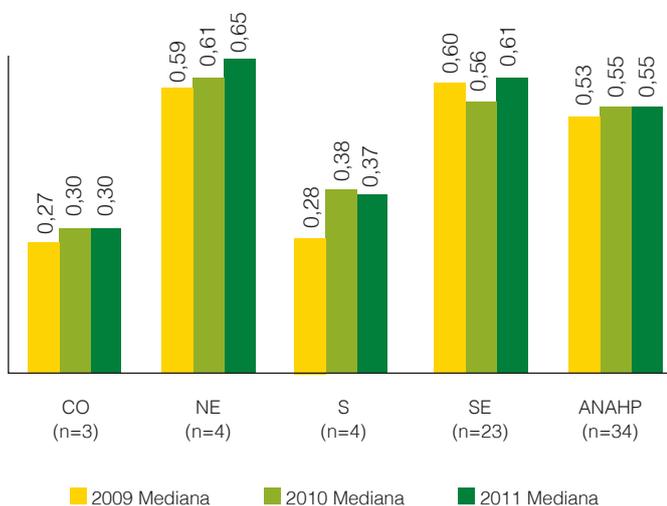
Gráfico 1 – Nível de Escolaridade dos Colaboradores

- » Queda significativa da proporção de colaboradores com ensino fundamental completo, que partiu de 15,84% no triênio 2004/2006 para 8,16% na média do último triênio;
- » Crescimento contínuo da proporção de pós-graduados, que passou de 4,31% no triênio 2004-2006 para 4,75% no triênio 2009/2011, chegando a 5,40% em 2011.



Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Gráfico 2 – Número de Enfermeiros (por leito segundo região)



Obs.: a amostra (n) corresponde à participação em 2011.

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Gráfico 3 – Número de Enfermeiros (por leito)

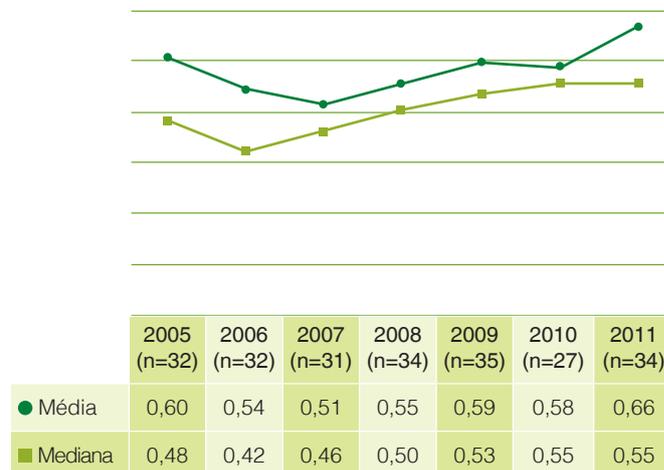
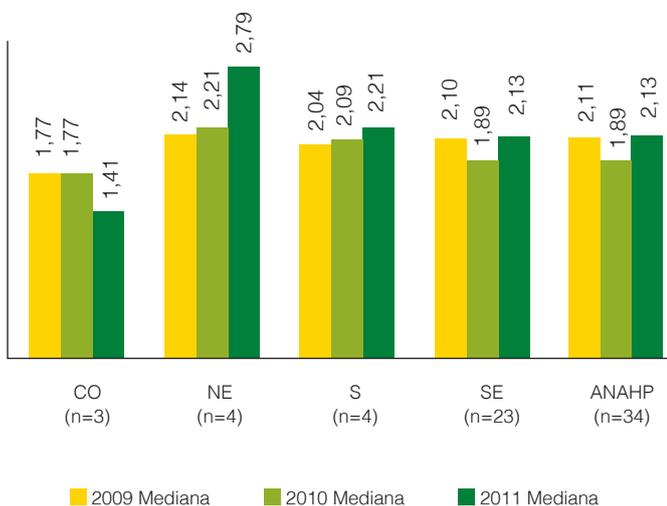


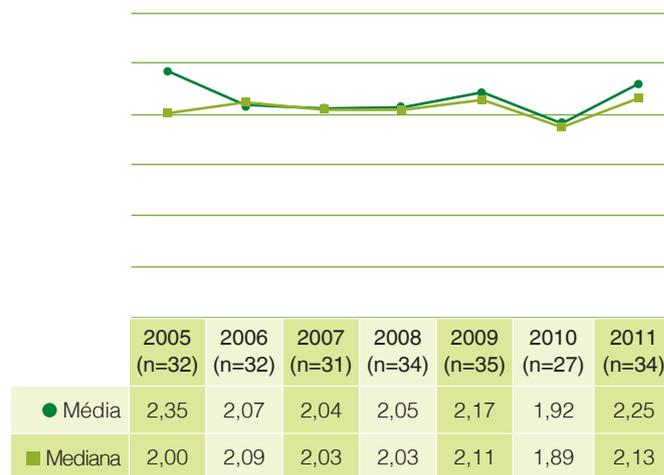
Gráfico 4 – Número de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (por leito segundo região)



Obs.: a amostra (n) corresponde à participação em 2011.

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Gráfico 5 – Número de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (por leito)



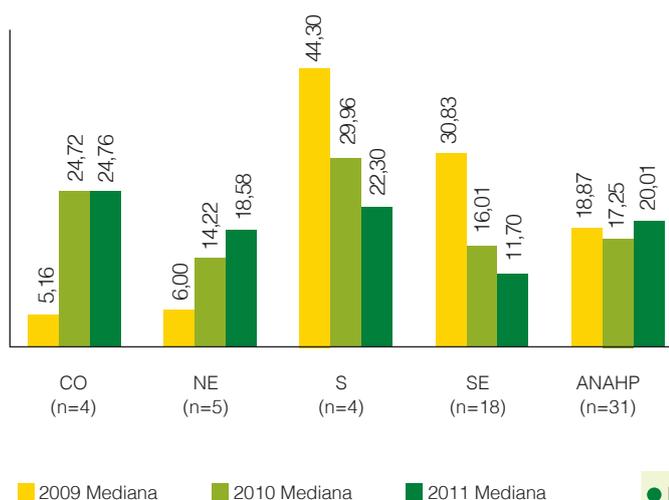
Produtividade de pessoal: estrutura de enfermagem

De modo geral é possível afirmar, pelos dados apresentados, que não tem havido contração do número de enfermeiros em relação à quantidade de leitos operacionais. Exceto na região Sul, que mostrou uma queda pequena (na segunda casa decimal), todas as outras regiões mostraram maior ou igual relação de Enfermeiros por Leito entre 2010 e 2011. A análise histórica dos dados consolidados, de todos os

hospitais, confirma essa tendência de aumento do quadro de enfermeiros, pelo menos a partir de 2007.

O mesmo já não ocorre entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, cuja proporção tem se mostrado estável ao longo dos anos, com pequeno aumento observado em 2011, de 1,89 para 2,13 profissionais por leito.

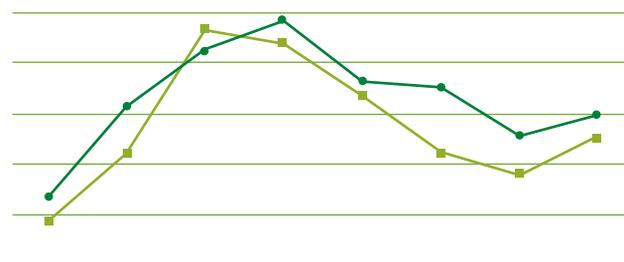
Gráfico 6 – Horas de Treinamento
(média por colaborador – segundo região)



Obs.: a amostra (n) corresponde à participação em 2011.

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Gráfico 7 – Horas de Treinamento
(média por colaborador)



	2004 (n=29)	2005 (n=31)	2006 (n=31)	2007 (n=29)	2008 (n=34)	2009 (n=32)	2010 (n=30)	2011 (n=31)
● Média	15,66	22,03	26,04	28,03	23,79	23,39	19,99	21,47
■ Mediana	14,00	18,76	27,38	26,43	22,79	18,87	17,25	20,01

Desenvolvimento: horas de treinamento por colaborador

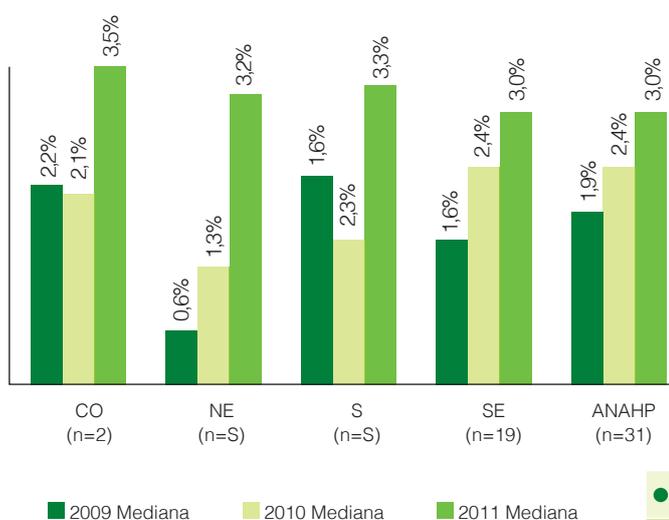
O indicador de Horas de Treinamento por colaborador permite a comparação entre todos os hospitais participantes, uma vez que considera o número de colaboradores em seu denominador. No entanto, entendemos necessária a separação entre as regiões por conta das variações no comportamento dos dados em cada região. Os dados regionais mostram três comportamentos distintos: tendência de crescimento no Nordeste, estabilidade nos hospitais do Centro-Oeste e tendência de queda no Sul e Sudeste. Interessante notar que o Sul, líder isolado em 2009, passou à 2ª posição com metade do volume de horas de dois anos antes; e o Sudeste passou de 2ª região com maior volume

de horas de treinamento para a região com menor volume, quase um terço do volume de 2009. Ambos os movimentos podem ser percebidos no gráfico com a evolução histórica do conjunto dos hospitais.

Importante sempre lembrar que o indicador mede o quantitativo de horas e não a qualidade ou a eficácia dos processos de capacitação. Nesse sentido, redução no volume de horas não é necessariamente pior, se o mesmo se dever, por exemplo, ao uso de melhores tecnologias pedagógicas ou mesmo de melhores ferramentas como o ensino à distância, que podem eventualmente alcançar melhores resultados de aprendizagem por meio de programas de menor duração.



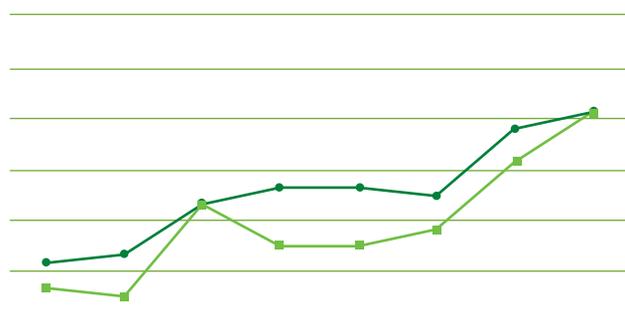
Gráfico 8 – Taxa Anual de Absenteísmo (segundo região)



Obs.: a amostra (n) corresponde à participação em 2011.

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

Gráfico 9 – Taxa de Absenteísmo



	2004 (n=31)	2005 (n=30)	2006 (n=29)	2007 (n=28)	2008 (n=30)	2009 (n=33)	2010 (n=25)	2011 (n=31)
● Média	1,2%	1,3%	1,9%	2,1%	2,1%	2,0%	2,8%	3,0%
■ Mediana	0,9%	0,8%	1,9%	1,4%	1,4%	1,5%	2,4%	3,0%

Saúde do colaborador: absenteísmo

A análise regional mostra que todas as regiões superaram a casa dos 3% de absenteísmo, o que significa que mais de 3% da força de trabalho contratada não está presente. Esse, sem dúvida, é um fenômeno preocupante, ainda mais se considerada a tendência histórica de aumento, quando analisado o conjunto dos hospitais. Cada hospital deve procurar identificar em que grau esse índice se relaciona com faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas (acima de 15 dias) e entender os motivos que podem estar contribuindo para mais ausências no trabalho. Algumas hipóteses explicativas podem ser:

- » Duplo vínculo de parte das equipes assistenciais, ocasionando sobrecarga de trabalho e maior suscetibilidade a doenças, faltas ou atrasos;
- » Menor comprometimento dos colaboradores, principalmente se o motivo predominante estiver associado a um comportamento mais frequente de faltas e atrasos;
- » Sobrecarga de trabalho das instituições e aumento do estresse, seja por conta de mudanças nos processos, excesso de volume de trabalho ou pressão por melhores resultados na qualidade da assistência, na satisfação dos clientes ou no desempenho financeiro.

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



Ajudando as
pessoas a viverem
vidas saudáveis

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

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

Na hora de escolher, escolha o melhor!



Gestão Assistencial

Incentivar, disseminar e apoiar o uso das melhores práticas nos hospitais associados com o objetivo de alcançar resultados assistenciais de excelência.

Em 2011, 91% dos hospitais associados enviaram as informações para o Projeto Melhores Práticas Assistenciais durante todo o ano.

O Projeto 'Melhores Práticas Assistenciais' (PMPA), implantado em 2003, vem se consolidando como uma base singular de indicadores clínicos para o mercado de saúde suplementar, tendo disseminado boas práticas assistenciais e apoiado a implantação de protocolos clínicos baseados em evidências científicas nos hospitais associados da ANAHP.

Os protocolos institucionais são revistos a cada três anos, incorporando as evidências científicas das diretrizes clínicas publicadas na literatura internacional e nacional. Cada hospital associado tem o seu próprio protocolo, com processos estabelecidos destinados à revisão pelas equipes assistenciais do fluxo de atendimento e das rotinas operacionais, com vistas a garantir o melhor caminho crítico para o atendimento. As principais recomendações no que tange aos padrões de assistência (Tempo Porta Eletrocardiograma, Porta-balão; Aspirina na Alta, entre outras) são homogêneas e os indicadores estão padronizados a partir de critérios válidos na literatura do Brasil e do exterior (referência). A escolha dos agravos para o conjunto dos hospitais leva em conta a relevância no perfil de morbimortalidade, recomendações (diretrizes clínicas) consagradas, além do impacto da adoção destas recomendações no resultado assistencial.

A partir de 2007, foi implantado o sistema de monitoramento de um conjunto de indicadores assistenciais agrupados nos critérios desempenho, qualidade e segurança e aqueles destinados a acompanhar os resultados dos protocolos clínicos selecionados

O projeto conta com a participação dos diretores técnicos e representantes das equipes técnicas assistenciais, por meio de reuniões bimestrais. O envolvimento e a contribuição das equipes técnicas dos hospitais associados são aspectos centrais que diferenciam e qualificam o trabalho do Projeto Melhores Práticas Assistenciais (PMPA). A eficácia deste modelo de atuação é evidenciada nos resultados, já 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 Projeto são coletados dados mensais dos indicadores, com devolutiva trimestral aos associados e definição de metas para o conjunto de hospitais. Anualmente também é solicitado que os hospitais enviem uma base com o universo de saídas hospitalares, o que serve de auditoria para os dados mensais e complementa a análise do perfil de morbidade e de mortalidade nos hospitais.

A base de informação é composta pelas saídas hospitalares de cada associado. Por meio destes dados é possível obter análises do perfil clínico e epidemiológico da demanda atendida, identificando tendências relacionadas aos padrões e complexidade das internações hospitalares.

Em 2012, foi possível analisar informações de 37 hospitais entre os 43 associados. Aproximadamente 85% do volume é composto pelas informações de hospitais que enviaram dados em todos os anos da série, o que valida algumas inferências em relação à tendências históricas.

Para subsidiar a análise e permitir comparações, é importante caracterizar a estrutura dos hospitais associados. A maioria (84%) possui estrutura de grande porte ou extra em relação à capacidade instalada e operacional de leitos. Utilizando-se como base a classificação estabelecida na portaria nº 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 enquadram-se no porte quatro – maior complexidade de estrutura assistencial, os outros 14% são enquadrados no porte três, de forma que não existem hospitais de baixa complexidade entre os associados. Hospitais com esta estrutura só devem ser comparados com hospitais de porte similar (porte três e quatro), uma vez que, na análise dos resultados, a maior complexidade de estrutura determina capacidade de atendimento a pacientes mais graves e, portanto, com maior risco de complicações.

Todos os hospitais possuem Pronto-Atendimento (PA) com grande volume e, em sua maioria, são hospitais gerais, voltados para atendimento de casos agudos, sendo que 26 possuem maternidade. A contribuição na assistência materno-infantil é significativa, pois a maioria atende a gestantes de alto risco e dispõe de unidades neonatais bem estruturadas e complexas, especializadas em atenção a recém-natos

pequenos para idade gestacional e portadores de patologias graves cirúrgicas.

A estrutura de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico é pujante. Os hospitais possuem tomógrafo computadorizado (92%), ressonância magnética (87%), serviços de hemodinâmica (85%), terapia renal substitutiva (82%), quimioterapia (74%) e radioterapia (36%). Em 61% dos hospitais existem unidades de hospital-dia com produção de 192.539 atendimentos em 2011. Cerca de 50% dos hospitais possuem ambulatórios próprios com aproximadamente 1,2 milhão atendimentos em 2011. A base dessas informações é um questionário enviado no início de cada ano para atualização de informações de estrutura geral, organização das informações assistenciais, estrutura de qualidade e segurança, organização do corpo clínico, ensino e pesquisa, além de ações de filantropia. Este ano 39 hospitais responderam ao questionário.

Gestão Assistencial – informações de bases de dados anuais

Em 2011, a ANAHP congregou 43 associados e recebeu bases de dados com o universo de saídas de 37 hospitais. Estas informações são utilizadas para auditar e consolidar as informações enviadas ao Projeto Melhores Práticas Assistenciais e fornecem dados estratégicos e detalhados sobre o perfil clínico, epidemiológico e comercial da demanda dos hospitais, além de auxiliar no planejamento e na definição de ações e metas no que tange a gestão assistencial de cada hospital e do conjunto.

No primeiro trimestre de 2012, a ANAHP passou a contar com mais dois hospitais associados, compondo o quadro de 45 prestadores.

Ao longo dos anos, a qualidade das informações dos hospitais associados registradas no sistema foi aprimorada, especialmente em relação aos diagnósticos. A proporção de ausência de registro de diagnósticos nos sistemas de informação dos hospitais passou de 9% em 2007 para 3% em 2011. No entanto, manteve-se entre 5% e 6% os diagnósticos não especificados incluídos no capítulo Sintomas e Afecções Mal Definidas. Em função desta observação e da piora observada em 2011, (6,5%) na comparação com 2010, foi elaborada uma recomendação a todos os dirigentes dos hospitais, com o intuito de reverter esta situação para que, em 2012, as taxas sejam reduzidas. Outro esforço conjunto consiste na ampliação do registro de diagnósticos secundários. A recuperação destas informações qualifica o tipo de paciente em relação às comorbidades e possibilita caracterizar o *mix* de pacientes atendidos nos hospitais. Investimentos em capacitação de recursos humanos habilitados para Serviços de Arquivo Médico, exclusão dos médicos do processo de codificação e ampliação de utilização dos dados clínicos na gestão podem modificar radicalmente este resultado. Desta forma, garante-se o patrimônio clínico das organizações e a maior segurança para cada paciente.

Os principais diagnósticos que motivaram as internações, excluindo as afecções mal definidas, foram, em ordem decrescente: Gravidez, Parto e Puerpério, Neoplasias (câncer), Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do



Aparelho Geniturinário, Doenças do Aparelho Digestivo, Fatores (motivos de procura que não são doença como procedimentos específicos: retirada e ajuste de órteses e próteses, quimioterapia e recém-nascidos normais), 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. Este grupo representou 85% da demanda atendida (Gráfico 1 / Tabela 1).

Para os cinco principais grupos de diagnósticos observa-se crescimento expressivo entre 2010 e 2011. Gravidez e Geniturinário aumentaram 16%; Neoplasias (Câncer) 15%; Circulatório, 14% e Digestivo, 9%. Estas variações demandam um cuidado mais especializado para pacientes com maior gravidade.

Tabela 1 – Distribuição Anual das Saídas Hospitalares Segundo Diagnóstico Principal (agrupado por capítulo da CID)

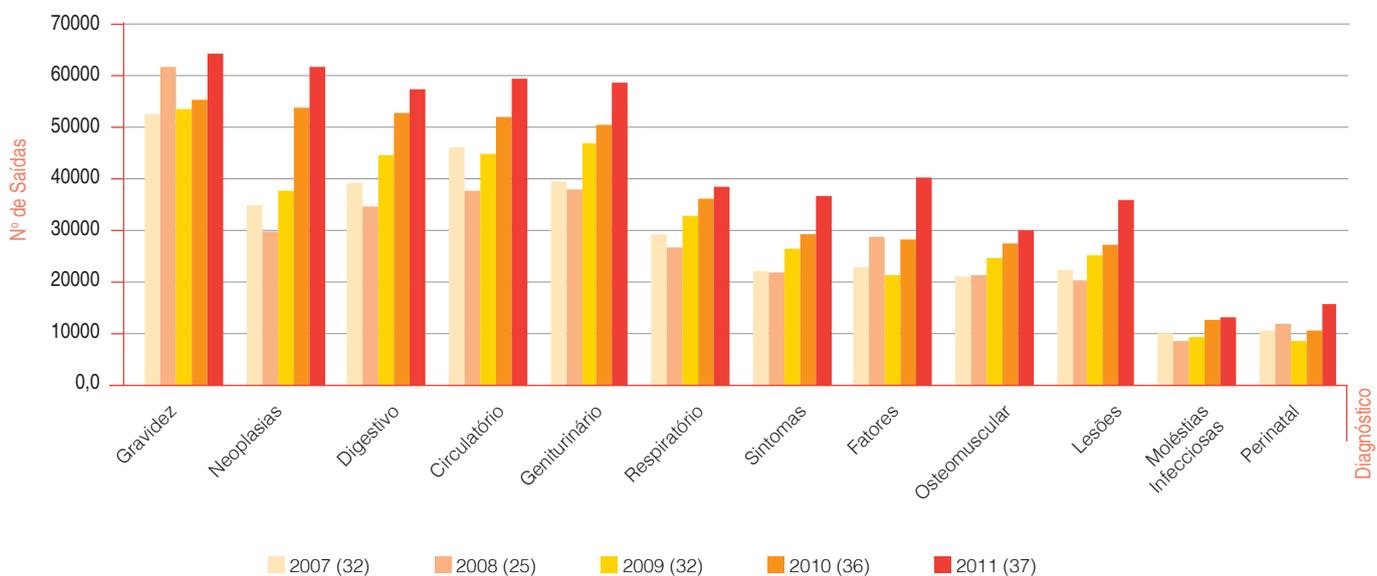
Capítulo CID	Ano										Variação 11/10
	2007 (32)		2008 (25)		2009 (32)		2010 (36)		2011 (37)		
	Total	%									
Gravidez	51.983	12,4	61.023	16,6	53.125	12,1	54.771	11,1	63.712	11,3	16,3
Neoplasias	34.718	8,3	29.648	8,1	37.361	8,5	53.256	10,8	61.071	10,8	14,7
Digestivo	38.959	9,3	34.317	9,3	44.317	10,1	52.336	10,6	56.778	10,1	8,5
Circulatório	45.644	10,9	37.402	10,2	44.525	10,2	51.534	10,4	58.853	10,4	14,2
Geniturinário	39.122	9,3	37.673	10,2	46.561	10,6	49.989	10,1	58.043	10,3	16,1
Respiratório	28.945	6,9	26.440	7,2	32.687	7,5	35.803	7,2	38.112	6,7	6,4
Sintomas	22.080	5,3	21.713	5,9	26.240	6,0	29.155	5,9	36.442	6,5	25,0
Fatores	22.809	5,4	28.461	7,7	21.261	4,9	28.073	5,7	39.960	7,1	42,3
Osteomuscular	20.884	5,0	21.299	5,8	24.450	5,6	27.315	5,5	29.910	5,3	9,5
Lesões	22.212	5,3	20.226	5,5	25.121	5,7	27.125	5,5	35.612	6,3	31,3
Moléstias Infecciosas	10.081	2,4	8.607	2,3	9.471	2,2	12.627	2,6	13.141	2,3	4,1
Perinatal	10.567	2,5	11.948	3,3	8.549	2,0	10.676	2,2	15.815	2,8	48,1
Endócrino	8.339	2,0	6.656	1,8	8.264	1,9	10.470	2,1	12.011	2,1	14,7
Sistema Nervoso	8.663	2,1	6.815	1,9	8.373	1,9	9.909	2,0	10.460	1,9	5,6
Pele	4.548	1,1	4.055	1,1	4.766	1,1	5.109	1,0	6.327	1,1	23,8
Congênitas	3.137	0,7	2.943	0,8	3.458	0,8	3.907	0,8	4.185	0,7	7,1
Olhos e anexos	3.656	0,9	2.978	0,8	2.943	0,7	2.689	0,5	3.490	0,6	29,8
Sangue	2.004	0,5	1.812	0,5	2.005	0,5	2.217	0,4	2.299	0,4	3,7
Ouvido	1.704	0,4	1.471	0,4	1.665	0,4	2.096	0,4	2.147	0,4	2,4
Mental	1.282	0,3	1.003	0,3	1.145	0,3	1.307	0,3	1.431	0,3	9,5
Sem informação	38.806	9,2	1.086	0,3	31.189	7,1	24.380	4,9	15.108	2,7	-38,0
Total	420.143	100,0	367.576	100,0	437.476	100,0	494.744	100,0	564.907	100,0	14,2

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

Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Observa-se crescimento da demanda em 14% entre 2011 e 2010. Entretanto, este aumento não é decorrente da inclusão de informações de novos associados. A maior parte dos hospitais (70%) cresceu entre 2011 e 2010, com variações de volume de atendimento da ordem de 2% a 25%, com mediana de 6,5% de crescimento.

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



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

É interessante analisar o movimento da maternidade nos hospitais ao se deter nas internações incluídas no capítulo Gravidez, Parto e Puerpério, em conjunto com o capítulo Doenças Perinatais. Chama a atenção o grupo Fatores, que inclui os recém-nascidos normais e outros procedimentos. Alguns hospitais têm sistemas de informação assistencial

que registram os prontuários separados para a mãe e para o bebê. Como algumas instituições modificaram a plataforma (software principal) de gerenciamento das informações nos últimos dois anos, isto pode ter contribuído para o aumento da proporção de menores de 1 (um) ano na série, que pode ter sido analisada de forma desarmônica.



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



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Como pode ser observado (gráfico 2), em 2011, o grupo na faixa de 30 a 44 anos foi o que apresentou maior volume de atendimento nos hospitais associados, seguido do grupo de 45 a 59 e de 60 a 74 anos. Em relação ao sexo, o predomínio do sexo feminino concentra-se na faixa reprodutiva (15 a 44 anos), entre 45 e 59 anos e acima dos 90 anos. Nos menores de 15 anos e na faixa dos 60 a 74 anos, observa-se preponderância do sexo masculino.

Na série histórica, observa-se crescimento da demanda de intensidade variável em todas as faixas etárias. Entre 2010 e 2011, o volume de atendimento entre os menores de 15 anos cresceu 19%; para o grupo de 60 a 74 anos variou em 16%; e, para os maiores de 74 anos, o crescimento foi de 14% (Gráfico 3). O envelhecimento da demanda atendida apresenta grande impacto no tempo de permanência e na pressão por leitos de retaguarda.

Gráfico 3 – Distribuição Anual das Saídas Hospitalares Segundo Faixa Etária

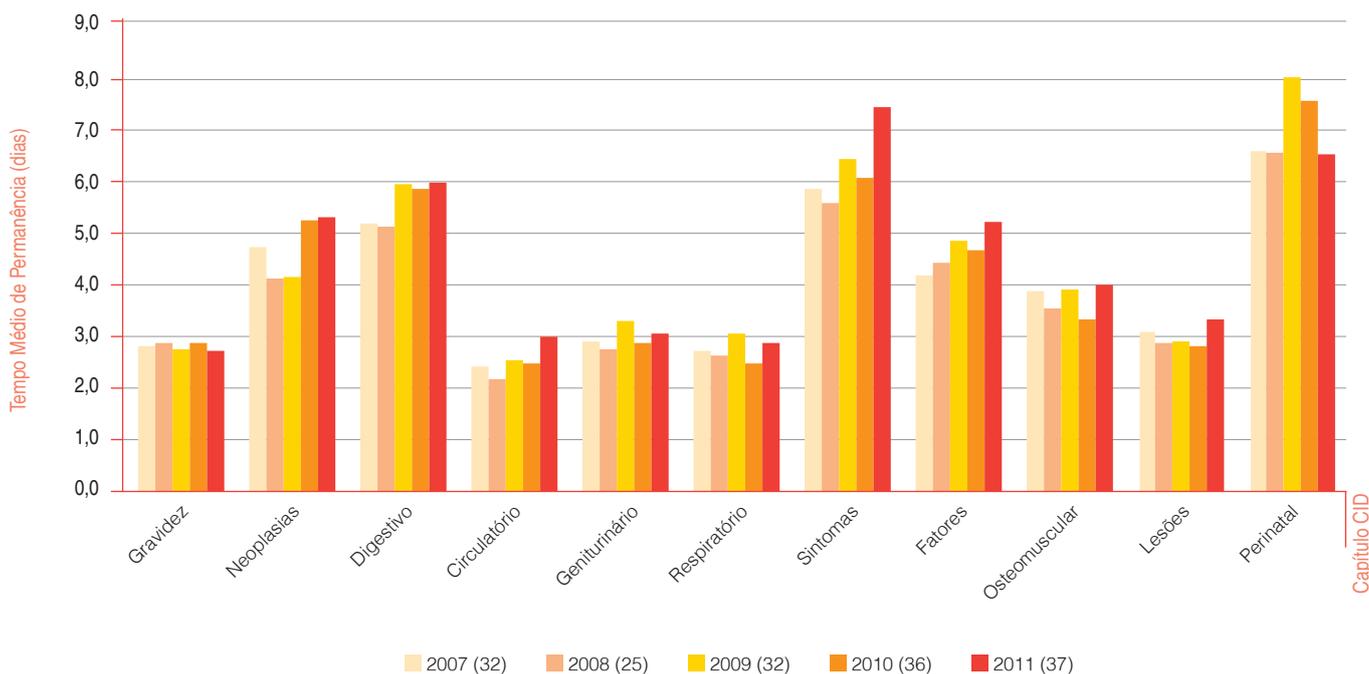


Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

No gráfico 4 é possível observar a distribuição do Tempo Médio de Permanência (em dias) segundo diagnóstico principal (capítulo da CID 10ª revisão) para os últimos cinco anos da série. O Tempo Médio de Permanência passou de 4,2 dias em 2010 para 4,5 dias em 2011, enquanto o Tempo de Permanência para gravidez e doenças perinatais diminuiu, apresentando em 2011, 2,8 dias no conjunto dos hospitais. As Doenças do Aparelho Geniturinário, Respiratório, Osteomuscular e Lesões aumentaram o Tempo de Permanência.

Na análise do impacto do Tempo de Permanência Geral do hospital, em especial para a população acima de 45 anos, as Doenças do Aparelho Respiratório e as Doenças do Aparelho Circulatório têm a maior contribuição. A gestão da assistência com o manejo apurado de protocolos clínicos institucionais tem papel determinante para aprimorar a gestão do leito e garantir melhores resultados assistenciais. Quanto maior o Tempo de Permanência, menor a rotatividade dos leitos e maior o custo para o sistema de saúde. Desta 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.

Gráfico 4 - Distribuição Anual do Tempo Médio de Permanência Segundo Diagnóstico Principal (capítulo da CID 10ª revisão)



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

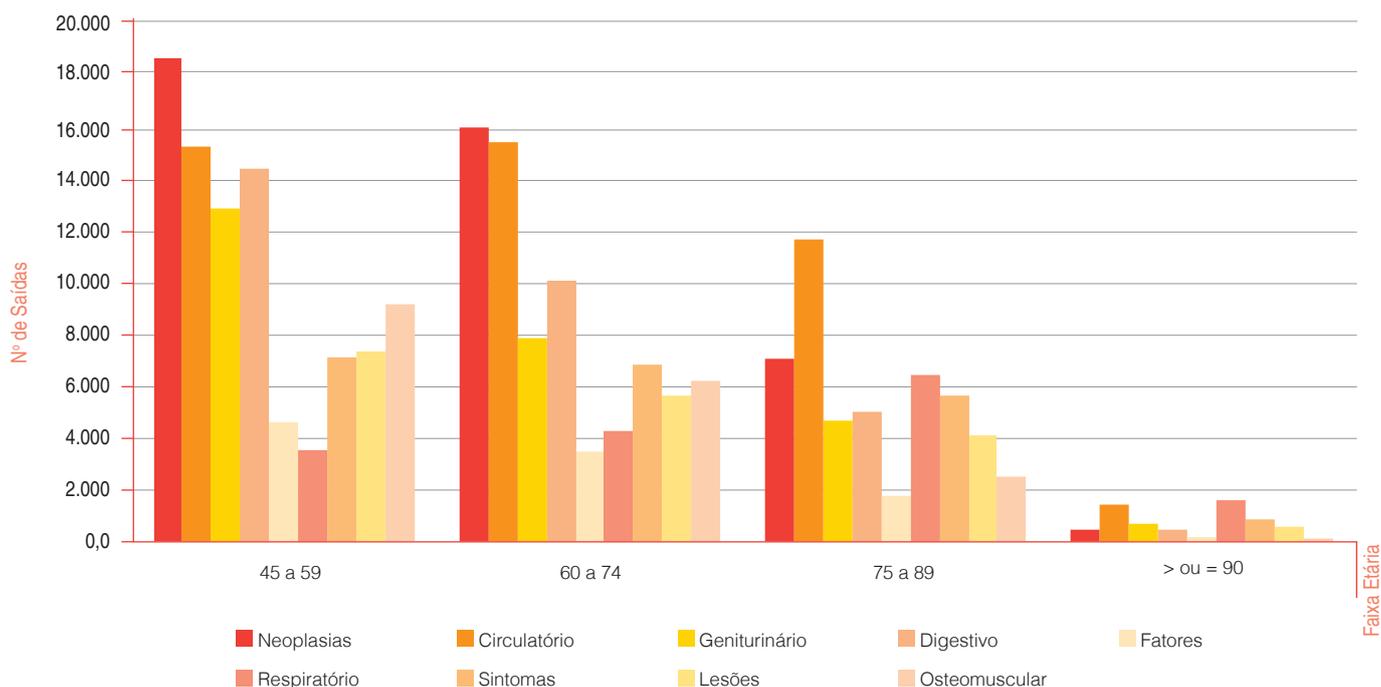
Os grupos de diagnóstico com Tempo de Permanência acima de quatro dias são os das Neoplasias (Câncer), das Doenças do Aparelho Circulatório, das Doenças do Aparelho Respiratório das Afecções Perinatais e dos Diagnósticos Não Especificados (Sintomas). O volume de atendimentos destas patologias predomina nos grupos etários acima dos 44 anos.

Observa-se a distribuição da frequência de atendimento segundo diagnóstico para as faixas etárias acima de 44 anos

(Gráfico 5). As Neoplasias, as Doenças do Aparelho Circulatório e as Doenças do Aparelho Geniturinário predominam nos pacientes com 45 a 59 anos e de 60 a 74 anos. Acima deste grupo, cresce o peso das Doenças do Aparelho Respiratório. As Doenças do Aparelho Circulatório são os principais motivos de internação na faixa de 75 a 89 anos, sendo as Doenças Isquêmicas do Coração, a Insuficiência Cardíaca Congestiva e as Doenças Cerebrovasculares as principais patologias que acometem este grupo.



Gráfico 5 – Distribuição das Saídas Hospitalares Segundo Faixa Etária Acima de 44 anos e Diagnóstico Principal (2011)



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

No gráfico 6 é possível identificar a variação do Tempo de Permanência segundo faixa etária e diagnóstico. A permanência está diretamente relacionada com as faixas etárias maiores.

As Doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório exigem maior tempo de permanência, chegando a 4 e 6 dias respectivamente, na faixa de 45 a 59 anos, mas é na população atendida com 60 ou mais que o Tempo de Permanência cresce de forma significativa (Gráfico 6).

A medida em que o grupo é mais idoso, o tempo de permanência é maior (Gráfico 7). Com exceção dos casos de Doenças

Osteomusculares para o grupo acima de 90 anos, o tempo médio de permanência ficou acima de dez dias em 2011 para todos os outros principais diagnósticos, com grande destaque para Doenças do Aparelho Respiratório e Moléstias Infeciosas. O monitoramento dos casos com idade mais avançada é essencial para que os cuidados paliativos e a retaguarda para acompanhamento domiciliar possam ser implantados com maior qualidade, melhorando os resultados para os pacientes e otimizando a utilização de leitos para doentes agudos.

Gráfico 6 – Distribuição do Tempo Médio de Permanência Segundo Principais Diagnósticos e Faixas Etárias Selecionadas (2011)

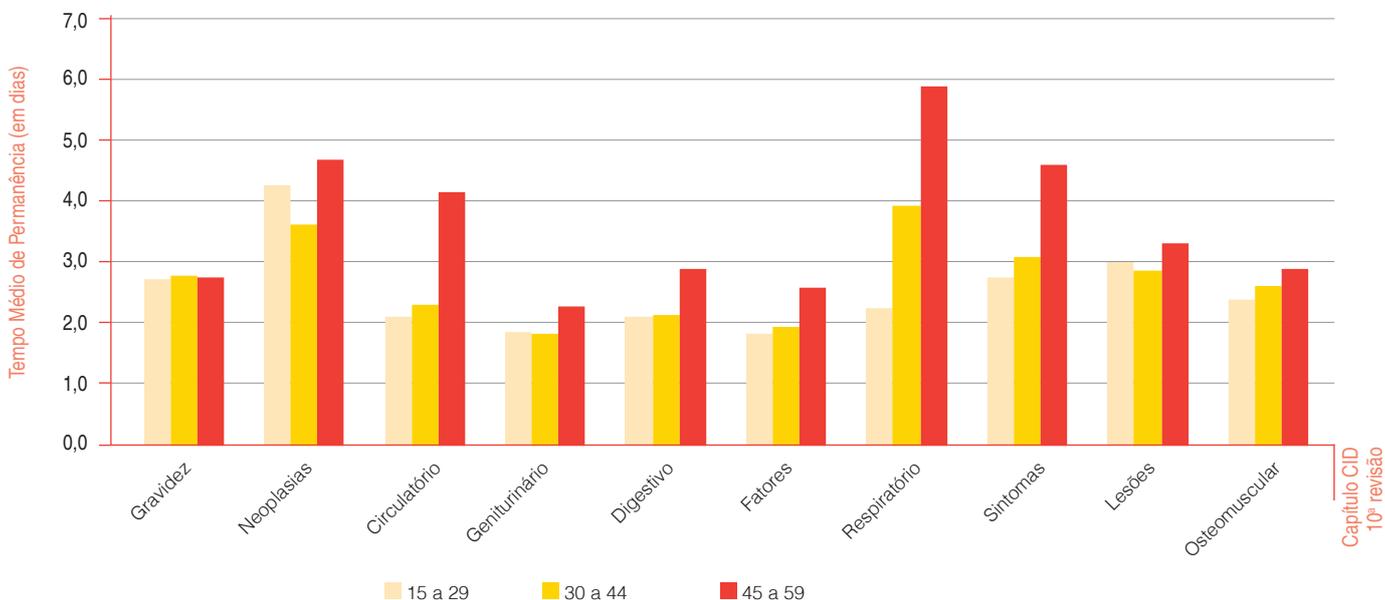
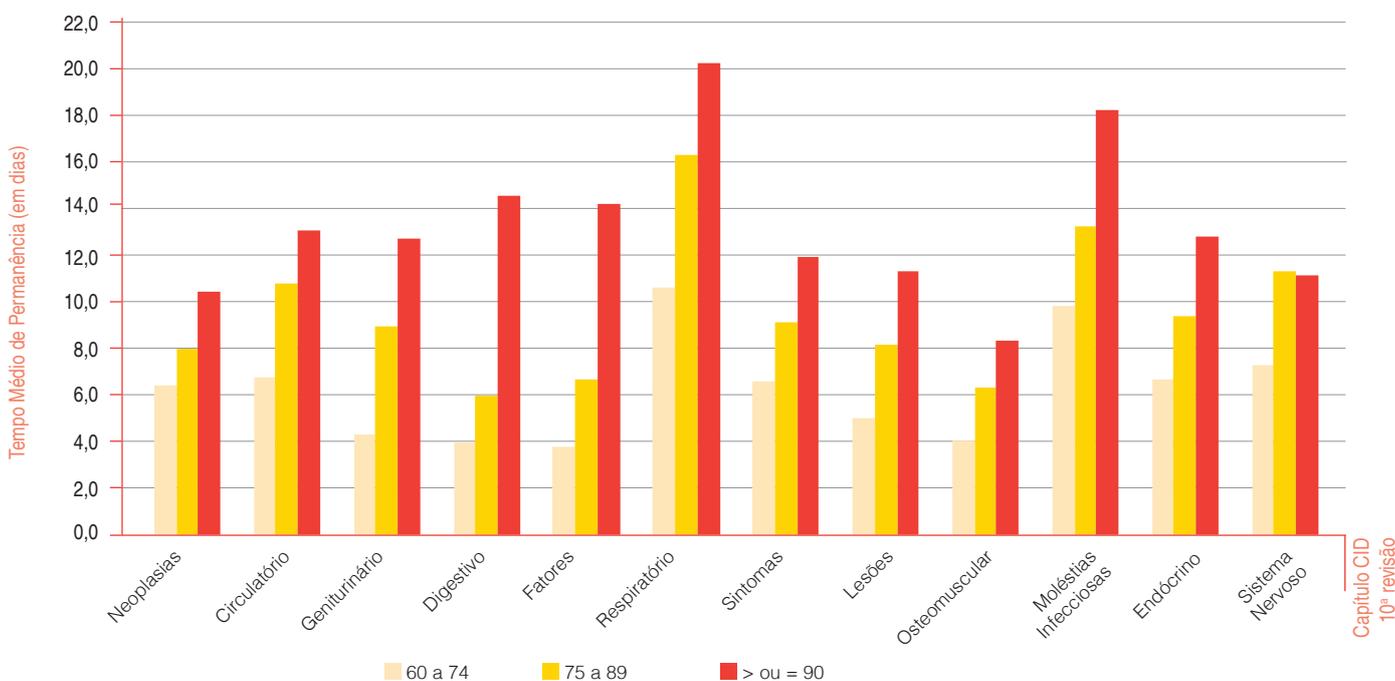


Gráfico 7 – Distribuição do Tempo Médio de Permanência Segundo Principais Capítulos e Faixa Etária Selecionada (2011)



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Os hospitais associados atendem a pacientes vinculados a vários tipos de fontes pagadoras. Na série histórica (Gráficos 8 e 8a) estão apresentados os volumes de atendimento segundo as principais fontes pagadoras, sendo no primeiro

grupo as mais frequentes e no segundo gráfico aquelas com menor frequência. As seguradoras predominam na série estudada, seguidas pelas empresas da modalidade Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Autogestão.



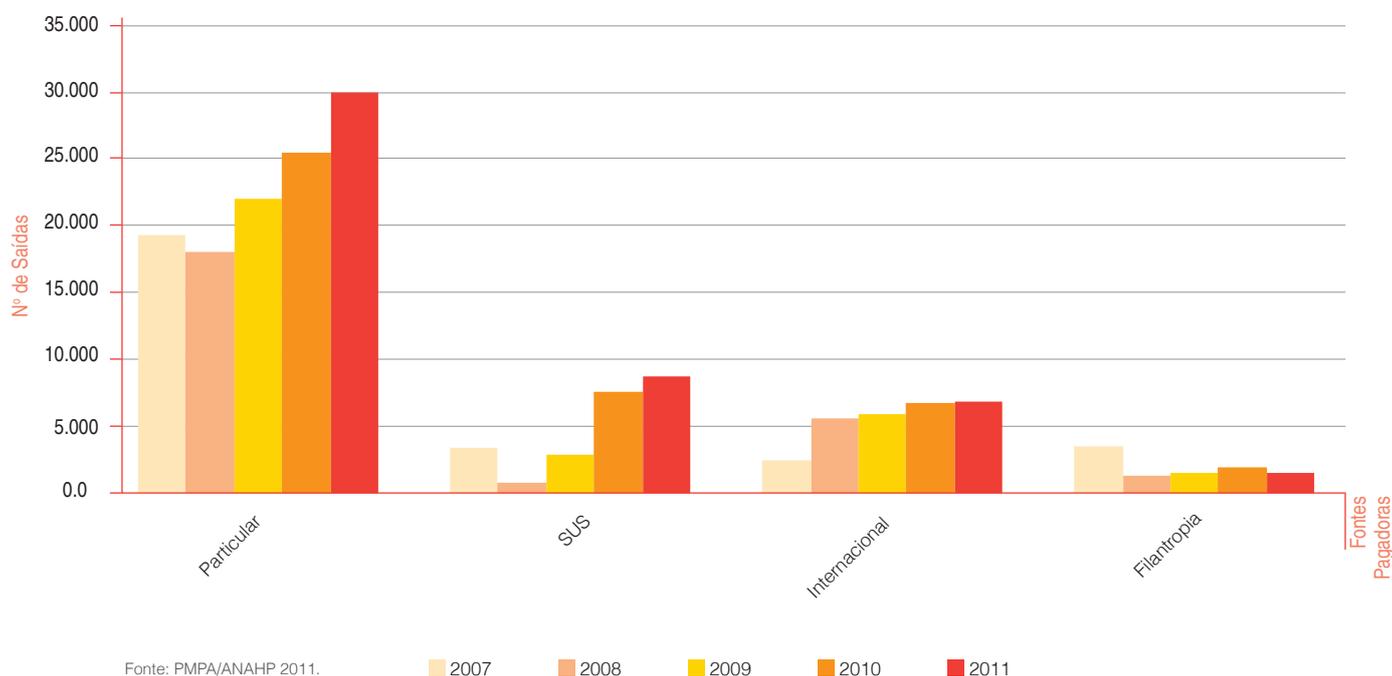
O pagamento particular, que pode ou não ter reembolso, o atendimento a programas para atenção a pacientes usuários exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) e o grupo de pacientes de planos internacionais cresceram nos últimos três anos.

Gráfico 8 – Distribuição Anual das Principais Fontes Pagadoras



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Gráfico 8a – Distribuição das Saídas Segundo Fontes Pagadoras de Menor Frequência



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Gestão Assistencial – análise dos dados mensais

A coleta, a consolidação e a análise dos dados e indicadores selecionados tiveram início em janeiro de 2007. Os indicadores monitorados procuram fornecer subsídios e incentivos às boas práticas e maior segurança na assistência clínica. A escolha dos dados e indicadores reflete pontos-chave da assistência, assentados em critérios clínicos consagrados na literatura e extraídos das diretrizes que servem de referência para os protocolos implantados.

A avaliação da assistência dispensada por meio de indicadores busca evidenciar a qualidade dos processos e, principalmente, demonstrar os resultados do trabalho de gestão da prática clínica nos hospitais da ANAHP. Representam ainda iniciativa pioneira na transparência das informações no setor privado de saúde.

Em 2011 foram recebidos dados e indicadores de 39 hospitais, correspondendo a 91% dos associados. Os indicadores relacionados ao desempenho assistencial permitem a avaliação de dimensões importantes na governança clínica em: 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, mantendo-se em 2011 próximo a 80% (Tabela 2 / Gráfico 9).

Os hospitais possuem quantidade significativa de leitos de terapia intensiva para adultos (incluindo as UTIs coronarianas), pediátricos e neonatais. De acordo com os

Indicadores de desempenho assistencial

- » Taxa de Ocupação Operacional (pacientes-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).

dados enviados por 39 hospitais ao longo do ano de 2011 há 1.359 leitos de UTI adulto e 446 leitos de UTI neonatal.

Os leitos pediátricos não são monitorados rotineiramente. No levantamento anual, 64% dos hospitais possuem serviços de pediatria, com um total de 191 leitos de terapia intensiva para crianças.

Gráfico 9 – Distribuição Mensal da Taxa de Ocupação e Tendência Linear

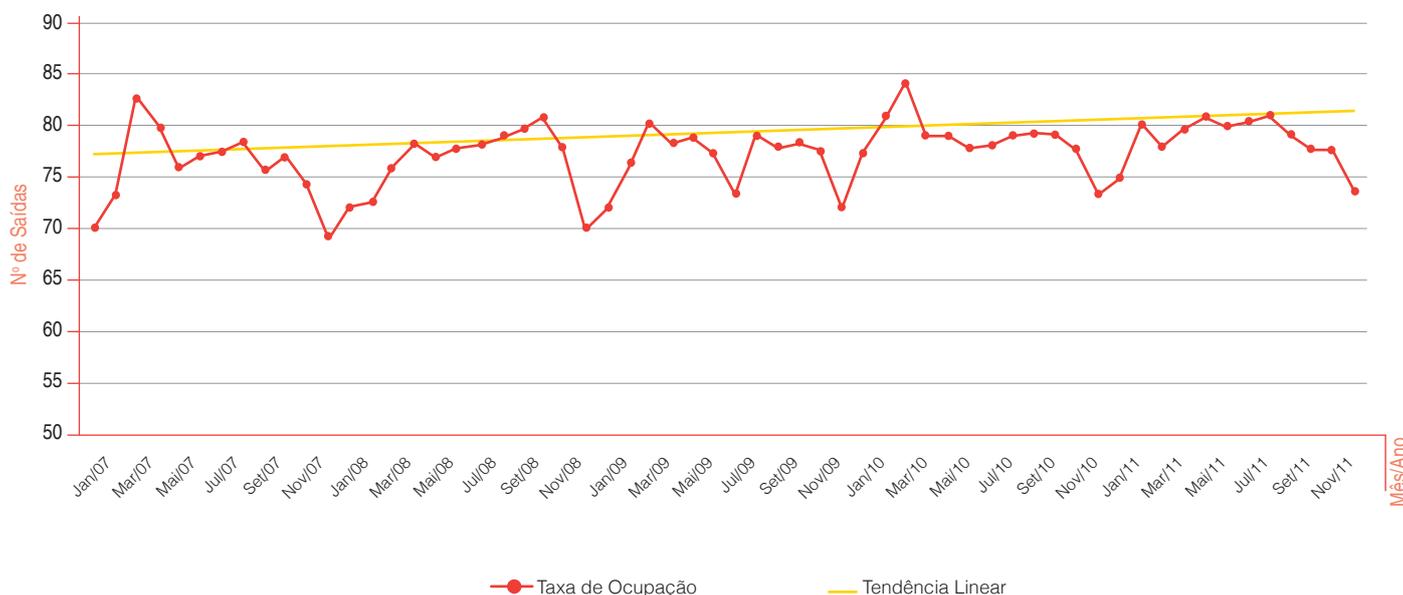
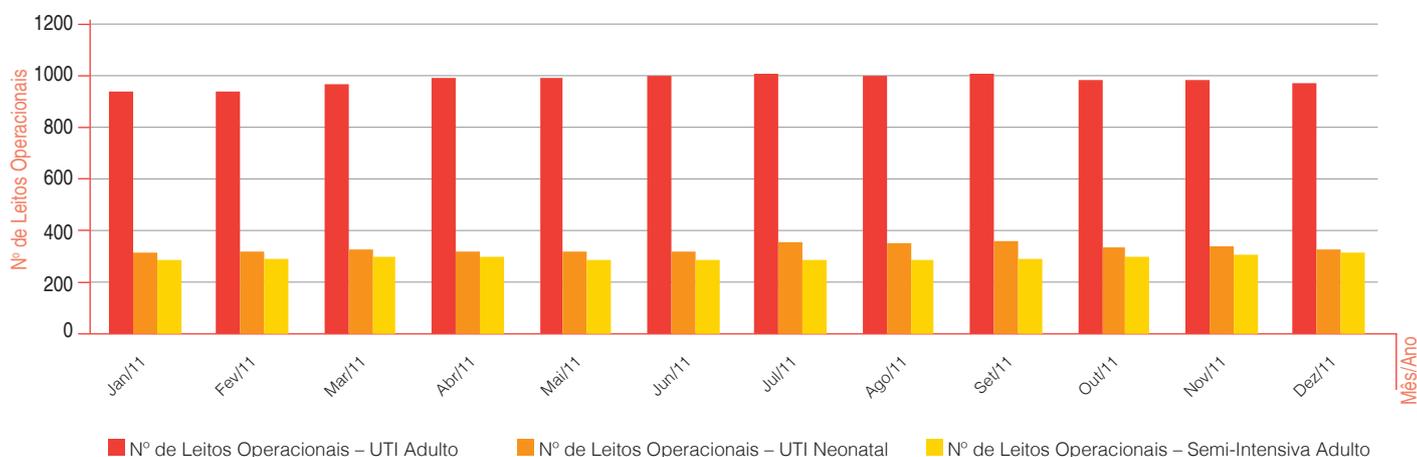
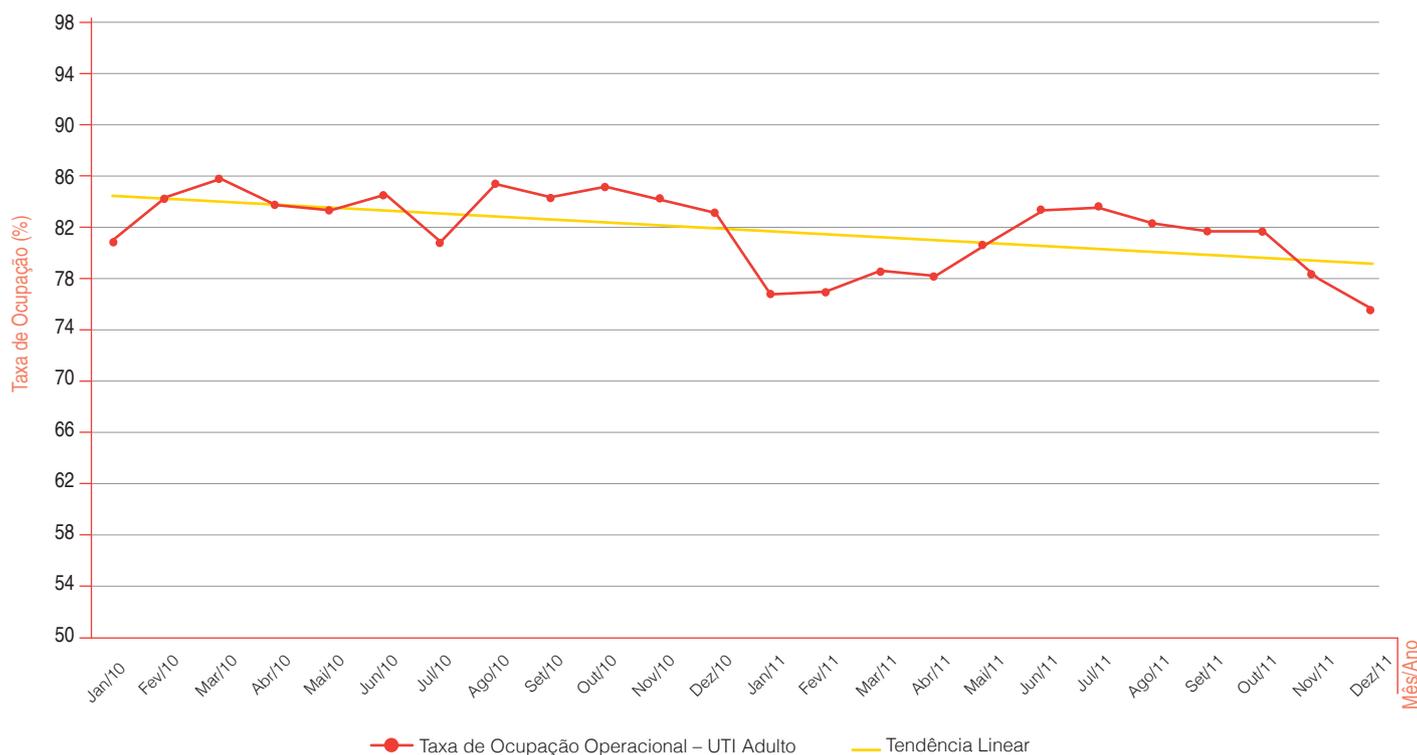


Gráfico 10 – Distribuição Mensal do Número de Leitos Operacionais – Semi-Intensiva, UTI Adulto e Neonatal

Em 2011, nove hospitais informaram dados e indicadores sobre leitos de semi-intensiva. O número de leitos críticos (leitos de terapia intensiva) monitorados segundo 'tipo' está apresentado no gráfico 10.

A proporção entre leitos de terapia intensiva e o total de leitos do hospital vem crescendo desde 2007. Em 2011, a soma dos leitos críticos e semicríticos no conjunto de hospitais informantes (39) foi de 2.311 leitos, que correspondem a 22% do total de leitos instalados. A maior contribuição (59%) é de leitos de terapia intensiva para adultos. Em alguns

hospitais esta proporção chega a 30% do total de leitos. Observa-se, de um lado, a tendência de crescimento 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. Esse modelo de organização assistencial tem se ampliado com evidências de impacto na melhor utilização do leito crítico e na diminuição do tempo de permanência dos pacientes mais graves e que exigem maior complexidade e intensidade de cuidado clínico.

Gráfico 11 – Distribuição Mensal da Taxa de Ocupação – UTI Adulto

Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

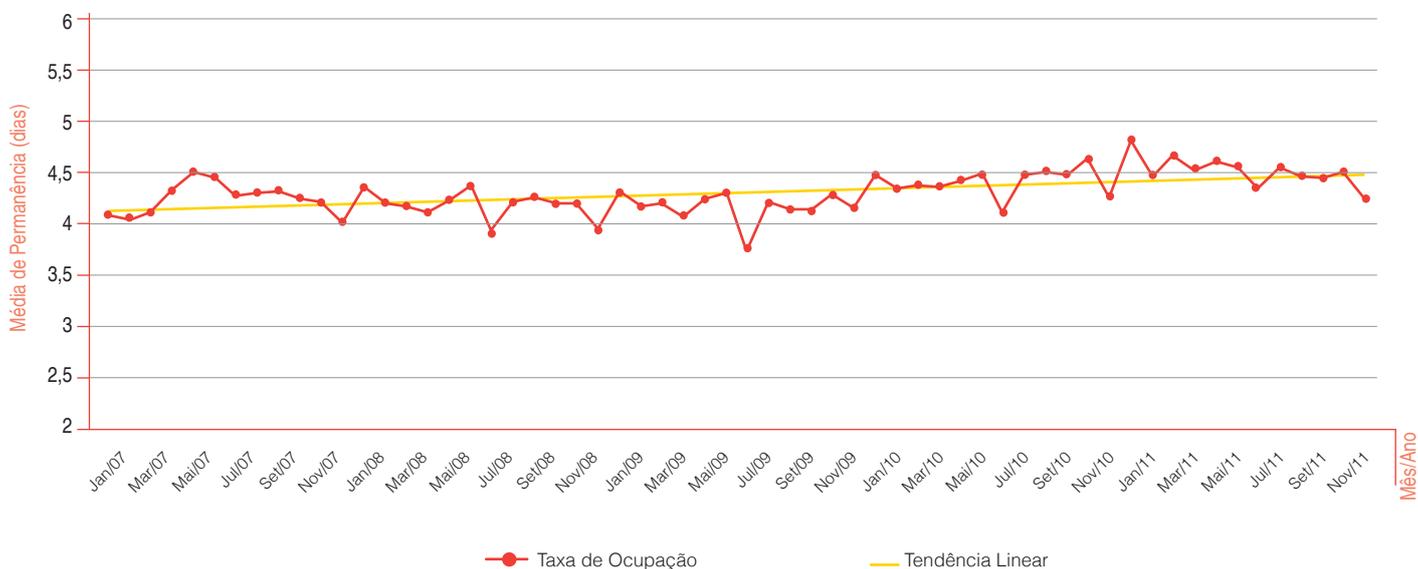
Gráfico 12 – Distribuição Mensal da Taxa de Ocupação – Semi-Intensiva



A partir de 2011, a ANAHP começou a acompanhar, nas unidades de terapia intensiva de adultos, as Razões de Mortalidade Observada sobre Esperada pelos escores de gravidade (em geral APACHE e em menor número também SAPS). Na tabela 2, este índice esteve abaixo de 1 durante todo o ano, com média de 0,63. Isto é uma evidência da qualidade do cuidado ofertado nestes leitos críticos. Um aspecto que deve ser analisado e monitorado com cuidado são as taxas de ocupação das Unidades de Terapia

Intensiva (adultos), uma vez que taxas acima de 85% estão relacionadas com aumento do número de eventos adversos e menor segurança para pacientes e profissionais. As Taxas de Ocupação das Unidades Críticas e Semicríticas para Adultos têm se mantido entre 78% e 86% (Gráficos 11 e 12). A média de permanência (Gráfico 13) cresceu 0,3 ponto percentual, relacionada ao envelhecimento da demanda, ao incremento dos pacientes (crônicos) residentes (Gráfico 14) e decorrente da maior gravidade da população atendida.

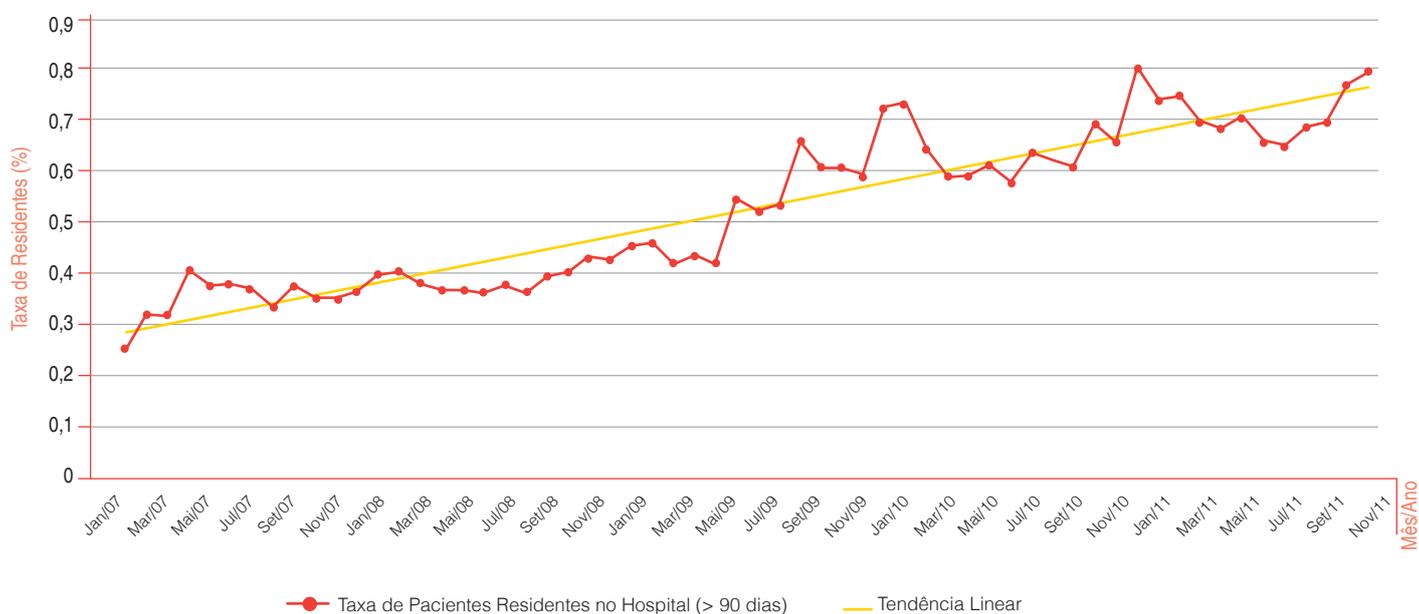
Gráfico 13 – Distribuição Mensal da Média de Permanência e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.



Gráfico 14 – Distribuição Mensal da Taxa de Pacientes Residentes no Hospital (> 90 dias) e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Quando se analisa a Média de Permanência e o Índice de Giro (Gráfico 15), o aumento do primeiro indicador determina diminuição do Índice de Giro dos leitos. O aumento só não foi maior porque o Intervalo de Substituição (tempo que o leito fica desocupado) foi reduzido (Gráfico 16) em virtude dos investimentos dos hospitais na organização e monitoramento dos leitos, por meio de times e do envolvimento das equipes clínicas em dar alta antes das 10 horas da manhã.

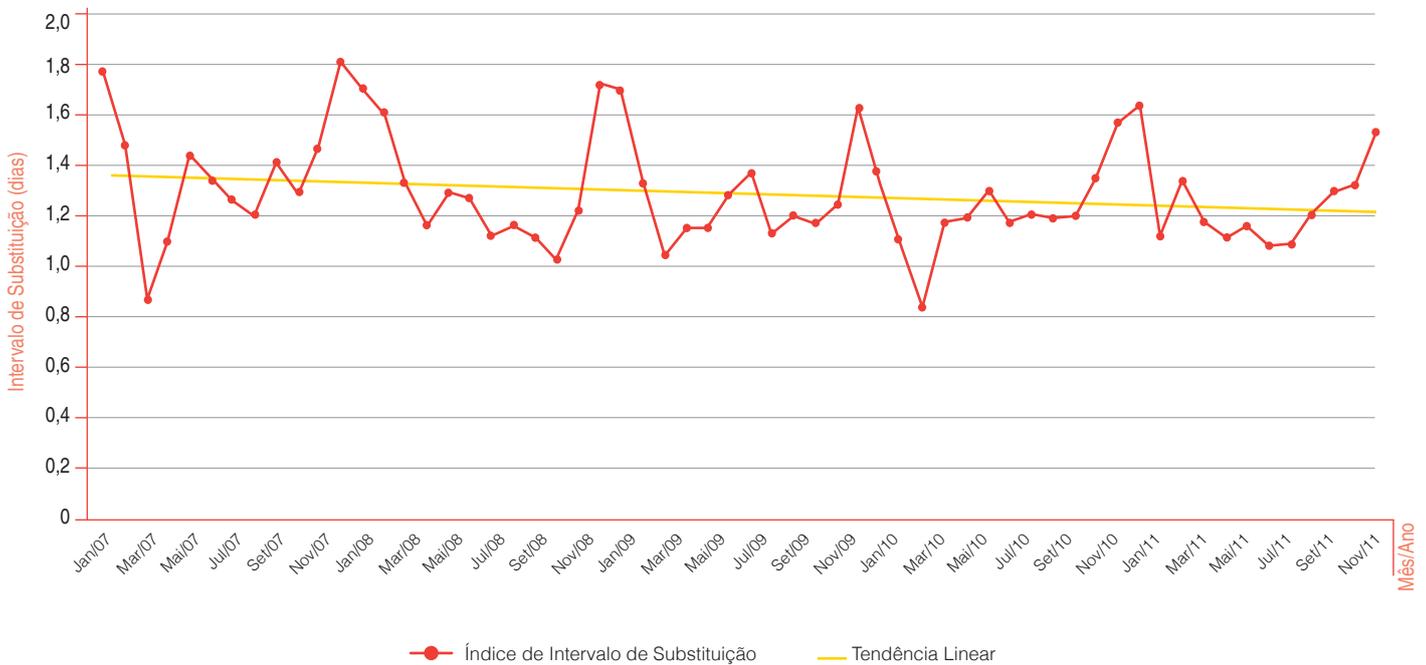
A atividade predominante (68%) dos hospitais é a realização de procedimentos cirúrgicos. Em 2011, observa-se crescimento do volume de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos da ordem de 17% na comparação com 2010. O número de cirurgias por paciente é uma indicação do *mix* de cirurgias, onde a maior proporção de cirurgias por paciente evidencia a parcela mais significativa de cirurgias plásticas, cirurgias infantis e de aparelho digestivo menos complexas, que também

Gráfico 15 – Distribuição Mensal do Índice de Giro e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Gráfico 16 – Distribuição Mensal do Índice de Intervalo de Substituição e Tendência Linear

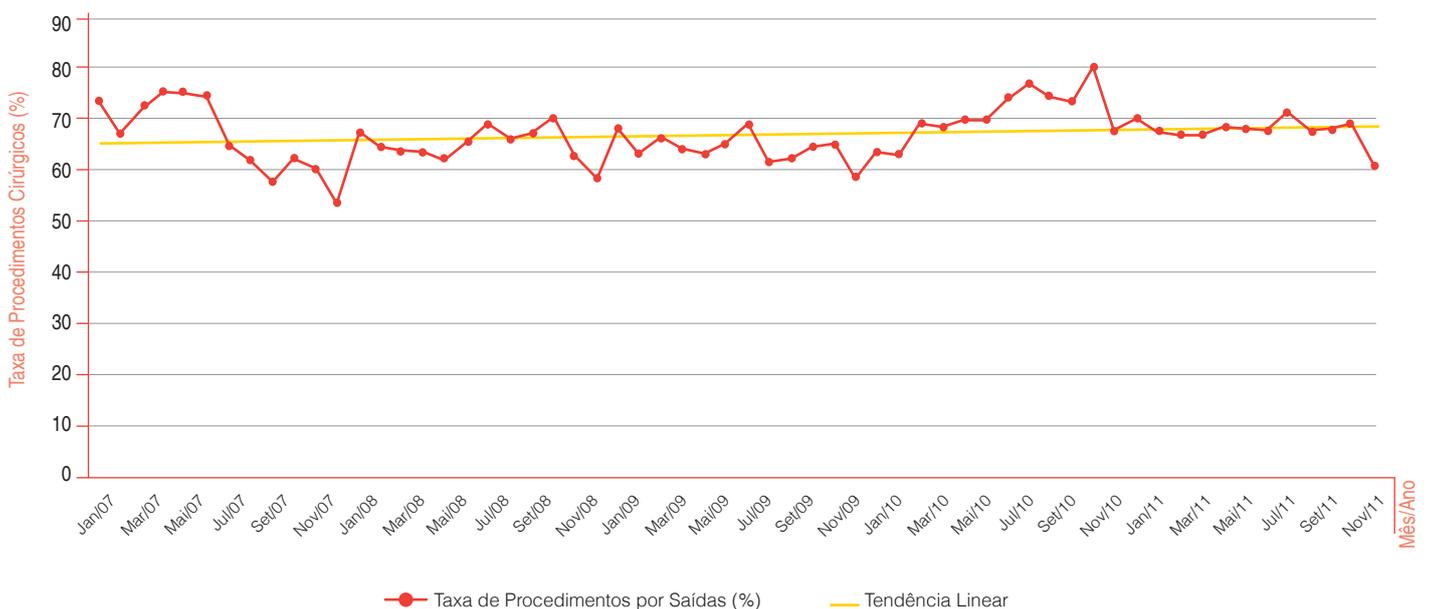


criaram, indicando aumento de procedimentos de média e baixa complexidade. Este índice esteve na média de 1,32 e aumentou 5% em relação a 2010 (Tabela 2 e 2a – Gráfico 17).

Em 2011, a taxa de mortalidade operatória aumentou principalmente decorrente de um pico em junho de 2011 em 0,39% (Gráfico 18 – Tabela 2a). Esta taxa está relacionada a

complexidade do procedimento e, principalmente, ao risco anestésico. Apesar de ainda não se dispor de informações sobre Risco Anestésico, dados indiretos demonstram aumento da mediana da idade e das comorbidades prevalentes, o que implica maior risco nos procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Observa-se na tendência linear um discreto aumento das taxas de mortalidade operatória.

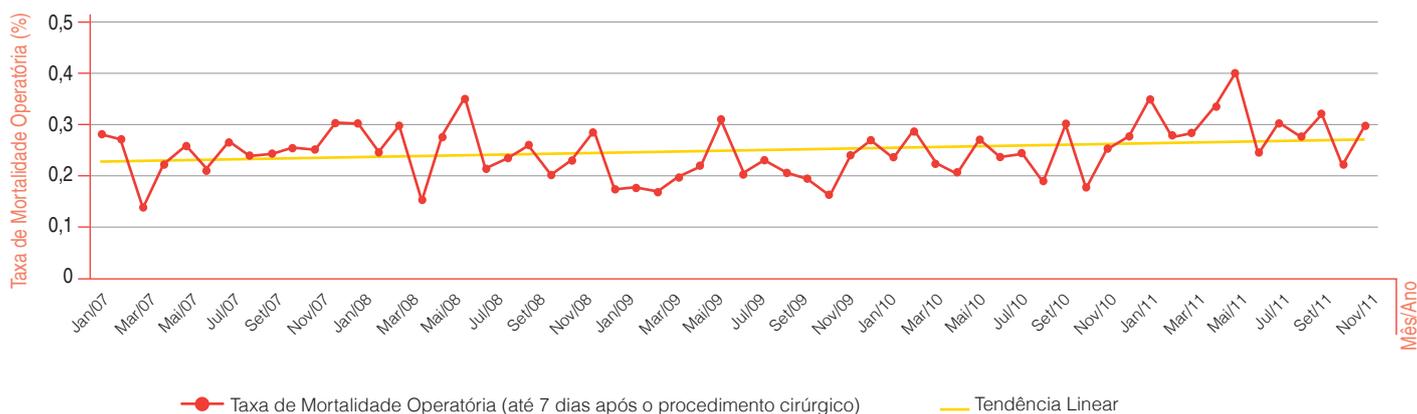
Gráfico 17 – Distribuição Mensal da Taxa de Procedimentos Cirúrgicos e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.



Gráfico 18 – Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade Operatória e Tendência Linear

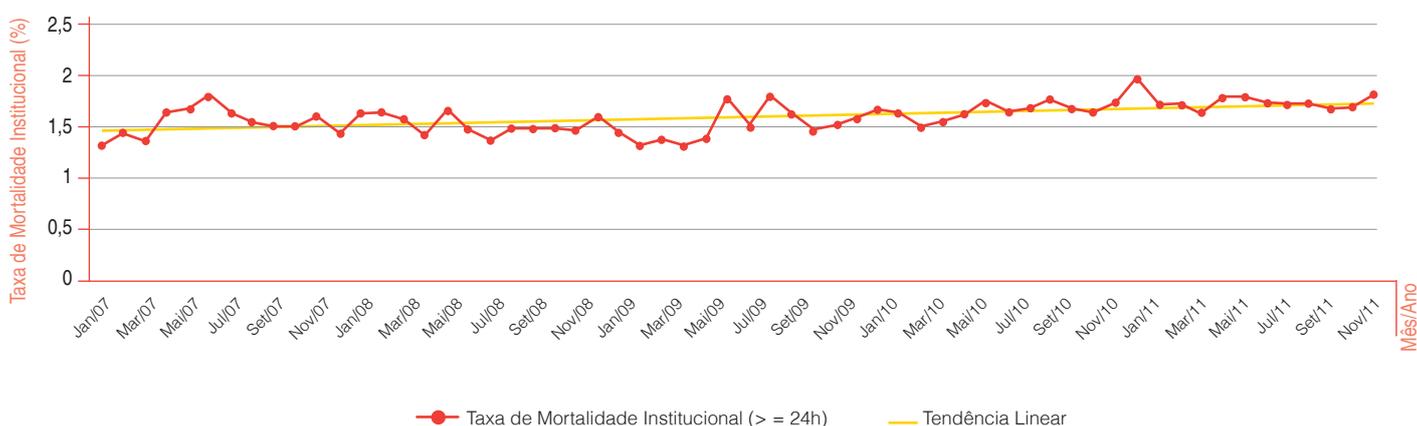


Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

A Taxa de Mortalidade Institucional é outro indicador relacionado a resultados que, para ser utilizado como comparativo, precisa ser ajustado pela gravidade dos pacientes e complexidade dos serviços. Quanto maior a complexidade da estrutura hospitalar, maior o número de pacientes graves atendidos e com maior risco de vida. A longevidade e o crescimento de atendimentos de pacientes oncológicos em todos os hospitais são indicação de maior gravidade e complexidade da demanda. A taxa apresenta tendência de aumento, atingindo uma média de 1,8%. A

menor variabilidade pode indicar melhor gestão e controle dos processos assistenciais. O aumento da mediana de idade e da prevalência de comorbidades contribuiu para este crescimento. Quando se comparam os valores das Taxas de Mortalidade Institucional com dados do sistema de monitoramento coordenado pelo Comitê de Qualidade Hospitalar (CQH) da Associação Paulista de Medicina, publicados nos Indicadores PROHASA nº 63, as taxas dos hospitais da ANAHP são menores do que a mediana de 2,6% apontada pelo CQH.

Gráfico 19 – Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade Institucional e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Bionexo



Acesse: www.bionexo.com.br

[f facebook.com/bionexo](https://www.facebook.com/bionexo) [t twitter.com/bionexo](https://twitter.com/bionexo) [y youtube.com/trabalhbionexo](https://www.youtube.com/trabalhbionexo)

bionexo

Transparência é nossa maior tecnologia.

Tabela 2 – Dados e Indicadores de Desempenho e Qualidade Assistencial

Dados Operacionais e Assistenciais	2007	2008	2009	2010				
					Jan	Fev	Mar	
Nº de Leitos Instalados	5.513	6.272	6.453	7.632	9.478	9.482	9.515	
Nº de Leitos Operacionais	5.047	6.040	6.144	7.263	8.939	8.982	9.001	
Leitos-dia Operacionais	1.824.735	2.187.619	2.234.514	2.635.500	275.433	250.766	278.988	
Nº de Salas Cirúrgicas	286	331	334	377	450	450	461	
Nº de Pacientes-dia	1.387.365	1.675.829	1.716.441	2.073.827	206.332	200.835	217.595	
Nº Saídas Hospitalares (altas+óbitos+transferências externas)	323.830	396.564	408.308	466.639	42.628	44.669	46.271	
Nº de Pacientes com Permanência (>= 90 dias)	95	129	177	250	345	333	347	
Nº de Óbitos >= 24h	5.054	6.121	6.259	7.818	850	775	807	
Nº Total de Óbitos	6.426	7.927	7.594	9.226	999	922	971	
Nº de Pacientes Submetidos a Procedimentos Cirúrgicos	215.608	258.941	264.371	331.545	29.997	30.150	30.928	
Nº Total de Cirurgias	ND	ND	300.105	419.355	39.278	39.269	40.368	
Nº de Óbitos Cirúrgicos	525	657	552	800	83	104	85	
Nº de Cirurgias Limpas	ND	ND	144.891	142.119	13.343	14.365	14.191	
Nº de Infecções em Sítio Cirúrgico	ND	ND	759	851	96	94	107	
Nº de Leitos Operacionais – UTI Adulto	ND	ND	ND	982	1.290	1.291	1.292	
Nº de Leitos-dia Operacionais – UTI Adulto	ND	ND	ND	352.028	39.835	35.993	39.616	
Nº de Infecções Hospitalares – UTI Adulto	3.576	4.296	3.558	3.665	418	335	371	
Nº de Infecções Hospitalares Associadas a Cateter Vascular Central – UTI Adulto	582	660	590	518	72	60	62	
Nº de Pacientes-dia – UTI Adulto	174.433	223.795	212.063	294.250	30.730	27.802	31.219	
Nº de Cateter-dia – UTI Adulto	101.223	134.285	125.427	158.612	17.740	16.271	17.734	
Nº de Leitos Operacionais – UTI Neonatal	ND	ND	ND	332	433	433	439	
Nº de Leitos-dia Operacionais – UTI Neonatal	ND	ND	ND	115.866	13.313	12.164	13.418	
Nº de Infecções Hospitalares – UTI Neonatal	ND	ND	909	816	96	74	95	
Nº de Infecções Hospitalares Relacionadas a CVC – UTI Neonatal	ND	ND	ND	ND	22	12	27	
Nº de Pacientes-dia – UTI Neonatal	ND	ND	77.869	90.515	8.332	8.138	8.648	
Nº de Cateter-dia UTI – Neonatal	ND	ND	ND	25.637	2.832	2.399	2.524	
Nº de Leitos Operacionais – Semi-intensiva Adulto	ND	ND	ND	ND	288	292	297	
Nº de Leitos-dia Operacionais – Semi-intensiva Adulto	ND	ND	ND	ND	8.847	8.165	9.201	
Nº de Infecções Hospitalares – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	39	37	42	
Nº de Infecções Hospitalares Associadas a Cateter Vascular Central – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	2	4	4	
Nº de Pacientes-dia – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	7.660	6.774	7.507	
Nº de Cateter-dia – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	1.837	1.878	1.979	

2011

	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Anual
	9.544	9.574	9.622	9.599	9.622	9.634	9.617	9.621	9.609	9.576
	9.031	9.069	9.147	9.125	9.085	9.110	9.087	9.159	9.113	9.071
	270.793	280.496	274.412	284.363	282.719	274.302	281.465	275.743	279.687	3.309.167
	461	461	461	465	468	468	466	466	466	462
	215.543	226.292	219.051	228.221	228.680	216.594	218.834	214.029	206.318	2.598.324
	47.326	48.795	47.837	52.043	49.935	48.136	48.711	47.058	48.221	571.630
	333	336	341	346	327	333	341	365	386	344
	779	883	865	914	873	840	828	805	884	10.103
	961	1.061	1.046	1.091	1.029	1.029	991	966	1.032	12.098
	31.644	33.463	32.627	35.349	35.670	32.706	33.259	32.608	29.449	387.850
	40.841	43.649	42.808	48.294	47.665	43.398	43.693	43.032	39.147	511.442
	89	111	128	86	107	90	105	73	87	1.148
	14.936	16.033	15.570	18.309	17.306	16.065	16.256	16.118	12.925	185.417
	117	97	91	125	102	79	92	81	84	1.165
	1.300	1.315	1.322	1.327	1.328	1.336	1.298	1.329	1.319	1.312
	39.106	40.634	39.592	41.095	40.835	40.041	40.149	39.780	41.061	477.737
	348	361	389	404	382	360	337	349	316	4.370
	65	55	62	50	60	55	63	66	51	721
	30.672	32.859	32.887	34.234	33.555	32.711	32.756	31.116	31.206	381.747
	18.078	18.334	18.896	19.623	18.300	18.628	18.140	17.035	17.171	215.950
	435	433	435	434	438	423	438	444	446	436
	12.888	13.215	12.940	13.249	13.360	12.984	13.442	13.348	13.778	158.099
	88	81	82	88	90	80	82	78	84	1.018
	17	21	25	21	24	19	18	21	19	246
	8.551	8.487	8.484	8.357	8.876	8.702	8.748	9.158	9.669	104.150
	2.520	2.240	2.539	2.417	2.877	2.661	3.101	2.819	2.998	31.927
	298	287	287	287	286	290	299	307	315	294
	8.934	8.841	8.606	8.859	8.859	8.685	9.254	9.197	9.755	107.203
	35	38	37	27	23	30	28	35	26	397
	5	5	3	2	4	3	4	1	1	38
	7.209	7.519	7.352	7.384	7.174	6.915	7.690	7.393	7.710	88.287
	1.832	1.884	1.774	1.758	1.842	1.709	1.827	1.974	2.198	22.492



Tabela 2a – Indicadores de Desempenho e Qualidade Assistencial – 2007 a 2011

Dados Operacionais e Assistenciais	2007	2008	2009	2010				
					Jan	Fev	Mar	
Taxa de Ocupação	76.0	76.6	76.8	78.7	74.9	80.1	78.0	
Média de Permanência	4.3	4.2	4.2	4.4	4.8	4.5	4.7	
Índice de Giro	5.3	5.5	5.5	5.4	4.8	5.0	5.1	
Índice de Intervalo de Substituição	1.36	1.30	1.28	1.20	1.62	1.12	1.33	
Taxa de Pacientes Residentes no Hospital (> 90 dias)	0.4	0.4	0.5	0.6	0.8	0.7	0.7	
Taxa de Mortalidade Institucional (>= 24h)	1.6	1.5	1.5	1.7	2.0	1.7	1.7	
Taxa de Mortalidade Operatória (até 7 dias após o Procedimento Cirúrgico)	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	
Taxa de Ocupação Operacional – UTI Adulto	ND	ND	ND	83.6	77.1	77.2	78.8	
Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar – UTI Adulto	20.6	19.1	16.7	12.5	13.6	12.0	11.9	
Taxa de Utilização de CVC – UTI Adulto	58.0	60.1	59.1	53.9	57.7	58.5	56.8	
Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Vascular Central – UTI Adulto	5.7	4.9	4.7	3.3	4.1	3.7	3.5	
Razão de Mortalidade Observada/Esperada – UTI Adulto	ND	ND	ND	ND	0.57	0.73	0.64	
Taxa de Ocupação Operacional – UTI Neonatal	ND	ND	ND	78.1	62.6	66.9	64.5	
Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar – UTI Neonatal	ND	ND	11.8	9.0	11.5	9.1	11.0	
Taxa de Utilização de CVC – UTI Neonatal	ND	ND	ND	28.3	34.0	29.5	29.2	
Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Vascular Central – UTI Neonatal	ND	ND	ND	1.9	7.8	5.0	10.7	
Taxa de Ocupação Operacional – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	86.6	83.0	81.6	
Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	5.1	5.5	5.6	
Taxa de Utilização de CVC – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	24.0	27.7	26.4	
Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Vascular Central – Semi-intensiva	ND	ND	ND	ND	1.1	2.1	2.0	
Taxa de Infecção em Sítio Cirúrgico	ND	ND	0.5	0.6	0.7	0.7	0.8	
Taxa de Conformidade Antibioticoterapia Profilática	ND	ND	ND	ND	77.9	83.0	83.5	
Índice de Cirurgias (por paciente)	ND	ND	1.1	1.3	1.3	1.3	1.3	
Taxa de Procedimentos por Saídas (%)	66,6	65,2	64,7	71,0	70,4	67,5	66,8	

2011

	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Anual
	79.6	80.7	79.8	80.3	80.9	79.0	77.7	77.6	73.8	78.5
	4.6	4.6	4.6	4.4	4.6	4.5	4.5	4.5	4.3	4.5
	5.2	5.4	5.2	5.7	5.5	5.3	5.4	5.1	5.3	5.3
	1.17	1.11	1.16	1.08	1.08	1.20	1.29	1.31	1.52	1.24
	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.7
	1.6	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8
	0.3	0.3	0.4	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3
	78.4	80.9	83.1	83.3	82.2	81.7	81.6	78.2	76.0	79.9
	11.3	11.0	11.8	11.8	11.4	11.0	10.3	11.2	10.1	11.4
	58.9	55.8	57.5	57.3	54.5	56.9	55.4	54.7	55.0	56.6
	3.6	3.0	3.3	2.5	3.3	3.0	3.5	3.3	3.0	3.3
	0.54	0.63	0.68	0.68	0.64	0.62	0.58	0.55	0.67	0.63
	66.3	64.2	65.6	63.1	66.4	67.0	65.1	68.6	70.2	65.9
	10.3	9.5	9.7	10.5	10.1	9.2	9.4	8.5	8.7	9.8
	29.5	26.4	29.9	28.9	32.4	30.6	35.4	30.8	31.0	30.7
	6.7	9.4	9.8	8.7	8.3	7.1	5.8	7.4	6.3	7.7
	80.7	85.0	85.4	83.4	81.0	79.6	83.1	80.4	79.0	82.4
	4.9	5.1	5.0	3.7	3.2	4.3	3.6	4.7	3.4	4.5
	25.4	25.1	24.1	23.8	25.7	24.7	23.8	26.7	28.5	25.5
	2.7	2.7	1.7	1.1	2.2	1.8	2.2	0.5	0.5	1.7
	0.8	0.6	0.6	0.7	0.6	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6
	81.9	78.9	80.2	77.6	79.0	81.0	79.8	78.0	80.6	80.1
	1.3	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
	66,9	68,6	68,2	67,9	71,4	67,9	68,3	69,3	61,1	67,8





Qualidade e Segurança Assistencial

Projeto reduz em 45% as taxas de densidade de incidência nas Unidades de Terapia Intensiva adulto dos hospitais associados.

A implantação de bundles contribui para a redução de 42% nas taxas de densidade de incidência de infecção hospitalar associada a cateter venoso central nas unidades de terapia intensiva.

Os indicadores monitorados pelo Projeto Melhores Práticas Assistenciais são:

Indicadores de qualidade e segurança

- » 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;
- » Índice de Úlcera de Pressão;
- » Índice de Queda (inclui quase queda).

Os hospitais associados possuem acreditação por algum sistema de avaliação externa e, nos últimos anos, mais de um modelo de certificação vem sendo incorporado entre as instituições, considerando vantagens de cada um deles em relação ao foco no processo assistencial e às exigências de mercado. Isto configura um grupo de prestadores hospitalares que tem grande tradição em avaliação e monitoramento da qualidade e segurança na assistência.

O envolvimento das equipes assistenciais, em especial nas unidades críticas, tem determinado avanços na prevenção de eventos adversos e na adesão a boas práticas, garantindo diminuição das complicações com resultados de grande impacto para os pacientes.

Em 2011, foi incluída a Taxa de Antibioticoterapia Profilática, indicador que mensura um dos padrões de qualidade dos procedimentos cirúrgicos realizados. Apesar de ter crescido ao longo do ano, o número de hospitais que informa este indicador ainda é menor do que para os outros indicadores.

Os indicadores de qualidade e segurança devem ser interpretados à luz da estrutura assistencial e do perfil assistencial dos hospitais. Neste sentido, são comparáveis a hospitais de grande porte e de alta complexidade. Os resultados com dados e indicadores estão apresentados na tabela 2 e 2a.

A Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar (nº de infecções hospitalares/ nº de pacientes-dia x1000) está relacionada diretamente com a 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.

Os dois tipos principais de infecção que ocorrem nas unidades críticas são infecções relacionadas a cateter venoso central e infecção associada à ventilação mecânica. No Projeto Melhores Práticas Assistenciais são monitorados a Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Geral na UTI e aquela associada a Cateter Venoso Central (nº de infecções hospitalares associadas a cateter venoso central/ nº de cateter-dia*1000).

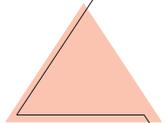


Gráfico 20 – Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência – IH (por 1000 pd) nas UTIs Adulto e Tendência Linear

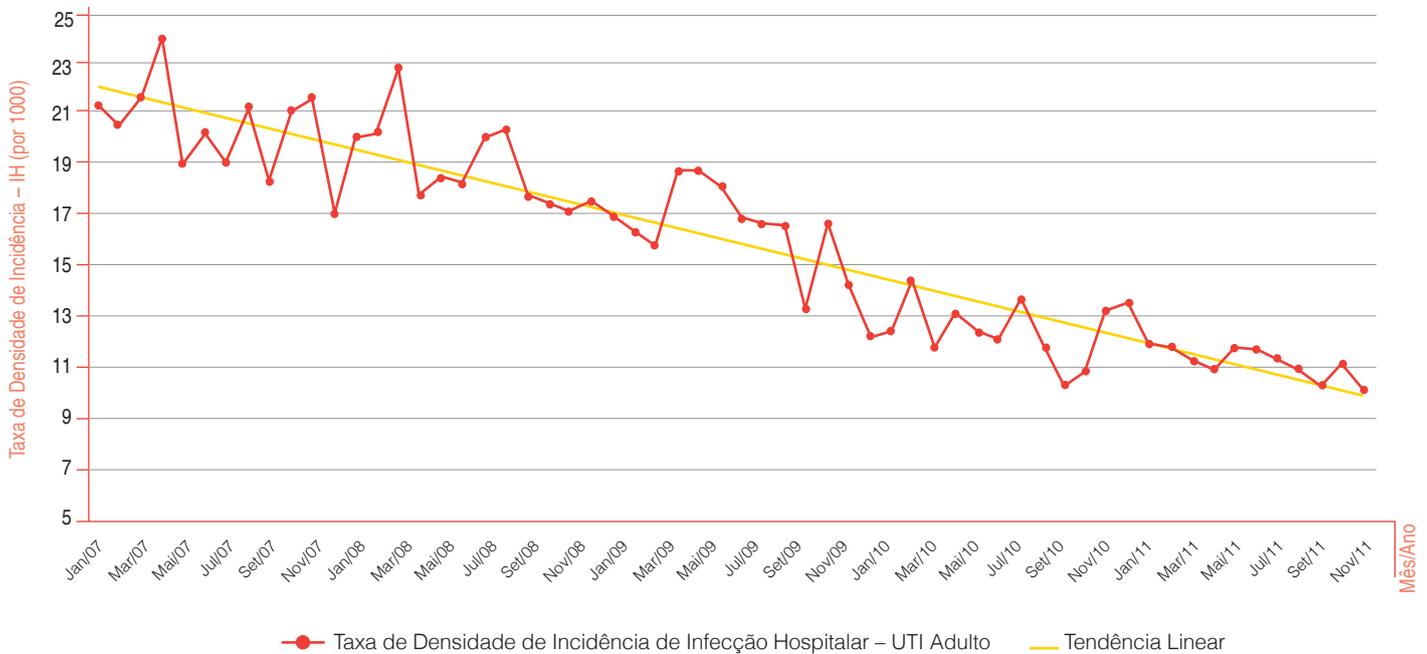
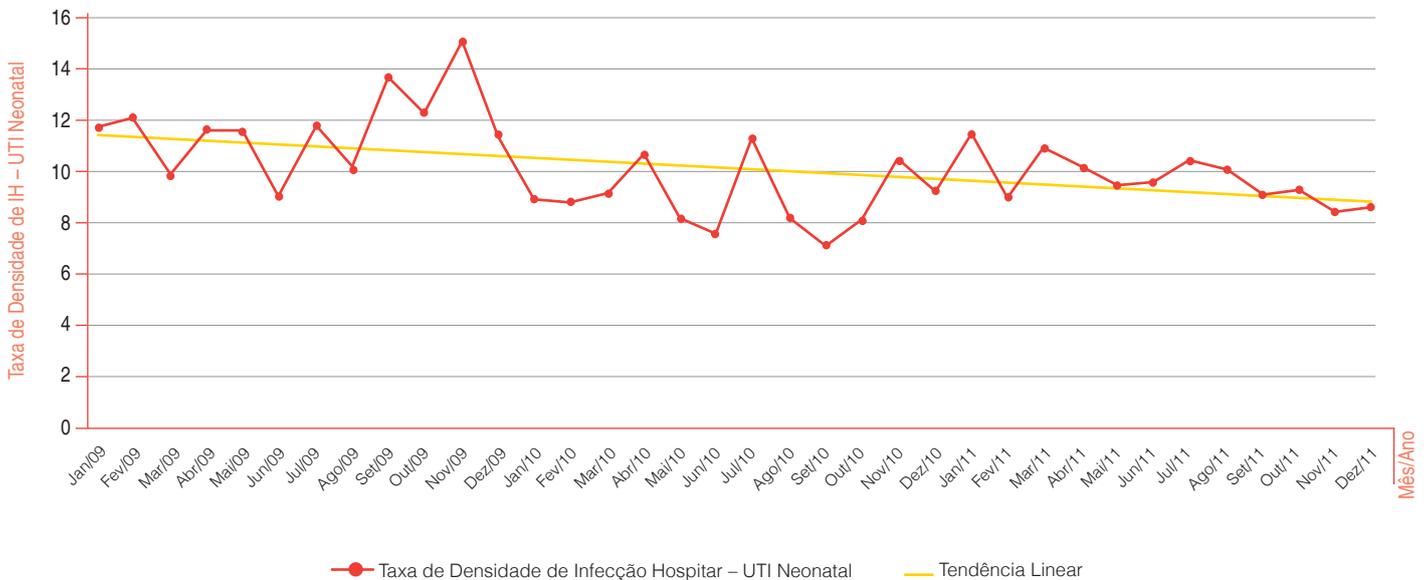


Gráfico 21 – Distribuição Mensal da Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar (por 1000 pd) – UTIs Neonatais e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Em relação à Taxa de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar nas UTIs Adulto e Neonatal observam-se quedas significativas dos índices de infecção (Gráfico 20 e 21). O acompanhamento dos indicadores de Densidade de Incidência na UTI Neonatal foi incorporado apenas a partir de 2009.

Em cinco anos, 45% da Taxa de Densidade de Incidência de Infecção nas UTIs Adulto foi reduzida, mesmo com o aumento do envelhecimento da demanda, maior gravidade dos pacientes e maior complexidade na assistência. Isto significou diminuição importante no custo assistencial para os pacientes e para o sistema de saúde.



Gráfico 22 - Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência de IH Associada a CVC (por 1000 cateter-dia) – UTIs Adulto e Tendência Linear

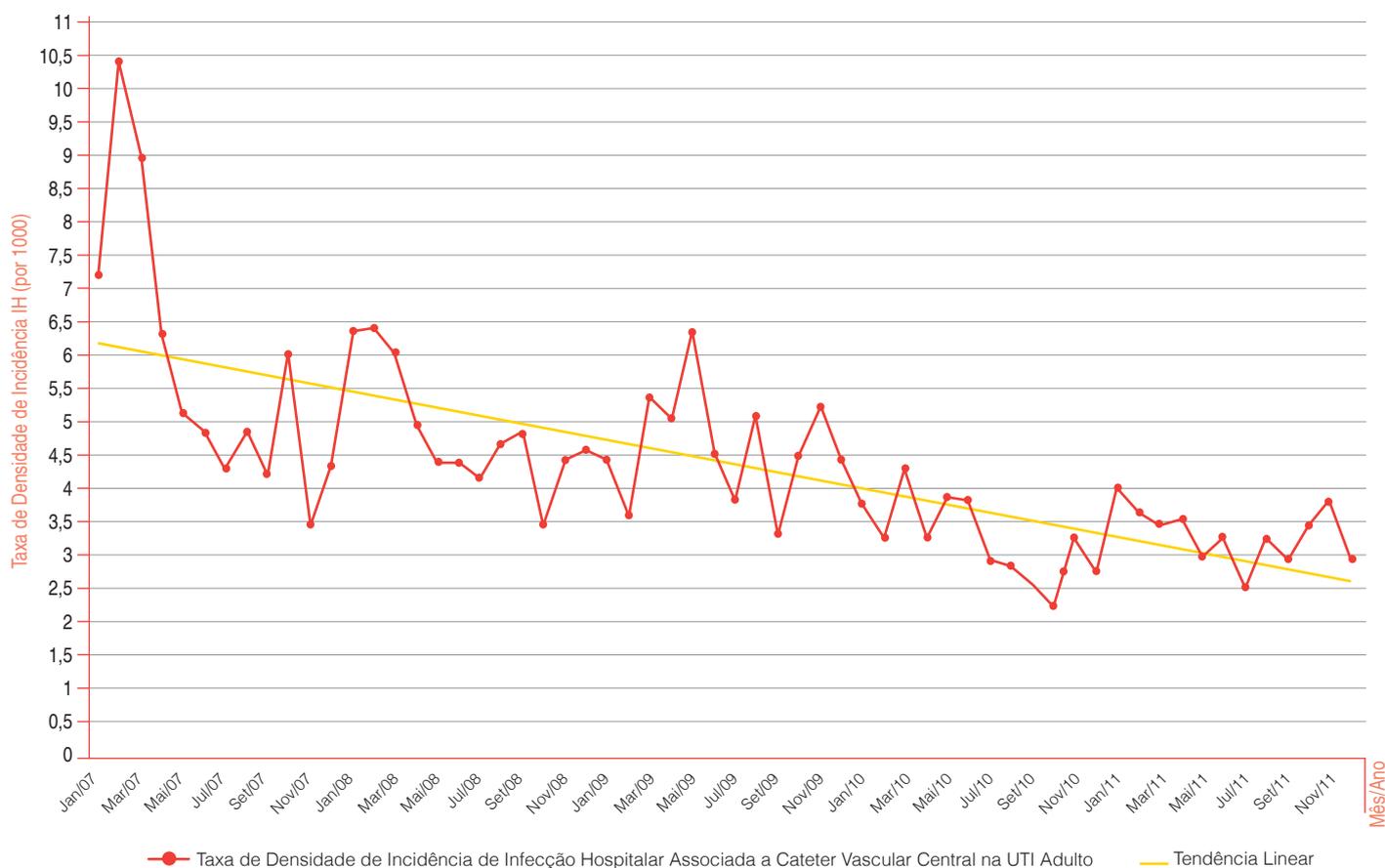
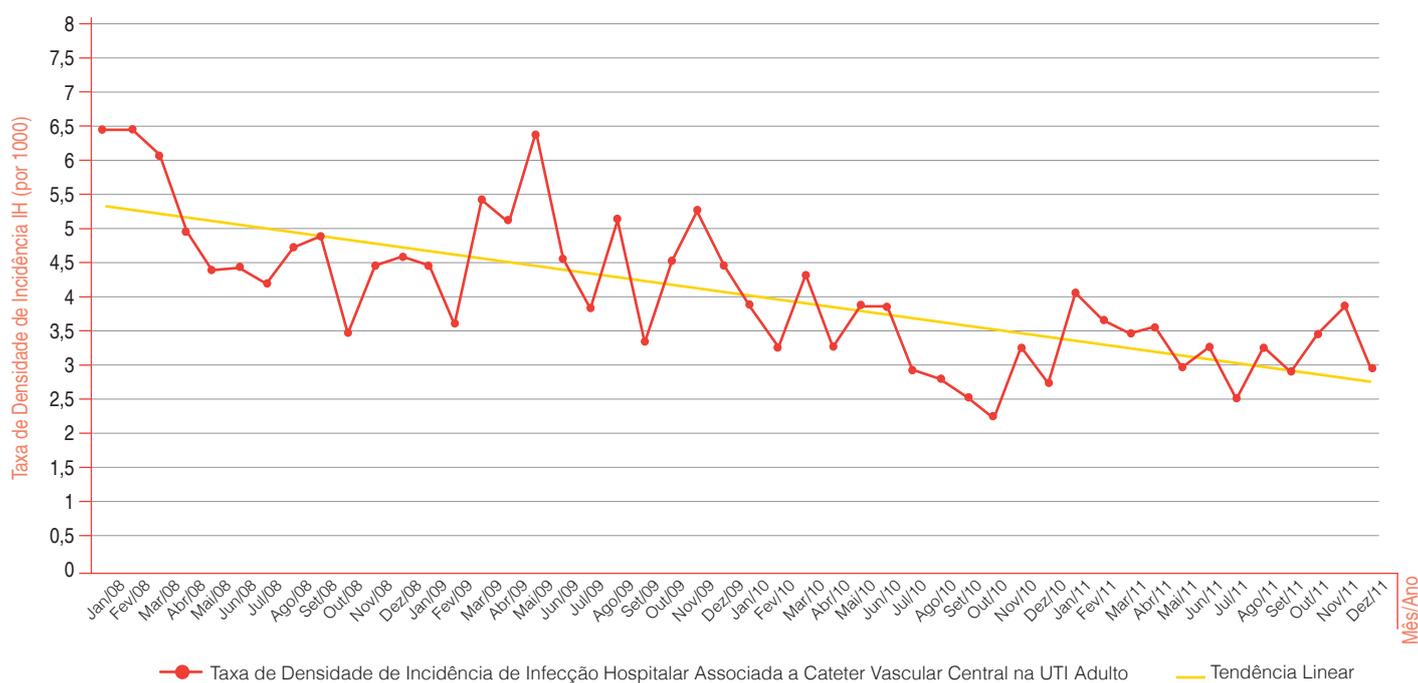


Gráfico 23 – Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência de IH Associada a CVC (por 1000 cateter-dia) – UTIs Adulto e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

As Taxas de Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar associadas a Cateter Venoso Central nas Unidades de Terapia Intensiva de Adultos também foram reduzidas drasticamente, como pode ser visto no gráfico 22. A queda, a partir de uma primeira grande redução em 2007, mantém tendência linear de diminuição significativa até dezembro de 2011 (Gráfico 23). Em cinco anos a redução foi de 42%. No último ano a diminuição foi menor, o que tem mobilizado as equipes para manter e revigorar as estratégias implantadas. Esses resultados evidenciam que a qualidade da atenção dispensada nos hospitais da ANAHP melhorou. A meta de redução das Taxas de Densidade de Incidência é próxima a zero e alguns hospitais já a atingiram, mas o trabalho para manter este resultado é árduo. Diminuir a infecção, reduzir o tempo de permanência na UTI e, portanto, prevenir as complicações para os pacientes são um esforço contínuo

das organizações. O retorno mais rápido à atividade produtiva, menor custo social e menor taxa de incapacidades representam economia significativa de recursos para o sistema de saúde e para as famílias envolvidas.

A Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (Gráfico 24) é um indicador que ainda merece ajustes no que tange a padronização da busca ativa nos hospitais. O envio de informações para este indicador aumentou desde 2009 e, ao longo dos 36 meses de acompanhamento, observa-se variação da taxa entre 0,5% e 0,7%. Os resultados são adequados na comparação com dados da literatura.

A Taxa de Densidade de Incidência de Úlcera de Pressão, indicador que passou a ser incorporado em janeiro de 2010, também apresenta queda ao longo do período (Gráfico 25). Isso demonstra melhoria de segurança e da qualidade da assistência, em especial no cuidado da enfermagem.

Gráfico 24 – Distribuição Mensal da Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico

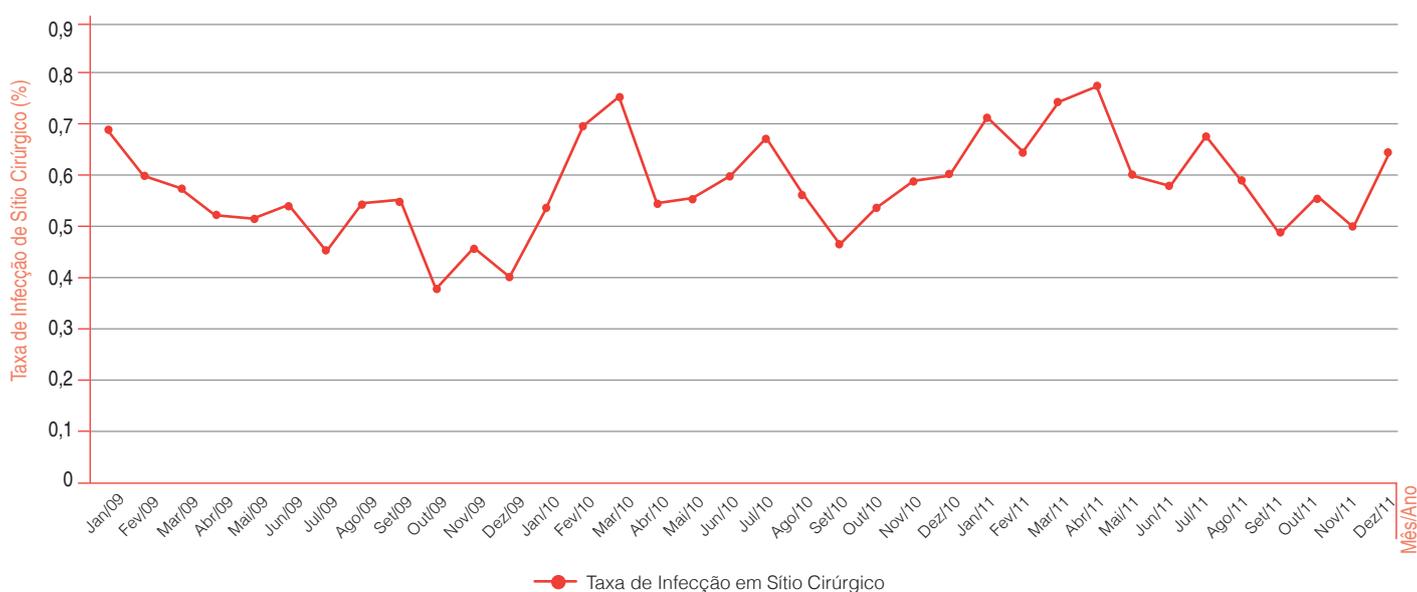
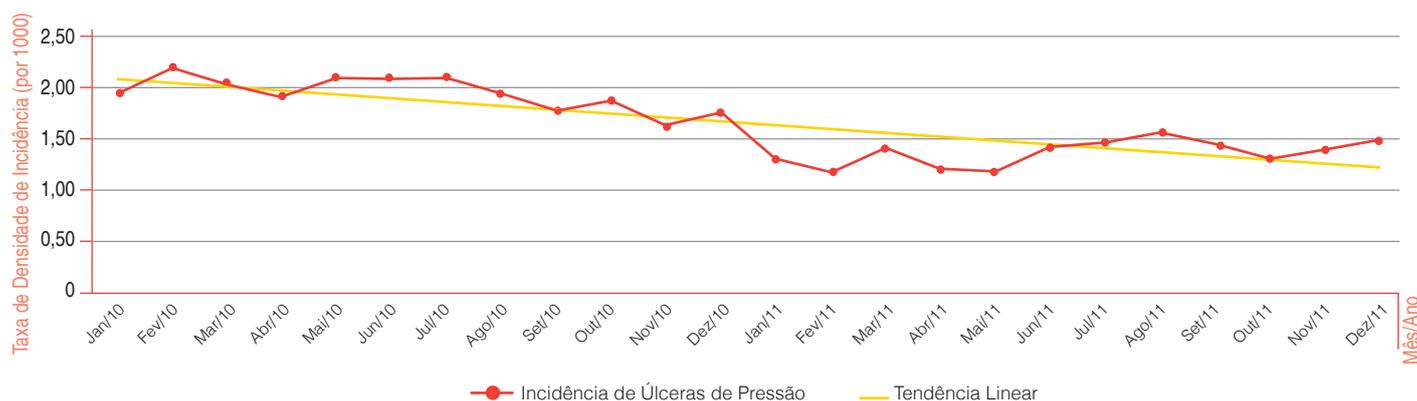


Gráfico 25 – Distribuição Mensal das Taxas de Densidade de Incidência de Úlcera de Pressão (por 1000 pd) e Tendência Linear





Protocolos Assistenciais

Hospitais associados aprimoram a gestão dos protocolos e estabelecem metas coletivas.

Os indicadores apresentam diminuição da variabilidade e evidenciam melhores resultados assistenciais.

O Projeto Melhores Práticas Assistenciais monitora indicadores de qualidade, segurança e de conformidade com boas práticas de protocolos clínicos selecionados. Os dados e indicadores foram escolhidos a partir dos critérios, padrões e recomendações estabelecidos nas principais diretrizes para prática clínica da literatura nacional e internacional orientada a patologias determinadas. São acompanhados mensalmente nos hospitais associados os seguintes indicadores ao lado:

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

A primeira causa de morte em todas as regiões brasileiras são as Doenças do Aparelho Circulatório. Neste grupo estão as Doenças Isquêmicas do Coração, as Doenças Cerebrovasculares e a Insuficiência Cardíaca Congestiva. Como pode ser visto no Gráfico 26, o risco de morte 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 ocupam esta posição nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Esta distribuição diferenciada determina demandas assistenciais heterogêneas.

Indicadores protocolos clínicos – patologias selecionadas

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-tomografia
- » Taxa de Tomografia
- » Média de Permanência
- » Taxa de Mortalidade

Pneumonias Adquiridas na Comunidade (Crianças, adultos e idosos)

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

Sepse

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

Colecistectomia Videolaparoscópica e Herniorrafia Inguinal

- » Média de Permanência em Horas

Histerectomia Abdominal

- » Média de Permanência em Dias

O Projeto acompanha os três principais agravos dentro das Doenças do Aparelho Circulatório. Como pode ser visto no Gráfico 27 as doenças que apresentam maior coeficiente de mortalidade, com maior incidência e letalidade entre as doenças do Aparelho Circulatório, são as Doenças Isquêmicas do Coração, onde o Infarto Agudo do Miocárdio é o diagnóstico mais importante; as Doenças Cerebrovasculares, onde predominam os casos de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e a Insuficiência Cardíaca Congestiva,

que, além de importante como causa de morte enquanto doença crônica, determina grande consumo de serviços de saúde, tanto ambulatoriais quanto hospitalares para seu acompanhamento adequado. No Gráfico 28 podem ser visualizados os coeficientes de mortalidade da região Sudeste para as principais Doenças do Aparelho Circulatório. Esta região é a que apresenta maior risco de morte neste sentido e onde concentra-se a maior parte da população assistida pela saúde suplementar.

Gráfico 26 – Distribuição dos Coeficientes de Mortalidade das Principais Causas de Morte Segundo Região do País (Brasil – 2010)

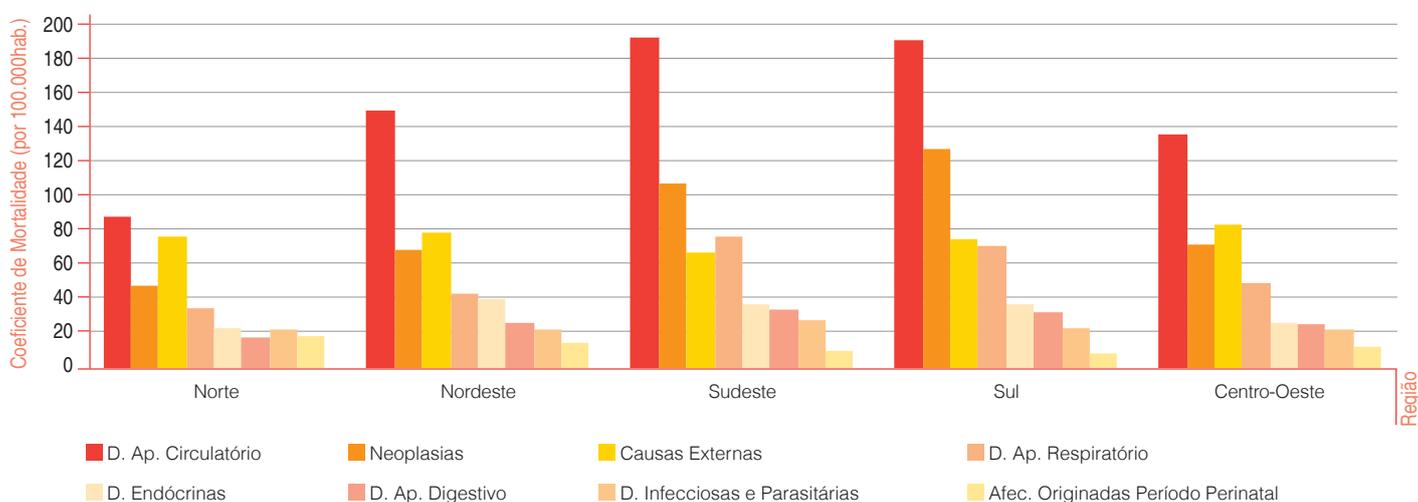


Gráfico 27 - Distribuição Anual dos Coeficientes de Mortalidade (por 100.000 hab.) Segundo Causa – Doenças do Aparelho Circulatório (Brasil – 1997 a 2010)

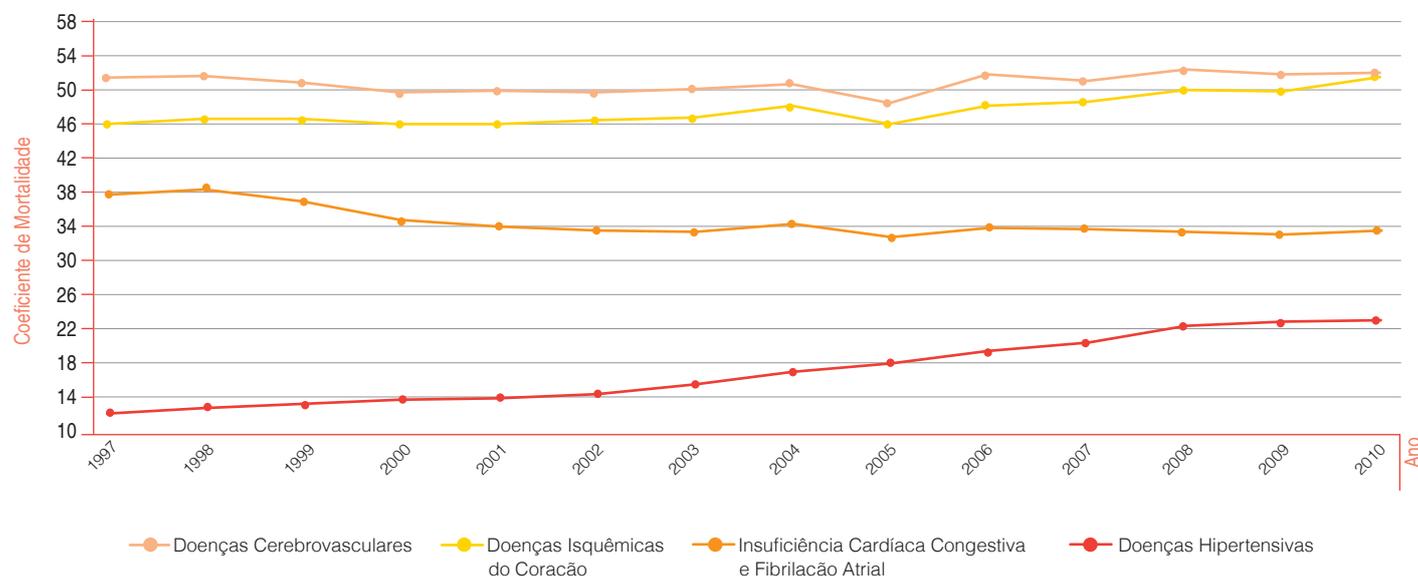
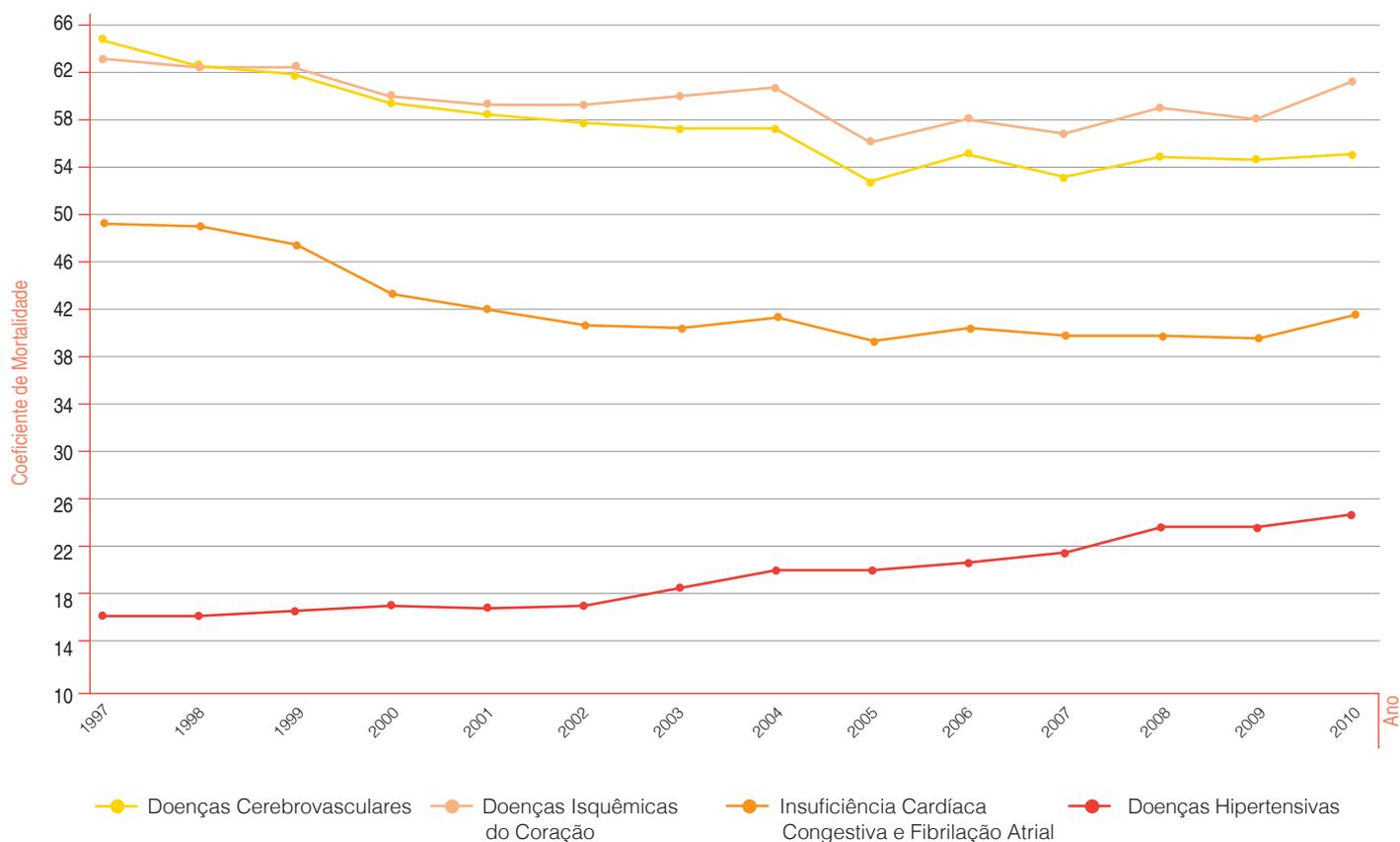


Gráfico 28 – Distribuição Anual dos Coeficientes de Mortalidade (por 100.000 hab.) Segundo Principal Causa – Doenças do Aparelho Circulatório (região Sudeste – 1997 a 2010)



Fonte: Datasus – Ministério da Saúde.

Estas considerações reforçam que a escolha destes agravos foi baseada nas necessidades de saúde, ou seja, no impacto em relação à situação de saúde e à qualidade de vida. Para esses agravos, as evidências científicas são consagradas e há consenso na literatura em relação às principais recomendações de diagnóstico e tratamento. Também já está comprovado que as boas práticas – implantação e monitoramento de protocolos - determinam redução do tempo de permanência, diminuição da letalidade e redução das sequelas, em especial para as Doenças Cerebrovasculares.

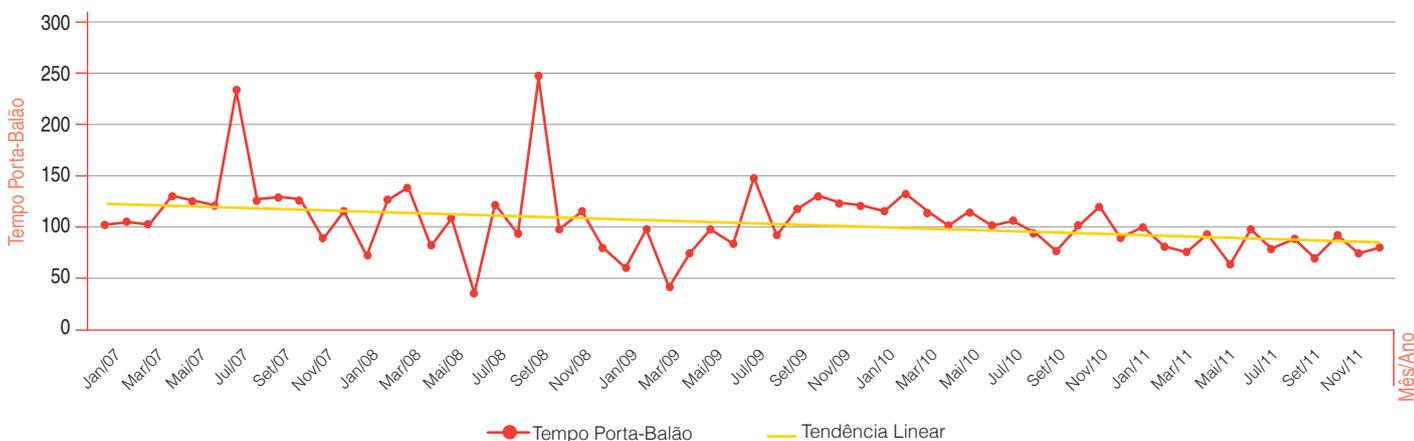
Como evidenciado anteriormente, na análise dos bancos de dados dos hospitais, às Doenças do Aparelho Circulatório representaram 10% a 11% da demanda de internação, com crescimento de 14% entre 2010 e 2011.

Em 2011, 26 hospitais enviaram dados e indicadores sobre os protocolos de Infarto Agudo do Miocárdio, 22 hospitais

informaram dados para Insuficiência Cardíaca Congestiva e 17 instituições encaminharam dados para Acidente Vascular Cerebral. A qualidade do registro foi aprimorada e metas coletivas para alguns indicadores foram estabelecidas, de forma a garantir maior homogeneidade nos resultados.

O tempo porta-balão nos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) – indicador crítico na atenção e relacionado à prevenção de sequelas - apresenta tendência de redução significativa, atingindo em 2011, média de 86 minutos (tempo entre a chegada na porta do hospital e a realização do procedimento – angioplastia primária). Observa-se também diminuição da variabilidade ao longo do ano. Considera-se como padrão ouro, estabelecido pelas diretrizes internacionais e nacionais, Tempo Porta-balão de 90 minutos. Esta foi uma das metas estabelecida e alcançada pelo conjunto de hospitais, conforme demonstrado no Gráfico 29.

Gráfico 29 – Distribuição Mensal do Tempo Porta-Balão e Tendência Linear (em minutos)



Fonte: PMPA/ANAPH 2011.

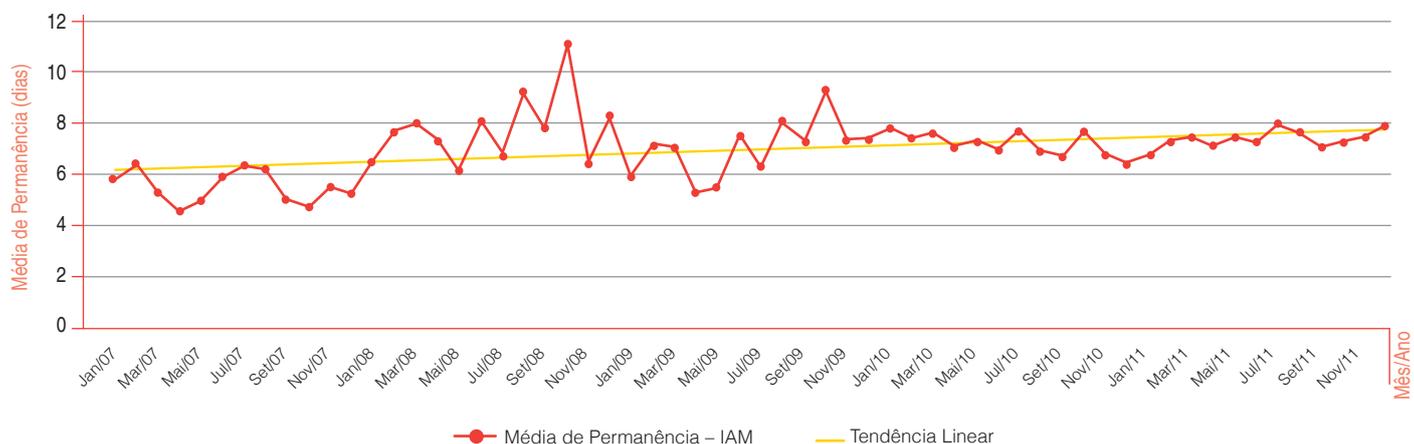
A média de permanência preconizada segundo as diretrizes internacionais é de 6 a 8 dias para os casos de IAM. Nos hospitais associados, observa-se tendência linear de aumento do tempo de permanência, porém, com diminuição da variabilidade, ou seja, este processo nos hospitais está sob maior controle desde 2010, mantendo tempos de permanência entre 6,4 e 8,0 dias, com média de 7,4 no ano (Gráfico 30 – Tabela 3).

Para os casos de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento, acompanha-se a Taxa de Angioplastia Primária. Os dados passaram a ser coletados corretamente a partir de março de 2009 e observou-se maior variabilidade até meados de 2010. Os padrões internacionais para este indicador estão entre 80% e 85%, mas o grupo de hospitais apresentou média de 72% em 2011, o que tem impulsionado as instituições

associadas a atingir os resultados preconizados.

A Taxa de Aspirina na Alta apresenta tendência linear de crescimento (Gráfico 32), porém, ainda com variabilidade importante. Os índices estiveram entre 59% e 80%, com média de 67%. Neste indicador os hospitais, isoladamente, têm enfrentado maior dificuldade para acompanhamento. Além da dificuldade de aderência dos profissionais, a falta de registro preciso no momento da alta também é um problema evidenciado, uma vez que os médicos entregam a receita para os pacientes, mas eventualmente não registram esta informação nos prontuários. Estes resultados estão compatíveis com outros estudos nacionais, mas aquém do preconizado pelas recomendações. A literatura internacional indica 85% como Taxa de Aspirina na Alta.

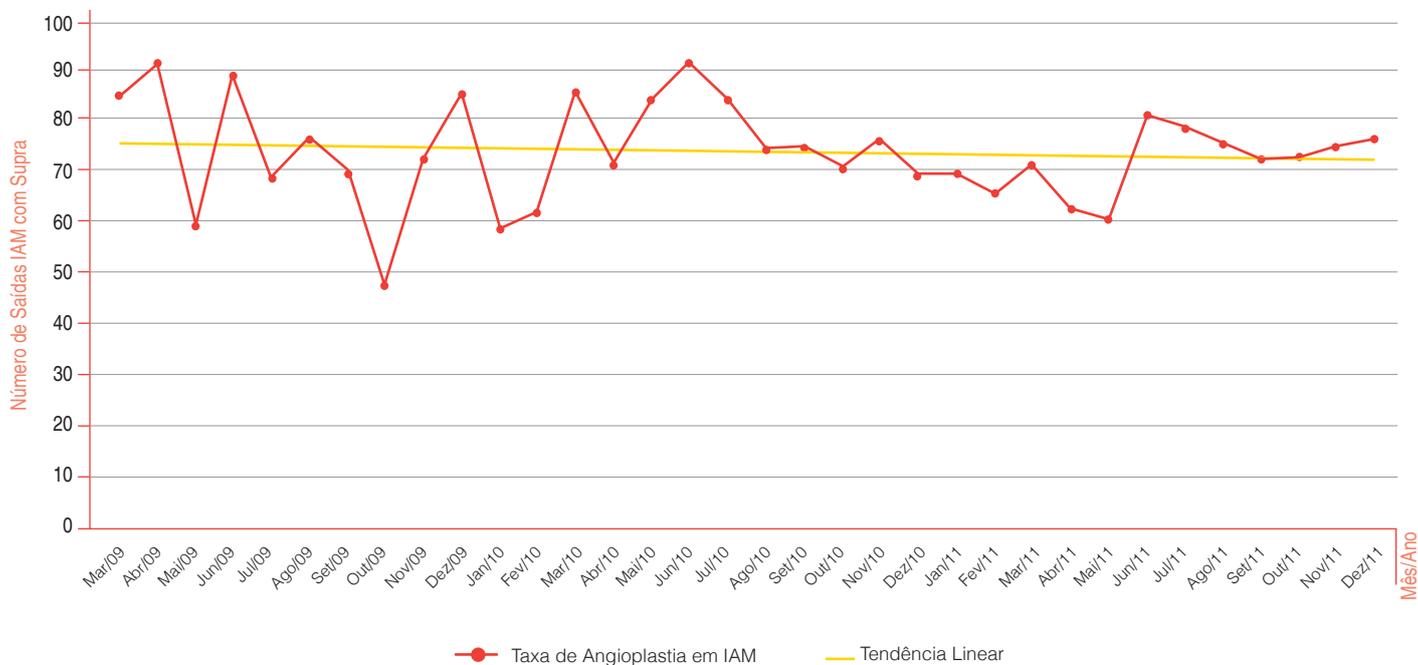
Gráfico 30 – Distribuição Mensal da Média de Permanência dos Pacientes com IAM e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAPH 2011.

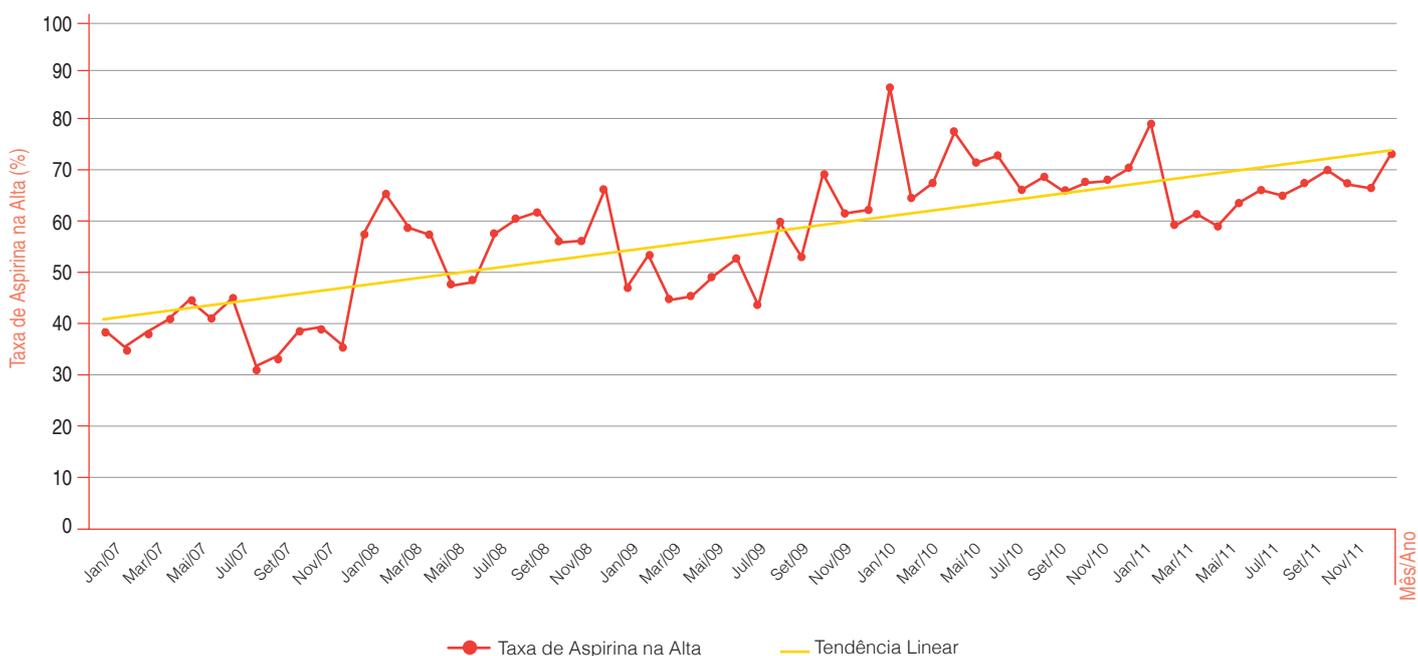


Gráfico 31 – Distribuição Mensal da Taxa de Angioplastia em Pacientes com IAM com Supra ST e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Gráfico 32 – Distribuição Mensal da Taxa de Aspirina na Alta em Pacientes com IAM e Tendência Linear

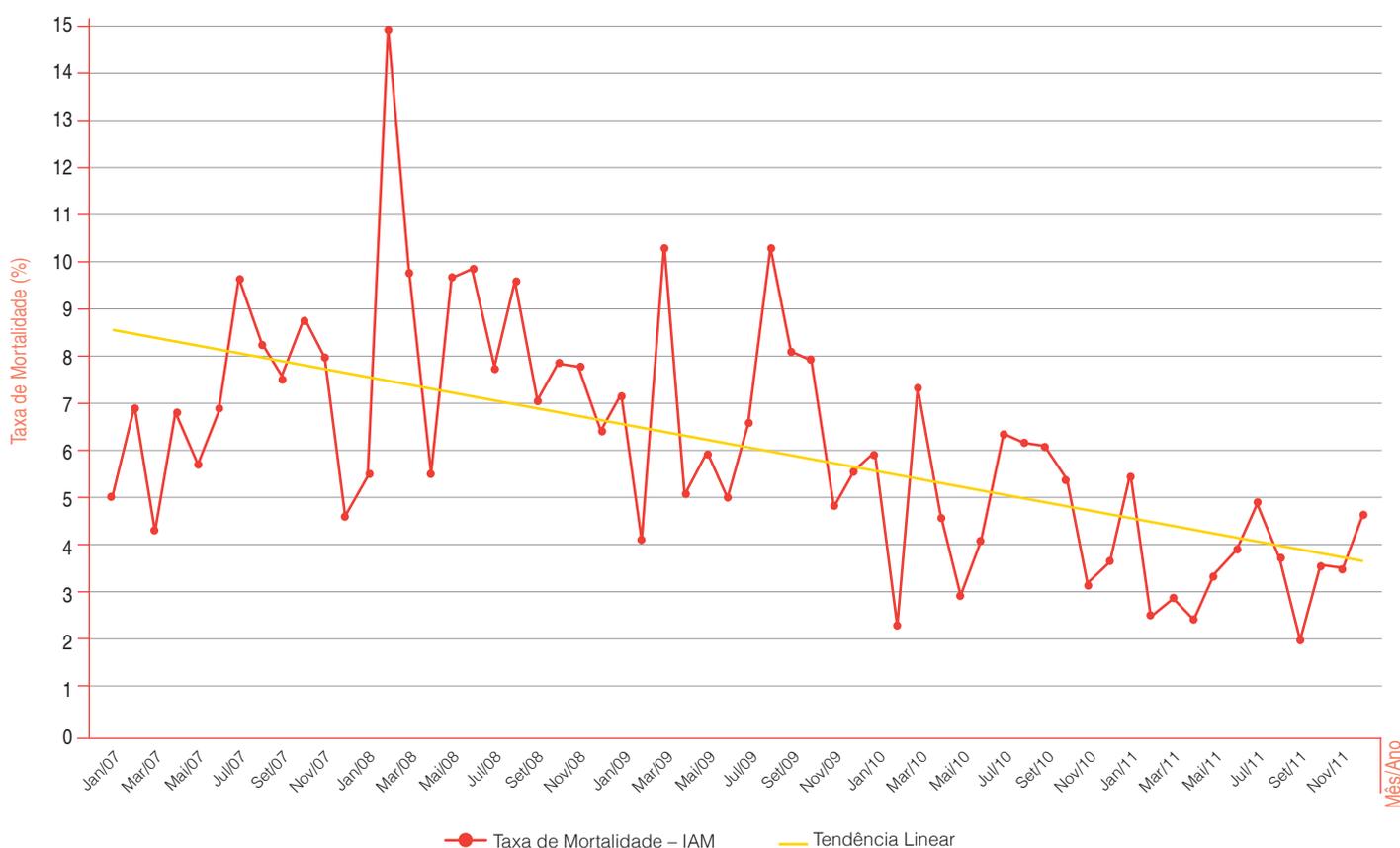


Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

O principal indicador que mede a efetividade da assistência é a Taxa de Mortalidade dos casos sob protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio. Estas taxas vêm declinando de forma significativa, como pode ser observado no Gráfico 33. Considerando que ocorreu incremento no número de casos apontados e aumento da precisão na coleta, é possível supor que os casos clínicos

estão sendo melhor atendidos, principalmente quando se analisam as informações em conjunto. A procura mais rápida da população aos serviços e o acesso a diagnósticos e tratamentos oportunos no Pronto-Atendimento contribuem para redução das taxas de mortalidade, o que resulta menor custo social para o sistema de saúde e para a população usuária dos serviços.

Gráfico 33 – Distribuição Mensal da Taxas de Mortalidade de Pacientes com IAM e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)

A incidência de acidente vascular cerebral isquêmico está relacionada à prevalência populacional de hipertensão arterial sistêmica, ao grau de aderência dos pacientes atendidos ao tratamento da hipertensão e à exposição aos fatores de risco. São determinantes para a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico a alta prevalência de tabagismo, sedentarismo e obesidade. Portanto, iniciativas voltadas para prevenção primária com a promoção de mudanças de hábitos, como campanhas de combate ao tabagismo,

aumento da atividade física e redução do índice de massa corpórea, são fundamentais para diminuição da incidência das doenças cerebrovasculares.

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



Desempenho Assistencial

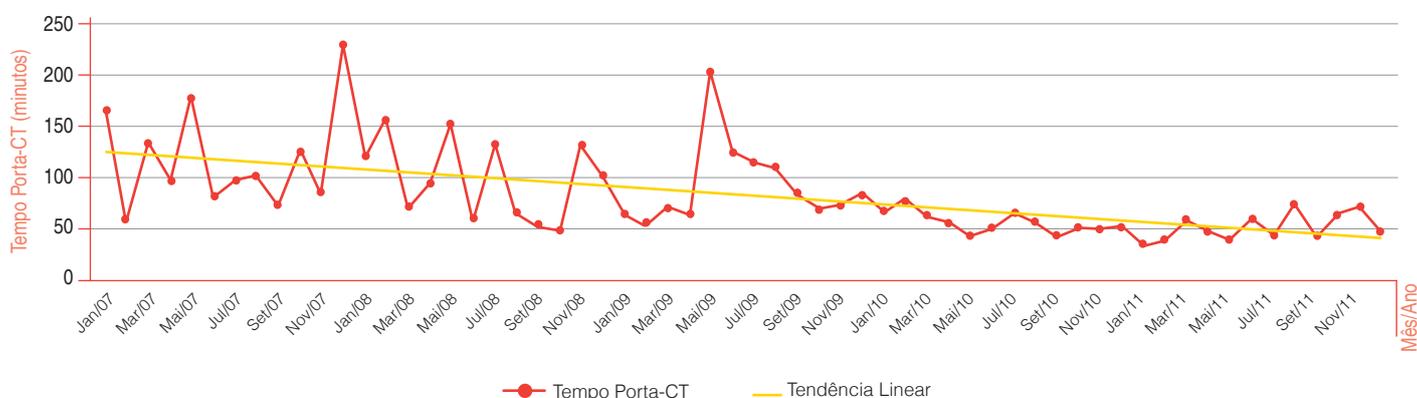
Os hospitais associados têm, em menor frequência, protocolos implantados para este agravo. Os indicadores para AVCI apresentaram resultados melhores e mais adequados na comparação com os padrões de melhores práticas preconizados pelas recomendações das diretrizes nacionais e internacionais. Em 2011, 17 hospitais informaram dados e indicadores sobre AVCI.

O Tempo Porta-tomografia apresenta tendência linear de redução, o que demonstra aumento da efetividade na

assistência. Esta diminuição, associada à menor variabilidade, indica que o protocolo foi implantado nestes hospitais e que o monitoramento determinou melhora nos resultados assistenciais.

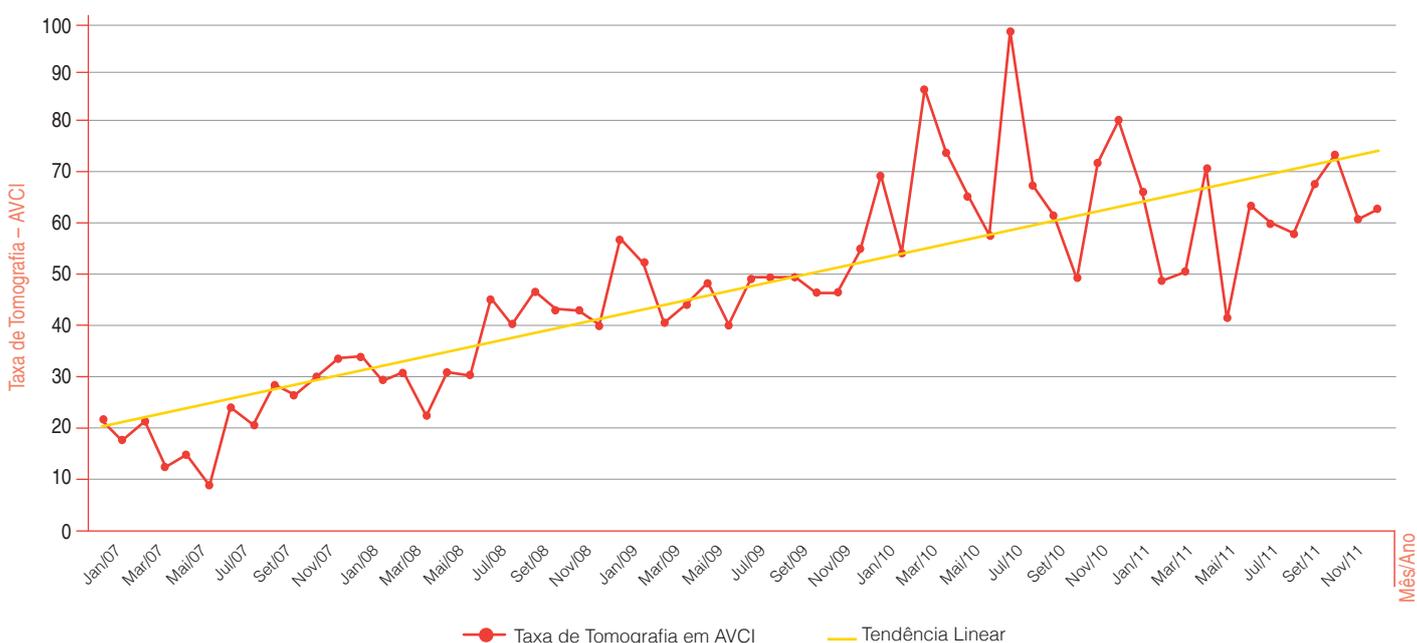
Na série histórica dos indicadores, a Taxa de Tomografia aumentou, porém, ainda observam-se grandes variações ao longo do tempo. Na média, a Taxa de Tomografia ficou em 61%. Esta é uma medida que tem exigido investimento em padronização das condutas e aprimoramento dos registros.

Gráfico 34 – Distribuição Mensal do Tempo Porta-CT dos Pacientes com AVCI e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Gráfico 35 – Distribuição Mensal da Taxa de Tomografia em Pacientes com AVCI e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Os hospitais associados reduziram significativamente a Média de Permanência em 2011, com média de 7,6 dias e variação entre 6,0 e 8,5 dias durante o ano (Gráfico 36).

A diminuição do Tempo Porta-tomografia, o aumento da Taxa de Tomografia e a redução da Média de Permanência são elementos que evidenciam maior padronização entre os hospitais e melhores resultados clínicos. Associada a esses indicadores, a diminuição das Taxas de Mortalidade

por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico é destaque do impacto da implantação destes protocolos na assistência ofertada. Observa-se redução das Taxas de Mortalidade, com média em 2011 de 6,0%. Ao longo deste ano o índice oscilou entre 2,0% e 7,9%. Os resultados estão condizentes com padrões da literatura nacional e internacional e indicam aprimoramento da gestão assistencial para estes casos com melhores desfechos clínicos.

Gráfico 36 – Distribuição Mensal da Média de Permanência de Pacientes com AVCI e Tendência Linear

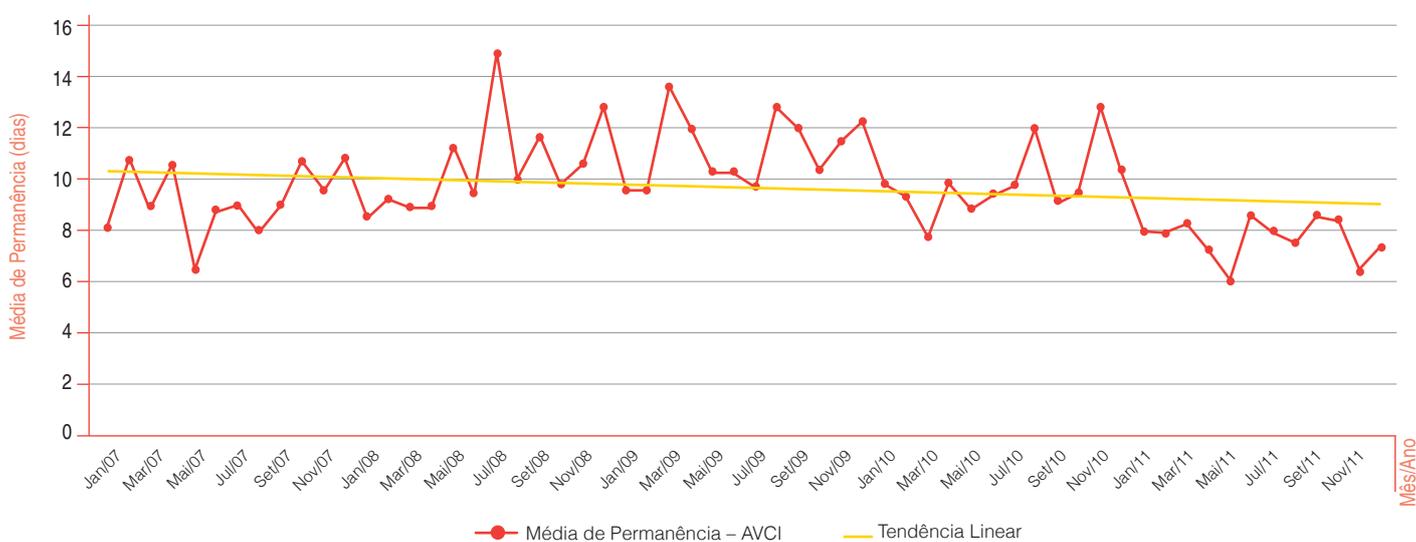
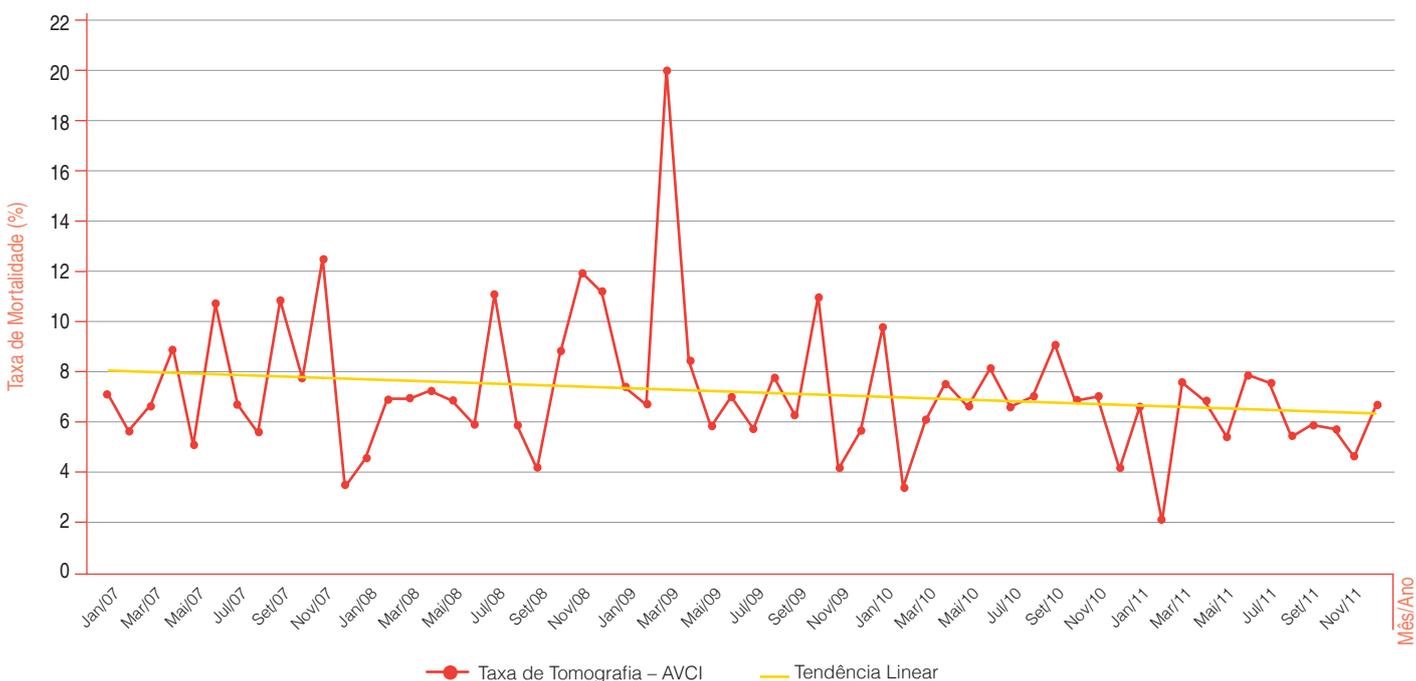


Gráfico 37 – Distribuição Mensal das Taxas de Mortalidade dos Pacientes com AVCI e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.



Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)

O acompanhamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) teve início em 2010. Pode-se verificar que cresceu o número de casos registrados ao longo destes dois anos. Em 2011, a mediana de idade dos pacientes incluídos no protocolo era de 76 anos (Gráfico 38).

Nos 24 meses de acompanhamento, observa-se redução da Média de Permanência e da Taxa de Mortalidade. Em

2011, 22 hospitais enviaram dados sobre ICC. A Média de Permanência variou entre 8,5 e 12 dias.

Em relação à Taxa de Mortalidade, a média de 2011 foi 6,8% oscilando entre 5,2 e 10,9.

Estes dados mostram tendência linear de resultados cada vez mais conformes frente aos padrões de qualidade e segurança assistencial para o atendimento destes casos.

Gráfico 38 – Distribuição Mensal do Número de Casos de Insuficiência Cardíaca Congestiva e Tendência Linear

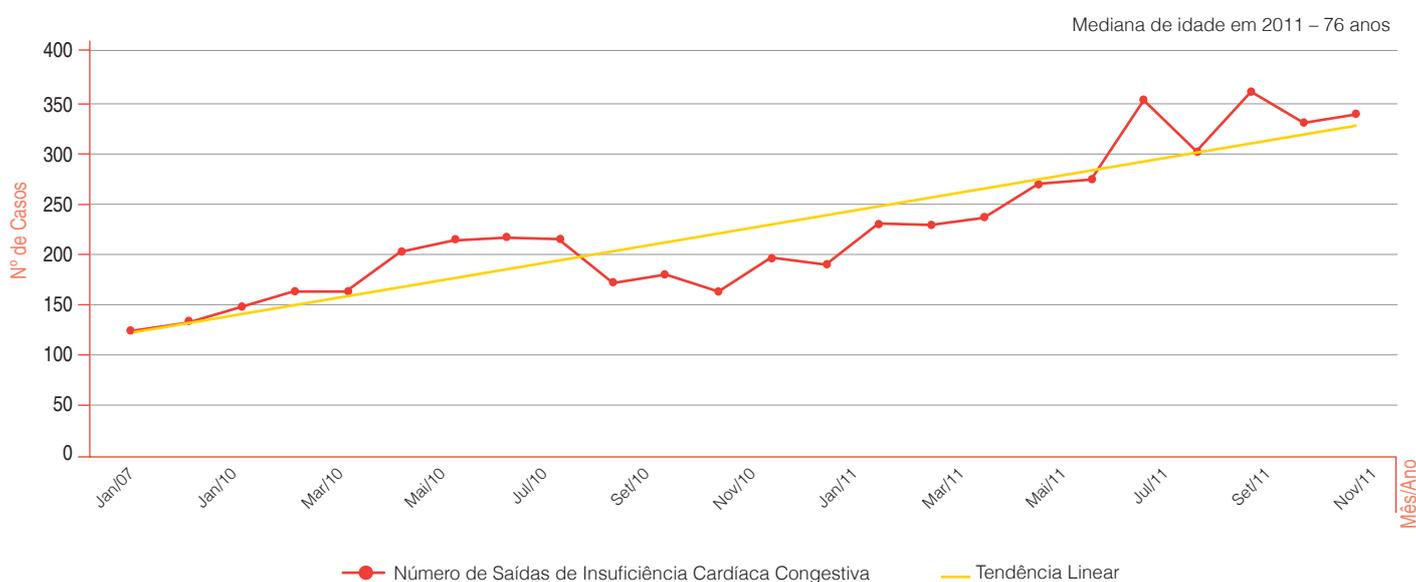
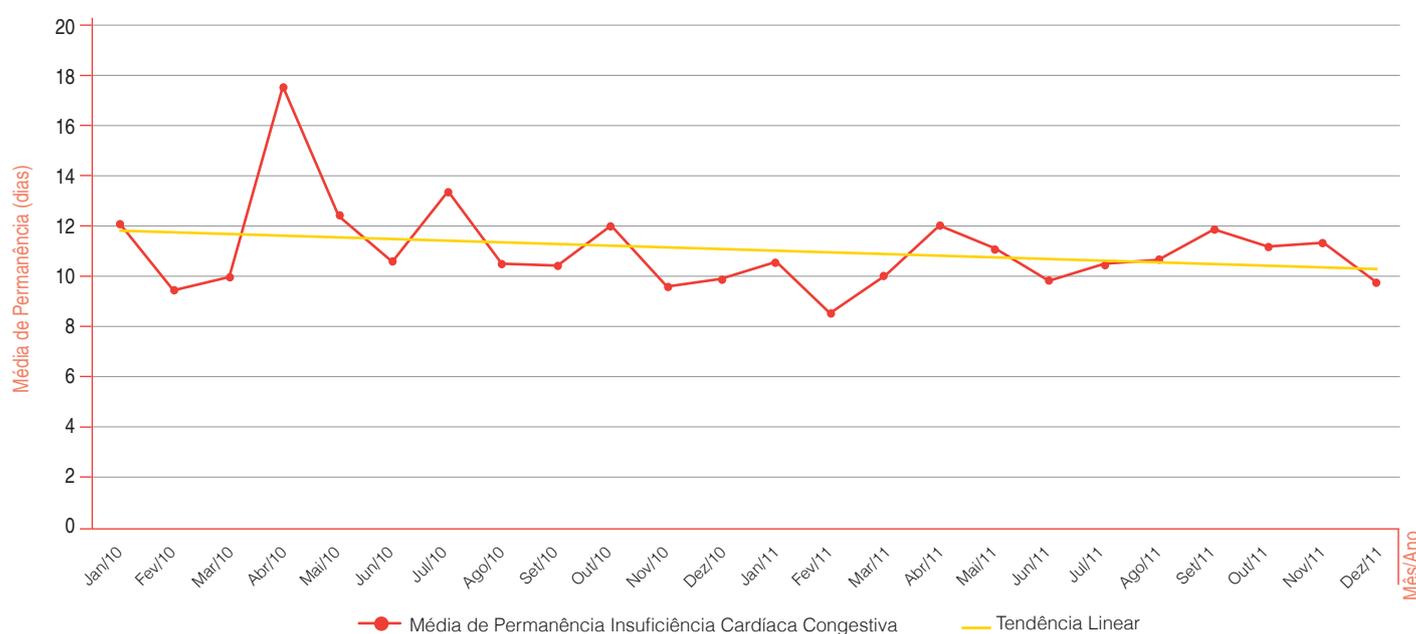
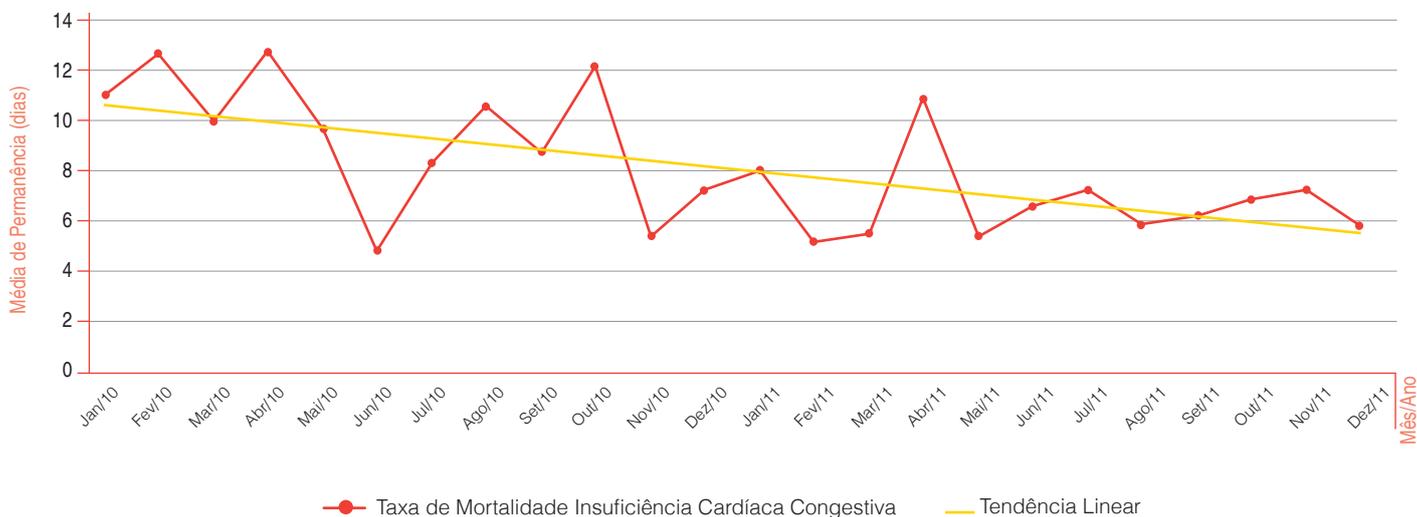


Gráfico 39 – Distribuição Mensal da Média de Permanência de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva e Tendência Linear e o Número de Saídas



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Gráfico 40 – Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Tendência Linear



Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)

Como pode ser observado no Gráfico 26, as Doenças do Aparelho respiratório representam a terceira causa de morte na região Sudeste e a quarta causa nas demais regiões brasileiras. A Pneumonia Adquirida na Comunidade é uma das principais causas e aumentou a letalidade nos últimos anos em faixas etárias jovens. A utilização inadequada de antibióticos, o diagnóstico eventualmente tardio e a falta de padronização de conduta têm contribuído para aumentar a letalidade nestes casos. Vale ainda ressaltar que o diagnóstico e o tratamento inadequado destes casos determinam maior risco de evolução para Sepsis, síndrome

clínica grave com altas taxas de letalidade. Crianças portadoras de doenças respiratórias de base (como asma e bronquite asmática) e idosos são grupos de risco para Pneumonia Adquirida na Comunidade. O projeto monitora os protocolos para crianças e adultos, com foco diferenciado nos maiores de 60 anos, para os quais representa causa importante de morte. Observa-se variação sazonal da ocorrência dos casos de Pneumonia Adquirida na Comunidade, especialmente nas crianças. O período de maior incidência são os meses de inverno (Gráfico 41 e 42).

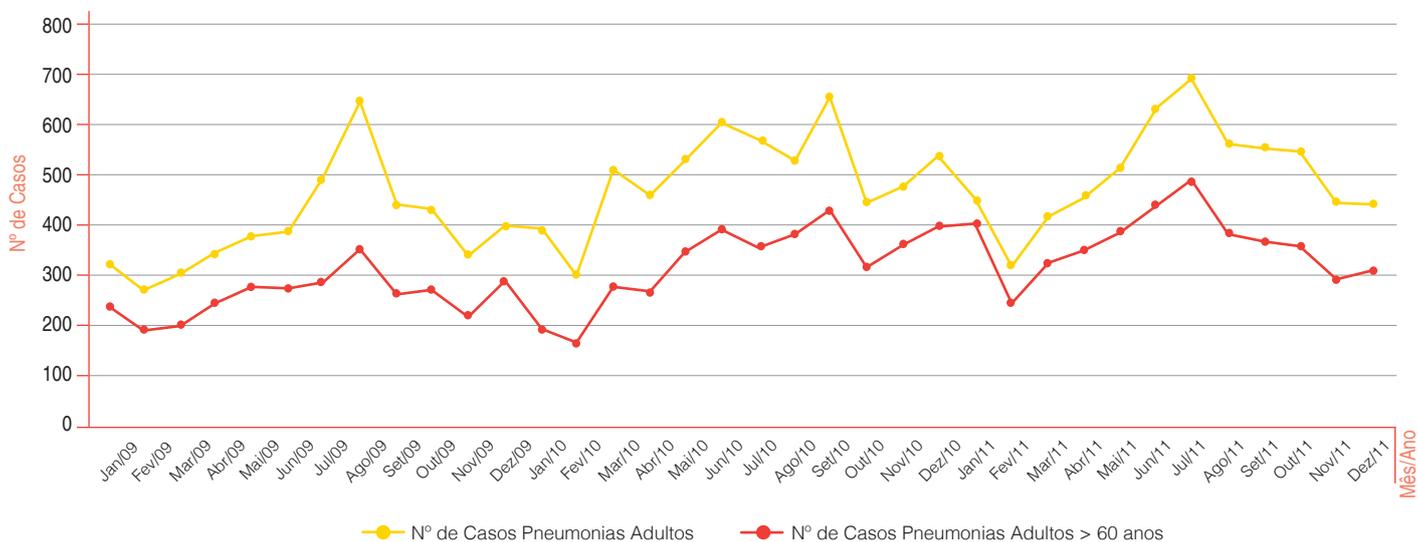
Gráfico 41 – Distribuição Mensal do Volume de Casos de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em Crianças (pacientes < 13 anos)



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.



Gráfico 42 – Distribuição Mensal do Volume de Pacientes com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) Adultos e Número em Maiores de 60 anos

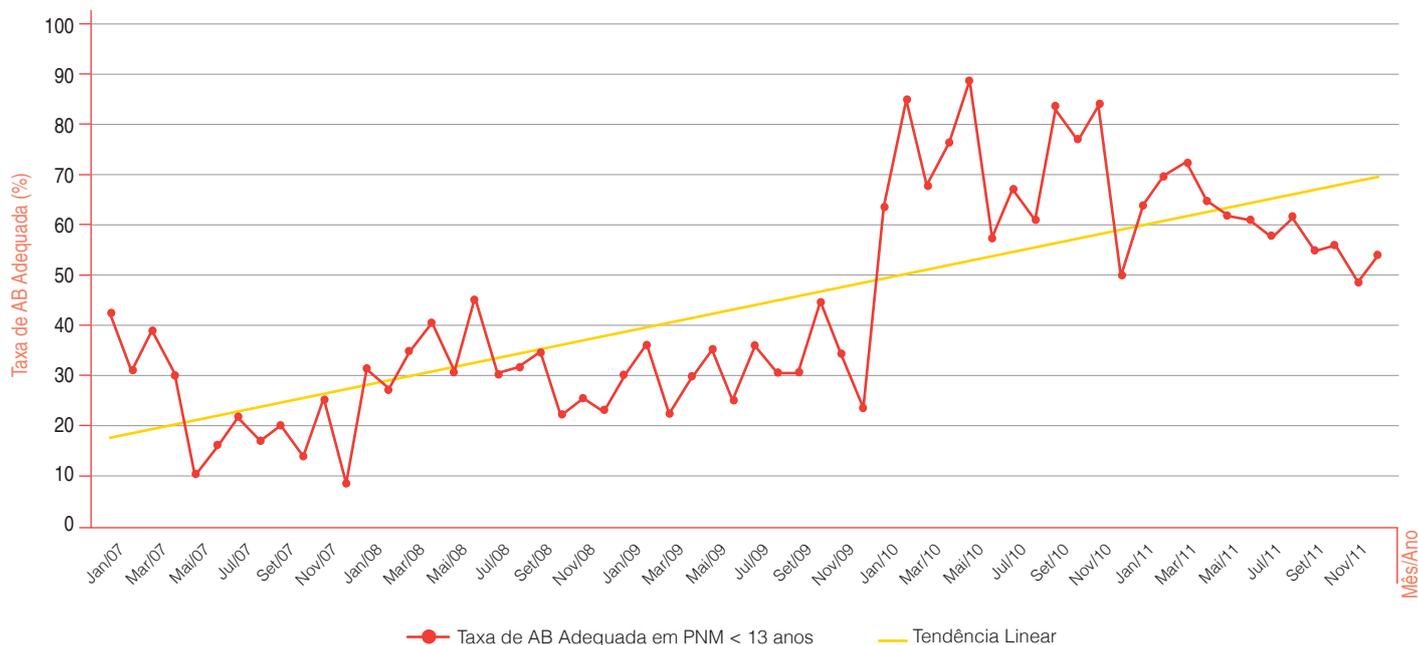


Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Um dos aspectos mais críticos para a implantação do protocolo é a Taxa de Antibioticoterapia Adequada (tempo, esquema e duração do esquema de tratamento). Estas taxas cresceram em conformidade para crianças e adultos

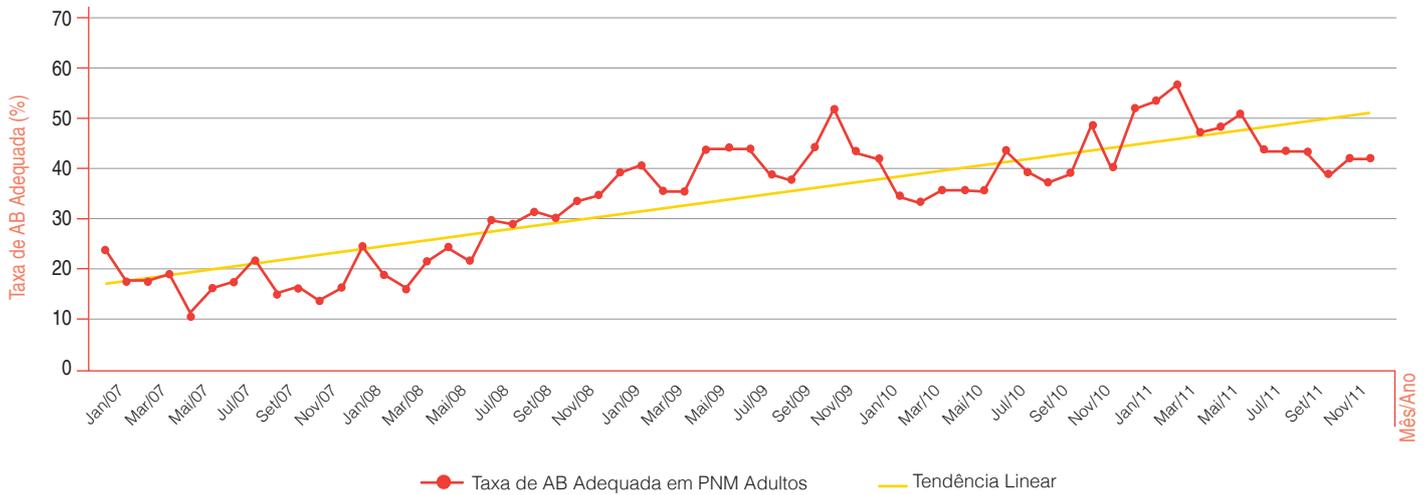
(Gráfico 43 e 44), no entanto, esses protocolos ainda têm menor aderência do que os anteriormente analisados. Uma das metas para 2012 é investir no reforço de implantação da padronização nestes casos.

Gráfico 43 – Distribuição Mensal das Taxas de Utilização Adequada de Antibioticoterapia em PAC de Crianças (menores de 13 anos) e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

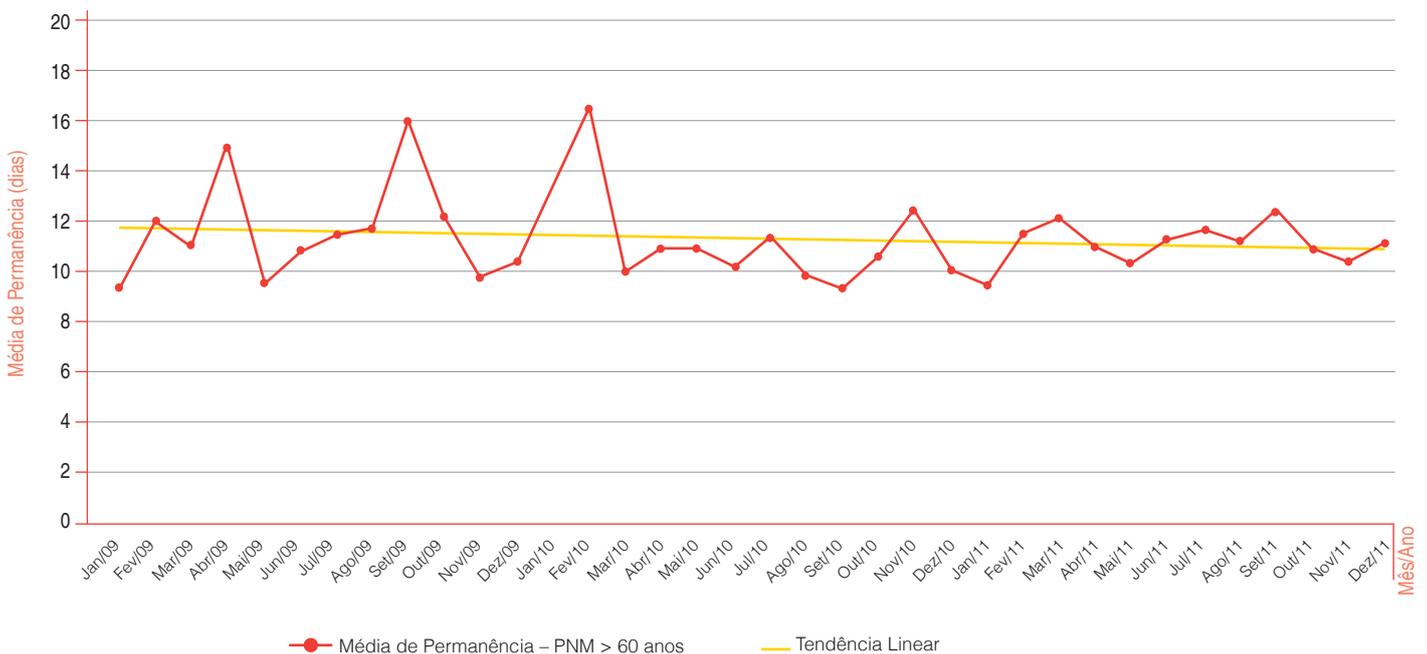
Gráfico 44 – Distribuição Mensal da Taxa de Utilização Adequada de Antibioticoterapia em Pacientes com PAC Adultos e Tendência Linear



A Média de Permanência nos casos de Pneumonia em maiores de 60 anos teve discreta redução. A média observada no conjunto dos hospitais para este indicador foi de 11 dias. Em 2011, 73% dos pacientes adultos com pneumonia adquirida

na comunidade pertenciam ao grupo acima dos 60 anos. A Taxa de Mortalidade Geral para Pneumonia Adquirida na comunidade (PAC) em adultos foi de 11% em 2011 e, para os casos acima de 60 anos, foi de 15%.

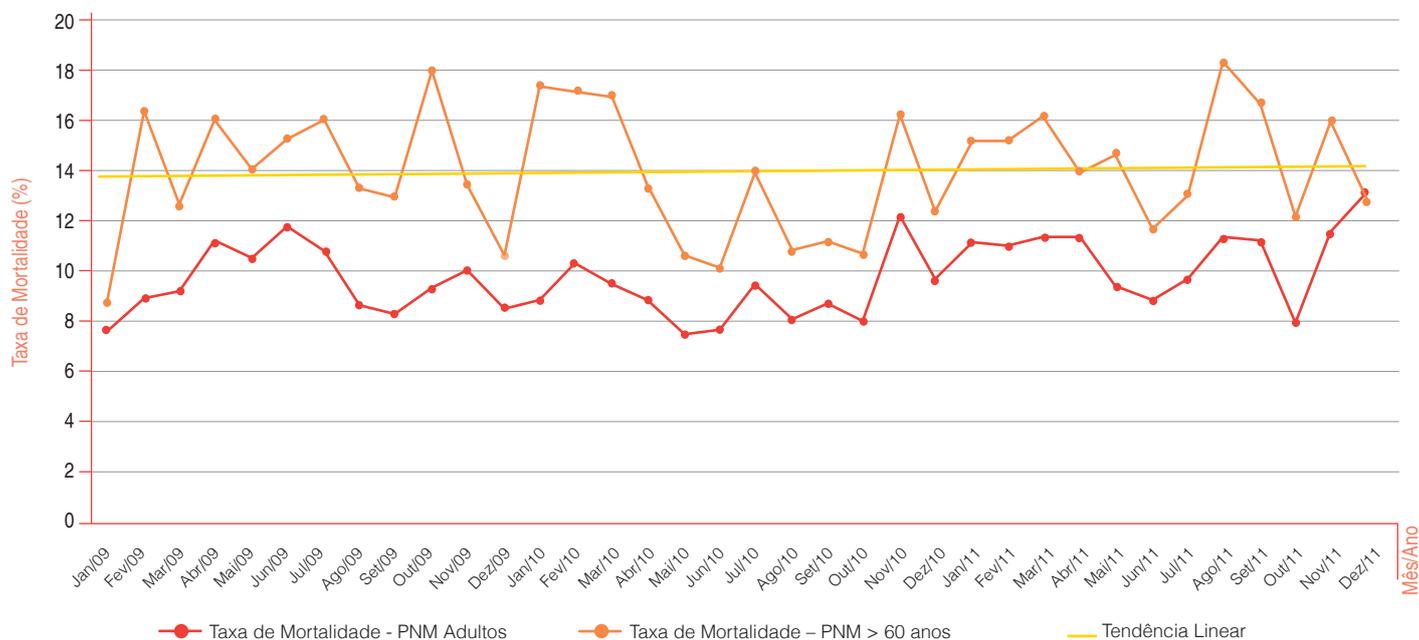
Gráfico 45 – Distribuição Mensal da Média de Permanência dos Pacientes com PAC Maiores de 60 anos e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.



Gráfico 46 – Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade de Pacientes com PAC Adultos e Maiores de 60 anos e Tendência Linear



Sepse

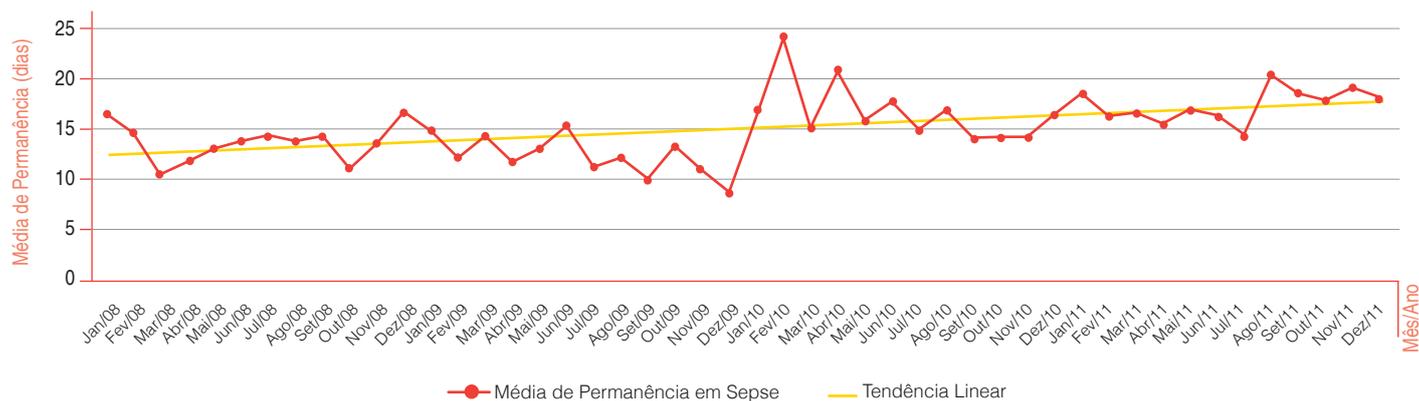
Doença de relevância mundial com grande impacto em mortalidade, a Sepsis mereceu uma campanha patrocinada pelo *Institute of HealthCare Improvement* (IHI) com o objetivo de conscientizar as equipes clínicas para a importância do diagnóstico precoce das formas iniciais da doença e da força de algumas ações na redução das complicações, sequelas e da mortalidade.

No Brasil, o protocolo foi implantado em um número relevante de unidades de terapia intensiva e de serviços de emergência, inclusive atrelando os resultados à Campanha Internacional. Buscava-se reduzir o número de casos e a letalidade que girava em torno de 50%.

Em 2011, 23 hospitais enviaram dados regularmente sobre os resultados do protocolo de Sepsis. Este número reflete o aumento dos hospitais que reportam os dados, bem como, a eficiência dos protocolos implantados, que pode ser evidenciada no maior número de casos detectados.

Pode-se observar aumento do tempo de permanência na série analisada (gráfico 47), sendo que, em 2011, a Média de Permanência para estes casos oscilou entre 16 e 20 dias, portanto, com grande consumo de recursos críticos nos hospitais.

Gráfico 47 – Distribuição Mensal da Média de Permanência dos Pacientes com Sepsis e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

A Taxa de Antibioticoterapia adequada apresenta tendência linear de crescimento, tendo atingido em 2011 média de 75%, com variação ao longo do ano entre 66% e 80% (Gráfico 48). No Gráfico 49, pode-se constatar a drástica redução das

Taxas de Mortalidade da ordem de 30% a 35% em 2008 para 23% em média em 2011. Estes resultados podem ser incrementados, mas já estão próximos dos preconizados pela literatura internacional.

Gráfico 48 – Distribuição Mensal da Taxa de Utilização Adequada de Antibioticoterapia em Pacientes com Seps e Tendência Linear

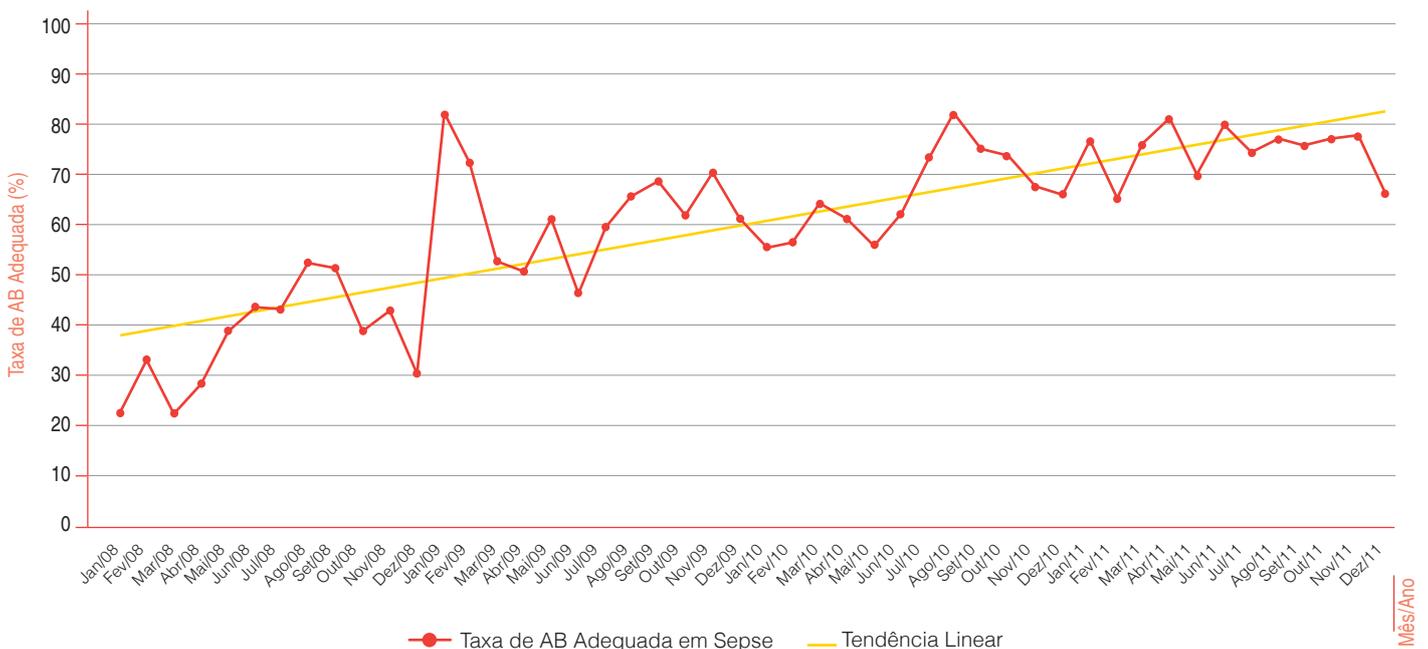
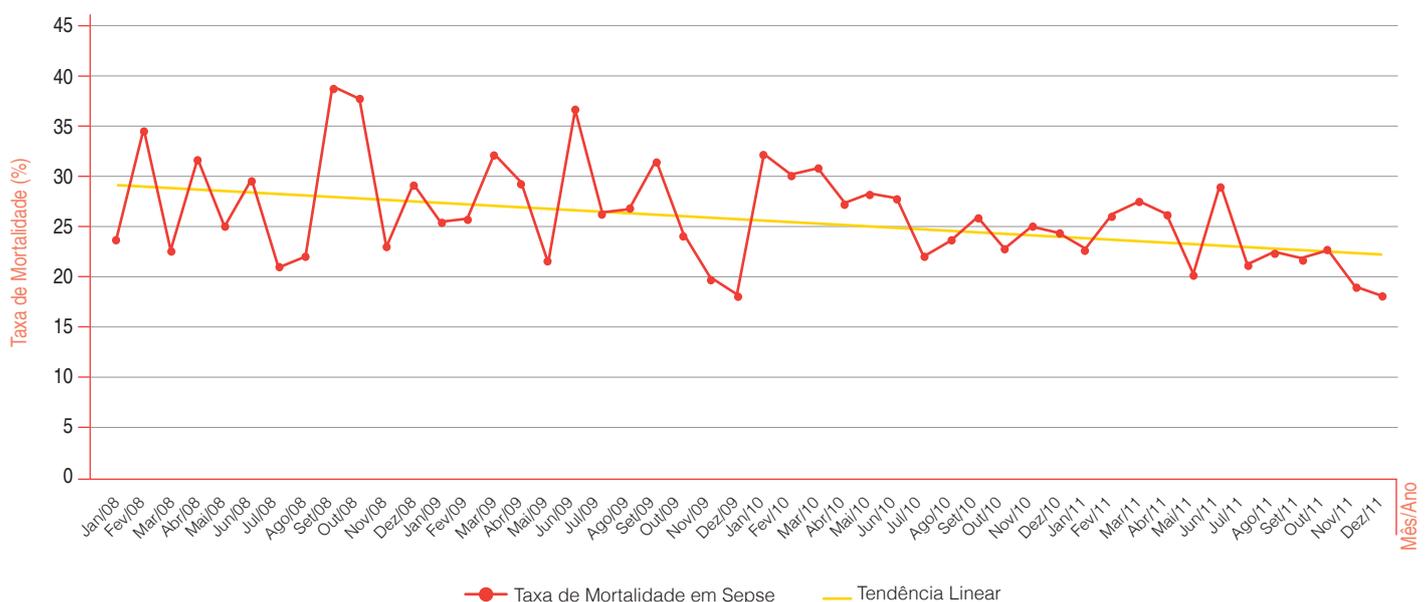


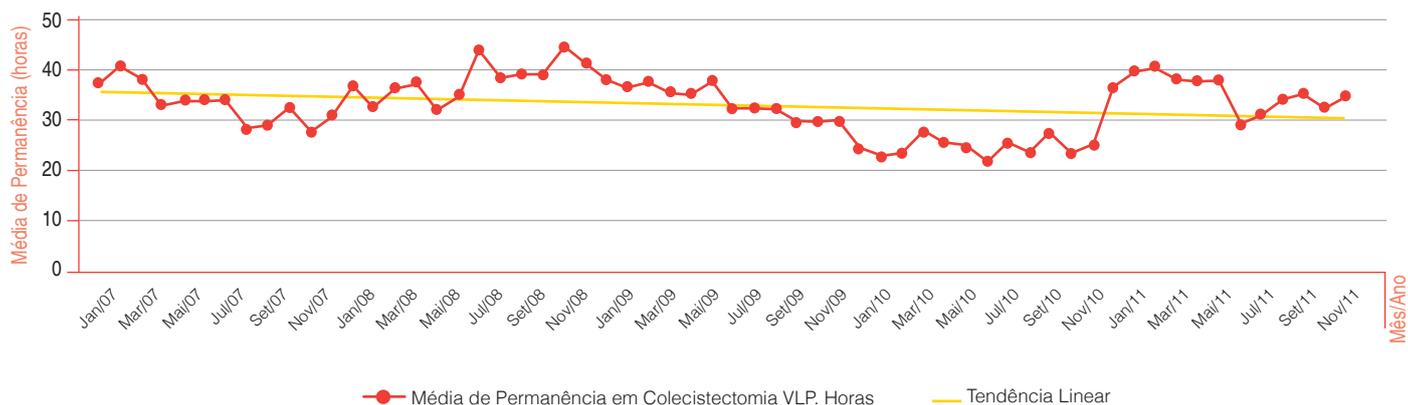
Gráfico 49 – Distribuição Mensal da Taxa de Mortalidade de Pacientes com Seps e Tendência Linear



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.



Gráfico 50 – Distribuição Mensal da Média de Permanência (em horas) para Colectistectomia Videolaparoscópica Eletiva



Fonte: PMPA/ANAHP 2011.

Colectistectomia Videolaparoscópica, Herniorrafia Inguinal e Histerectomia Abdominal

Para o monitoramento dos protocolos direcionados a procedimentos cirúrgicos, além dos indicadores de Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico e Taxa de Antibioticoterapia Profilática Adequada, acompanharam-se os resultados de Média de Permanência em Horas para Colectistectomia Videolaparoscópica e Herniorrafia Inguinal. Para Histerectomia Abdominal, acompanhou-se média de permanência em dias. Observa-se tendência linear de queda da Média de Permanência para Colectistectomia Videolaparoscópica na série histórica, embora entre 2010 e 2011 tenha ocorrido aumento dos índices (Gráfico 50, Tabela 2).

A tendência de redução também pode ser observada para Herniorrafia Inguinal e Histerectomia Abdominal (Tabela 2), porém, com resultados maiores em 2011 que em 2010. Esta reversão de tendência deve estar associada à incorporação de pacientes com maior complexidade e gravidade nos protocolos direcionados para estes casos. Investimentos em aprimoramento dos resultados estão sendo implantados em 2012.

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

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

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

Johnson & Johnson
MEDICAL INNOVATION INSTITUTE

Tabela 03 – Indicadores Clínicos Patologias Seleccionadas
(Hospitais ANAHP 2007 a 2011)

Patologias	Indicadores	2007	2008	2009	2010			
						Jan	Fev	
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Tempo Porta-Balão (minutos)	127	111	110	108	102	84	
	Média de Permanência – IAM (dias)	5.4	7.9	7.0	7.2	6.8	7.4	
	Taxa de Angioplastia – IAM (%)	28.3	42.1	79.9	75.5	69.4	65.6	
	Taxa de Aspirina na Alta – IAM (%)	38.3	58.0	53.6	70.6	79.8	59.4	
	Taxa de Mortalidade – IAM (%)	7.1	8.6	7.0	5.0	5.7	2.7	
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)	Tempo Porta-CT (minutos)	122	102	97	61	39	44	
	Tempo Porta-Trombólise (minutos)	ND	ND	27	96	82	80	
	Média de Permanência – AVCI (dias)	9.1	10.4	11.1	9.7	7.9	7.8	
	Taxa de Tomografia – AVCI (%)	22.0	36.7	48.4	70.0	66.9	49.3	
	Taxa de Mortalidade – AVCI (%)	7.7	7.7	8.1	6.9	6.6	2.1	
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	Média de Permanência – ICC (dias)	ND	ND	ND	11.5	10.5	8.5	
	Taxa de Mortalidade – ICC (%)	ND	ND	ND	9.1	8.0	5.2	
Pneumonia (PAC) em Crianças	Média de Permanência – PNM < 13 anos (dias)	4.9	5.6	4.9	4.8	5.3	4.4	
	Taxa de AB Adequada – PNM < 13 anos (%)	22.6	33.2	32.3	73.1	64.3	70.2	
	Taxa de Mortalidade – PNM < 13 anos (%)	0.5	1.0	0.6	0.5	4.3	0.0	
Pneumonia (PAC) em Adultos	Média de Permanência – PNM Adultos (dias)	7.1	11.1	9.8	8.7	10.2	11.2	
	Taxa de AB Adequada – PNM Adultos (%)	17.2	26.8	41.2	38.4	51.4	53.0	
	Taxa de Mortalidade – PNM adultos (%)	8.5	9.4	9.8	9.0	11.2	11.0	
	Média de Permanência – PNM > 60 anos (dias)	ND	ND	11.6	10.9	9.4	11.5	
	Taxa de Mortalidade – PNM > 60 anos (%)	ND	ND	13.9	12.9	15.2	15.2	
Sepse	Média de Permanência – Sepse (dias)	6.9	13.6	12.0	16.5	18.4	16.2	
	Taxa de AB Adequada – Sepse (%)	12.2	37.6	62.6	67.1	77.4	65.5	
	Taxa de Mortalidade – Sepse (%)	61.7	27.7	25.8	25.9	22.3	25.8	
Cirúrgicos	Média de Permanência – Histerectomia (dias)	1.5	2.2	1.7	2.6	5.9	5.2	
	Média de Permanência – Colectomia VLP (horas)	34.0	43.2	34.3	24.8	37.3	40.4	
	Média de Permanência – Herniorrafia Inguinal (horas)	27.0	25.7	17.9	19.8	26.4	26.6	

2011											
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Anual
	79	96	67	100	82	91	73	95	78	83	86
	7.5	7.2	7.5	7.3	8.0	7.7	7.1	7.3	7.5	8.0	7.4
	71.4	62.7	60.4	81.0	78.8	75.6	72.3	72.7	75.0	76.2	72.2
	61.9	59.3	64.1	66.5	65.5	67.8	70.4	67.5	67.0	74.0	66.9
	3.0	2.6	3.6	4.1	5.0	3.9	2.2	3.7	3.7	4.9	3.7
	63	53	45	65	49	79	48	70	57	52	53
	106	74	56	79	47	45	83	57	80	42	69
	8.2	7.2	6.0	8.5	7.8	7.5	8.5	8.3	6.5	7.4	7.6
	50.9	71.3	41.6	63.9	60.6	58.5	68.0	73.9	61.0	63.3	60.4
	7.5	6.9	5.4	7.9	7.6	5.5	5.9	5.7	4.7	6.7	6.1
	10.1	12.0	11.1	9.8	10.5	10.6	11.8	11.1	11.3	9.7	10.7
	5.6	10.9	5.5	6.6	7.3	5.9	6.3	6.9	7.3	5.9	6.7
	5.5	5.4	6.9	6.4	5.6	5.5	5.0	5.1	8.8	4.6	5.8
	72.8	65.2	62.2	61.4	57.9	61.8	55.4	56.4	49.3	54.4	60.9
	0.0	0.0	0.6	0.6	0.7	0.0	0.6	0.6	0.7	1.1	0.6
	11.4	10.6	10.9	10.2	10.8	10.7	10.1	8.9	8.9	9.9	10.3
	56.1	46.8	47.8	50.5	43.2	43.2	43.0	38.2	41.7	41.7	46.0
	11.4	11.4	9.4	8.9	9.7	11.4	11.3	8.0	11.6	13.2	10.6
	12.1	11.0	10.3	11.2	11.6	11.2	12.5	10.9	10.4	11.1	11.1
	16.2	13.9	14.6	11.7	13.1	18.3	16.7	12.2	16.0	12.8	14.6
	16.6	15.5	16.9	16.3	14.3	20.3	18.5	17.8	19.1	18.1	17.4
	76.6	81.7	70.5	80.4	74.9	77.6	76.4	77.8	78.2	66.5	75.4
	27.0	25.7	19.8	28.7	20.7	22.1	21.3	22.2	18.5	17.6	22.6
	3.9	3.9	2.8	4.0	2.4	2.4	2.5	2.5	4.9	2.5	3.6
	41.2	38.8	38.4	38.6	29.7	31.2	34.5	35.7	32.7	35.1	36.0
	28.3	34.3	27.9	32.1	27.3	38.4	27.3	38.7	26.3	49.6	31.7



Perfil Institucional dos Hospitais ANAHP



CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ

Breve histórico da Instituição

Porque a vida é sagrada, Casa de Saúde São José está às vésperas de completar 90 anos de serviços de saúde prestados à cidade do Rio de Janeiro. Integrante da Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), a segunda maior entidade filantrópica privada do Brasil e a primeira no setor saúde, é responsável pela geração de receita necessária para que a ACSC mantenha as 33 obras sociais, que atendem a cerca de 8 milhões de pessoas por ano, em conjunto com o Hospital Santa Catarina, em São Paulo.

Com a missão de servir à vida, promovendo saúde e preparada para atuar em 24 especialidades médicas, tem capacidade para realizar 2,5 mil procedimentos cirúrgicos por mês. O hospital possui um complexo cirúrgico voltado para tratamentos invasivos e de alta complexidade. Essa estrutura é amparada por um dos centros de terapia intensiva geral, neurológica, coronariana e neonatal mais modernos do País.

Aliando tradição e modernidade, a São José faz investimentos constantes em tecnologia e expansão. Sua excelência em tecnologia e atendimento humanizado foi comprovada, em 2011, pela Acreditação Internacional Canadense, tendo certificado que o hospital possui práticas equiparadas aos melhores hospitais do mundo.

Destaque 2011 e 2012

Com um forte plano diretor de obras, a Casa de Saúde São José pretende ampliar a sua capacidade para 300 leitos até 2015.

No balanço de 2011 destaca-se o investimento de R\$ 5,5 milhões na remodelação das unidades coronariana e semi-intensiva que, além de serem ampliadas, tiveram todo o parque tecnológico renovado, permitindo segurança máxima para qualquer diagnóstico e tratamento.

No primeiro semestre de 2012, a Casa de Saúde São José iniciou a inauguração de um Núcleo Cardiológico, com uma nova hemodinâmica e serviço de exames de imagem cardiológica. Com foco na Radiologia e na Cardiologia intervencionistas, serão inauguradas as salas inteligentes, com ambiente totalmente informatizado, que permitirão acesso digital às informações dos pacientes, cirurgias através de teleconferência internacional, procedimentos complexos guiados integralmente por imagem e minimamente invasivos. Estes recursos possibilitam redução do tempo de internação e melhor recuperação do paciente.

As emergências – que já oferecem as especialidades ortopédica e cardiológica – também contarão com pronto-atendimento urológico, neurológico e obstétrico. Estas mudanças também permitirão, até 2015, a construção de um novo complexo cirúrgico, concentrando todas as salas em um só prédio. É a Casa de Saúde São José investindo em modernidade a serviço da vida, porque, para nossa instituição, a vida é sagrada.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1923
Área construída	30.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	219
Nº de leitos de UTI	55
Nº de médicos cadastrados	5.996
Nº de funcionários ativos	1.128
Nº de consultas no pronto-socorro	4.479
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	19.788
Nº de cirurgias (exceto partos)	21.673
Nº de partos	3.252
Nº de exames realizados no SADT	371.141
Receita bruta (em R\$ milhões)	273,4



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

Instituição filantrópica criada em 1953 por Antônio e Carmen Prudente, o Hospital A.C. Camargo é um dos maiores centros de tratamento oncológico do mundo. De forma integrada e multidisciplinar, atua na prevenção, no diagnóstico e no tratamento ambulatorial e cirúrgico dos mais de 800 tipos de câncer identificados pela Medicina, divididos em mais de 40 especialidades. A cada ano atende a 15 mil novos pacientes de diversas partes do País e do exterior. Em 2011, foram realizados mais de 1,1 milhão de procedimentos, sendo 63,1% deles dedicados a pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde), atendidos de maneira idêntica aos pacientes usuários de convênios médicos.

O corpo clínico do hospital é composto por uma equipe de mais de 500 especialistas, dos quais aproximadamente 120 são oncologistas, a maioria com mestrado e doutorado, e conta com o apoio de mais de 2,4 mil profissionais da saúde. A dedicação e a interação destes profissionais em atividades interdisciplinares resultam em um tratamento com excelentes índices de sucesso, da ordem de 68% para adultos, só comparável ao observado nos melhores centros oncológicos do mundo. Referência em pesquisa oncológica, no País e no exterior, o hospital publicou, em 2011, 188 artigos em revistas especializadas de alto impacto. Desde sua fundação, já diagnosticou e tratou mais de 700 mil pacientes, possuindo uma das maiores casuísticas do Brasil no tratamento do câncer.

Destaque 2011 e 2012

Após o processo de avaliação que ocorreu ao longo de 2011, o Hospital A.C. Camargo foi certificado com a Acreditação Canadense pelo *Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA)*, um dos mais importantes selos de gestão de qualidade na prestação de serviços de saúde em todo o mundo. O A.C. Camargo é a primeira instituição oncológica do País a receber este reconhecimento internacional. Desde a sua fundação em 1953, o hospital já formou a metade dos oncologistas do Brasil, por meio de seu programa de residência médica que formou em 2011 seu milésimo residente. Pioneiro no uso do PET-CT, o hospital realizou, em 2011, 3,3 mil destes exames de altíssima precisão. Na busca pela excelência, investiu cerca de R\$ 9,6 milhões em 2011 em novas tecnologias. Para o tratamento do câncer de próstata, adquiriu o equipamento Ablatherm Robotic HIFU, ultrassom robótico desenvolvido para atingir alvos diminutos dos tumores de próstata de forma menos invasiva. Para 2012, a instituição concluirá a disponibilização de 120 novos leitos, totalizando 421 leitos destinados exclusivamente à Oncologia. Tal estrutura pode ser comparada à do *M.D. Anderson Cancer Center*, um dos maiores centros oncológicos do mundo e um dos parceiros internacionais do A.C. Camargo. Para 2012, estão previstas ainda a contratação de cerca de 200 novos colaboradores e a ampliação do número de leitos destinados ao transplante de medula óssea.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1953
Área construída	60.000 m ²
Organização do corpo clínico	fechado
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	321
Nº de leitos de UTI	36
Nº de médicos cadastrados	442
Nº de funcionários ativos	2.444
Nº de consultas no pronto-socorro	não se aplica
Nº de consultas no ambulatório	não informado
Nº de internações	não informado
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.342
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	não informado
Receita bruta (em R\$ milhões)	505

 **Hospital A.C. Camargo**
Centro de Tratamento, Ensino e Pesquisa em Câncer

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





HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Breve histórico da Instituição

A vocação para cuidar da saúde da comunidade acompanha o Hospital Alemão Oswaldo Cruz desde 1897, quando foi fundado por imigrantes de língua alemã. Nos últimos anos, o hospital definiu suas áreas de referência (doenças circulatórias, digestivas, osteomusculares, oncológicas e envelhecimento saudável) e estabeleceu metas de expansão baseadas no conceito de crescimento sustentável.

Como parte da estratégia e pensando no atendimento de seus pacientes, a instituição desenvolve centros de especialidades, com investimentos constantes em capacitação técnica e em tecnologia de ponta, como o Instituto de Geriatria e Gerontologia, o Instituto da Próstata, o Centro de Excelência em Cirurgia Bariátrica e Metabólica, entre outros. Iniciativas como estas, aliadas a um modelo assistencial de qualidade, renderam ao hospital a certificação da *Joint Commission International* (JCI), em 2009.

Em 2008, a instituição assinou termo de compromisso com o Ministério da Saúde, sendo reconhecida como Entidade Beneficente de Assistência Social e, em 2010, inaugurou Unidade Ambulatorial de Sustentabilidade Social da Mooca, para atender gratuitamente a pacientes do SUS. No contexto de expansão, também está a abertura do novo Centro de Especialidades, no Campo Belo.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o foco do Hospital Alemão Oswaldo Cruz esteve na continuidade do plano de expansão, com o avanço das obras de seu novo prédio no complexo hospitalar do Paraíso, a inauguração do Centro de Nefrologia e Diálise, e do novo espaço de Ortopedia. Destacam-se ainda os investimentos em inovação tecnológica, em especial as aquisições para o Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), Neurofisiologia Clínica e UTI.

O hospital também intensificou sua atuação na área de produção e pesquisa científica, por meio de seu Instituto de Educação e Ciências, que contabilizou 72 propostas de estudos clínicos, além de 20 estudos internacionais ativos no último ano.

Para 2012, além da finalização do novo prédio, a instituição comemora o desempenho positivo de suas ações de Sustentabilidade Social, em parceria com o Ministério da Saúde para apoio institucional ao Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital passou a gerenciar projetos ligados à gestão, pesquisa, capacitação e tecnologia em benefício da população brasileira, entre eles o Programa Integrado de Controle ao Câncer Mamário.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1897
Área construída	96.622 m ²
Organização corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	221
Nº de leitos de UTI	34
Nº de médicos cadastrados	5.111
Nº de funcionários ativos	1.829
Nº de consultas no pronto-socorro	55.320
Nº de consultas no ambulatório	6.713
Nº de internações	16.255
Nº de cirurgias (exceto partos)	24.616
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	198.098
Receita bruta (em R\$ milhões)	421,6



Rua Treze de Maio, 1.815 - Paraíso
São Paulo - SP - 01323-903
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. Foi inaugurado em 18 de outubro de 1990, registrando a sua inserção no cenário médico-hospitalar da Bahia como uma nova referência no setor de saúde. Além de possuir o corpo clínico aberto, mantém uma equipe fixa e própria, respondendo pela assistência do pronto-atendimento, da Neonatologia, tratamento intensivo e as intercorrências dos pacientes internados nas outras unidades. Nos 77 consultórios localizados no Centro Médico, atuam profissionais de diversas especialidades. Conta ainda com 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, contando com emergência, urgência, pronto-atendimento, cirurgia ambulatorial e internação com disponibilidade. Atualmente com 203 leitos, o hospital registrou cerca de 250 mil atendimentos ao longo de 21 anos. A instituição possui 1.552 funcionários, que atuam em cerca de 60 equipes estratégicas de trabalho. O trabalho executado por essas equipes está embasado em três valores que definem o jeito Aliança de ser: Excelência, Integridade e Aperfeiçoamento.

Destaque 2011 e 2012

Nos últimos dois anos, o Hospital Aliança não tem economizado esforços para a melhoria continuada da sua gestão. Com o acompanhamento da Fundação Dom Cabral – escola de negócios referência na América latina –, foi implantado o Plano de Desenvolvimento de Gestão por Resultados e realizados investimentos para a capacitação das lideranças. Por isso, o Aliança deverá continuar com suas diretrizes básicas para garantir a excelência dos seus serviços. Isso implica priorizar investimento em gestão, humanização e qualificação permanente de pessoal. Os últimos investimentos realizados já refletiram numa recente pesquisa de satisfação do cliente, feita no momento da alta hospitalar, que indicou índice positivo acima de 90% em todos os meses de 2011. Neste mesmo período, houve redução das taxas de infecção hospitalar a um patamar mínimo de 1,6%, dentro dos patamares (abaixo de 5%) recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e níveis próximos a zero (0,31%) das taxas relacionadas a cateter central na UTI. Tudo isso se traduz no reconhecimento da comunidade baiana, onde por dois anos consecutivos (2010 e 2011) o hospital foi agraciado com o Prêmio “Top of Mind” – Bahia.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1990
Área construída	29.216 m ²
Organização corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	em processo

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	202
Nº de leitos de UTI	42
Nº de médicos cadastrados	2.760
Nº de funcionários ativos	1.552
Nº de consultas no pronto-socorro	79.189
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	12.351
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.347
Nº de partos	2.056
Nº de exames realizados no SADT	80.280
Receita bruta (em R\$ milhões)	206



Av. Juracy Magalhães Jr, 2096 - Rio Vermelho
Salvador - BA - 41.920-900
71 2108-5600 - www.hospitalalianca.com.br





HOSPITAL ANCHIETA

Breve histórico da Instituição

Um hospital com uma concepção arquitetônica que desperta o ímpeto de vida existente em cada ser humano, reunindo universalidade do conhecimento médico, permitindo situação holística na abordagem especializada, gerando conforto e resolutividade e possibilitando ainda aos profissionais da saúde o desempenho pleno das suas potencialidades. Este é o Hospital Anchieta.

No ano em que a instituição completa 16 anos, destaca-se como 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 era prioridade Institucional. Desde então, o HA 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. Mais difícil que conquistar é manter estas certificações, e este tem sido o maior desafio.

Para alcançar o atual nível de excelência, o Hospital Anchieta entende ser necessário manter o nível de qualidade não só no atendimento, mas também na gestão de seus processos. “Na prática, uma instituição hospitalar que opta por adotar sistemas de qualidade tem, entre seus principais objetivos, a oferta de segurança e assistência de elevado padrão. Isso porque cada um dos modelos – seja a ISO, a Acreditação ou o PNQ – determina o foco no cliente, a visão de mercado e prevê a padronização de todos os processos, a mensuração de indicadores e a realização de melhorias contínuas”, destaca Dr. Délcio Rodrigues, Diretor Executivo.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o Hospital Anchieta registrou as seguintes realizações:

- Implementou novo modelo organizacional, consolidando como centro de todos os esforços o pleno atendimento ao cliente – nos âmbitos administrativo e assistencial.
- Um dos destaques foi a introdução da gestão por processos e a reestruturação das áreas de logística e infraestrutura, nutrição, almoxarifado, engenharia clínica, manutenção e patrimônio, a conclusão da reforma da área de internação.
- O laboratório da instituição recebeu em fevereiro o Certificado de Excelência – Categoria Ouro, concedido pelo Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ) da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC) às empresas que por dez anos consecutivos apresentaram padrão de excelência.
- O HA investiu em ações de Responsabilidade Social visando ao desenvolvimento da comunidade, por meio de eventos realizados pelo Instituto Anchieta de Ensino e Pesquisa (IAEP), através do Programa Melhor Idade e das Palestras para a Comunidade. Promoveu também programas como o Dr. Mirim, Estande Itinerante e o Curso de Gestantes; este último, existente há 16 anos ininterruptos, representou um verdadeiro recorde de inscrições.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1995
Área construída	60.374 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	153
Nº de leitos de UTI	42
Nº de médicos cadastrados	519
Nº de funcionários ativos	791
Nº de consultas no pronto-socorro	225.868
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	11.944
Nº de cirurgias (exceto partos)	6.177
Nº de partos	1.457
Nº de exames realizados no SADT	587.324
Receita bruta (em R\$ milhões)	107,7



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

HOSPITAL BANDEIRANTES

Breve histórico da Instituição

Em 2011, o Hospital Bandeirantes, fundado em 1975, deu um importante passo com a consolidação do novo DNA da empresa – sua Missão, Visão e Valores – expressos da seguinte forma:

MISSÃO: Realizar atendimento médico hospitalar emergencial e de alta complexidade, com excelência em tecnologia e capital humano.

VISÃO: Ser referência nacional no segmento hospitalar de alta complexidade e estar entre as dez melhores marcas líderes.

VALORES: Cultura da Segurança; Encantamento dos Clientes; Ética; Perseverança; Qualidade; Respeito à Vida; Responsabilidade Socioambiental; Sustentabilidade; Valorização do Capital Humano.

Em 2011, a instituição completou um ano do início das atividades do novo prédio de 15 mil m², que determinou a mudança de nível de hotelaria e equipamentos médicos de alta tecnologia e colocou o HB entre os maiores hospitais do País, com 290 leitos, sendo 68 de UTI e totalizando 30 mil m², com destaque às áreas de emergência, Atenção Cardiovascular e Hemodinâmica, Oncologia, Transplantes Abdominais e Cirurgias Especializadas.

O Hospital Bandeirantes possui a certificação ONA III – Excelência da Organização Nacional de Acreditação (ONA). O Grupo Saúde Bandeirantes, do qual faz parte, atua em dois segmentos, com 655 leitos e quatro hospitais:

- Rede privada: Hospital Bandeirantes e Hospital Leforte;
- Rede de contratos de gestão com o SUS e o governo do Estado de São Paulo: Hospital Glória, na capital, e Hospital Lacan, em São Bernardo do Campo.

Destaque 2011 e 2012

O ano de 2011 foi estratégico para o Grupo Saúde Bandeirantes (GSB) rumo à sua consolidação definitiva no segmento *Premium* com o Hospital Leforte, no Morumbi, inaugurado em 2009, e o novo Hospital Bandeirantes, na Liberdade, com a capacidade de atendimento duplicada e serviços como Medicina Nuclear. Nesse sentido, mereceram destaque os investimentos e esforços das lideranças do GSB em estreitar relacionamento com dois públicos de interesse fundamental: médicos e operadoras de planos de saúde. Isso foi possível através da melhoria de processos, eventos segmentados e da implantação de medidas como os procedimentos cirúrgicos gerenciados.

O público-final – clientes/pacientes – também foi alvo de ações específicas de esclarecimento e promoção de saúde e qualidade de vida. Em 2011, foram atingidas aproximadamente 30 mil pessoas, de empresas e entidades parceiras, com as atividades realizadas ao longo de todo o ano.

Em 2012, a instituição iniciará as atividades da Radioterapia, Radiocirurgia e IMRT. Além disso, o Centro de Oncologia, já em funcionamento, passa a contar com dois aceleradores lineares e Pet Scan de 16 canais, posicionando o Bandeirantes como um dos principais serviços do Brasil na especialidade. A Emergência e a Atenção Cardiovascular, bem como os transplantes e as cirurgias especializadas, continuam a compor o *Core Business* do Hospital Bandeirantes.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1975
Área construída	30.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	255
Nº de leitos de UTI	58
Nº de médicos cadastrados	4.189
Nº de funcionários ativos	1.479
Nº de consultas no pronto-socorro	78.846
Nº de consultas no ambulatório	90.054
Nº de internações	11.878
Nº de cirurgias (exceto partos)	13.467
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	44.081
Receita bruta (em R\$ milhões)	216,2



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





HOSPITAL BARRA D'OR

Breve histórico da Instituição

Considerado referência em qualidade na capital do Rio de Janeiro (RJ), o Hospital Barra D'Or completou 14 anos nesse ano, consolidando-se como referência em saúde na região da Barra da Tijuca e nos bairros adjacentes. Com o empenho de todo o corpo multidisciplinar, mantém como focos a busca constante pela qualidade em saúde, associada às práticas de humanização no atendimento.

O Hospital 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 clínico geral, cirurgião, ortopedista e oftalmologista. Em sua estrutura, o Barra D'Or conta com 46 leitos de terapia intensiva, distribuídos em unidades de terapia intensiva geral, de coronária e de pós-operatório, além de nove salas cirúrgicas. Por sua excelência, 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 2011 e 2012

No ano de 2011, 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. Ao mesmo tempo, foram adquiridos respiradores de última geração, enquanto 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, 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 Barra D'Or é buscar a união entre a tecnologia moderna e o 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 palestras para a comunidade, discutindo temas de prevenção, qualidade de vida e saúde.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1998
Área construída	15.236 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	166
Nº de leitos de UTI	46
Nº de médicos cadastrados	17.230
Nº de funcionários ativos	1.602
Nº de consultas no pronto-socorro	89.908
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	10.071
Nº de cirurgias (exceto partos)	6.782
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	762.167
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



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, 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 com padrão cinco estrelas; um lugar onde as pessoas encontrassem segurança e conforto para cuidar da sua saúde.

Localizado no bairro de Copacabana, Zona Sul do Rio de Janeiro, o Hospital Copa D'Or é reconhecido pelo elevado padrão de qualidade e identificado como um dos mais importantes centros de medicina do País. Serviços excelentes, competência técnica, investimentos constantes em tecnologia e tratamentos de última geração, realizados com respeito e calor humano, são as suas principais marcas.

O Hospital Copa D'Or foi o primeiro hospital privado do Rio de Janeiro certificado pela *Joint Commission International (JCI)* e pode ser comparado aos melhores do mundo.

A medicina de alta complexidade é um ponto de destaque e, para isso, mantém equipe médica do mais elevado padrão acadêmico, com graduação 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 2011 e 2012

O Hospital Copa D'Or inaugurou em 2011 o novo setor de emergência pediátrica, que oferece muito mais espaço e conforto para os pacientes. Um local com temática infantil, adequado para receber crianças e adolescentes com maior número de leitos, consultórios e sala de precaução.

Em 2012, o Hospital pretende oferecer maior comodidade aos médicos, criando um lounge com conveniências específicas para este público, com objetivo de facilitar o trabalho dos profissionais atuantes em suas instalações.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2000
Área construída	16.800 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	228
Nº de leitos de UTI	75
Nº de médicos cadastrados	1.289
Nº de funcionários ativos	1.900
Nº de consultas no pronto-socorro	109.714
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	11.430
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.302
Nº de partos	não informado
Nº de exames realizados no SADT	76.244
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



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 na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças cardíacas, o HCor – Hospital do Coração atualmente dispõe de outras especialidades médicas como Ortopedia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Plástica, Gastroenterologia e Pneumologia, entre outras, às quais dedica-se com a mesma expertise e diferencial no atendimento oferecido na Cardiologia. O HCor, entidade beneficente sem fins lucrativos, mantida pela Associação do Sanatório Sírio, atendeu ao seu primeiro paciente em 1976 e, ao longo de seus 35 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 HCor é acreditado desde 2006 pela *Joint Commission International (JCI)*.

Por meio de sua atividade filantrópica, contribui com o Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos integrantes do “Programa de Hospitais de Excelência do Ministério da Saúde”. Através deste, fornece recursos de ponta e assistência de excelência à comunidade, além de promover a capacitação de recursos humanos e produção de pesquisas de grande relevância para a população. Para o novo triênio 2012/2014 estão previstos 36 projetos e investimentos que superam R\$ 110 milhões.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o HCor manteve o seu processo de crescimento estrutural e de criação de novos serviços diferenciados. Foram lançados o Centro de Obesidade – com moderna infraestrutura e equipe multidisciplinar – para cuidar dos pacientes obesos por meio de exames diagnósticos, orientação nutricional, programas de reabilitação e procedimentos cirúrgicos quando necessários; o Centro de Medicina Reprodutiva; com o objetivo de identificar e tratar os problemas que acarretam a infertilidade masculina e feminina; e o Spine Center, centro de excelência em diagnóstico e tratamento das doenças da coluna. Houve ainda a reforma e a expansão da UTI Cardiopediátrica, para um atendimento humanizado de neonatos, lactentes, crianças portadores de cardiopatias congênitas.

Já para 2012 o HCor deve consolidar outro importante movimento de expansão orgânica, com a inauguração de duas novas unidades. A unidade avançada HCor Diagnóstico, situada na esquina da Av. Faria Lima com a Av. Cidade Jardim, com inauguração prevista para o primeiro semestre de 2012, e a Unidade 130, conectada ao atual complexo hospitalar, com inauguração prevista para o segundo semestre de 2012. A Hcor Diagnóstico contará com estrutura completa de diagnósticos por imagem, análises clínicas, exames de endoscopia digestiva e serviços diferenciados como check-ups clínicos e um núcleo de atenção à saúde da mulher. Na busca constante de ampliação de suas instalações e aprimoramento técnico, a Unidade 130 está sendo concluída e contará com cinco subsolos, 13 andares, 45 novos apartamentos, duas salas híbridas planejadas para procedimentos cardíacos e neurocirúrgicos, além de ligação com o prédio principal através de uma passarela e uma passagem subterrânea.

Ainda em 2012 deve iniciar-se a construção de um novo prédio, nas proximidades do complexo HCor, onde funcionará o HCor-Onco.

Caracterização

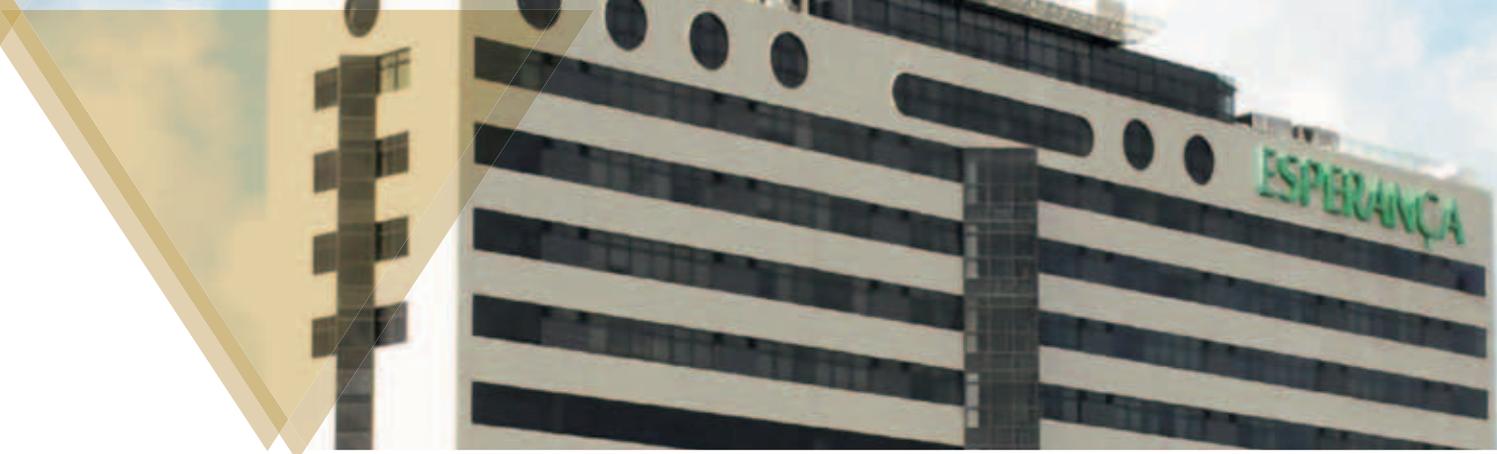
Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1976
Área construída	44.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	237
Nº de leitos de UTI	53
Nº de médicos cadastrados	1.119
Nº de funcionários ativos	1.977
Nº de consultas no pronto-socorro	34.660
Nº de consultas no ambulatório	147.809
Nº de internações	9.217
Nº de cirurgias (exceto partos)	5.444
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	1.469.848
Receita bruta (em R\$ milhões)	298



Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147
Paraisópolis - 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, que hoje é 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, percebido na vista panorâmica de todos os apartamentos, suítes, UTIs 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, tendo também 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 II (pleno) 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 2011, 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, foram inaugurados 40 novos leitos. Essa foi a primeira fase do projeto, que contará ainda com mais 60 leitos entregues e duas novas salas cirúrgicas, até junho de 2012. Ao todo serão cem novos leitos de apartamentos, salas de 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, o que melhorará o fluxo de atendimento e garantirá mais agilidade aos procedimentos. O hospital também irá dispor de centro de Oncologia e mais 320 vagas de estacionamento.

Com a proposta de oferecer um tratamento de qualidade crescente, foram implantados protocolos de atendimento assistencial utilizados nos melhores centros hospitalares do mundo, além de investimentos contínuos na gestão do desenvolvimento humano.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2000
Área construída	25.000 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	160
Nº de leitos de UTI	43
Nº de médicos cadastrados	450
Nº de funcionários ativos	1.269
Nº de consultas no pronto-socorro	91.223
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	13.437
Nº de cirurgias (exceto partos)	9.820
Nº de partos	2.540
Nº de exames realizados no SADT	400.886
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



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

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein foi fundada em 4 de junho de 1955 por membros da comunidade judaica da cidade de São Paulo. Ao longo desses mais de 50 anos de existência, o Einstein tornou-se referência para médicos e pacientes, oferecendo serviços que atendem à toda cadeia de saúde, desde a promoção, prevenção e diagnóstico, até o tratamento e a reabilitação. As atividades de assistência à saúde estão distribuídas entre: o Hospital Israelita Albert Einstein, que acaba de completar 40 anos; a área de Medicina Diagnóstica e Preventiva, que está presente em quatro endereços na capital paulista, além de Alphaville, na Grande São Paulo; o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, responsável por desenvolver estudos de ponta e oferecer cursos técnicos, de graduação e pós-graduação *lato sensu* em várias áreas da saúde; o Instituto Israelita de Consultoria e Gestão, responsável por disponibilizar o *know how* do Einstein em gestão hospitalar e assistencial, que o tornaram referência no mercado de saúde brasileiro; e o Instituto Israelita de Responsabilidade Social, que responde por cerca de 3 milhões de atendimentos nas AMAs e UBSs administradas para a Prefeitura de São Paulo nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, além de mais de 300 mil atendimentos gratuitos na comunidade de Paraisópolis. Além disso, o IIRS é responsável por administrar o Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, que atende a cerca de 600 mil pessoas residentes nos distritos Jardim Ângela e Jardim São Luiz, na região da Subprefeitura do M'Boi Mirim.

Destaque 2011 e 2012

Para o Einstein, o ano de 2011 foi marcado por um importante aumento nas atividades desenvolvidas. No hospital, o número de pacientes atendidos cresceu 8%, atingindo a marca de 188 mil atendimentos. Foram criados 44 novos leitos operacionais e 30 novos leitos de longa permanência. A área de Medicina Diagnóstica e Preventiva apresentou um crescimento de 27% no número de exames realizados e já responde por 40% das receitas da Sociedade. Outros destaques foram: o início da construção da nova Unidade Alphaville, que a partir de outubro de 2012 passará a oferecer seus serviços num espaço de 6 mil m² especialmente construído para essa finalidade; a inauguração do bloco administrativo e de serviços de apoio na Unidade Morumbi; e a inauguração do Complexo de Saúde Paraisópolis, com uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), permitindo a ampliação da ação social do Einstein naquela comunidade.

Foram também destaques a designação Planetree, que reconhece as instituições de saúde que proporcionam um cuidado verdadeiramente humanizado aos pacientes e familiares, sendo o Einstein a única instituição da América Latina a ter recebido tal reconhecimento; e a pesquisa científica do Einstein, que teve sua revista científica, a Einstein, indexada na base Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o Centro de Experimentação e Treinamento em Cirurgia acreditado pela Associação Internacional para Avaliação de Laboratórios de Cuidado com Animais (AAALAC).

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1971
Área construída	218.550 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	644
Nº de leitos de UTI	41
Nº de médicos cadastrados	5.467
Nº de funcionários ativos	9.550
Nº de consultas no pronto-socorro	227.005
Nº de consultas no ambulatório	216.275
Nº de internações	46.417
Nº de cirurgias (exceto partos)	35.420
Nº de partos	3.531
Nº de exames realizados no SADT	3.786.065
Receita bruta (em R\$ milhões)	1.380,3



Av. Albert Einstein, 627 - Jardim 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, mantido pela Associação Educadora São Carlos (AESC), braço da Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo (Scalabrinianas), atua há 32 anos na sociedade gaúcha, garantindo soluções completas e integradas em saúde, promovendo o desenvolvimento científico, tecnológico e humano.

Ao longo de sua trajetória, centrada na evolução técnica e tecnológica, na busca constante da excelência em seus serviços e na incessante busca pela inovação em seu modelo de gestão médico-assistencial, tornou-se referência em nível regional e nacional.

Há mais de dez anos intensificou seu papel frente à responsabilidade social através de parcerias com órgãos governamentais da área da Saúde Pública, que viabilizaram a implantação do modelo de gestão Mãe de Deus em outros hospitais para o atendimento SUS.

Hoje, o Sistema de Saúde Mãe de Deus é composto por oito hospitais, distribuídos em sete municípios no RS e contabiliza mais de 1,2 milhão atendimentos com uma estrutura de 1,6 mil leitos.

Os valores congregacionais baseados em humanização, conhecimento e autossustentabilidade são pilares norteadores da gestão do Hospital Mãe de Deus, assim como os princípios da qualidade e segurança assistenciais, avaliados e acompanhados pelos critérios utilizados pela Acreditação *Joint Commission International* (JCI), em fase de certificação, e pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) Nível III (Excelência).

Somadas às competências técnicas e gerenciais na execução do planejamento estratégico, ressaltam-se a flexibilidade e a velocidade de adaptação das equipes frente às propostas de reestruturações e evoluções do modelo da instituição. O resultado não é fórmula milagrosa, tampouco fruto do acaso; mas sim de um esforço coletivo em busca do objetivo comum de superação a cada dia.

Destaque 2011 e 2012

No ano de 2011, o Hospital Mãe de Deus destacou-se pela sua forma humanizada de atendimento e acolhida de todos os pacientes, familiares e colaboradores. O modelo de gestão de pessoas adotado no hospital foi reconhecido pela Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH-RS), com a premiação "Personalidade Top Ser Humano – Categoria Empresa", com o case "INCUBADORA" – referindo-se ao treinamento que todos os colaboradores da área assistencial recebem no momento de sua admissão. Também foi agraciada com a premiação "Top Ser Humano – Categoria Cidadania" – pelos cases "Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: outra vida é possível, a saúde em processo de mudança" – parceria desenvolvida entre o Hospital Mãe de Deus e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre que possibilitou implantar em 2009 o CAPS AD Vila Nova e o CAPS AD IAPI, onde são desenvolvidas ações de assistência e recuperação aos usuários de álcool e outras drogas.

No ano de 2011, foram investidos R\$ 16 milhões e, para 2012, a previsão é de R\$ 32 milhões para renovação do parque tecnológico, ampliação da área de tratamento intensivo, inclusive Pediatria, sala de recuperação e centro cirúrgico.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1979
Área construída	58.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	380
Nº de leitos de UTI	54
Nº de médicos cadastrados	4.193
Nº de funcionários ativos	2.372
Nº de consultas no pronto-socorro	51.540
Nº de consultas no ambulatório	82.720
Nº de internações	15.444
Nº de cirurgias (exceto partos)	30.160
Nº de partos	1.761
Nº de exames realizados no SADT	1.508.032
Receita bruta (em R\$ milhões)	257



Avenida José de Alencar, 286 - Menino Deus
Porto Alegre - RS - 90880-480
51 3230.6000 - www.maedeus.com.br





HOSPITAL MATER DEI

Breve histórico da Instituição

Desde a fundação, em 1º de junho de 1980, o Mater Dei promove constantes melhorias assistenciais e administrativas para proporcionar serviços médico-hospitalares com qualidade, mantendo viva a filosofia de oferecer sempre atendimento diferenciado, personalizado e humanizado a todos os pacientes. Na década de 1980, o Hospital ocupava área de 11 mil m², aproximadamente, onde atualmente está o Bloco I. Já em 2000, o Bloco II, com cerca de 26 mil m², começou a funcionar, permitindo aumento da capacidade de atendimento em relação à estrutura anterior.

Ao longo de 32 anos, a instituição realizou investimentos regulares em equipamentos de diagnóstico e de terapêutica, infraestrutura, ações gerenciais, planejamento estratégico do corpo clínico e capacitação de colaboradores para oferecer ambiente seguro, aperfeiçoar processos e atender com alto padrão de qualidade.

O Mater Dei foi o primeiro hospital situado em uma capital brasileira a conquistar a acreditação Organização Nacional de Acreditação (ONA) em nível III, em 2004. Em 2008, obteve a certificação ISO 9001/2008 e em 2009, a certificação internacional *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO) (adotada pelo modelo de saúde americano e reconhecida pelos Centers for Medicare and Medicaid Services), sendo o primeiro hospital fora dos Estados Unidos a alcançá-la.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o hospital iniciou as obras de edificação do Mater Dei Contorno que terá área construída de 65 mil m². A nova unidade será um hospital de alta complexidade com 320 leitos, direcionado para tratamentos diversos: cirurgias de alta complexidade, tratamento de doenças oncológicas, crônicas, degenerativas, atendimentos de urgência e emergência, entre outros. Essa aquisição foi feita para possibilitar a expansão da instituição atual, que tem dois blocos interligados, totalizando 309 leitos, e com índice de ocupação crescente e, em várias situações, superando a quantidade de leitos disponíveis.

Próxima à sede do atual hospital, a nova unidade está situada na Avenida do Contorno, nº 9.000, local estratégico porque há ligação com importantes vias e avenidas, facilitando o fluxo e a movimentação. A área do Mater Dei Contorno a ser construída será de 65 mil m², com 889 vagas de garagem.

O projeto foi desenvolvido pelo arquiteto Zanettini, especializado em construção hospitalar, com o propósito de oferecer aos clientes soluções arquitetônicas e prediais inovadoras, prevalecendo os conceitos avançados de modernidade, sustentabilidade e preservação ambiental. A previsão é que sejam investidos mais R\$ 250 milhões na edificação da nova unidade, sendo que 50% do montante serão financiados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e o restante será advindo de recurso próprio. O Mater Dei Contorno está previsto para ser inaugurado em 2014.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1980
Área construída	36.000 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	304
Nº de leitos de UTI	76
Nº de médicos cadastrados	2.601
Nº de funcionários ativos	1.653
Nº de consultas no pronto-socorro	274.613
Nº de consultas no ambulatório	1.537
Nº de internações	21.608
Nº de cirurgias (exceto partos)	26.721
Nº de partos	2.495
Nº de exames realizados no SADT	1.187.179
Receita bruta (em R\$ milhões)	250



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 ambicionado por um grupo de jovens médicos que, no ano de 1966, acreditou ser possível oferecer à comunidade da região de Santo André uma assistência hospitalar com o mesmo padrão de qualidade encontrado nos melhores hospitais da capital.

Inaugurado em 1970 com 30 apartamentos, duas salas de cirurgia, duas salas de parto, berçário e um centro de recuperação, o Hospital e Maternidade Brasil hoje é um complexo hospitalar com 260 leitos e, por mês, faz 1,2 mil cirurgias, 270 partos, 21 mil atendimentos de emergência e 20 mil consultas laboratoriais.

O hospital está em constante evolução e disponibiliza ao corpo clínico e aos pacientes o que há de mais avançado no campo da medicina. Todos os setores são informatizados, desde os administrativos até os ligados ao atendimento ao público: recepção, ambulatórios e setores de atendimento interno. Tido como modelo, o processo de informatização é fonte de consultas de outras instituições da área.

Por sua constante busca de excelência na promoção de saúde dos pacientes, o Hospital e Maternidade Brasil é hoje um centro de referência em serviço de saúde para Santo André e toda a região do ABC paulista.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o hospital conquistou o selo nível III da Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo o único da região do ABC a obter o mais alto nível da instituição. Isso significa que a empresa tem aprimorado constantemente seus serviços, que padroniza seus processos e tem infraestrutura adequada para promover segurança e qualidade na assistência à saúde.

O hospital inaugurou novas áreas de atendimento: pronto-socorro infantil, consultórios de Ortopedia, posto de coleta de análises clínicas e ambulatório de Psiquiatria e de Cirurgia Plástica. Foram investidos R\$ 10 milhões na construção dessas áreas. Ainda em 2011, foram inaugurados 14 leitos de UTI e adquiridos novos ventiladores mecânicos, monitores e camas para a unidade. Além disso, a área diagnóstica ganhou duas ressonâncias e duas tomografias, e a hemodinâmica foi renovada. O centro cirúrgico, além da modernização do aparato tecnológico, passou por uma reforma completa.

Em janeiro de 2012, foi inaugurada a Clínica Médica Porta Aberta para aliviar o fluxo e reduzir o tempo do pronto atendimento, separando os casos menos graves dos quadros clínicos mais complexos, de acordo com alguns critérios e sintomas dos pacientes. Com capacidade inicial para receber 200 pacientes por dia, a ala expande a capacidade de atendimento da unidade e busca suprir a crescente demanda da região.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1970
Área construída	31.536 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	204
Nº de leitos de UTI	56
Nº de médicos cadastrados	411
Nº de funcionários ativos	2.017
Nº de consultas no pronto-socorro	262.326
Nº de consultas no ambulatório	249.072
Nº de internações	21.640
Nº de cirurgias (exceto partos)	14.476
Nº de partos	3.279
Nº de exames realizados no SADT	1.318.266
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



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

No final da década de 1940, o acesso ao atendimento hospitalar para gestantes ainda era limitado na cidade de São Paulo. Eram tempos nos quais a maioria dos bebês ainda nascia em casa. Foi nesse cenário, em 1948, que um grupo de jovens médicos formado pela Faculdade de Medicina da Santa Casa fundou a Casa de Saúde Santa Joana, oferecendo mais segurança e especialização para gestantes e bebês. Entre eles, estava Dr. Eduardo Amaro. A pequena casa de saúde evoluiu e se tornou o Hospital e Maternidade Santa Joana. Sua vocação para o pioneirismo manteve-se ao longo das últimas seis décadas. Depois de inovar o segmento de maternidades com um novo conceito em arquitetura e hotelaria hospitalar, no início dos anos 1990, a instituição tornou-se referência no tratamento de prematuros de baixo peso, tendo hoje uma estrutura de UTI Neonatal com 90 leitos, corpo clínico altamente capacitado e tecnologia de ponta.

Parceiro de universidades nacionais e do exterior, o Hospital e Maternidade Santa Joana é também referência em anestesia obstétrica, no atendimento à gestação de alto risco e no controle de infecção hospitalar, além de dispor do maior banco de leite humano privado do País. Em 2005, foi a primeira maternidade do Brasil acreditada em Nível 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 2011 e 2012

A expansão de suas instalações foi um marco para o Hospital e Maternidade em novembro de 2011. Um moderno centro de alta complexidade foi inteiramente desenvolvido e direcionado para a saúde da mãe e do bebê, atendendo às necessidades dos pacientes, concentrando tudo que há de mais moderno em um só lugar. Nos últimos 15 anos o Hospital e Santa Joana passou de 14 mil m² para 40 mil m².

Os centros cirúrgico e obstétrico são totalmente informatizados e integrados, com três salas inteligentes, projetadas para a realização de procedimentos de altíssima complexidade e com configuração idêntica às de salas de transplantes, além de recurso para transmissão por vídeo, fluxo laminar, monitores com braços flexíveis para vídeo – cirurgias e radiologia digital PACS (*Picture Archiving and Communication System*), também com 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 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 2011)

Nº do total de leitos operacionais	300
Nº de leitos de UTI	70
Nº de médicos cadastrados	4.000
Nº de funcionários ativos	2.200
Nº de consultas no pronto-socorro	41.000
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	22.934
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.700
Nº de partos	14.700
Nº de exames realizados no SADT	5.200
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



Rua do Paraíso, 432 - Paraíso
São Paulo - SP - 04103-000
11 5080-6000 - www.hmsj.com.br



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ

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. Dois anos depois, transforma-se no primeiro pronto-socorro privado da região, sendo 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.

Atualmente, o São Luiz 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, ofereceu 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 hospital oficial do Grande Prêmio Brasil de Fórmula 1, há 12 anos.

Destaque 2011 e 2012

O maior projeto para a unidade Itaim entre 2011 e 2012 é a sua expansão, que chega acompanhada da modernização do prédio do pronto-socorro, localizado à Avenida Santo Amaro. Desde que as obras iniciaram, foram construídos 39 novos apartamentos, com o mais alto padrão de acabamento e dotados de infraestrutura de última geração, nos 1º, 2º e 3º pavimentos.

No andar térreo, as instalações do pronto-socorro estão sendo duplicadas, o que possibilitará a ampliação da capacidade de atendimento. Sofisticação e modernidade darão ao novo pronto-socorro um ambiente mais aconchegante.

Além da ampliação e do projeto de reformulação da arquitetura de interiores, o pronto-socorro funcionará sob um novo conceito de atendimento, o modelo de Smart Track, que agregará valor tanto à qualidade técnica quanto à qualidade percebida, dois pontos estratégicos e de grande relevância para a filosofia de trabalho da Rede D'Or São Luiz.

Com a expansão, pretende-se ultrapassar a marca de 400 leitos, nos próximos anos. E no primeiro semestre de 2012, a unidade contará com mais 11 leitos de UTI adulto.

Outro marco importante é a busca pela Acreditação, certificada pela *Joint Commission International* (JCI). Desde o início de 2011, toda a gestão do hospital se mobilizou no sentido de aprimorar processos, políticas, rotinas e infraestrutura, visando atender aos padrões preconizados pela JCI. A tônica deste projeto é oferecer aos clientes, médicos e colaboradores qualidade técnica e percebida, além de segurança.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1938
Área construída	35.745 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	371
Nº de leitos de UTI	85
Nº de médicos cadastrados	12.100
Nº de funcionários ativos	1.922
Nº de consultas no pronto-socorro	133.690
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	19.532
Nº de cirurgias (exceto partos)	15.797
Nº de partos	8.181
Nº de exames realizados no SADT	213.877
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



Rua Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 95
Vila Nova Conceição
São Paulo - SP- 04544-000
11 3040-1100 - www.saoluz.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, MediAx, Unigastro, Unicardio, MCor entre outros. Coloca à disposição dos pacientes e da população cinco ressonâncias magnéticas, dois tomógrafos, 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; 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 2011 e 2012

O HMSJ deu continuidade ao desenvolvimento das suas instalações com a ampliação do atendimento das especialidades de Cardiologia e Ortopedia na urgência e em consultórios especializados. Um destaque importante durante o ano de 2011 foi a implantação do TMO (Transplante de Medula Óssea) em ambiente rigorosamente construído para esta finalidade. Há quase um ano são realizados transplantes autólogos e halogênicos com absoluto sucesso.

O Hospital Memorial São José conduziu profundas reformas estruturais e realizou importantes investimentos em aperfeiçoamento dos colaboradores e aquisição de novos profissionais nos últimos três anos. Isso consolidou o processo de Acreditação Internacional pela *Joint Commission International (JCI)* em Fevereiro/2012, sendo este o primeiro Hospital no Norte Nordeste do Brasil a receber essa acreditação.

O HMSJ continua investindo em recursos humanos, infraestrutura, aquisição de novos equipamentos médicos de ponta para atender à demanda com qualidade e confiabilidade dos seus serviços.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1989
Área construída	25.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	155
Nº de leitos de UTI	44
Nº de médicos cadastrados	674
Nº de funcionários ativos	835
Nº de consultas no pronto-socorro	69.308
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	12.099
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.704
Nº de partos	1.753
Nº de exames realizados no SADT	302.985
Receita bruta (em R\$ milhões)	94



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

Em apenas dez anos, o Hospital Meridional passou de uma instituição com 50 leitos para um complexo hospitalar de alta qualidade e resolutividade com mais de 160 leitos. Localizado no Espírito Santo, o hospital tem sua qualidade e segurança na assistência à saúde reconhecidas nacional e internacionalmente, tendo sido eleito, em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Futura e de empresa filiada à Rede Globo, a principal escolha dos médicos do Espírito Santo para tratamento de patologias complexas.

Durante esses dez anos, o Hospital tornou-se referência em procedimentos de alta complexidade e conquistou diversos avanços científicos. E mais, o Meridional tem crescido também através da compra de outros hospitais no Estado: dois no município de Vila Velha e um no município de Cariacica – todos na Grande Vitória – o que representou aquisição de mais 167 leitos (quase 230 leitos quando somados ao do Meridional).

O Meridional possui um completo sistema integrado de atendimento em Neurologia e é destaque em transplantes de coração, fígado e rim, oferecendo além de uma equipe de profissionais altamente qualificados, um centro de transplantes dedicado exclusivamente para o preparo e acompanhamento de pacientes candidatos a transplantes, transplantados e seus familiares. Todo esse sucesso alcançado pelo Hospital Meridional deve-se principalmente ao pioneirismo e competência de sua alta administração que, independente do tamanho de cada desafio enfrentado, nunca desviou o foco de investimentos em qualidade e segurança, em cada serviço que oferece.

Destaque 2011 e 2012

2011, quando completou dez anos de existência, foi um ano de muitas conquistas no Hospital Meridional. No ano passado, o hospital conquistou a Acreditação Internacional modelo Canadense, consolidando um dos seus principais valores, que é o foco em qualidade para a assistência e segurança para o cliente.

Em 2011 o Meridional, também, realizou um grande e ousado sonho: o primeiro Congresso da Qualidade em Saúde, que contou com mais de 50 palestrantes, sendo 20 de fora do Espírito Santo. O congresso recebeu mais de 300 participantes e também alguns parceiros associados da ANAHP, sendo considerado por todos, um grande sucesso. No ano passado também o hospital foi recertificado com a acreditação nível III da Organização Nacional de Acreditação (ONA), confirmando a maturidade do sistema da qualidade do hospital e seu talento para ser sempre o pioneiro a investir na qualidade em saúde no Espírito Santo, quando buscou, em 2005, implantar a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e, em 2011, tendo conquistado também a Acreditação Internacional modelo Canadense - a primeira no Estado. Ainda nesse período, o Meridional adquiriu mais um hospital, no melhor bairro em seu município e um terreno com cerca de 8 mil m², onde será construído o Meridional Vitória.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída	14.783 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	159
Nº de leitos de UTI	52
Nº de médicos cadastrados	560
Nº de funcionários ativos	622
Nº de consultas no pronto-socorro	99.392
Nº de consultas no ambulatório	64.161
Nº de internações	7.126
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.445
Nº de partos	16
Nº de exames realizados no SADT	29.341
Receita bruta (em R\$ milhões)	75



**HOSPITAL
MERIDIONAL**

Gente de bem com a vida

Rua São João Batista, 200 - Alto Laje
Cariacica - ES - 29151-920
27 3346-2000 - www.hospitalmeridional.com.br





HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Breve histórico da Instituição

Em 17 de outubro de 1912, a Assembleia Geral da Liga das Sociedades Germânicas aprovou a construção de um hospital alemão em Porto Alegre, que foi inaugurado em 2 de outubro de 1927, para atender a todos os doentes, independente de raça, credo religioso ou nacionalidade, preservando os valores, o idioma e a cultura alemã no Rio Grande do Sul. Inicialmente, foi administrado pelas diaconisas alemãs, que no mesmo ano fundaram a Escola de Enfermagem, ainda existente.

No início da década de 70, a administração foi profissionalizada. Em 2004, dobrou suas instalações que atualmente são compostas por um Bloco Hospitalar, dois Centros Clínicos e um Instituto de Educação e Pesquisa. Além disso, inaugurou em 2004 uma unidade junto ao Shopping Center Iguatemi (Hospital Moinhos de Vento Iguatemi), que oferece prevenção, consultas, serviços de diagnóstico e tratamentos. Também integram a AHMV unidades assistenciais nas quais são desenvolvidas ações de assistência social às comunidades.

Além de ser o primeiro hospital da região Sul acreditado pela *Joint Commission International* (JCI) desde 2002, neste mesmo ano foi reconhecido como um dos Hospitais de Excelência a Serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Ministério da Saúde. Além disso, teve início o projeto Restinga e Extremo Sul, que propõe a constituição de um Sistema Regional de Atenção à Saúde, tendo a atenção primária aliada à atenção especializada, às urgências, serviços hospitalares de média complexidade e que conta com uma estrutura denominada Escola de Gestão em Saúde, responsável pela qualificação de recursos humanos, iniciando a construção do hospital da Restinga e Extremo Sul.

Destaque 2011 e 2012

O ano de 2011 foi de grandes investimentos e conquistas para o Hospital Moinhos de Vento. Foi inaugurada a Maternidade Helda Gerda Johannpeter, oferecendo aos clientes um novo conceito em maternidade, seguindo assim com foco na excelência e vanguarda da instituição. O projeto, que se baseou em quatro pilares – humanização, segurança/tecnologia, privacidade e hotelaria – foi case vencedor do Top de MKT Associação dos Dirigentes de Marketing e Vendas do Brasil-Estado do Rio Grande do Sul (ADVB/RS 2011), categoria Saúde. O padrão de excelência foi reconhecido nacional e internacionalmente com a conquista pela quarta vez consecutiva (desde 2002), da acreditação da *Joint Commission Internacional* (JCI) e do destaque no 3º Ranking Melhores Hospitais e Clínicas da América Latina (publicado pela revista *Americaeconomia*). Atento ao cliente interno, o hospital foi agraciado com o TOP cidadania e ficou entre as 30 Melhores Empresas para Trabalhar no RS. Referências como estas ilustram o investimento na gestão de pessoas e no refinamento das práticas médico – assistenciais.

O reconhecimento do Sistema de Gestão do Hospital Moinhos de Vento utilizando a metodologia do *Balanced Scorecard* (BSC) e o conceito de cocriação para definição das estratégias, com alinhamento das unidades em painéis de contribuição a estratégia em 42 unidades mereceu destaque em publicação na *Harvard Business Review*, em outubro 2011. A inauguração dos Centros de Ortopedia e Neurologia e a implantação do código Datamatrix - para identificar produtos farmacêuticos, também são motivos de orgulho para a instituição. As ações de responsabilidade social, como o Projeto Social Restinga Extremo Sul, também receberam o reconhecimento da comunidade, por meio do TOP cidadania, comprovando, assim, empenho em atender as demandas comunitárias com a mesma competência técnica que caracteriza sua atividade principal.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1927
Área construída	86.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	374
Nº de leitos de UTI	72
Nº de médicos cadastrados	2.572
Nº de funcionários ativos	2.516
Nº de consultas no pronto-socorro	40.216
Nº de consultas no ambulatório	242.391
Nº de internações	23.480
Nº de cirurgias (exceto partos)	16.912
Nº de partos	4.089
Nº de exames realizados no SADT	652.997
Receita bruta (em R\$ milhões)	314,2



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



HOSPITAL MONTE SINAI

Breve histórico da Instituição

Pioneirismo, qualidade e excelência em saúde marcaram a trajetória do Hospital Monte Sinai nestes 18 anos. Desde sua fundação, em 1994, o hospital é referência para 150 municípios da Zona da Mata Mineira, inclusive de outros estados, abrangendo uma população de quase 2 milhões de habitantes. O hospital conta com profissionais altamente qualificados e tecnologia de ponta para todo tipo de tratamento e atendimento a urgências e procedimentos médico-hospitalares, na mais moderna e conceituada estrutura da região.

A eficiência da gestão e a qualidade da infraestrutura foram reconhecidas por renomados centros e organizações da saúde. Com sua política de gestão fundamentada, desde 2002, nos princípios da Fundação Nacional da Qualidade, o Monte Sinai foi o primeiro hospital de Minas Gerais a receber a Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 2003.

Em 2006, tornou-se o primeiro centro hospitalar faixa Ouro no Prêmio Mineiro de Qualidade e foi pioneiro na região, ao confirmar a Acreditação Internacional pela National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO). A metodologia, que certifica e homologa com excelência os hospitais aptos a fazerem parte do sistema de saúde americano, é voltada para as metas do Monte Sinai: gestão de riscos, com enfoque na segurança e na assistência ao paciente. Para tornar-se referência no país, o hospital investe em recursos, hospitalidade e qualificação de seu corpo clínico. E apostando sempre numa estrutura de ponta, consolida-se neste ano como Complexo Hospitalar Monte Sinai.

Destaque 2011 e 2012

Em 2012, o Monte Sinai entrou na fase final da construção do seu Centro Médico, um projeto inovador e ousado, que traz para Juiz de Fora o cenário da saúde nacional. A audaciosa obra posiciona o Monte Sinai como um dos maiores complexos hospitalares do País. A nova estrutura abrigará exclusivamente clínicas e especialistas de saúde, num centro de referência que reunirá serviços, produtos e profissionais em dois prédios com cerca de 40 mil m² de área construída.

Eles completam a estrutura do Complexo Hospitalar, planejado com o principal objetivo de proporcionar maior integração entre pacientes, profissionais e o hospital. O Centro Médico tem 315 consultórios, agrupados em 218 conjuntos de salas para consultórios e clínicas especializadas, além de 24 lojas na área de conveniência, uma academia completa, piscina, 565 vagas de estacionamento e um auditório com 250 lugares, duas salas de conferência, foyer para eventos científicos que compõem o Centro de Estudos Monte Sinai. Cada torre conta com portarias independentes, ambiente climatizado, sofisticado isolamento acústico, praça de alimentação e área de desembarque fora da via pública. Ligado ao hospital por uma transposição aérea (sky way), o Centro Médico promoverá integração inédita na região garantindo, tanto ao cliente quanto aos profissionais da área, num só lugar, todas as conveniências da saúde e completo suporte hospitalar, que, além de moderno centro de diagnóstico e terapia, oferece a mais avançada estrutura de alta complexidade da região.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1994
Área construída	28.301 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	216
Nº de leitos de UTI	52
Nº de médicos cadastrados	1.263
Nº de funcionários ativos	848
Nº de consultas no pronto-socorro	24.431
Nº de consultas no ambulatório	25.250
Nº de internações	11.357
Nº de cirurgias (exceto partos)	11.708
Nº de partos	897
Nº de exames realizados no SADT	415.004
Receita bruta (em R\$ milhões)	90,3



Rua Vicente Beguelli, 315 - Dom Bosco
 Juiz De Fora - MG - 36025-60
 32 3239 - 4555
www.hospitalmontesinai.com.br





HOSPITAL NIPO-BRASILEIRO

Breve histórico da Instituição

Em junho de 1983, foi constituída a comissão de Pró-Construção do Hospital Nipo-Brasileiro, presidida pelo Sr. Tadashi Takenaka. O terreno foi doado pela JAMIC – órgão do governo japonês. O custo total para a construção do hospital foi de US\$ 5,5 milhões. Deste montante, US\$ 3,5 milhões foram subsidiados pelo governo japonês, e o restante cobertos com recursos angariados no Brasil, por meio de contribuições de membros da comunidade Nikkei, doações de pessoas jurídicas e recursos próprios da Enkyo.

Em 18 de junho de 1988, dia do aniversário de 80 anos da imigração japonesa no Brasil, foi inaugurado o Hospital Nipo-Brasileiro. A Instituição iniciou suas atividades em 19 de setembro com 30 leitos instalados. Em 1995, foi entregue a segunda etapa da construção, com a inauguração do Pavilhão na R. Jinnai. Em 1º agosto de 2004, foi inaugurado o Centro de Diagnóstico, integrando setores como endoscopia, quimioterapia, espirometria e outros.

Atualmente, o Hospital Nipo-Brasileiro possui mais de 220 leitos e destaca-se como centro de referência em procedimentos minimamente invasivos, adotando técnicas de vídeo e de angioplastia avançadas. O aprimoramento da instituição é contínuo, o HNB recebe médicos de outros países e encaminha integrantes de suas equipes para treinamentos, cursos e estágios no Brasil e no exterior.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o Hospital Nipo-Brasileiro inaugurou novas instalações no Pronto-Atendimento Infantil, que atende a 8 mil pacientes, em média, por mês. Outras melhorias: unificação das salas de espera; aumento no número de consultórios, de leitos de repouso, de sala de isolamento com chuveiro e de pontos de inalação. Maior espaço de circulação interna, com áreas de passagem seguindo normas da Anvisa; banheiro público para portador de necessidades especiais; triagem unificada com posto de enfermagem; sala de punção e entrada exclusiva.

No Pronto-Atendimento Adulto, que hoje atende a 25 mil pessoas, em média, por mês, foi ampliada a sala de espera e realizado o isolamento da área de atendimentos, oferecendo maior conforto aos pacientes e acompanhantes e aos profissionais que ali atuam.

A área administrativa do HNB passou a ocupar um prédio com três andares projetado para cada setor. São 120 pessoas, num ambiente com mobiliário padronizado, ar-condicionado, escadas, iluminação e segurança em geral cuidadosamente planejadas para proporcionar conforto ergonômico e bem-estar aos colaboradores. A área desocupada no Hospital será destinada a implantação do novo serviço de hemodinâmica a ser instalado numa área de 400 m² no 6º andar do edifício principal. O serviço, além de ser um dos mais modernos do país, estará preparado para a realização dos mais avançados procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Em 2011, o hospital passou a integrar a Campanha de Sobrevivência à Sepse, promovida pelo Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), com a implementação de protocolos assistenciais gerenciados que impactam na evolução dos pacientes e reduzem o número de óbitos.

Caracterização

Hospital sem 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 2011)

Nº do total de leitos operacionais	259
Nº de leitos de UTI	60
Nº de médicos cadastrados	430
Nº de funcionários ativos	1.496
Nº de consultas no pronto-socorro	318.831
Nº de consultas no ambulatório	247.197
Nº de internações	15.831
Nº de cirurgias (exceto partos)	11.455
Nº de partos	2.991
Nº de exames realizados no SADT	1.145.057
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



HOSPITAL NIPO-BRASILEIRO
BENEFICÊNCIA NIPO-BRASILEIRA DE SÃO PAULO

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



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Breve histórico da Instituição

A história do Hospital Nossa Senhora das Graças iniciou-se em 1953, com a construção de um sonho, idealizado pelas Irmãs da Companhia das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, sob a liderança de Irmã Estanislava Perz. O trabalho era inicialmente destinado no atendimento aos pobres, às irmãs doentes e, ainda, servia como campo de estágio às alunas da Escola de Enfermagem Catarina Labouré. Hoje, o hospital é referência nacional e internacional em tratamentos clínicos e cirúrgicos de alta complexidade, como transplante de medula óssea e hepático.

Com 59 anos de história, o HNSG é acreditado em excelência pela Organização Nacional de Acreditação, fruto da dedicação constante à gestão da qualidade, que busca oferecer padrão de excelência aos seus clientes. Sua vocação está centrada no compromisso de ofertar serviços cada vez melhores aos seus clientes, por meio de investimentos no centro avançado de diagnóstico e tratamento, na hotelaria e nas unidades especializadas de terapia intensiva e cirúrgica, além da adoção de políticas de humanização.

A instituição reverte parte de seus resultados na manutenção e na complementação financeira de unidades que atendem ao SUS (Sistema Único de Saúde), com a filial Maternidade Mater Dei, em Curitiba, incorporada em 2007, que realiza mais de 600 procedimentos obstétricos por mês, e na gestão do Hospital Materno infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HNSG), em parceria com o Governo do Estado de Santa Catarina, na cidade de Joinville.

Destaque 2011 e 2012

O Hospital Nossa Senhora das Graças desenvolveu no último ano projetos e protocolos multidisciplinares de assistência visando, primordialmente, ao aprimoramento da gestão, de forma a garantir qualidade, segurança e humanização no atendimento aos pacientes. Tais ações trouxeram ao HNSG reconhecimento e agregaram importantes melhorias no atendimento.

Como reconhecimento de suas, práticas assistenciais seguras, em especial ações desenvolvidas na prevenção de riscos de lesões de pele, o HNSG recebeu no início de 2012 o prêmio categoria Diamante — certificação máxima da 3M. O Hospital já havia sido agraciado com esta premiação em 2011, na categoria Ouro. Entre os principais critérios da avaliação estão: cuidados e proteção da pele, protocolo para prevenção de úlcera por pressão, cuidados no preparo e na escolha de curativos, aplicação e remoção dos adesivos e o protocolo de prevenção da dermatite associada à incontinência, incluindo: higienização, hidratação e proteção.

Em 2012, também consolidou projetos como a criação do Serviço de Segurança Assistencial do Paciente (SSAP), fortalecendo ainda mais a cultura da segurança assistencial dentro da instituição. O projeto unificará os setores de Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o Serviço de Epidemiologia Hospitalar (SEPH) e a Gestão de Riscos. O novo serviço visa a aperfeiçoar o gerenciamento de protocolos assistenciais multidisciplinares, tanto na Unidades de Terapia Intensiva (UTI), quanto em outros setores do hospital.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1950
Área construída	39.756 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	201
Nº de leitos de UTI	37
Nº de médicos cadastrados	1.158
Nº de funcionários ativos	1.113
Nº de consultas no pronto-socorro	70.167
Nº de consultas no ambulatório	51.610
Nº de internações	13.790
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.078
Nº de partos	2.667
Nº de exames realizados no SADT	626.428
Receita bruta (em R\$ milhões)	80,5



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





HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES

Breve histórico da Instituição

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. Em abril de 2012, o Hospital Nossa Senhora de Lourdes e o Hospital da Criança foram adquiridos pela Rede D'Or São Luiz, que pretende investir cerca de R\$ 50 milhões na instituição e estender sua operação para os dois hospitais até 2013.

Destaque 2011 e 2012

Após conclusão de todo projeto de ampliação e de modernização de sua estrutura física e tecnológica, em 2011 o Hospital Nossa Senhora de Lourdes deu mais um passo em seu projeto de crescimento e de solidificação. Este projeto de investimento em obras, em equipamentos e em mobiliário começou em 2007, somando 92 milhões em 2011.

Um dos destaques do projeto é o novo Centro Cirúrgico, que recebeu investimento total de R\$ 16 milhões e é considerado um dos mais modernos do País. A área ocupa dois andares do complexo hospitalar e conta com 15 salas, duas delas inteligentes. Todas estão integradas a uma central de abastecimento cirúrgico e foram construídas de acordo com projeto arquitetônico inédito, moderno e funcional.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1958
Área construída	32.800 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	em processo

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	282
Nº de leitos de UTI	63
Nº de médicos cadastrados	2.300
Nº de funcionários ativos	1.544
Nº de consultas no pronto-socorro	250.000
Nº de consultas no ambulatório	185.000
Nº de internações	14.500
Nº de cirurgias (exceto partos)	11.800
Nº de partos	não informado
Nº de exames realizados no SADT	173.000
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



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

HOSPITAL NOVE DE JULHO

Breve histórico da Instituição

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

Em 2011, houve a remodelação do Departamento de Emergência, com a inauguração de dez leitos de UTI dentro do departamento. A unidade foi projetada de modo que qualquer paciente que necessite de tratamento intensivo, tenha vagas disponíveis, além das existentes nas demais UTI's do Hospital. O objetivo é conferir mais agilidade ao atendimento, principalmente quando o paciente está no pronto-socorro e possui necessidade de cuidados especiais, que só podem ser encontrados na Unidade de Terapia Intensiva. Esta ação reforça o pioneirismo do H9J no atendimento às vítimas de trauma, além de pacientes clínicos e cirúrgicos de alta complexidade.

O Centro de Medicina Especializada - CME 9 - concentra uma ampla gama de serviços e reúne toda a expertise do hospital, abrigando em seus 13 andares: tratamentos ambulatoriais, centros de especialidades, clínica da mulher, oncologia, diálise, fisioterapia e centro de diagnósticos.

Destaque 2011 e 2012

Dentre os acontecimentos recentes, merecem destaque as seguintes ações de expansão e modernização do H9J:

- » Conquista da certificação internacional pela *Joint Commission Internacional (JCI)*;
- » Início das operações do Centro de Medicina Especializada (CME 9);
- » Ampliação de 24 leitos de apartamento;
- » Ampliação e modernização do parque tecnológico do Centro Cirúrgico;
- » Execução das obras da nova torre (120 apartamentos, seis salas cirúrgicas, sete subsolos de estacionamento e heliponto).

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1955
Área construída	27.432 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Joint Commission International (JCI); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	294
Nº de leitos de UTI	70
Nº de médicos cadastrados	4.306
Nº de funcionários ativos	1.593
Nº de consultas no pronto-socorro	101.160
Nº de consultas no ambulatório	43.365
Nº de internações	17.723
Nº de cirurgias (exceto partos)	12.944
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	1.203.612
Receita bruta (em R\$ milhões)	343,8

HOSPITAL
NOVE
DE JULHO

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



HOSPITAL PORTUGUÊS

Breve histórico da Instituição

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

Pelo Alvará de 27 de maio de 1863, o Rei de Portugal, D. Luiz I, protetor da entidade, concedeu à instituição o título de Real. Deste modo, o hospital passou a ser denominado Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesseis de Setembro.

Em 16 de setembro de 1866, a instituição criou, no Alto do Bonfim, o Hospital Português. Em 1927, a diretoria passou a admitir sócios subscritos de qualquer nacionalidade, assim como esposas e filhos de portugueses. Por isso, em 24 de maio de 1929, a Sociedade foi reconhecida como de utilidade pública.

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

Destaque 2011 e 2012

O Hospital Português, graças à sua política de gestão integrada do corpo clínico, com redimensionamento de disponibilização de leitos, maior integração entre os serviços e setores e outras ações de otimização de processos, conseguiu melhorar substancialmente sua capacidade assistencial e resolutividade.

Com a disponibilização de novas áreas de urgência em especialidades como Ortopedia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, a oferta de atendimento foi positiva em todos os aspectos.

Como consequência natural, o Hospital Português foi agraciado com o prêmio Troféu Benchmarking Saúde Bahia, uma iniciativa da Revista Diagnóstico. Concorrendo com outros quatro hospitais de grande porte e de caráter filantrópico, logrou as melhores marcas. A conquista desse prêmio reflete o reconhecimento das iniciativas e ações do Hospital Português, alcançando destaque em áreas como inovação, credibilidade, novos investimentos e visibilidade de mercado.

Com isso, a instituição está no caminho certo para alcançar novas metas de excelência, cumprindo sua missão de oferecer o melhor para seus clientes e garantindo a manutenção de suas atividades pelos resultados de retorno financeiro.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1857
Área construída	28.800 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA I)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	471
Nº de leitos de UTI	124
Nº de médicos cadastrados	1.694
Nº de funcionários ativos	2.368
Nº de consultas no pronto-socorro	25.970
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	13.309
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.227
Nº de partos	2.591
Nº de exames realizados no SADT	889.346
Receita bruta (em R\$ milhões)	237,4



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



HOSPITAL PRÓ-CARDÍACO

Breve histórico da Instituição

O Hospital Pró-Cardíaco foi fundado em 9 de novembro de 1959, sob um modelo de pronto-socorro cardiológico. Contando hoje com 110 leitos para internações clínico-cirúrgicas, suas atividades sempre estiveram voltadas para a alta complexidade. O hospital sempre teve como *benchmarking* as melhorias institucionais do Brasil e do exterior, somadas à qualidade assistencial e inovação. Conquistou a posição destacada no cenário nacional como Hospital Premium. Contribuíram para estes resultados as unidades da emergência, terapia intensiva e coronariana.

Ao longo de sua trajetória, o hospital conquistou marcos importantes: primeira unidade coronariana, em 1968; primeira hemodinâmica em hospital particular, em 1980; centro de terapia intensiva com moderna tecnologia e assistência transdisciplinar e um centro cirúrgico, em 1988 além de ser a primeira unidade de dor torácica do país, em 1995.

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

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o hospital iniciou uma jornada de transformação física e estrutural: um remodelamento geral no desenho de hotelaria, acompanhado de um plano de expansão, em três fases, visando a dobrar a capacidade instalada da instituição. A primeira fase foi entregue em fevereiro de 2012. Ainda este ano, está prevista a inauguração do prédio anexo, com central de exames e novos leitos.

Houve ainda investimento em atualização de todo o parque tecnológico e diagnóstico, contando hoje com os melhores equipamentos em medicina nuclear, hemodinâmica e arritmologia. Ainda em 2012, entra em funcionamento a sala híbrida, com tecnologia diferenciada, com o objetivo de ampliar o número de tratamentos oferecidos pelo hospital.

Em março de 2012, o Hospital Pró-Cardíaco foi certificado pela *Accreditation Canada*. Além disso, tornou-se o primeiro centro fora do Canadá em certificação para o processo de atendimento ao paciente com Distintion AVC program da Accreditation Canada (AVC) um marco para instituição.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1959
Área construída	10.050 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	110
Nº de leitos de UTI	34
Nº de médicos cadastrados	1.500
Nº de funcionários ativos	912
Nº de consultas no pronto-socorro	8.959
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	2.999
Nº de cirurgias (exceto partos)	1.616
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	28.649
Receita bruta (em R\$ milhões)	171



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





HOSPITAL QUINTA D'OR

Breve histórico da Instituição

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 aconchegante 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 Organização Nacional de Acreditação (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 resolutive 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 2011 e 2012

Em 2011, seu 10º aniversário, o hospital ganhou um novo núcleo: o Centro de Oncologia da Rede D'Or, com 700 m² de área construída, onde atua uma equipe multidisciplinar de reconhecida experiência na especialidade, contando com um parque de equipamentos dotado da mais inovadora tecnologia nos campos da radioterapia, incluindo o Novalis™, avançado aparelho de radiocirurgia, único no estado do Rio de Janeiro e segundo a ser instalado no País.

No ano de 2011 consolidou-se o ingresso do Quinta D'Or na área de transplantes, sendo inaugurada no segundo semestre a unidade de fígado, completamente equipada para o acolhimento de pacientes hepatopatas em diversos estágios, oferecendo suporte ao acompanhamento pós-cirúrgico de transplantados. As equipes clínicas e cirúrgicas possuem ampla experiência na área de transplantes e prestigiosa formação acadêmica. No final de 2011, a instituição foi recertificada pela *Accreditation Canada* e pela ONA em nível III de excelência, reafirmando os padrões de qualidade de seus processos e o alto nível de segurança no cuidado dos pacientes.

No ano de 2012, o hospital permanece recebendo intervenções para ampliação de suas instalações e o estabelecimento de outros pontos de contato entre os seus dois edifícios. No final do ano, está previsto o início das obras de ampliação do complexo hospitalar, com a construção de mais um prédio com capacidade para cerca de 600 novos leitos hospitalares.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída	26.587 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	323
Nº de leitos de UTI	115
Nº de médicos cadastrados	não informado
Nº de funcionários ativos	2.328
Nº de consultas no pronto-socorro	98.415
Nº de consultas no ambulatório	não informado
Nº de internações	12.683
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.870
Nº de partos	260
Nº de exames realizados no SADT	não informado
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



Rua Almirante Baltazar, 383 /435/ 467
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, principal metrópole brasileira, é um dos mais importantes 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 os programas voltados para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com 118 anos de história, conta com excelente infraestrutura, tecnologia de última geração e um corpo clínico altamente especializado nas áreas Clínica e de Cirurgia Geral, como Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Oncologia, Medicina Diagnóstica e Terapêutica e Emergência, além da promoção de assistência diferenciada pelo corpo de enfermagem.

A permanente busca pela qualidade do atendimento rendeu ao Hospital, no ano de 2004, o Certificado Internacional de Acreditação pela *Joint Commission International* (JCI), importante órgão americano certificador de padrões de qualidade hospitalar no mundo. A conquista da certificação internacional consolidou a sua posição como um centro hospitalar de excelência. Em 2007 e 2011, o Hospital foi reacreditado pela JCI.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o Samaritano inaugurou um prédio que compõe o Novo Complexo Hospitalar. Com 19 andares e heliponto, o edifício contempla dez salas cirúrgicas para a realização de procedimentos de alta complexidade; cinco andares para internação com 80 novos apartamentos de 37,33 m², todos com terraço, sendo quatro VIPs por andar que contam com antessala e área total de 53,10 m²; Unidade de Terapia Intensiva com suítes privativas que permitem um acompanhamento próximo do familiar ao tratamento do paciente, garantindo a humanização do atendimento; 300 novas vagas de estacionamento; serviço de gastronomia e nutrição; átrio com serviços e conveniência, além de outras facilidades.

O Centro de Medicina Diagnóstica e Terapêutica também faz parte do Novo Complexo, que contempla a Unidade da Mulher, a Unidade de Cardiologia e a Neurofisiologia, além de contar com os mais modernos equipamentos para exames de diagnóstico por imagem, como PET/CT, tomografia computadorizada, ressonância magnética 3.0 Tesla com ambientação multimídia, raios-x, ultrassonografia, medicina nuclear e endoscopia com equipamentos Full HD.

Outro importante destaque foi a aquisição de mais de 1,7 mil certificados digitais, o que ofereceu maior segurança nas informações inseridas nos prontuários eletrônicos pela equipe médica e assistencial, além da utilização de dispositivos móveis, como tablets e notebooks, na beira dos leitos, que permite maior agilidade no trabalho da enfermagem.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1894
Área construída	60.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	261
Nº de leitos de UTI	59
Nº de médicos cadastrados	2.078
Nº de funcionários ativos	1.925
Nº de consultas no pronto-socorro	146.922
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	15.990
Nº de cirurgias (exceto partos)	11.160
Nº de partos	319
Nº de exames realizados no SADT	1.351.638
Receita bruta (em R\$ milhões)	305,7



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





HOSPITAL SANTA CATARINA

Breve histórico da Instituição

Em 16 de junho de 1897, a pedido do Frei Ciriaco, as primeiras Irmãs de Santa Catarina provenientes de Braunsberg chegaram a Petrópolis, Rio de Janeiro, encarregadas de organizar e instalar um hospital em São Paulo. Depois de passar por várias dificuldades, mudando com seus pacientes de uma casa para outra, a Associação Congregação de Santa Catarina conseguiu comprar um terreno na atual Avenida Paulista. Com o apoio do Dr. Walter Seng, primeiro diretor médico do Hospital Santa Catarina, incentivo e orientação do abade de São Bento, Dom Miguel Kruse, e ajuda financeira da Alemanha e de pessoas caridosas, construiu-se o primeiro prédio, nomeado Sanatório Santa Catarina. Sua inauguração aconteceu dia 6 de fevereiro de 1906, sob a direção da Irmã Beata Heinrich.

Há mais de cem anos, o Hospital Santa Catarina (HSC) prima pela excelência no atendimento seguro e humanizado. Referência de qualidade na prestação de serviços de saúde no Brasil, o HSC é considerado uma das melhores e mais bem preparadas instituições para a realização de procedimentos de alta complexidade em Ortopedia, Neurologia, Cardiologia e Oncologia. Com moderna infraestrutura, equipamentos de última geração, completas UTIs e equipe especializada, o Hospital Santa Catarina promove a melhoria contínua de seus processos.

Destaque 2011 e 2012

O ano de 2011 foi um marco na história do HSC. Dentre as principais ações, a instituição investiu fortemente na governança clínica, aprimorando a infraestrutura e os serviços dedicados aos médicos. Uma das iniciativas mais importantes foi a construção de uma área de serviços, o Serviço de Atendimento ao Médico (SAM). O objetivo da instituição com a criação desse espaço foi criar um ambiente confortável e completo para que o médico pudesse descansar entre um procedimento e outro e ainda contar com a ajuda administrativa em único lugar.

Outro destaque de 2011 foi o trabalho consistente de posicionamento de marca, que envolveu engajamento das equipes, revisão de processos e investimento em publicidade.

Em fevereiro de 2012, o Hospital Santa Catarina concluiu a primeira fase da reforma de seu pronto atendimento adulto. Duas importantes áreas passaram a integrá-lo: Unidade de Dor Torácica e Unidade de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Ambas contam com equipe de enfermagem própria, integração com as UTIs cardiológica e neurológica e tecnologias de monitoramento cardíaco e respiratório, uma estrutura única entre os hospitais da região da Avenida Paulista. A estrutura também foi ampliada: numa área de 1 mil metros quadrados hoje estão seis novos consultórios médicos, duas triagens, sala de pós-consulta, emergência e sutura, além de nova recepção.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1906
Área construída	59.516 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	337
Nº de leitos de UTI	94
Nº de médicos cadastrados	5.000
Nº de funcionários ativos	2.300
Nº de consultas no pronto-socorro	151.833
Nº de consultas no ambulatório	76.084
Nº de internações	18.097
Nº de cirurgias (exceto partos)	28.558
Nº de partos	4.288
Nº de exames realizados no SADT	1.046.685
Receita bruta (em R\$ milhões)	396,8



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



HOSPITAL SANTA GENEVEVA

Breve histórico da Instituição

Fundado em 1964, com área construída de 11,3 mil m² dentro de um bosque, com preservação ambiental e mata nativa, o Hospital Santa Geneveva possui 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 diagnóstico: hemodinâmica, radiologia, tomografia, ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia, ergometria, ecografia, holter, mapa e laboratório de análises clínicas. Possui amplo estacionamento para até 250 carros.

O hospital é um dos mais tradicionais serviços privados de saúde de Goiás, classificado como hospital geral. Referência em cirurgia cardíaca, cirurgia bariátrica, cirurgia geral, Neurologia, Ortopedia; transplantes de coração, rins, pâncreas-rins (único hospital privado de Goiás a realizar transplantes). Seu fundador, Dr. Francisco Ludovico, fundou também a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Hospital Acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), único em Goiás, o Santa Geneveva possui residência médica em Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica e Anestesiologia, mantidas com recurso da instituição e autorizadas pelo MEC. 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 2011 e 2012

Em 2011, o Hospital Santa Geneveva consolidou seu modelo de gestão na tomada de decisões, buscando o comprometimento e o envolvimento de toda a equipe transdisciplinar, além do alinhamento de suas estratégias à gestão integrada, em consonância com a gestão de riscos. Com o intuito de atender melhor às necessidades de seus clientes, foi realizado o programa de revitalização da hotelaria, tendo antecipado para 2011 o cumprimento de 66% de toda a área planejada para o primeiro semestre de 2012 (enfermarias e apartamentos). A instituição permanece investindo no capital humano, dando sequência ao programa de educação continuada com cursos de pós-graduação (Fundação Getúlio Vargas) para os gestores administrativos e capacitação dos supervisores de enfermagem em especialização (UTI, Pronto-Socorro e Controle de Infecção); além da criação da primeira turma de pós-graduação em Medicina de Urgência e Emergência pela ABRAMURGEM.

Caracterização

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 2011)

Nº do total de leitos operacionais	122
Nº de leitos de UTI	19
Nº de médicos cadastrados	115
Nº de funcionários ativos	310
Nº de consultas no pronto-socorro	18.295
Nº de consultas no ambulatório	49.800
Nº de internações	8.032
Nº de cirurgias (exceto partos)	1.994
Nº de partos	22
Nº de exames realizados no SADT	25.186
Receita bruta (em R\$ milhões)	32,4



Avenida da Concórdia, 26
Setor Santa Geneveva
Goiânia - GO - 74.670-430
62 3264-9000 - 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, elegante e ambientação concebida com avançados conceitos de hotelaria, foi inaugurado o Hospital Santa Joana, com a proposta de oferecer excelência de qualidade nos cuidados com o paciente, além de segurança e conforto.

Três décadas depois, o reconhecimento e o prestígio dos clientes e da classe médica sinalizam que a coragem e determinação de quebrar paradigmas, implementando novos conceitos na gestão de saúde privada, foram iniciativas que enriqueceram a medicina hospitalar no Brasil. As inovações, os avanços tecnológicos e também novos conceitos de gestão hospitalar foram constantemente incorporados a nossa Instituição. O centro cirúrgico, já naquela época, foi inaugurado com sistema de pressão positiva com filtros especiais.

O hospital também se destacou como sendo o primeiro da América Latina a possuir um Angiógrafo Biplanar Tridimensional para a realização de intervenções neurológicas e cardiológicas. A Maternidade do Santa Joana foi a primeira da região do Recife com pediatria em regime de plantão 24h, além de outras iniciativas pioneiras como a implantação dos primeiros serviços de UTI e de Radiologia com plantão 24h, em hospital privado em Pernambuco. O hospital também foi o primeiro da rede privada a implantar uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em Pernambuco.

Ao longo de sua história, o Hospital Santa Joana desenvolve uma política de investimentos permanentes em tecnologia de ponta e desenvolvimento de seus recursos humanos, buscando sempre oferecer a médicos e pacientes o que existe de mais moderno nos diversos segmentos. Em razão disso, o Santa Joana é hoje referência em diversos serviços especializados e de alta complexidade, como Oncologia, Neurologia e Neurocirurgia, Traumatologia-Ortopedia, Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Urologia, Neonatologia, Angiografia e Hemodinâmica, Medicina Preventiva Diagnóstica, entre outros.

Destaque 2011 e 2012

Desde sua fundação, o Hospital Santa Joana desenvolve ações com foco na melhoria constante de seus serviços, com uma política de investimentos permanentes na mais avançada tecnologia e no desenvolvimento de seus recursos humanos, buscando sempre oferecer a médicos e pacientes, o que existe de mais moderno nos diversos segmentos. Em fase final para receber a auditoria de certificação internacional da Joint Commission International (JCI), diversas inovações em relação à infraestrutura física, aos recursos humanos e tecnológicos fazem parte do panorama da instituição. Entre elas, em 2011, pode-se destacar a ampliação da Multi-Emergência (ME), que dobra o número de leitos para atendimento adulto; a inauguração de clínicas especializadas para atendimento de Urologia e Ortopedia e a restauração do Casarão, uma edificação do início do século 20, oferecendo serviços exclusivos aos clientes como restaurante, cyber café e salão nobre para eventos. Para 2012, destacam-se a ampliação do Complexo Hospitalar, com o aumento de 20% no número de leitos, a nova Unidade Clínico-Cirúrgica, em edifício recém-construído, e a inauguração da mais nova UTI do Estado de PE, ocupando um andar inteiro do prédio principal, com o dobro da capacidade para internação e os mais avançados recursos tecnológicos. Na melhoria dos processos assistenciais e da gestão de risco, destaque para a prescrição eletrônica e para a rastreabilidade de medicamentos até a beira do leito, com o uso de palmtops. Estas mudanças também permitirão, até 2015, a construção de um novo complexo cirúrgico, concentrando todas as salas em um só prédio. É a Casa de Saúde São José investindo em modernidade a serviço da vida, porque, para nossa instituição, a vida é sagrada.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1979
Área construída	16.680 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	em processo

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	149
Nº de leitos de UTI	48
Nº de médicos cadastrados	1.003
Nº de funcionários ativos	1.266
Nº de consultas no pronto-socorro	não se aplica
Nº de consultas no ambulatório	80.555
Nº de internações	10.860
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.355
Nº de partos	1.500
Nº de exames realizados no SADT	89.350
Receita bruta (em R\$ milhões)	106,8



Rua Joaquim Nabuco, 200 - Graças
Recife - PE - 52011-000
81 3216.6666 - www.santajoana.com.br



HOSPITAL SANTA LUZIA

Breve histórico da Instituição

Em 43 anos de existência, segurança é um dos principais atributos que os clientes reconhecem ao definir o Hospital Santa Luzia. Fundado em 1969, 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. A preocupação incessante pela capacitação técnica de seus profissionais, a melhoria contínua na qualidade dos procedimentos médico-hospitalares e o constante investimento em tecnologia são fatores que fazem o Hospital Santa Luzia pertencer a um seleto grupo de hospitais do País, que transformam o ofício de cuidar das pessoas na arte de fazer o bem, minimizando danos e promovendo a cura.

Localizado no Setor Hospitalar Local Sul, um setor referencial em assistência médico-hospitalar em Brasília, o Hospital Santa Luzia disponibiliza uma infraestrutura com todos os recursos humanos e tecnológicos que a assistência médico-hospitalar requer e conta ainda com uma diferença: uma passarela aérea que o interliga a outra instituição do Grupo Santa Luzia – o Hospital do Coração do Brasil, um grande centro especializado em doenças cardiovasculares.

Atualmente, ocupa uma área de 6.685 m² e possui 14.221 m² de área construída.

Destaque 2011 e 2012

Com o objetivo de fortalecer a gestão, em janeiro de 2011, o Grupo Santa Luzia consolidou a total profissionalização de sua diretoria, que, por mais de 20 anos, teve entre seus executivos membros da família acionista. A transição teve como ação fundamental o fortalecimento da segurança da gestão. Seguindo recomendações do IBGC (Instituto Brasileiro de Governança Corporativa), que representa a melhor prática a ser adotada pelas organizações, foi criado o Conselho de Administração, cuja missão é proteger o interesse do grupo assegurando que as decisões e ações na busca desses objetivos sejam sempre alinhadas à sua visão, missão e valores. O Conselho é formado por sócios e dois membros independentes: Alceu Alves da Silva, diretor executivo do Hospital Mãe de Deus e do Sistema de Saúde Mãe de Deus, de Porto Alegre, e José Gilberto Jaloretto, doutor em contabilidade e membro do Comitê de Auditoria Único do Conglomerado do Banco do Brasil. Como parte do plano de ampliação da capacidade instalada do Hospital Santa Luzia, 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.

Em matéria de incorporação tecnológica pode-se citar a inauguração, em fevereiro, de duas salas cirúrgicas inteligentes, equipadas com aparelhos de última geração, permitindo procedimentos complexos com segurança ainda maior, tanto para o paciente quanto para o corpo clínico.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1969
Área construída	14.221 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	158
Nº de leitos de UTI	49
Nº de médicos cadastrados	387
Nº de funcionários ativos	1.238
Nº de consultas no pronto-socorro	136.462
Nº de consultas no ambulatório	72.534
Nº de internações	6.507
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.937
Nº de partos	1.984
Nº de exames realizados no SADT	819.132
Receita bruta (em R\$ milhões)	157,3



Hospital Santa Luzia

SHLS 716 - Conjunto E - Asa Sul
Brasília - DF - 70390-903
61 3445-6000 - www.hsl.com.br





HOSPITAL SANTA ROSA

Breve histórico da Instituição

Com um conceito moderno e arrojado, seguindo a tendência mundial de humanização no ambiente hospitalar, ambiente hospitalar, o Hospital Santa Rosa, localizado em Cuiabá (MT), completa em 2012, 15 anos como hospital referência do Estado.

O Hospital Santa Rosa tem a missão de oferecer assistência hospitalar de qualidade, inovadora e sustentável. Investe cada vez mais em tecnologia, medicina especializada, capacitação de pessoal, conforto e segurança para os pacientes e para a equipe. Pelo pouco tempo que está no mercado matogrossense possui uma grande bagagem, mostrando que é uma instituição séria, visionária, comprometida com a sociedade e com a qualidade dos serviços prestados.

É o único hospital do Estado com Acreditação Hospitalar. Em 2011, recebeu a recertificação do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), ligado ao ONA o Sistema Nacional de Acreditação, no nível II (pleno).

Com a sua visão definida até 2014, o Santa Rosa tem o objetivo de ser a instituição reconhecida como hospital referência em alta complexidade, qualidade, produção do conhecimento, humanização e responsabilidade social.

Destaque 2011 e 2012

Na área de estudos, em 2011, o Hospital Santa Rosa, através do Centro de Estudos Dr. Cervantes Caporossi, implantou mais uma residência em saúde, tendo agora residência em Cirurgia Geral, Fisioterapia, em Terapia Intensiva e Enfermagem em Terapia Intensiva. Na área de pós-graduação, os cursos oferecidos são de Fisioterapia e Enfermagem em Terapia Intensiva.

O hospital inaugurou a nova ala de enfermarias no piso batizado de Viola de Cocho, em homenagem a cultura cuiabana. E tal qual o instrumento de corda, a madeira foi o tema adotado no desenvolvimento do novo ambiente.

O Centro de Hemodinâmica do Hospital Santa Rosa passou a ter mais recursos tecnológicos, ambiente moderno e equipamentos que possibilitam a realização de exames e cirurgias de alta complexidade.

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ganhou mais sete leitos, passando a oferecer 31 leitos no total. Pela sexta vez, o hospital foi vencedor do Prêmio Top Of Mind pela Revista RDM, como a instituição de saúde mais lembrada em Mato Grosso e, pela segunda vez consecutiva, recebeu o Prêmio de Responsabilidade Social, instituído pela Assembleia Legislativa de Mato Grosso.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1997
Área construída	13.937 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	152
Nº de leitos de UTI	41
Nº de médicos cadastrados	663
Nº de funcionários ativos	602
Nº de consultas no pronto-socorro	65.369
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	7.737
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.602
Nº de partos	380
Nº de exames realizados no SADT	441.736
Receita bruta (em R\$ milhões)	40



Rua Adel Maluf, 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 50 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 300 leitos e um quadro clínico de aproximadamente 3 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 (234 leitos) e Ipiranga (124 leitos).

Destaque 2011 e 2012

O Hospital São Camilo Pompeia iniciou o ano de 2012 com conquistas, grandes projetos e novidades. Depois de inaugurar, em 2011, um Centro de Referência para transplante de medula óssea e pacientes onco-hematológicos, a unidade continua acompanhando os conceitos inovadores de gestão e dá seguimento à ampliação e modernização das instalações.

O novo Pronto-Socorro Adulto, inaugurado em fevereiro deste ano, teve sua área ampliada para atender aos pacientes com mais agilidade e conforto. E esta é só a primeira novidade. A Unidade Pompeia também vai iniciar a construção de um novo prédio em 2012. O edifício, que hoje contempla a área administrativa, será adaptado para receber, adicionalmente, cerca de 90 leitos e novas salas de cirurgia. Com esta expansão, a unidade vai atingir a marca de 400 leitos. Além disso, a fachada passará por uma revitalização, conferindo ao hospital um tom de modernidade.

Acompanhando este ritmo de crescimento, a Unidade Pompeia coleciona mais uma conquista: a Certificação pela *Joint Commission International* (JCI). Depois da ONA III e da Acreditação Internacional Canadense, a instituição recebeu, agora em abril deste ano, mais um selo que atesta a qualidade dos processos e a segurança de seus procedimentos.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1960
Área construída	38.772 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI); Organização Nacional de Acreditação (ONAI); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	300
Nº de leitos de UTI	80
Nº de médicos cadastrados	2.605
Nº de funcionários ativos	1.628
Nº de consultas no pronto-socorro	278.220
Nº de consultas no ambulatório	105.877
Nº de internações	18.331
Nº de cirurgias (exceto partos)	11.175
Nº de partos	1.126
Nº de exames realizados no SADT	1.299.863
Receita bruta (em R\$ milhões)	355



Avenida Pompeia, 1178 - Pompeia
São Paulo - SP - 05024-000
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 2011 e 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 pelo oncologista 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. O staff é constituído por expoentes de áreas específicas e incluem Rafael Schmerling, especialista em melanoma e sarcoma; Roberto Buessio, hematologista e transplantador de medula; Marcelo Cruz, especialista em tumores de mama, pulmão e trato gastrointestinal; Fabio Schutz, especialista em tumores do trato urinário e Simone Noronha, coordenadora do Aconselhamento Genético.

Para oferecer total assistência, especialmente durante os procedimentos de quimioterapia, um dos profissionais que integra a equipe multidisciplinar da Oncologia é o dentista Marcelo Seneda, especialista em Medicina Bucal focada na Oncologia. Por todos esses fatores, que aliam qualidade assistencial e tecnológica, expertise médica e excelente infraestrutura hospitalar, o Hospital São José garante tratamento individualizado e humanizado a todos pacientes com câncer que realizam tratamento na instituição.

Caracterização

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 2011)

Nº do total de leitos operacionais	65
Nº de leitos de UTI	14
Nº de médicos cadastrados	1.660
Nº de funcionários ativos	588
Nº de consultas no pronto-socorro	não se aplica
Nº de consultas no ambulatório	7.282
Nº de internações	2.853
Nº de cirurgias (exceto partos)	2.835
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	173.589
Receita bruta (em R\$ milhões)	104,4



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, em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, através da associação de Professores e Médicos da Faculdade de Medicina da USP – Universidade de São Paulo, 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, Cardiologia e Gastroenterologia; também é pioneiro em transplantes de medula óssea (na rede privada) em Ribeirão Preto e região.

O São Lucas foi o primeiro hospital do interior do País e sétimo 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 com foco na satisfação do cliente, tendo como principal conceito: “gente cuidando de gente”. Este valor sempre pavimentou suas ações e garantiu seus compromissos.

Destaque 2011 e 2012

Excelência - este é o maior objetivo do São Lucas para o ano de 2012. A implantação dos Protocolos de AVC e IAM consolidaram a qualidade e segurança primadas, com especialistas 24 de plantão. Médicos hospitalistas também passaram a integrar a equipe, na qual conhecimentos e qualidade assistencial vêm alinhando condutas.

Grandes investimentos foram realizados na compra de modernos equipamentos, tornando o São Lucas um completo centro privado de videocirurgia na região. Também foi realizada a reforma do centro cirúrgico e a construção de um novo e moderno conforto médico.

Em 2010, o Serviço de Transplante de Medula Óssea realizou o primeiro transplante em hospital privado de Ribeirão Preto e região, e em 2011 o número de transplantes teve um aumento expressivo.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1969
Área construída	6.333 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA II)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	84
Nº de leitos de UTI	22
Nº de médicos cadastrados	1.438
Nº de funcionários ativos	416
Nº de consultas no pronto-socorro	53.730
Nº de consultas no ambulatório	não informado
Nº de internações	5.174
Nº de cirurgias (exceto partos)	6.611
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	163.258
Receita bruta (em R\$ milhões)	55,1



Rua Bernardino de Campos, 1426 - Vila Seixas
Ribeirão Preto - SP - 14015-130
11 4009 0020 - www.gruposaulucas.com.br



HOSPITAL SÃO LUCAS DE ARACAJU

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 pela 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 nas regiões Norte e Nordeste, tendo como destaques as áreas de Cardiologia, Neurologia, Geriatria e Cirurgias Complexas, entre outras. Na instituição são realizados também transplante renal, cirurgia cardíaca, cirurgia bariátrica, procedimentos endovasculares em hemodinâmica, que contam com uma ampla gama de exames diagnósticos, servindo tanto aos pacientes internos como aos ambulatoriais.

Para completar a sua missão, que, além da assistência, é também de ensinar e pesquisar, o hospital instituiu a Fundação São Lucas (FSL), em 02/10/1986, que, de forma independente, administra uma creche aberta à comunidade e uma escola com cursos técnicos para a saúde, sendo considerada a melhor na área. O Hospital também tem participado ativamente de diversos estudos multicêntricos, nacionais e internacionais, a partir do nosso Centro de Ensino e Pesquisa (CEPFSL).

Destaque 2011 e 2012

Ao final de 2011, o Hospital foi convidado a participar do processo da *Accreditation Canada*. A instituição pretende ser um dos primeiros hospitais das regiões Norte a passar por um processo de certificação internacional. Trata-se de um grande desafio para a equipe da instituição, por ser um grande tema da administração para o ano de 2012.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1969
Área construída	não informado
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	150
Nº de leitos de UTI	30
Nº de médicos cadastrados	500
Nº de funcionários ativos	1.100
Nº de consultas no pronto-socorro	72.000
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	8.500
Nº de cirurgias (exceto partos)	9.000
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	840.000
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



Av. Coronel Stanley Silveira, 33 - São José
Aracaju - SE - 40015-400
79 2107-1017 - www.saolucas-se.com.br

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Breve histórico da Instituição

A SBSHSL – Sociedade Benfícete de Senhoras-Hospital Sírio-Libanês - é uma instituição brasileira que tem na filantropia sua razão de ser. Este conceito nasceu em 1921, a partir da iniciativa de um grupo de senhoras da primeira geração de imigrantes sírios e libaneses, que queria oferecer assistência médica de qualidade em um estabelecimento condizente com a importância da cidade de São Paulo. A SBSHSL é a mantenedora do Hospital Sírio-Libanês (HSL), referência internacional na área da saúde, tendo como principal característica a união da excelência do corpo clínico com o pioneirismo, as mais avançadas tecnologias e o atendimento humanizado, oferecido a todos os pacientes do Brasil e do exterior, em mais de 60 especialidades médicas.

Como apoio importante ao HSL, às áreas de ensino e pesquisa, está o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), que tem a missão de gerar e difundir conhecimentos e capacitar profissionais de saúde, contribuindo para a excelência do hospital e da saúde brasileira. A área de Filantropia da SBSHSL 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 médicos em todo o Brasil. Por meio do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, faz a gestão de nove equipes do Programa de Saúde da Família dentro das Unidades Básicas de Saúde Nossa Senhora do Brasil, Humaitá e Cambuci, de três AMAs municipais e do Hospital Menino Jesus, como Organização Social pela Prefeitura da Cidade de São Paulo, e do Hospital Geral do Grajaú e AME Interlagos, como Organização Social pelo Estado de São Paulo.

Destaque 2011 e 2012

O ano de 2011 marca a continuidade da expansão do Hospital Sírio-Libanês com início das obras de ampliação, que vão dobrar a capacidade da sua sede na Bela Vista, em São Paulo, a partir de 2013. No ano passado, foram inauguradas a Unidade Jardins – Clínica da Mulher, na capital paulista, e o Sírio-Libanês Brasília – Centro de Oncologia, no Distrito Federal.

Entre os novos serviços criados destacam-se o Centro de Reprodução Humana, a unidade de Transplante de Medula Óssea, o Serviço de Otorrinolaringologia, o Serviço de Video-urodinâmica, o Centro de Diabetes, o Núcleo de Neurociências e, de forma pioneira, a Hemodiálise Noturna. O hospital também tornou-se uma das cinco instituições no mundo a contar com o acelerador linear de última geração Novalis TX, que oferece mais precisão nos procedimentos de radioterapia e radiocirurgia. Incorporou a tecnologia do Fibroscan trazendo melhoria dos diagnósticos nas doenças hepáticas e a mamografia com tomossíntese, que traz maior precisão no diagnóstico das patologias mamárias.

A parceria com o Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) estabeleceu um sólido vínculo de ensino e colaboração científica com o Centro de Oncologia Sírio-Libanês. Já a parceria com o Instituto Ludwig de Pesquisa sobre o Câncer permitiu a criação do Centro de Oncologia Molecular, que tem o objetivo de promover a pesquisa básica e translacional, na busca de novos diagnósticos e tratamentos.

O destaque na área de ensino em 2011 foi a aprovação pela CAPES do Mestrado Profissionalizante em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde, que iniciará suas atividades em 2012. A área de filantropia concluiu o primeiro triênio dos 21 projetos para o desenvolvimento do SUS, em parceria com o Ministério da Saúde, que receberam recursos na ordem de R\$ 180 milhões. Mais da metade desses programas teve como foco o treinamento e a capacitação de quase 50 mil médicos, gestores e demais profissionais do SUS de todo o País.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1921
Área construída	99.989 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	350
Nº de leitos de UTI	44
Nº de médicos cadastrados	3.356
Nº de funcionários ativos	4.279
Nº de consultas no pronto-socorro	77.514
Nº de consultas no ambulatório	70.609
Nº de internações	17.502
Nº de cirurgias (exceto partos)	16.471
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	3.040.167
Receita bruta (em R\$ milhões)	865,4



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

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



HOSPITAL VERA CRUZ

Breve histórico da Instituição

Idealizado e construído pelos médicos Dr. Sylvio Miraglia e Dr. Antônio Figueiredo Starling e pelo engenheiro Dr. Ajax Rabello, o Hospital Vera Cruz foi inaugurado em 9 de abril de 1949 como o hospital mais moderno de Minas Gerais. Com a missão de prestar uma assistência médico-hospitalar resolutiva e humanizada, construída por pessoas motivadas e envolvidas e com alto valor para o cliente, o Vera Cruz é pioneiro na realização de cirurgias cardiovasculares em Minas Gerais, além de ser referência nacional no controle de infecções hospitalares. Tendo como foco a medicina de alta complexidade, no corpo clínico do Vera Cruz já atuaram e ainda atuam grandes nomes da medicina mineira e brasileira, muitos deles professores universitários, com participação ativa nas entidades representativas médicas e hospitalares.

Contando com governança corporativa e gestão profissionalizada desde 1995, sistema de informações Tasy desde 2000, planejamento estratégico desde 2002, orçamento setorial desde 2005 e sistema de gestão da qualidade desde 2006, o Vera Cruz foi avaliado pela DNV e certificado pela ONA em Acreditação Plena no ano de 2008, e em Acreditação com Excelência no ano de 2010, com apontamentos de esforço digno de nota na Anestesia e na Hemodinâmica. Em 2009, o Vera Cruz foi escolhido destaque em Gestão de Pessoas no estudo Hospitais Referência, realizado pela IT Mídia. Já em 2010, foi escolhido destaque em Sustentabilidade na edição do estudo deste ano.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o Hospital Vera Cruz definiu um novo modelo de Governança Corporativa, que permitiu o deslocamento dos sócios para órgãos de controle e a entrada de profissionais de mercado nos órgãos executivos. Neste enfoque, o hospital reestruturou sua composição organizacional, criando um órgão interno para realizar a Gestão da Estratégia, além de revisar seu Planejamento Estratégico.

Também em 2011, o Vera Cruz realizou importantes investimentos na área de Tecnologia de Informação, com a aquisição de novo servidor para suportar o banco de dados do sistema de informações Tasy; a aquisição do sistema de informação *System Adviser*, da Interact, para facilitar o monitoramento da estratégia e da qualidade do hospital; e a adesão ao portal Bionexo, para otimizar seu processo de compras. O hospital também realizou melhorias em sua infraestrutura e em seu parque tecnológico, com foco na alta complexidade. Consolidando sua posição como referência nacional em AVC, o Vera Cruz foi o único hospital privado do Brasil, com Unidade Vascular própria, convidado a participar de um projeto de âmbito internacional da Boehringer para validação do protocolo de AVC.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1949
Área construída	8.370 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	157
Nº de leitos de UTI	24
Nº de médicos cadastrados	1.371
Nº de funcionários ativos	696
Nº de consultas no pronto-socorro	122.147
Nº de consultas no ambulatório	84.554
Nº de internações	9.188
Nº de cirurgias (exceto partos)	7.258
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	628.268
Receita bruta (em R\$ milhões)	69,4



Avenida 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 sete anos de existência e dedicação aos seus pacientes, conquistou certificado de excelência pela Organização Nacional de Acreditação em nível de excelência (ONA III). Recentemente iniciou o processo de Acreditação Internacional Canadense (Accreditation Canada) e Acreditação em Cirurgia Bariátrica pela *Surgical Review Corporation*.

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 UTI's (Geral e Cardiológica) e sete salas no centro cirúrgico.

A instituição desenvolveu programas para a promoção à saúde e prevenção de doenças, através do Programa Viver Mais Vita, voltado à terceira (melhor) idade e em parceria 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 2011 e 2012

Em 2011, o Hospital VITA Batel iniciou o processo de acreditação internacional canadense (Accreditation Canada) e, em outubro de 2012, receberá a visita da organização para a auditoria de acreditação.

Outros destaques:

- » Criação da Gerência de Hospitalidade;
- » Reestruturação do Modelo de Gestão de Pessoas;
- » Acreditação em Cirurgia Bariátrica pela *Surgical Review Corporation*;
- » Certificação Diamante da 3M para Prevenção de Lesões de Pele.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2004
Área construída	6.700 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	80
Nº de leitos de UTI	23
Nº de médicos cadastrados	925
Nº de funcionários ativos	354
Nº de consultas no pronto-socorro	64.589
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	8.358
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.641
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	53.544
Receita bruta (em R\$ milhões)	49,9



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



HOSPITAL VITA CURITIBA

Breve histórico da Instituição

O Hospital VITA Curitiba, inaugurado em março de 1996, foi adquirido pela VITA Participações em junho de 2000. Possui uma área construída de 18 mil m² num terreno de aproximadamente 102 mil m². Atualmente possui 155 leitos e cerca de 560 funcionários. Realiza mensalmente, em média, 11 mil atendimentos de emergência, 850 internações e 750 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 média e alta complexidade. O hospital possui cinco áreas vocacionais perfeitamente estruturadas: Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria e Medicina de Urgência. A sua estrutura oferece os seguintes serviços: Unidade de Internação, UTI Geral, UTI 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 2011 e 2012

- » Implantação do CERO – Centro de Excelência em Reconstrução Óssea;
- » Criação do Pronto-Socorro Pediátrico Exclusivo;
- » Participação como Hospital Multiplicador no Programa Brasileiro de Segurança do Paciente;
- » Criação da Gerência de Hospitalidade;
- » Reestruturação do Modelo de Gestão de Pessoas;
- » Atualização tecnológica do Serviço de Imagem.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	1996
Área construída	18.000 m ²
Organização do corpo clínico	aberto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III); Accreditation Canada

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	155
Nº de leitos de UTI	44
Nº de médicos cadastrados	2.105
Nº de funcionários ativos	560
Nº de consultas no pronto-socorro	127.615
Nº de consultas no ambulatório	24.379
Nº de internações	10.230
Nº de cirurgias (exceto partos)	8.987
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	80.946
Receita bruta (em R\$ milhões)	76,6



Rodovia BR 116, Km 396, 4021 - Bairro Alto
Curitiba - PR - 82590-100
41 3315-1900 - www.hospitalvita.com.br



HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA

Breve histórico da Instituição

Desde sua fundação em 1953, como Hospital da CSN – Companhia Siderúrgica Nacional, e até hoje, como Hospital VITA Volta Redonda, a instituição é o orgulho da cidade, pela tradição e pelo alto nível dos serviços oferecidos a todo o Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

O Hospital VITA Volta Redonda é um hospital geral, com cerca de 11 mil m² de área construída, distribuída em quatro pavimentos, e fica localizado na região mais valorizada da cidade de Volta Redonda.

Atualmente, o hospital conta com 104 leitos para internação, realiza uma média anual de 5 mil internações e 90 mil atendimentos de pronto-socorro. Possui Centro Médico de Especialidades, Centro de Diagnósticos por Imagem, Centro Cirúrgico com oito salas, UTI Geral Adulto, Unidade Cardiointensiva, Serviços de Hemodinâmica e SADT completo.

O Hospital VITA Volta Redonda foi o 1º hospital do Estado do Rio de Janeiro a conquistar a Acreditação em nível de Excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Foi também o 5º do Brasil a obter o selo que certifica qualidade nos processos de assistência dos hospitais brasileiros. Atualmente é integrante da Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) e está na fase final de obtenção deste importante selo de qualidade internacional. O Hospital VITA é membro Fundador da ANAHP.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o Hospital VITA Volta Redonda garantiu a implementação do Programa Risco Zero, que promove o gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos. Dessa forma vai ao encontro de uma das metas que compõe sua missão “... alcançar a excelência na qualidade dos serviços prestados a todos os clientes.” Ainda em 2011, aprimorou seu sistema de gerenciamento de protocolos e implantou o serviço de auditoria clínica, contando com uma equipe dedicada a esta atividade.

Em novembro de 2011, foi inaugurada a Unidade Cardiointensiva com 11 leitos, divididos em leitos destinados ao pós-operatório de cirurgia cardíaca e leitos para atendimento de pacientes portadores de patologias cardíacas de caráter agudo - cada um destes leitos com especificidades arquitetônicas e tecnológicas adequadas ao nível de cuidados necessários e ao estado clínico do paciente.

Em 2012, o Centro Médico de Especialidades, além da já consagrada excelência no atendimento médico, receberá investimentos de cerca R\$ 1,5 milhão, que permitirão a revitalização do prédio e a atualização tecnológica. Este passará a contar com uma estrutura de três andares, elevador panorâmico e consultórios médicos que oferecerão mais conforto aos clientes.

O hospital também mantém seu compromisso de alcançar a excelência na qualidade dos serviços prestados a todos os clientes, utilizando-se de ferramentas da qualidade reconhecidas no mercado nacional e internacional. E conta ainda com participação em programas de certificação nacional e internacional, consolidando o compromisso com a melhoria contínua.

Caracterização

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 2011)

Nº do total de leitos operacionais	102
Nº de leitos de UTI	26
Nº de médicos cadastrados	343
Nº de funcionários ativos	334
Nº de consultas no pronto-socorro	85.243
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	6.798
Nº de cirurgias (exceto partos)	3.567
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	472.865
Receita bruta (em R\$ milhões)	53,6



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





HOSPITAL VIVALLE

Breve histórico da Instituição

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

A estrutura do viValle conta hoje com pronto atendimento clínico e ortopédico 24 horas, centro de Oncologia, centro cirúrgico altamente equipado para a realização de cirurgias de todos os portes e diversas especialidades, UTI humanizada com oito leitos, central de material esterilizado única na região, que possui equipamentos de alta tecnologia para a realização do controle de infecção hospitalar.

Para garantir um tratamento de primeira classe, o Hospital viValle proporciona aos seus pacientes o conforto e a comodidade de um hotel, desde as instalações, até a alimentação oferecida, que trabalha o conceito de gastronomia hospitalar. O mesmo profissionalismo e humanização do atendimento oferecido no Hospital viValle podem ser comprovados no Centro Médico viValle, que possui um renomado corpo clínico e profissionais da saúde, prestando atendimento diferenciado em consultas e tratamentos de diversas especialidades. O espaço conta também com os serviços de check up-viValle, voltados à promoção da saúde com foco em prevenção.

Destaque 2011 e 2012

Em 2011, o Hospital viValle deu início à segunda fase do plano diretor, com a ampliação em 40% do pronto-atendimento e a construção da Unidade de Hemodinâmica, em uma nova área de 220 m².

A Hemodinâmica, que será inaugurada no primeiro semestre de 2012, contará com tecnologias de diagnóstico por imagem e terapia nas áreas de Cardiologia Intervencionista, Neurorradiologia Intervencionista, Radiologia Vasculatura Intervencionista e Eletrofisiologia Invasiva.

Ainda em 2011, a empresa URC Diagnósticos passou a integrar a equipe do Centro de Diagnósticos por Imagem do Hospital viValle, com o objetivo de reduzir o prazo de entrega dos laudos dos exames e melhorar o atendimento aos pacientes. No final de 2011, o Hospital passou a fazer parte da Rede D'Or São Luiz, um dos maiores grupos de saúde do Brasil.

O viValle participa dos processos de certificações desde 2006, quando foi certificado já em sua primeira avaliação como ONA II. Agora em 2012, o Hospital viValle conquistou a certificação ONA III, selo da Organização Nacional de Acreditação, conferido pelo Instituto Qualisa de Gestão, que confirma a excelência de serviços hospitalares

No decorrer do ano 2012, novos projetos e parcerias estão em andamento com o objetivo de manter e aprimorar a qualidade de seu atendimento e cuidado na área da saúde.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2000
Área construída	4.625 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	53
Nº de leitos de UTI	8
Nº de médicos cadastrados	1078
Nº de funcionários ativos	330
Nº de consultas no pronto-socorro	58.951
Nº de consultas no ambulatório	15.212
Nº de internações	3.808
Nº de cirurgias (exceto partos)	3.536
Nº de partos	não se aplica
Nº de exames realizados no SADT	97.591
Receita bruta (em R\$ milhões)	não informado



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, pelo médico português José D'Almeida Soares Lima Bastos, então presidente do Gabinete Português de Leitura do Recife, como centro de resistência para tratar as vítimas da epidemia de cólera que assolava o País.

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

Hoje, o RHP é considerado o mais completo centro de excelência médica do Norte e Nordeste do Brasil, sendo o de maior complexidade e o mais bem equipado destas regiões. Constituem o complexo hospitalar: o 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 2011 e 2012

No início de 2011, o Real Hospital Português inaugurou o novo laboratório de análise clínicas – Real Lab – com estrutura ampliada e modernizada, visando a dobrar a capacidade de atendimento com exames de altíssima qualidade e ainda mais precisão e velocidade na entrega de resultados. Foi implantado o sistema da Siemens, Advia Workcell, consistente em uma esteira de 9 metros de comprimento, com capacidade de processar 400 tubos de amostra por hora. Outro destaque na área tecnológica foi a construção do novo centro cirúrgico do Hospital Português, sendo montado no Edifício São João de Deus. São sete salas integradas e inteligentes, ou seja, com tecnologia de alto nível para integração de áudio, vídeo, equipamentos médicos, ambiente cirúrgico e sistemas de informação e telecomunicação. Uma delas está equipada com o exclusivo Sistema Variop, que garante menor risco de infecção, facilidade de limpeza e otimização do fluxo de trabalho.

O RHP ainda foi reconhecido com o Prêmio Orgulho de Pernambuco, concedido pelo Diário de Pernambuco às instituições que se destacam no Estado, e, pelo oitavo ano consecutivo, foi homenageado com o troféu Marcas Que eu Gosto, premiação que coroa as empresas preferidas dos consumidores recifenses. Pelo 14º ano consecutivo, o Real Hospital Português foi eleito o hospital particular mais lembrado pelos pernambucanos na pesquisa Recall de Marcas, promovida pelo Jornal do Commercio.

Caracterização

Hospital sem fins lucrativos	
Fundação	1855
Área construída	117.736 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA I)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	594
Nº de leitos de UTI	148
Nº de médicos cadastrados	11.587
Nº de funcionários ativos	3.761
Nº de consultas no pronto-socorro	213.859
Nº de consultas no ambulatório	53.308
Nº de internações	25.130
Nº de cirurgias (exceto partos)	21.015
Nº de partos	2.174
Nº de exames realizados no SADT	1.344.911
Receita bruta (em R\$ milhões)	351,9



Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Paissandu
Recife - PE - 52050-910
81 3416.1122 - www.rhp.com.br



VITÓRIA APART HOSPITAL

Breve histórico da Instituição

Inaugurado em 2001, o Vitória Apart Hospital já nasceu com o objetivo de ser um hospital completo e oferecer o máximo de segurança e conforto aos seus pacientes e colaboradores. Em apenas quatro anos de existência, em 2005, já havia conquistado a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e, em 2011, foi recertificado com excelência no nível máximo da Acreditação. O grupo de médicos que idealizou o projeto não mediu esforços para torná-lo referência em saúde no Espírito Santo e, hoje, o Vitória Apart é considerado um dos maiores e melhores hospitais do Estado.

Com a missão de promover soluções em saúde, aliando tecnologia e atendimento humanizado, o Vitória Apart utiliza modernas ferramentas de gestão para alcançar os seus objetivos estratégicos. A instituição utiliza valores como inovação, acolhimento, ética e sustentabilidade para prestar atendimento de excelência e pavimentar todas as suas ações. A proposta é prestar atendimento ambulatorial, de urgência e de internação em vários níveis, sem a necessidade de transferência dos pacientes para realização de serviços e exames em outras unidades.

Em breve, o hospital dará mais um passo para reforçar a sua importância junto à classe médica e à população capixaba, ao finalizar as suas obras de expansão. O novo Vitória Apart se prepara para oferecer pronto-socorro diferenciado, com uma área de 2 mil m² e capacidade para realizar 20 mil atendimentos por mês; ampliar o número de especialidades médicas; e inaugurar 140 novos leitos.

Destaque 2011 e 2012

O ano de 2011 foi importante para o Vitória Apart Hospital consolidar uma série de projetos, com o objetivo de ser reconhecido como uma das melhores e maiores unidades hospitalares privadas do País. Uma dessas atividades foi a implantação do Planejamento Estratégico 2011/2015, traçando as principais linhas de atuação para os próximos cinco anos. O diferencial na metodologia aplicada, além de ampla divulgação e do envolvimento direto de toda a alta direção, foi a instalação do Escritório de Estratégia, responsável pelo acompanhamento mensal dos planos traçados e do Comitê Diretivo, composto por membros do conselho e diretores que validam o andamento mensal de todo o plano conforme cronograma, orçamento e metas alcançadas.

Outra atividade que merece destaque foi criação do Comitê de Qualidade Médica, que reúne representantes de diferentes especialidades para estabelecer um fórum formal de discussão e de interação entre médico e hospital. Esse é o primeiro passo para a elaboração do programa de gerenciamento do corpo clínico, que terá início ainda em 2012.

O Vitória Apart Hospital trabalha com foco na segurança do paciente, dos profissionais e de seus visitantes. Para isso, desenvolve o Programa de Gerenciamento de Risco, que tem o objetivo de melhorar a eficácia dos cuidados de saúde, incentivando a cultura da segurança na organização, além de identificar, tratar e acompanhar os riscos de cada setor.

A criação do Instituto de Saúde e Cidadania Vitória Apart Hospital também é motivo de orgulho para a instituição. O objetivo do Instituto é desenvolver, junto às comunidades do entorno, um programa complementar em saúde e ser um instrumento para impulsionar a sustentabilidade local, a partir de parcerias público-privadas.

Caracterização

Hospital com fins lucrativos	
Fundação	2001
Área construída	47.845 m ²
Organização do corpo clínico	misto
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)

Principais Indicadores (em 2011)

Nº do total de leitos operacionais	225
Nº de leitos de UTI	71
Nº de médicos cadastrados	726
Nº de funcionários ativos	1.019
Nº de consultas no pronto-socorro	81.349
Nº de consultas no ambulatório	não se aplica
Nº de internações	10.359
Nº de cirurgias (exceto partos)	12.756
Nº de partos	699
Nº de exames realizados no SADT	não se aplica
Receita bruta (em R\$ milhões)	77,5



Rodovia BR101 Norte, s/nº, Km 2,28
Boa Vista II
Serra - ES - 29161-001
27 3201-5555 - www.vitoriaaparthospital.com.br



25 anos

Construindo e Administrando Tecnologias em Saúde

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

* Gestão de Espaços e
Tecnologias em Saúde

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



Associados ANAHP





COVIDIEN.
*Uma empresa.
Diversas soluções.*

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

CENTRO CIRÚRGICO | EMERGÊNCIA | DIAGNÓSTICO E TERAPIA | UTI | SERVIÇOS

Av. das Nações Unidas, 12.995 Cj. 23
São Paulo - SP - 04578-000
Tel.: 11 - 2187.6200
Fax: 11 - 2187.6375

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



COVIDIEN

positive results for life

Diamond



Gold



Silver



Linde Healthcare.

Saúde é nossa inspiração.



A Linde Healthcare oferece um amplo portfólio de soluções completas em terapias em diversas áreas de saúde, para clientes em atenção hospitalar e domiciliar, além de programas clínicos diferenciados.

Conheça as soluções Linde Healthcare em:

- Gases medicinais
- Infraestrutura hospitalar
- Anestesia
- Projetos de instalações
- Serviços e treinamentos especializados
- Oxigenoterapia
- Terapias do sono e ventilação
- Hélio Líquido para ressonância magnética

A Linde Healthcare trabalha para garantir a qualidade em seus produtos com total compromisso com a segurança absoluta, qualidade de vida dos pacientes e alinhada as normas vigentes.

Linde Healthcare, parceria de qualidade nessa nova realidade da regulamentação dos gases medicinais.

Nós somos Linde: Living healthcare.

Regulamentação dos gases medicinais.
Linde sua melhor opção.

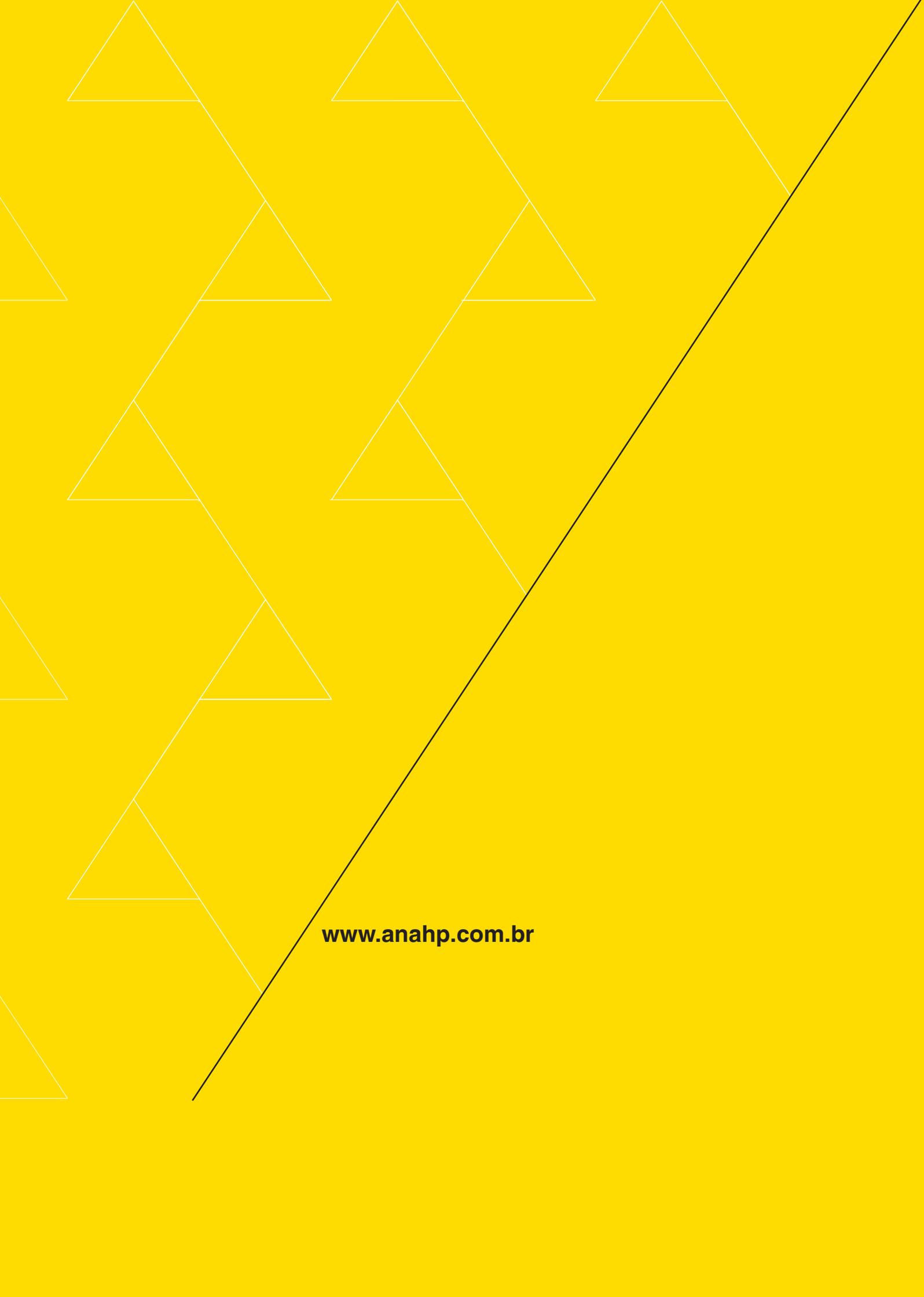
Linde Healthcare

Rua da Passagem, 123, 3º andar, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, 22290-030

Tel: 0800 725 46 33, Fax: (21) 2543-1660, www.linde-healthcare.com.br, crc.lg.br@linde.com



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



www.anahp.com.br