



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
FILIADA À CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

Fenaess investe na informação

A FENAESS aposta na informação como ferramenta fundamental de auxílio ao dia-a-dia dos prestadores de serviços de saúde. Em 2006, o Jornal da FENAESS volta reformulado, o departamento de Informática já está atuando e os associados passam a contar com mais um boletim, com portarias, jurisprudências e outras informações imprescindíveis à gestão do negócio saúde.

Leia artigo sobre NR 32

Página 4

Artigo discute a equidade do sistema

Página 8



Saúde – problema crônico

Se fizermos uma retrospectiva de como vem sendo tratado o problema da saúde em nosso país nos últimos anos, e compulsando jornais, revistas, livros e toda uma parafernália de normas e leis ou, ainda mesmo, prestando serviços, nos convenceremos facilmente de que, ontem e hoje, continuamos a assistir decisões de governo sem visão de futuro. Tais decisões esquecem que Saúde e Educação são os pilares nos quais as nações divisam e encontram o caminho do desenvolvimento sustentado, condição fundamental para alcançar a posição tão almejada de país de Primeiro Mundo. Daí porque é e continua sendo o mais inteligente e o mais nobre investimento do dinheiro público. E, também, porque são esteios que fazem renascer das cinzas povos e nações. Outrossim, e por isso, nações pequenas tornam-se grandes e nações grandes, pequenas.

A tecnologia, prerrogativa de povos que privilegiam a inteligência, oferece ao homem nobreza e refinamento no trabalho. Sem Saúde e Educação continuaremos fazendo uso do valor de ambas como promessas em campanhas políticas para eleger candidatos sem compromissos com o povo. E o país continuará frustrando as gerações futuras, testemunhas do imenso potencial que a natureza lhes oferece, sem a contrapartida de benesses tão almejadas.

É lamentável, particularmente em relação à saúde, o fechamento de centenas de hospitais e clínicas, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) com valores reconhecidamente irrealistas, planos de saúde que na realidade são planos comerciais no embate entre receitas e despesas, penalizando hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e o paciente, criando, assim, perspectivas para um futuro incerto e de gravidade imprevisível.

O Plano de Saúde da Família (PSF), única condição positiva que vem amenizando as agruras do cidadão no Interior, infelizmente, também tem permitido que os profissionais da saúde, pela ausência de normas e disciplina, continuem como vítimas da exploração de administradores municipais não comprometidos com a responsabilidade de suas funções. Mesmo diante de todo esse panorama, vale a pena continuar na luta indormida em busca de novos horizontes. E, mais ainda e afinal de contas, o sonho do médico e do profissional da saúde jamais morrerá nos escaninhos da burocracia, nos descaminhos dos recursos e na falta de decisões políticas capazes de transformar um panorama atual de cenas medievais em um cenário enriquecido pela ciência que a moderna medicina soberbamente pode oferecer nos dias de hoje para os protegidos da sorte.

Sebastião Fernandes Vieira
Presidente da FENAESS

Expediente

DIRETORIA - **Presidente:** Sebastião Fernandes Vieira • **Vice-presidentes:** Dante Ancona Montagnana, Humberto Gomes de Melo, Antônio Dib Tajra, Álvaro Felipe Amande Nogueira, Marcus Fabius Peixoto Leal • **Diretor Técnico:** Francisco Ubiratan Dellape • **Secretário-geral:** Carlos Eduardo Ferreira • **Secretário-adjunto:** Arlindo Borges Pereira • **Tesoureiro-geral:** Antônio Eduardo Cunha • **Tesoureiro-adjunto:** Elson Souza Miranda • **Conselho Fiscal** – **efetivos:** Mardônio de Andrade Quintas, Pedro Wanderley de Aragão, Fauzi Adri. **Suplentes:** Sebastião Ventury Baptista, Alonso Alves Filho, Ricardo Alves Filho • **Conselho de representantes junto à CNS** – **efetivo:** Sebastião Fernandes Vieira. **Suplentes:** Humberto Gomes de Melo • **Correspondências:** Rua 24 de Maio, 208, 13º andar, 01041-000, São Paulo, SP, tel (11) 3221-9333 – www.fenaess.org.br; e-mail: fenaess@fenaess.org.br

JORNAL DA FENAESS – **Coordenação Editorial:** APB Assessoria e Comunicação. Rua Dr. Gabriel dos Santos 242, cj 11B, tel (11) 9955-6343 • **Jornalista Responsável:** Andréa Pita • **Projeto gráfico e criação:** Ergon Art (11) 6676-3984 • **Impressão:** Van Moorsel Andrade e Cia Ltda • **Circulação:** Hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de pesquisas e análises clínicas, laboratórios radiológicos, bancos de sangue • **Periodicidade:** trimestral • **Tiragem:** 3.000 exemplares • Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião do Jornal da FENAESS. Permitida a reprodução de matérias, desde que citada a fonte.

Nova diretoria do Sindicato do Espírito Santo incentiva a acreditação hospitalar

Apenas um mês após assumir a presidência do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Espírito Santo (Sindhes), o médico Antônio Alves Benjamim Neto, já avança nos debates e na contratação de empresa visando implantar a Nova Classificação Hospitalar.

Com essa iniciativa, o Espírito Santo será o se-

gundo Estado brasileiro a realizar um levantamento da situação do setor de saúde, a partir de visitas a hospitais, laboratórios, clínicas radiológicas, odontológicas e de medicina nuclear. Serão avaliadas a qualidade dos serviços e a estrutura, para classificá-los em A, B ou C. A medida procura incentivar ainda mais a qualificação e o compromisso do

setor de saúde com a população capixaba.

As principais metas da nova gestão, que responderá pelas ações do Sindicato no triênio 2006-2008, são buscar uma representatividade compatível com a importância do setor na economia e incentivar a acreditação hospitalar, título concedido a hospitais-modelo em todo o Brasil.

Treinamento e lazer para filiados do Distrito Federal

Cinco meses após a retomada das obras, o Sindicato Brasileiro de Hospitais, Casas de Saúde e Clínicas – SBH inaugura, no dia 8 de abril, o Centro de Treinamento e Lazer – CTL. A área, com 22 mil metros quadrados, oferecerá aos filiados e colaboradores uma estrutura com piscinas, churrasqueiras, saunas, restaurante, salão de jogos, quadra de futebol e poliesportiva, salas de estudo e auditório. “Terminada a parte de construção, teremos agora 60 dias para concluir o projeto de urbanismo e paisagismo, adquirir o mobiliário e entregar o clu-

be aos associados”, declarou Danielle Feitosa, gerente do SBH.

O Centro, projetado para a realização de eventos e cursos de aperfeiçoamento, está localizado no Núcleo Rural Casa Grande, próximo a Taguatinga. De fácil acesso, o CTL deverá representar, a partir de agora, uma ferramenta na busca constante do aperfeiçoamento das relações entre os atores do setor de saúde suplementar do Distrito Federal.

De acordo com a diretora de relacionamento do SBH, Lane Gregório, o CTL irá possibilitar uma

integração maior entre os filiados e seus colaboradores, o que representa, em contrapartida, mais qualidade nos serviços prestados à população.

“Estamos preparando um grande evento para comemorarmos mais essa vitória. O local será inaugurado seguindo a proposta pela qual foi criado: integrando e engajando todos os interessados em fazer do setor de saúde suplementar do DF um modelo para outros estados”, enfatizou Gilton Paiva, diretor secretário do SBH.

Fonte: assessoria do SBH

Anvisa restringe a reutilização de produtos médicos

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou no último dia 16 de fevereiro, a Resolução RDC nº 30, que regula o uso e restringe a reutilização de produtos médicos no país - prática largamente encontrada nos serviços de saúde do Brasil e do Exterior.

A reutilização de produtos médicos só pode ser feita em condições que garantam a segurança dos pacientes e dos profissionais envolvidos com a sua utilização. As empresas de reprocessamento, contratadas pelos serviços de saúde, precisam estar licenciadas pela autoridade sanitária e atender à nova resolução.

Junto com a RDC, foi editada a Resolução RE nº 515, contendo uma lista com itens médicos cujo reprocessamento foi considerado de risco, seja pela impossibilidade de garantir a qualidade da esterilização, seja pela possível perda de sua funcionalidade. A reutilização desses produtos está proibida.

Entre os 78 itens da lista estão agulhas, bolsas de sangue e luvas cirúrgicas. O rótulo desses produtos deve apresentar a expressão “proibido

reutilizar”. A publicação da lista como resolução técnica permite sua atualização constante para inclusão de novos itens que apresentem risco na reutilização e exclusão daqueles cujo reprocessamento seguro foi possibilitado pelo surgimento de novas técnicas.

As empresas e serviços de saúde que realizam o reprocessamento terão prazo de seis meses para realizar as adaptações necessárias. Deverão adequar suas áreas de reprocessamento e suas rotinas de trabalho. Além disso, deverão adotar protocolos validados para garantir a qualidade do resultado de todas as etapas do processo, incluindo a limpeza, acondicionamento, esterilização e armazenamento dos produtos reutilizáveis. Os protocolos devem ser datados e assinados pelo responsável técnico da instituição.

A RDC atualiza as portarias Ministeriais GM/MS nº 3 e 4, ambas de 7 de fevereiro de 1986, que listam os materiais de uso único cujo reprocessamento é proibido, e a Portaria GM/MS nº 8, de 8 de julho de 1988, que regulamenta as atividades das empresas

reprocessadoras.

A resolução foi elaborada de acordo com as contribuições de duas consultas públicas sobre o tema. A primeira foi a Consulta Pública nº 98, de 6 de dezembro de 2001, propondo normas para reprocessamento seguro de artigos de uso único. A consulta resultou em mais de 600 contribuições, revelando a complexidade do tema e o envolvimento da sociedade nessa questão.

A compilação das contribuições determinou mudanças importantes na estrutura e no conteúdo da norma, que foi reestruturada e apresentada novamente para sugestões em março de 2004. Considerando as 84 contribuições a essa consulta e os resultados da audiência pública realizada em 3 de junho de 2005, foi elaborada a RDC nº 30/2006.

Segundo a Anvisa, essa RDC representa um avanço importante no que se refere à redução de riscos nos serviços de saúde e à segurança para os pacientes. Será tema de encontros científicos e capacitações de profissionais de vigilância sanitária e trabalhadores de saúde.



NR 32 - Saúde e Segurança no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde

Em 16 de novembro de 2005, foi publicada a Portaria MTE 485, de 11 de novembro de 2005, que aprova a Norma Regulamentadora (NR) nº 32, que trata de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. O debate desse tema foi promovido pela Portaria nº 37, de 6 de dezembro de 2002, que trouxe à consulta pública a proposta de regulamentação que resultou no texto da NR-32. Várias sugestões foram encaminhadas ao Ministério do Trabalho e Emprego, inclusive as elaboradas pelo SINDHOSP, através de grupo de estudo formado por médicos, engenheiros e técnicos de segurança que militam no setor.

A NR-32 tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, em qualquer nível. A norma define serviços de saúde como “qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível e complexidade.” Isto significa que toda e qualquer atividade voltada à assistência à saúde, qualquer que seja ela, está sujeita ao cumprimento das determinações da NR-32. Deu-se destaque aos riscos biológicos, definidos como microrganismos, geneticamente modificados ou não, culturas de células, parasitas, toxinas e aos príons. Esses agentes biológicos apresentam uma classificação, conforme o anexo II da NR-32.

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), previsto na NR-9, da Portaria 3214/78, deve conter algumas peculiaridades, descritas na norma, tais como a identificação dos riscos biológicos mais prováveis, em função da localização geográfica e da característica do serviço de saúde e seus setores, considerando as fontes de exposição e reservatórios, vias de transmissão e de entrada, a transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente, a persistência do agente biológico no ambiente, estudos epidemiológicos ou dados estatísticos, além de outras informações de cunho científico. As avaliações do local de trabalho e do trabalhador devem considerar a finalidade e a descrição do local de trabalho, a organização e os procedimentos de trabalho, a possibilidade de exposição, a descrição das atividades e funções de cada trabalhador, as medidas preventivas aplicáveis e seu acompanhamento. O PPRA deve ser reavaliado anualmente, ou sempre que haja alguma modificação no ambiente de trabalho que possa alterar a exposição aos agentes biológicos, ou quando houver

acidentes ou incidentes que exijam a revisão das medidas adotadas.

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) também mereceu atenção especial na NR-32, principalmente quanto à localização das áreas de risco, o reconhecimento e avaliação dos riscos biológicos, além da vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos e do programa de vacinação. O PCMSO deve conter, ainda, os procedimentos, medidas e condutas a serem adotados, tanto individual quanto coletivamente, em relação aos eventuais acidentes envolvendo riscos biológicos. O PPRA e o PCMSO devem estar à disposição dos trabalhadores e da fiscalização. Em caso de acidente, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho.

Todos os trabalhadores devem passar por capacitação, mesmo antes de iniciar suas atividades. Tal capacitação deve ser continuada, mantendo-se à disposição da fiscalização instrumento que comprove essa capacitação, contendo a data, o horário, a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos. Além disso, todos os trabalhadores devem ser imunizados contra tétano, difteria, hepatite B, além das vacinas obrigatórias estabelecidas no PCMSO. As vacinas devem ser fornecidas pelo empregador, gratuitamente. O documento comprobatório da vacinação deve ser mantido em arquivo e cópia deve ser fornecida ao trabalhador.

Além dos riscos biológicos, a norma prevê tratamento específico para os riscos químicos, gases medicinais, medicamentos e drogas de risco, gases e vapores anestésicos, quimioterápicos e antineoplásicos, radiações ionizantes, medicina nuclear e radioterapia. Há, também, um título destinado às lavanderias, além de menção aos resíduos de serviços de saúde, refeitórios e aos serviços de limpeza e conservação. No tocante a este último, a norma prevê que os serviços terceirizados devem ser capacitados, inicialmente e de forma continuada, quanto aos princípios de higiene pessoal, risco biológico, risco químico, sinalização, rotulagem, equipamentos de proteção individual – EPI, equipamentos de proteção coletiva – EPC e procedimentos em situação de emergência.

O estabelecimento de saúde deve manter em seus arquivos, por 30 anos, os documentos comprobatórios do cumprimento da NR-32, inclusive de serviços terceirizados, exigindo que as em-

presas contratadas cumpram igualmente as determinações da norma. Os trabalhadores da área de manutenção também estão sujeitos às regras da NR-32, devendo passar por capacitação inicial e continuada, ainda que o serviço seja terceirizado. Caberá à empresa contratada, nesse caso, adotar medidas destinadas à capacitação.

A edição da NR-32 não desobriga as empresas de atender as demais normas em vigor, quer no âmbito da saúde e segurança, quer no da vigilância sanitária, devendo-se, ainda, observar normas estaduais e municipais relativas à matéria. O anexo II da NR-32 estabelece os prazos destinados ao atendimento de diversos itens, prazos que variam de cinco a dezessete meses.

Embora a NR-32 condense diversas normas já em vigor, sua implantação irá exigir, de imediato, investimento do setor, não só por hospitais, clínicas e laboratórios, mas por todos os que exercem atividade que esteja relacionada à atenção à saúde.

No tocante ao treinamento dos trabalhadores há dúvidas em relação ao programa a ser obedecido, à carga horária, aos profissionais habilitados para ministrar o treinamento, dentre tantas outras que certamente aparecerão com a implantação da norma.

Foram criadas as Comissões Tripartite Permanente Nacional e Tripartites Permanentes Regionais, ambas da NR-32, que terão por missão esclarecer dúvidas na aplicação da norma, bem como rever o seu texto. Dentro dessa orientação, cremos que caberá a esta Comissão orientar os destinatários da norma para a sua correta aplicação. As dificuldades encontradas na sua implantação devem ser encaminhadas para exame, inclusive com sugestões que permitam o estudo de mudanças, o que exige a participação intensa da equipe de saúde e segurança que atua nos estabelecimentos de saúde.

Outro aspecto relevante diz respeito aos investimentos que certamente deverão ser feitos para a implantação da NR-32. O impacto desse custo deve ser contabilizado e utilizado dentre os argumentos para solicitar a revisão de tabelas de preços de convênios e SUS.

Embora seja mais uma obrigação para os estabelecimentos de saúde, é fato que a NR-32 já é uma realidade, sem volta, de caráter obrigatório, sob pena de autuação. O custo-benefício dessa nova obrigação só será conhecido no futuro, mas espera-se que o resultado seja positivo, uma vez que, hoje, segundo pesquisas, o setor de saúde é um dos campeões em acidentes do trabalho.



Empresa que atua na área da saúde

Conforme definição exarada pela Instrução Normativa (IN) 03, de 14/08/05 (Secretaria da Receita Previdenciária), considera-se empresa que atua na área da saúde aquela que tem como atividade principal a prestação de serviços médicos, odontológicos e serviços técnicos de medicina, além da entidade hospitalar, entendida como tal o estabelecimento de saúde pertencente à empresa da área da saúde onde são prestados os serviços de atendimento médico e os serviços técnicos de medicina e, ainda, a residência médica (art. 275).

Tais empresas estão sujeitas às normas de tributação e de arrecadação aplicáveis às empresas em geral, em relação à remuneração paga, devida ou creditada, por esta, aos profissionais por ela contratados, seja na condição de empregado ou de contribuinte individual (autônomo).

Entretanto, esta regra geral não se aplicará nas

hipóteses em que o profissional médico ou outro profissional da saúde, que se utiliza das dependências ou dos serviços da empresa para atendimento de seus clientes particulares ou conveniados, inclusive do SUS, venha a receber dessa clientela os seus honorários. Isto porque entende a citada IN, na esteira de outras anteriormente publicadas, que o profissional não se encontra prestando serviços para a entidade hospitalar, mas sim para as entidades com as quais mantenha credenciamento ou convênio. A empresa hospitalar ou afim é considerada locadora ou cedente, não lhe cabendo nenhum encargo previdenciário.

Para que se configure esta hipótese é importante observar a regra do parágrafo primeiro do art. 278, que disciplina a figura do “**repasso de honorários**”, os quais não deverão constar em contas de resultado da escrituração contábil da empresa repassadora.

Configurada a condição de mera repassadora da entidade hospitalar ou afim, a responsabilidade pelo pagamento da contribuição social previdenciária devida pela empresa e pela arrecadação e recolhimento da contribuição do segurado contribuinte individual será, conforme o caso, do ente público integrante do SUS (gestor), ou de outro sistema de saúde ou, ainda, da empresa que atua mediante plano ou seguro saúde.

Este entendimento baseia-se no fato de que os contratos, credenciamentos ou convênios celebrados, ainda que sem qualquer formalidade entre os entes citados e os profissionais, geram obrigação social previdenciária, ainda que tais entidades se utilizem das empresas hospitalares e afins para efetuar o pagamento de seus contratados, credenciados ou conveniados.

Anvisa publica novas regras para o controle sanitário de serviços de radioterapia

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, no dia 6 de fevereiro, no Diário Oficial da União, a primeira legislação sanitária de âmbito nacional para garantir o controle de serviços de radioterapia e assegurar a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Segundo o órgão, a resolução RDC nº 20 apresenta avanços ao determinar, por exemplo, uma equipe mínima de profissionais e os equipamentos necessários ao funcionamento do serviço.

A equipe de trabalho deve ser composta por um supervisor de proteção radiológica, médicos radioterapeutas, especialistas em física médica e técnica em radioterapia, de acordo com o número de pacientes novos tratados por ano. Já os

equipamentos mínimos variam segundo o tipo de tratamento realizado. “A resolução vem ampliar a legislação vigente, datada de 1988 e que precisava ser atualizada para efetivamente garantir a qualidade da radioterapia no Brasil”, ressalta a técnica da gerência de Tecnologia da Organização de Serviços de Saúde da Anvisa, Andréa Giacomet.

Pelas novas regras, o prestador de serviços de radioterapia deverá estabelecer um programa de manutenção preventiva dos equipamentos. Estão previstos, também, testes de controle de qualidade e avaliações externas independentes, uma espécie de auditoria, a cada quatro anos.

Serão desativados os equipamentos que hoje são considerados obsoletos pela comunidade científica. A meta é manter nos serviços de radioterapia apenas as fontes radiológicas que estejam em condições de tratar os pacientes, para evitar riscos desnecessários à população e aos profissionais de saúde.

O regulamento especifica, ainda, as atribuições de toda a equipe técnica. Os profissionais devem ser formalmente designados pelo titular do serviço e assinar um termo de responsabilidade junto à vigilância sanitária local. Os prazos para adequação de cada tipo de serviço às exigências da norma estão estabelecidos na resolução.

Fenaess contrata assistente jurídica

Objetivando dar mais apoio aos trabalhos de pesquisa e consultoria, a FENAESS contratou a assistente Jurídica Luciana Fernandes Vieira. Formada em Administração de Empresas e Direito, Luciana Vieira também dará suporte ao escritório administrativo e Financeiro da Federação, sediado em Fortaleza.

Crise ameaça clínicas de diálise

■ Dez anos após a tragédia da hemodiálise em Caruaru, são as clínicas privadas conveniadas ao SUS que detêm a assistência de 92% dos pacientes renais crônicos de Pernambuco. Com 14 unidades, elas representam mais de 60% da rede de diálise. O presidente da regional pernambucana da Sociedade Brasileira de Nefrologia, Arthur Tavares Neto, porém, prevê um novo colapso da hemodiálise no Estado. E o motivo para isso está nas divergências sobre a quantidade de recursos repassados pelo SUS para essas instituições. Hoje, por cada sessão de hemodiálise, o SUS paga R\$ 130,51, quando o ideal, segundo os nefrologistas, seria de, pelo menos, R\$ 180,00.

Mais de 1,5 milhão de clientes podem ter que trocar de convênio

■ Mais de 1,5 milhão de conveniados podem ser obrigados a trocar de operadora de plano de saúde.

de. Essa é a previsão do presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo de Almeida. "Atualmente, 300 empresas estão sendo avaliadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas pouco mais da metade poderá atender as exigências da ANS", comenta.

Ministério libera verba para Mato Grosso do Sul

■ O ministro da Saúde, Saraiva Felipe, anunciou investimentos de R\$ 35 milhões, o que deverá amenizar a crise no setor Saúde em Mato Grosso do Sul. Campo Grande, onde pacientes enfrentam via crucis para ter atendimento nos postos e hospitais, terá o teto do SUS elevado em R\$ 16,8 milhões por ano e mais R\$ 5,3 milhões para a ampliação de três centros de saúde 24 horas e a construção de um outro. Os novos recursos vão beneficiar o sistema público de saúde de todo o Estado, incluindo 40 hospitais de pequeno porte e 15 filantrópicos. Os três gran-

des hospitais da Capital (Santa Casa, HU e Hospital Regional Rosa Pedrossian) vão ter reforço no orçamento mensal.

Governo federal divulga balanço dos últimos 36 meses na Saúde

■ Segundo dados do Ministério da Saúde, o SUS registrou mais de dois bilhões de atendimentos. Além disso, 63 hospitais aderiram à política de reestruturação dos hospitais de ensino. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu está presente em 330 municípios e assiste 68,3 milhões de pessoas. O governo federal tem priorizado a saúde da família como eixo da atenção básica, que conta com 24 mil equipes espalhadas pelo Brasil. Já a cobertura das equipes de saúde bucal está com mais de 12 mil equipes em atuação e foram criados 194 centros de especialidades odontológicas, tudo como parte da Política Nacional de Saúde Bucal.

Hospitais de Brasília suspendem atendimento a autogestões

Diversas operadoras de autogestão filiadas ao grupo UNIDAS tiveram seus contratos rescindidos com hospitais privados do Distrito Federal. Esse foi o resultado do impasse na negociação de uma nova tabela de referência para cobrança dos descartáveis utilizados nos serviços médicos.

De acordo com o Sindicato Brasiliense de Hospitais, Casas de Saúde e Clínicas – SBH, a decisão das instituições de saúde tornou-se necessária depois de frustradas todas as tentativas de acordo. "As operadoras não se manifestaram quanto ao pedido para negociar com os hospitais uma nova lista, ou simplesmente respondiam que aguardavam orientação da UNIDAS", afirma Gilton Paiva Lima, diretor secretário do SBH.

As negociações, inicialmente marcadas por reuniões entre a diretoria da UNIDAS e a diretoria do SBH, em três gestões diferentes, não surtiram efeitos. Ciente dessa ineficácia, a diretoria levou o assunto ao conhecimento do Ministério Público, que intermediou, ao longo de cinco anos, a subs-

tituição da atual tabela, elaborada há dez anos. Apesar dos esforços dos promotores, não houve sensibilização por parte dos dirigentes da UNIDAS. A partir daí, o novo passo, segundo orientação do SBH, era a busca de negociações individuais com as próprias operadoras. O resultado obtido foi, mais uma vez, frustrante.

Decepcionados e pagando aos fornecedores valores mais elevados do que os reembolsados pela operadora, alguns hospitais decidiram pela rescisão dos contratos, considerados deficitários. Atualmente, quatro grandes hospitais já suspenderam atendimento e a tendência é que outros também optem pela mesma decisão. "A tabela atual apresenta preços de 1996. É impossível para os hospitais absorverem tamanha defasagem", concluiu o presidente do SBH, Marcus Fábio Leal.

Veja quais autogestões tiveram seus contratos rescindidos: CAMEB, CONAB, EMBRAPA, SISTEL, GEIPOT, IRB e CODEVASF.

Fonte: Assessoria do SBH

Sindicatos sofrem com o prazo de repasse da contribuição sindical

Sindicatos de várias regiões do país, como São Luís e Manaus, estão sofrendo sérios prejuízos com o prazo de repasse da contribuição sindical. Desde abril de 2005, a Portaria 172, do Ministério do Trabalho e Emprego, em seu artigo 5º, deliberou que a Caixa "repassará os valores da contribuição sindical arrecadados para a Conta Especial Emprego e Salário e para as entidades sindicais no prazo de 40 dias do recebimento".

Para o presidente da FENAESS, Sebastião Fernandes Vieira, o prazo de 40 dias é injustificável. "Até o ano passado, os sindicatos recebiam da Caixa o repasse da contribuição sindical com até cinco dias após o recebimento. Nada justifica o aumento de cinco para 40 dias. Muitos sindicatos vivem basicamente dessa contribuição e muitos não têm, inclusive, como honrar o pagamento dos salários de seus empregados até que o repasse seja feito", desabafa Sebastião Vieira.

Até o fechamento desta edição, a FENAESS estaria reunida com a sua diretoria e Conselho de Representantes no dia 16 de março, na sede social da entidade, em Brasília, e um dos itens da pauta era justamente o resultado da arrecadação da contribuição sindical e os impactos da Portaria 172. Nas próximas edições, o Jornal da FENAESS voltará ao assunto.

Saúde dobra recursos para cirurgias eletivas em 2006

O Ministério da Saúde dobrou os recursos para a realização de cirurgias eletivas de média complexidade neste ano. A Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, instituída na quarta-feira, 8 de fevereiro, com a publicação da Portaria ministerial nº. 252, duplica para R\$ 368,3 milhões os recursos destinados à realização de 67 tipos de cirurgias em todo o país. A finalidade da política é reduzir as filas e o tempo de espera por uma cirurgia de média complexidade em todo o país.

Para definir o volume de recursos em 2006, o Ministério da Saúde determinou R\$ 2 por habitante (per capita). Levando em consideração a população brasileira de cerca de 184 milhões, a política dispõe de R\$ 368,3 milhões neste ano. Em

2005, os recursos tinham como base R\$ 1 por habitante (per capita).

Estados e municípios deverão apresentar um projeto para aderir à política. No projeto, informam a demanda por cirurgia, a oferta de serviços existentes e estabelecem metas, levando em conta a população total de abrangência, o número de procedimentos a serem realizados e a população atendida. Podem apresentar projetos: municípios em Gestão Plena Municipal, com população de 50 mil habitantes; municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que sejam pólos de microrregião/macrorregião de saúde, cuja população seja igual ou maior que 50 mil habitantes; e estados.

Cada projeto deve contemplar a realização de, no mínimo, três tipos diferentes de cirurgias dentre

as elencadas na portaria. As especialidades que compõem a lista de 67 tipos de cirurgias são: traumatologia-ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, ginecologia, angiologia, proctologia, mastologia, gastroenterologia e cirurgia geral. Neste ano, a nova política inclui, no elenco, as quatro cirurgias que integravam os mutirões (catarata, varizes, próstata e retinopatia diabética).

A Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar foi instituída em 2005. Nesse primeiro ano, o Ministério da Saúde recebeu 101 projetos de estados e municípios. Do total, 86 foram aprovados e 15 estão em processo de análise. Os projetos aprovados contemplaram 3.857 municípios, com a previsão de realização de 138.301 procedimentos cirúrgicos.

Departamento de Informática da FENAESS começa a atuar

Desde o mês de fevereiro, a FENAESS conta com um departamento de Informática, sob a coordenação do técnico Roberto Luís Bezerra. Entre os objetivos do novo departamento está o desenvolvimento de estatísticas relacionadas ao SUS e o de cláusulas de convenções coletivas de trabalho celebradas pelos sindicatos filiados, relativas aos percentuais de reajustes concedidos e pisos salariais.

O banco de dados estatístico do SUS deverá conter, em SIH, a quantidade de AIHs apresentadas, de AIHs pagas e de internações, valor total e médio das AIHs, valor dos serviços hospitalares e profissionais, valor SADT, de transplantes, dias e média de permanência, número de hospitais e de leitos (por especialidades). Em SIA, o banco informará quantidade apresentada e aprovada, valor apresentado e aprovado, rede ambulatorial – unidades e consultórios. Além disso, terá as tabelas de procedimentos SIH e SIA.

“O departamento de Informática ainda disponibilizará os manuais de AIH, SIA, NOAS, TUNEP, NOB E APAC-ONCO. Teremos um banco de convenções coletivas, todas as informações relativas aos pagamentos do SUS e um sistema que permite ver o histórico do hospital junto ao DataSUS. Com isso estaremos levando aos nossos filiados in-

formações mais precisas”, afirma o presidente da FENAESS, Sebastião Fernandes Vieira.

AIHS REJEITADAS

O primeiro estudo realizado pelo departamento de Informática da FENAESS foi o levantamento

das AIHs apresentadas pelos Estados, bem como das AIHs rejeitadas no mês de dezembro de 2005. No quadro abaixo, o leitor do Jornal da FENAESS poderá verificar que em apenas um mês 20.174 AIHs foram rejeitadas. O Estado campeão em rejeição é o Distrito Federal, com 4.511.

AIHS APRESENTADAS - PAGAS - REJEITADAS

Dezembro/2005

UF	AIHS Apresentadas	AIHS Pagas	AIHS Rejeitadas
Alagoas	18.075	17.291	784
Amazonas	13.215	12.883	332
Ceará	43.825	42.205	1.620
Distrito Federal	17.661	13.150	4.511
Espírito Santo	16.336	15.997	339
Maranhão	33.721	32.508	1.213
Mato Grosso	15.685	15.141	544
Mato Grosso do Sul	16.218	15.711	507
Minas Gerais	103.692	100.261	3.431
Pará	44.814	42.113	2.701
Paraíba	21.615	20.321	1.294
Pernambuco	44.760	44.381	379
Piauí	18.421	18.139	282
Rio Grande do Norte	13.812	13.547	265
Rondônia	6.299	5.873	426
Sergipe	10.792	9.246	1.546
Tocantins	8.332	8.332	-
TOTAL	447.273	427.099	20.174

Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



Uma questão de equidade

Como médico, presidente do Sindicato dos Hospitais de Pernambuco e atento aos interesses do setor privado de medicina, não posso deixar de comentar um assunto que está provocando controvérsia no meio médico-hospitalar. É que recentemente o médico Saraiva Felipe, ministro da Saúde, baixou uma portaria, de número 1.721/05, que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde. Nada contra os hospitais filantrópicos, claro. Eles prestam, em todo o Brasil, uma assistência médica frequentemente de boa qualidade, o que não é pouca coisa num país em que, apesar dos discursos oficiais, o setor social não merece a consideração que lhe cabe. Educação, habitação e saúde são, para usar uma expressão do deputado Delfim Netto, quando era ministro, “empurradas com a barriga”, tratadas como um mal necessário a incomodar as autoridades competentes.

No setor social, o campo da saúde, o mais vital, literalmente falando, é uma vergonha nacional. Melhor dito, uma das vergonhas nacionais, pois o que não faltam neste País são motivos para enrubescer o cidadão que sabe das nossas possibilidades e potencialidades, mas não vê o poder público minimamente interessado em fazer render esse cabedal. Tenho escrito e reescrito, em periódicos artigos na imprensa, sobre os problemas enfrentados, há muitos anos, pela área de saúde no Brasil. Até poucos anos atrás, a precariedade da área se restringia ao

setor público, deserdado irresponsavelmente por políticos que não se preocupam nem se ocupam com as necessidades e interesses da sociedade.

Com o tempo, as mazelas do setor público foram contaminando o setor privado de saúde, devido ao mau cumprimento, ou não-cumprimento de compromissos assumidos pelo governo com o que a Constituição vê como uma prestação complementar de serviço de saúde. Tendo feito grandes investimentos em recursos humanos, expansão, instalações, equipamentos, para atender, através de convênios com o SUS, pacientes que não conseguem atendimento na rede pública, diretores de unidades de saúde particulares viram-se, digamos, ludibriados em sua boa fé e confiança nas intenções oficiais. Isso devido a atrasos em reembolsos por serviços prestados, glosas descabidas e o congelamento, que já dura 12 anos, de tabelas de remuneração por assistência médico-hospitalar. Insistentes cobranças e pedidos de atenção têm sido infrutíferos.

É quando surge a portaria a que me referi de início. Ela constata oficialmente a “crise que os hospitais filantrópicos atravessam, determinada por fatores relacionados à política de financiamento”, e propõe um remédio para essa grave doença social: recursos de R\$ 200 milhões a lhe serem repassados mensalmente (uma segunda receita, paralela à da própria entidade). Esquece, porém, o conjunto da rede privada de saúde, que também passa pela

mesma crise. Cadê a equidade que se tem o direito de esperar de uma autoridade pública?

Em recente artigo na imprensa, o médico José Luiz de Almeida Melo, diretor do Hospital Geral do Jaboatão, cita três referências em hospitais filantrópicos: a Santa Casa de São Paulo, o Imip e o Hospital do Câncer de Pernambuco. Além desses, há muitos outros pelo Brasil. Mas existem também os que se apresentam como filantrópicos, mas constituem verdadeiras empresas privadas e, ainda, aqueles que pejorativamente são chamados de “pilantrópicos”.

O próprio Ministério da Saúde (o governo) reconhece que o financiamento da área de saúde é insignificante, o que tem levado hospitais à falência ou fechamento (o último caso, no Recife, é o conceituado Hospital Neuro), deixando a população ainda mais desassistida. Lembremos que os filantrópicos já têm muitas outras vantagens que não se estendem às empresas hospitalares, como isenção total de tributos (cerca de 30% dos custos); isenção fiscal para a importação de equipamentos; recursos do ReforSUS e IntegraSUS.

O poder público não vê necessidade daquele remédio para os hospitais privados, alegando que eles são lucrativos; como se não houvesse hospitais filantrópicos muito lucrativos. E, sem lucro, como poderia (já não pode) a rede privada cumprir seu papel constitucional, de que falei acima? Equidade já!



PARA USO DOS CORREIOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se | <input type="checkbox"/> Falecido |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input type="checkbox"/> Recusado | <input type="checkbox"/> Não Procurado |
| <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente | |
| <input type="checkbox"/> Não existe N° indicado | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Informações escritas pelo porteiro ou síndico | |

Reintegrado ao Serviço Postal em ___/___/___

___/___/___
Em _____ Responsável

Impresso Especial

5324/01 - DR/SPM
FENAESS

...CORREIOS...

