



Jornal Brasileiro

Auditoria em Saúde

Acesso à saúde de forma ética e sustentável



A volta da possibilidade de realização de um sonho

Por Goldete Prizskulnik

Estou vivendo sem dúvida um momento mágico. É a volta da possibilidade de realização de um sonho há tanto tempo acalentado.

E que sonho!

Era final de 2013 e estávamos em um evento. O João Paulo veio conversar comigo propondo que juntos pensássemos em um jornal de auditoria em saúde que publicasse artigos e casos do dia a dia da auditoria e regulação, para ser um auxiliar para as atividades dos auditores. Seriam artigos nacionais escritos pelos nossos pares trazendo atualizações necessárias ao desempenho da função e que ao mesmo tempo fosse ético, profissional e isento.

NESTA EDIÇÃO

COMPLIANCE: UM PROCESSO MAIS QUE NECESSÁRIO

PL 6.330/2019: INCORPORAÇÃO DE MEDICAMENTOS ORAIS

PL 6330: VOTOS E VETOS

AUDITORIA MÉDICA – A NECESSIDADE DE UMA ABORDAGEM ÉTICA

IVERMECTINA E A AUDITORIA MÉDICA

O IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19 NO USO DOS RECURSOS ASSISTENCIAIS

IMPACTOS DA PANDEMIA PELA COVID-19 NA ONCOLOGIA



Mantivemos o domínio e o nome. Afinal o sonho se mantinha vivo e firme. Até que o momento de retomada nos pareceu oportuno. Tivemos o relançamento da SBAM (Sociedade Brasileira de Auditoria Médica) onde sou a vice-presidente eleita e a necessidade cada vez mais premente de atualização em Auditoria em Saúde em um local de fácil acesso e também a possibilidade da utilização das ferramentas remotas para comunicação em aulas, treinamentos e webinários. Em um período pandêmico de tantas dificuldades e limitações, mas ao mesmo tempo de tantas inovações, resolvemos relançar o JBAS. Um novo desafio! Programamos um evento virtual e convidamos nomes expressivos do cenário da Saúde para falarmos sobre um assunto importante para a sustentabilidade do sistema de saúde que é o PL 6330/19.

Esse sonho aos poucos tomou forma e publicamos em 2014 a primeira edição do JBAS. Foi uma publicação no modelo virtual, não usual para aqueles tempos pré pandêmicos e tínhamos, também, um aplicativo na plataforma IOS. Demos continuidade ao sonho e vieram novas edições até que o tempo nos pregou algumas peças e não pudemos continuar com o nosso intento. Porém o desejo de retomar sempre permeou nossas conversas. Eu e o João Paulo nos perguntávamos sempre quando voltaríamos. Será que um dia voltaríamos?



Editora Científica

Médica e Executiva em Gestão em Saúde Suplementar
 Consultora Sênior para Assuntos de Gestão, Regulação e Auditoria em Saúde
 Professora convidada dos Cursos do Programa de Educação Continuada da FGV-S.P. – GV Pec e GV in company
 Vice Presidente da SBAM – Soc. Brasileira de Auditoria Médica

Publisher

Médico e Executivo em Gestão em Saúde Suplementar
 Presidente da CAPESESP
 Ex-Vice-Presidente da UNIDAS Nacional
 Ex-professor de MBA em Auditoria
 Sócio Diretor Analysis Auditoria e Consultoria e da Mobile Saúde

Estavam conosco, Marcos Santos, Otávio Clark, Leandro Brust além de mim e do João Paulo. Colocamos em sala quase cem pessoas e discorremos sobre o tema. Novos tempos mesmo, porque a vontade era de um evento presencial para que pudéssemos confraternizar e matar as saudades, mas a pandemia não nos permite esses arroubos.

Para os tempos atuais foi um sucesso. Nossos amigos e auditores em saúde nos prestigiaram e aguardam nossa quinta edição, a primeira de uma nova era, e ela já está aqui, pronta para sair do forno.

Relendo os temas escolhidos e as publicações anteriores fica muito claro o ineditismo da nossa iniciativa. No site vocês poderão ter acesso as edições anteriores. Discutimos temas caros aos auditores em saúde de uma forma clara, leve e profissional. Os temas tão atuais para aqueles momentos em anos anteriores mostram-se tão atuais hoje que ousar dizer que já estávamos na vanguarda naquele tempo.

Mantendo nossa tradição em trazer assuntos atuais estamos publicando dois artigos muito robustos e práticos: “O impacto da pandemia pela COVID-19 na utilização dos recursos assistenciais” e “Impactos da pandemia pela COVID-19 na Oncologia”, ambos aceitos para publicação na ISPOR.

Nada mais atual e oportuno do que se conhecer os números assistenciais. A pandemia do COVID-19 alterou vários aspectos da prestação de serviços em saúde, encarecendo alguns setores e mudando hábitos do cuidado à saúde por parte dos beneficiários que tiveram medo de retomar tratamentos e fazer consultas em meio ao período pandêmico.

Nessa mesma linha estamos trazendo a necessidade de um olhar diferenciado sobre a Auditoria Médica, tão mal-entendida e criticada por muitos e até pelos nossos próprios pares que desconhecem o papel desempenhado pelo auditor. No texto: Auditoria Médica – A Necessidade de uma Abordagem Ética o presidente eleito da SBAM nos fala a respeito da refundação da sociedade e da busca em fazer da Auditoria Médica inicialmente uma área de atuação para depois reivindicar a especialidade médica. Levando em consideração que atuo nessa área há 30 anos, antes mesmo da lei 9656/98, esse é outro sonho que tenho também acalentado. Acho que sou mesmo uma sonhadora.

No texto: Ivermectina e a Auditoria Médica trazemos uma discussão muito oportuna acerca de metodologia científica, dados em saúde e confiabilidade da resposta apresentada. Ciência é método, como bem afirma o texto.

Trazemos duas pensatas sobre o PL 6330/2019 para que possamos analisar de forma racional, ética e economicamente viável o projeto vetado pela presidência da república, mas que pode ter o veto retirado pelo Congresso Nacional. Uma delas trás a visão das autogestões que tem em algumas de suas operadoras números superiores a 30 % da população de beneficiários acima de 59 anos.

É uma discussão dura, mas extremamente necessária se quisermos falar em sustentabilidade da saúde suplementar, que tem como financiadores primordiais as empresas contratantes/estipulantes e as pessoas físicas. Mas esse é um bom assunto a ser discutido na nossa próxima publicação.

Para fecharmos essa edição vamos abordar o tema Compliance. Nunca se falou tanto de governança, transparência e ética na condução dos processos assistenciais. Vale começarmos a conversar sobre isso com o olhar em OPME.

Contribuam submetendo seu material para publicação pelo e-mail: jbas@jbas.com.br.

Muito feliz em vê-los por aqui!

Boa leitura!



OPINIÃO

Compliance: um processo mais que necessário

Por Carlos Roberto Ramos Pereira

Próteses, cateteres, stents e outros materiais implantáveis significam um grande avanço tecnológico no tratamento de traumas e doenças. No entanto, têm servido também, infelizmente, como uma verdadeira “mina de ouro” para que pessoas e empresas lhes deem destinação ilícita.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde, o mercado nacional de produtos médicos movimentou, apenas no ano de 2020, cerca de R\$ 29,7 bilhões. A categoria de dispositivos médicos implantáveis (DMI) foi a que mais cresceu, chegando a 249% entre 2007 e 2019.

Tamanho afluência atraiu a sanha de aproveitadores. Viram como um grande atrativo a realização de procedimentos cirúrgicos que envolviam a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs). As CPIs criadas para investigar a “máfia das próteses” apuraram a existência de relações promíscuas entre fabricantes e médicos, as quais mercantilizam a medicina, transformando-a num verdadeiro “balcão de negócios”. Lamentavelmente, profissionais chegavam a receber “comissão” de até 30% sobre o valor dos materiais usados em cirurgias e outros procedimentos.

As vantagens buscadas, sabemos, são uma renda extra ao profissional (direta ou indireta) envolvido; e um retorno financeiro ao fabricante — capaz de lhe proporcionar, com sobra, a recuperação de seu “investimento”.

Mas, enquanto os transgressores lucram alto, o setor de saúde — público e privado — tem de absorver o prejuízo financeiro. Estima-se que as fraudes no setor de saúde geram, mundialmente, uma perda global anual de US\$ 260 bilhões — fato que se agrava, no Brasil por conta desses descaminhos. Nos últimos três anos, o impacto das fraudes no país chegou ao patamar de R\$ 77 bilhões.

Dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) apontam, ademais, que os custos das operadoras de saúde brasileiras com fraudes, desvios e outros desperdícios equivalem, anualmente, a 19% de toda a despesa assistencial, o que representa um total de R\$ 22,5 bilhões (dados de 2017). Considera-se, ainda, que 18% dos gastos totais das contas hospitalares são fraudes e 40% dos pedidos de exames laboratoriais são desnecessários, o que eleva o gasto em mais R\$ 22 bilhões.

Ainda que a “máfia das próteses” envolva apenas uma minoria e não possa, em hipótese alguma, ser generalizada para toda a classe médica, tais golpes à saúde pública geram enormes prejuízos, especialmente aos beneficiários que necessitam do Sistema Único de Saúde. Quando é praticado contra os planos e seguros-saúde, a conta é paga pela massa de usuários e reflete no preço do serviço e seus respectivos reajustes, além de interferir na qualidade e volume do serviço prestado. Em todo caso, um dano de proporções coletivas.

Para lidar com problema e em busca de maior regulação do setor de saúde, o Estado passou a adaptar e redimensionar sua ação regulamentadora. Paralelamente a isso, delegou às instituições de saúde o dever de autorregulação e autogestão de suas condutas. Difundiu, assim, a necessidade de implementação de programas de compliance para restabelecer o comprometimento ético e normativo no ambiente corporativo. Por compliance define-se o controle que as empresas devem estabelecer para responder, com eficiência, aos riscos, presentes e futuros, a que estão submetidas.

Desse modo, além de se reportarem devidamente às autoridades, as operadoras têm de adotar novas ações para identificação, análise e tratamento dos riscos a que se submetem. As empresas passam a ter, invariavelmente, um poder-dever de cooperar com o Estado no desenvolvimento de programas que controlem os riscos inerentes à sua atividade (autorregulação regulada). Isso inaugura um crescente volume de exigências (controles internos) e impõe ao compliance, cada vez mais, a necessidade de inovar para resolver antigos problemas e aqueles que ainda estão por vir.

Desde que a máfia das OPMEs foi revelada, no ano de 2014, pouco foi feito a respeito, especialmente diante da dimensão do problema. Por mais que se conheçam os potenciais personagens e o modus operandi utilizado, o setor de saúde suplementar ainda agoniza com tais relações obscuras entre o interesse econômico e a prática médica. Mesmo que o fenômeno esteja longe de ser recente, sua solução não será obtida por meio da aplicação de antigas técnicas empresariais de gestão de risco. Dito de outro modo, é preciso um novo compliance no setor da saúde suplementar para a solução de um velho problema, as fraudes em OPMEs.

Já é hora de o setor esboçar uma reação, o que não se fará sozinho, mas com a ajuda das agências reguladoras, do Ministério Público e do próprio Estado, este contribuindo com a promulgação de leis (Legislativo), com a elaboração de atos normativos e conseqüente fiscalização da atividade-fim (Executivo) e, finalmente, com a distribuição da Justiça e a punição exemplar (Judiciário) daqueles que submetem o setor à “medicina de balcão” e à “advocacia de porta de hospital”.

É certo que a grande maioria das operadoras ainda tem dificuldade na implementação de controles internos que evitem as condutas ilícitas e as práticas não convencionais que tanto prejudicam seu negócio e abalam sua reputação empresarial. Nesse aspecto, o setor de saúde suplementar precisa evoluir, se (re)inventar e superar seus percalços, o que gera um grande desafio do ponto de vista prático, principalmente pela ausência de uma cultura mais eficaz sobre o compliance, que ainda se desenvolve de forma embrionária.

Um programa estrutural de compliance deve ser visto, então, como um grande aliado das operadoras de saúde na identificação, prevenção e solução de possíveis desvios. Como os descaminhos inovam e se renovam a cada dia, o compliance também pode atuar na esfera preventiva, potencializando a capacidade das corporações para lidarem com as situações contínuas de ameaças e danos.

Centrando foco na promoção de interações éticas entre as operadoras, seus colaboradores e os demais envolvidos na prestação de serviços aos pacientes, a implementação de um programa de compliance na saúde suplementar tem



CARLOS ROBERTO RAMOS PEREIRA

Gestão de Risco em Ortopedia. Médico Ortopedista com Título de Especialista e membro titular da SBOT, com Pós Graduação no Hôpital de la Pitié-Salpêtrière – Universidade de Paris. Doutor e Mestre em Ortopedia pela UNIFESP. Médico assistente de ensino no HSP-UNIFESP. Prof. GVSaúde –(MBA) – FGV-EAESP e da PUC Goiânia (MBA). Médico Auditor desde 1980

significativa importância na (i) contenção de despesas médicas e otimização da eficiência dos serviços hospitalares; na (ii) modificação do comportamento médico na definição do diagnóstico, indicação cirúrgica e uso de OPMEs; e na (iii) transparência dos gastos, procedimentos, efetiva utilização e quantidade de OPMEs utilizadas.

Tudo somado, é fundamental que as operadoras de saúde aprimorem seus conhecimentos técnicos para enfrentar as resistências e dificuldades do mercado neste particular e implementem, assim, um programa de compliance capaz de integrar os processos organizacionais e, numa visão macro, de estabelecer mecanismos internos de identificação, análise e tratamento dos riscos, capturando aqueles mais emergentes e monitorando-os com o máximo de criticidade.

Ciência

Através da comunicação científica nos mantemos informados sobre as tendências da saúde e os estudos já realizados

Tecnologia

É possível preservar o investimento inovador da indústria protegendo o pagador de inovações que não entreguem valor

Inovação

Nem toda inovação deve ser radical ou disruptiva. Muitas vezes ela pode estar exatamente na busca por alternativas simples




Premissas que acreditamos para difusão do conhecimento

O conhecimento e o saber científico devem e precisam ser difundidos para auditores e outros profissionais da saúde.

Nossos valores

Motivos para ser nosso leitor

As principais características do acesso à saúde podem ser resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Esses foram os princípios básicos que nos levaram a criar o JBAS.

- 
Acesso à saúde
 Defendemos a oferta de serviços de saúde que responda às necessidades da população
- 
Ética
 Na saúde, apoiamos um conjunto de regras e preceitos morais que devem ser seguidos por todos que atuam no mercado
- 
Sustentabilidade
 Prover as necessidades atuais em saúde sem comprometer a capacidade das gerações futuras em garantir suas próprias necessidades é fundamental



PENSATA

PL 6.330/2019: incorporação de medicamentos orais sem análise técnica coloca pacientes e o sistema de saúde suplementar em risco

Por Anderson Mendes

O Projeto de Lei 6.330/2019, vetado pelo presidente Jair Bolsonaro, prevê a incorporação automática de medicamentos oncológicos pelos planos de saúde. A partir desse veto, foram intensas as discussões sobre os motivos que levaram a diversas entidades da saúde no Brasil se manifestarem contra inclusão acrítica desses remédios. Como representante das entidades de autogestão, a UNIDAS se posiciona contrária a esse PL e reforça alguns pontos importantes.

Para iniciar, vale destacar que as razões que nos colocam em oposição ao PL têm como mote garantir a saúde dos pacientes sobretudo. Pode parecer contraditório à primeira vista, mas não faltam motivos técnicos para entender que esse PL vai de, e não ao encontro das necessidades dos pacientes

É fundamental destacar que primamos por oferecer o que existe de melhor e mais moderno aos nossos beneficiários. Não estamos nos isentando do tratamento do câncer; ao contrário, as operadoras já cobrem todos os medicamentos oncológicos infusionais disponíveis no mercado e 58 produtos oncológicos de uso oral, dos quais 19 foram incorporados em abril deste ano, na mais recente rodada de atualização.

Contudo, se não for mantido o veto pelo Congresso Nacional, medicamentos oncológicos que não conseguiram comprovar sua eficiência perante os tratamentos já cobertos, assim como não demonstraram melhorias na qualidade ou expectativa de vida deles, terão que ser cobertos pelas operadoras de planos de saúde. Desses medicamentos, 12 já foram, inclusive, rejeitados pela Agência e outros nove são alvo de sérias restrições por órgãos de avaliação em outros países, caso do Reino Unido (Nice) e do Canadá (CADTH).

Outros dois, teriam possibilidade de incorporação, mas ainda sujeitos a avaliação.

Se aprovar esse projeto de lei, o legislador eliminará a etapa de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), fundamental para garantir segurança e custo-efetividade, adotada nos melhores sistemas de saúde do mundo. Além disso, os convênios médicos, principalmente os que têm uma carteira envelhecida, como são as autogestões – onde os idosos são 30% dos beneficiários – sofrerão um impacto financeiro enorme, que pode inviabilizar a existência dos planos. Esse impacto viria, principalmente, pela obrigatoriedade de fornecer medicamentos de mesma eficácia daqueles que já são hoje cobertos, porém, muito mais caros. Esse custo adicional será repassado aos beneficiários, que terão maior dificuldade em manter o pagamento do seu plano de saúde, desta forma, trazendo maior prejuízo se no momento que ele mais precisar, não tiver acesso ao plano.

E esses idosos não vão migrar para outros convênios, uma vez que, na média, as mensalidades cobradas pelas autogestões são menores, pelo fato de não terem fins lucrativos. Boa parte desse público vai para o SUS, sobrecarregando ainda mais o sistema público.

Não é da noite para o dia que se toma uma decisão tão séria. Temos que pensar em um período razoável para avaliar novas tecnologias e incorporá-las ao Rol da ANS. Quatro anos é muito tempo; porém, seis meses talvez seja pouco. As análises devem examinar todo o cenário, porque quem paga a conta é o usuário, não o “plano de saúde”.

Além dos pontos citados acima, vale também uma reflexão. Afinal, se esses medicamentos são tão necessários, por que apenas os usuários de planos de saúde deveriam ter acesso a eles? E os 75% da população que depende exclusivamente do SUS, por que não poderiam ter? E, por último: por que criar um PL exclusivamente para fazer uma incorporação de medicamentos orais para o câncer? Por que não incluir outras doenças? Este é um projeto de Lei que amplia ainda mais a desigualdade em nosso país.

Somos totalmente favoráveis à inclusão de tecnologias que melhorem a qualidade de vida, seja no que se refere a medicamentos oncológicos ou para tratamento de qualquer outra doença. Entretanto, nossa visão é que isso só deve ser feito, se seguir todos os critérios técnicos de segurança e sustentabilidade econômica. O que não enxergamos no PL 6.330/2019. Esperamos que as Casas mantenham o veto presidencial.



ANDERSON MENDES

Presidente da UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde)



<https://www.facebook.com/jbas2014>



<https://www.youtube.com/channel/UC4nwEiP0xkG1cHAKF229hPw>



<https://www.instagram.com/jbas.oficial/>



<https://www.linkedin.com/company/jbas-oficial>



PENSATA

PL 6330: Votos e vetos

Por Stephen Doral Stefani

Projeto de Lei 6330/19, do Senado, pretendia garantir que os planos de saúde cobrissem os gastos de clientes com medicamentos oncológicos de uso domiciliar automaticamente após aprovação da ANVISA. O projeto foi aprovado pela Câmara dos Deputados no começo de julho. O apelo para voto favorável é fácil de entender. Lutar pelo paciente com câncer tem um aspecto glorioso.

Segundo a proposta, os medicamentos deveriam ser fornecidos em até 48 horas após a prescrição médica. Esse PL provocou amplos debates, e certo alvoroço, entre gestores de saúde. Inicialmente, cabe reforçar, é absolutamente pertinente que se olhe para oncologia com atenção e celeridade. É uma doença grave, com um apelo forte, e um papel epidemiológico relevante. O que não parece adequado, entretanto, é simplesmente suprimir a etapas de avaliação de tecnologia de saúde (ATS), que questiona a pertinência de cada demanda no contexto complexo que é fundamental: qual impacto em custo para os pacientes? qual critério de prioridade para incorporação? Qual avaliação de viabilidade logística? Cabe mencionar, também, que a proposta não gera o mesmo questionamento para o sistema público, mais uma vez deixado de lado. Da mesma forma, pacientes com doenças raras, asma, dor crônica, doenças genéticas..., evidentemente, não deixam de existir, mas devem ceder prioridade atuarial para câncer. O veto presidencial, publicado em 27/07/21 no Diário Oficial da União argumentou que a proposta “contraria o interesse público por deixar de levar em consideração aspectos como a previsibilidade, a transparência e a segurança jurídica” dos planos de saúde, o que “comprometeria a sustentabilidade do mercado” ao privilegiar pacientes com câncer que necessitem de tratamento domiciliar com medicamento oral.

Uma ideia legítima e pertinente, que nascia com argumentos adequados, como a demora para atualização do rol da ANS, e outros não tão sustentáveis, como a visão de que “já que não se faz ATS para medicamento venoso, não se faça para nada”, não foi aprovada porque tem um problema de origem que todo gestor debate há tempos: não foram avaliados dados reproduzíveis e transparentes! A falta da informação para análise pode enterrar qualquer ideia, boa ou ruim!

De qualquer forma, todo esse debate chama atenção para pontos viscerais para que o sistema seja viável – do ponto de vista financeiro e logístico – que é estabelecer relação mais integrada das operadoras de planos de saúde e sua rede credenciada.

Debates precoces, simetrizados por assessorias técnicas especializadas, são elementos cada vez mais necessários para envolver prescritores nos aspectos de toxicidade financeiras e minimizar litígio. O modelo de auditoria e gestão deve envolver debate científico e farmacoeconômico. De outra forma, navegaremos com incertezas e ineficiências em um mar muito, mas muito, revolto.



STEPHEN DORAL STEFANI

Médico oncologista. Pesquisador e preceptor da residência médica no Instituto do Câncer Mãe de Deus. Professor da Fundação Unimed. Foi Coordenador da Câmara Técnica de Oncologia da Unimed do Brasil. Tem importante atuação em auditoria especializada em oncologia em todo país. Editor do Jornal Brasileiro de Economia. Foi Presidente do capítulo Brasil e Chair do Comitê Latino Americano de Pagadores e Formadores de Política de Saúde da da International Society of Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR).

Não deixe de assistir em nosso canal no YouTube o vídeo LANÇAMENTO JBAS, ocorrido em 26.08.2021, com a participação do Dr. Marcos Santos, Dr. João Paulo, Dr. Leandro Brust, Dr. Otávio Clark e a Dra. Goldete Prizskulnik

Lançamento Oficial JBAS (Jornal Brasileiro de Auditoria em Saúde) - 2021

Evento gratuito online

LIVE STREAM

Assistir Compartilhar

Lançamento **JBAS** 26 AGO 2021, às 19h

IMPACTOS DO PL 6330 NA REGULAÇÃO E AUDITORIA MÉDICA

Jornal Brasileiro de Auditoria em Saúde

Dr. Marcos Santos
Paiolo oncológico, PhD em Biótica pela UNB, Presidente da SBAM

Dr. João Paulo
Diretor-presidente da CAPES/ES, Membro Honorário do COSAÚDE/ANS.

Dr. Leandro Brust
MD PhD Oncologista, Auditor e Consultor em Oncologia, Consultor para a área de Farmacogenética.

Dr. Otávio Clark
MD PhD Oncologista, Vice Presidente Oncologia - Kunitar

Dra. Goldete Prizskulnik
Editora Científica do JBAS, Vice Presidente da SBAM

Realização:

Jornal Brasileiro Auditoria em Saúde

Apoio:

Libbs

Assistir no YouTube



ARTIGO

Auditoria Médica – A Necessidade de uma Abordagem Ética

Por Marcos Santos

Aconteceu comigo há poucos anos, numa era pré-pandemia de COVID-19. Estávamos em um Congresso de Auditores, médicos e enfermeiros, na aprazível cidade de Fortaleza/CE, quando nos reunimos para um jantar. Ao meu lado, completa obra do acaso, senta-se uma colega que, pelo sotaque, reconheço carioca. Eu, paulista, me apresento como ex-residente do Instituto Nacional de Câncer, situado na Lapa, um dos clássicos bairros da boemia do Rio. A colega, especialista em transplante de medula óssea, coincidentemente me diz que trabalha no mesmo Instituto. Acho que a empatia inicial a trouxe um quinhão de tranquilidade e amoleceu seu coração: ela se confessou, naquele momento, assustada. Com medo de represálias. Não era auditora. Se sentia um peixe fora d'água. Tinha medo de represálias.

Alguns meses depois, já confinados, fui convidado por um Professor Titular da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) a falar sobre remuneração médica em um evento on-line, coincidentemente, também para hematologistas. Discorri sobre os prós e contras de cada uma das estratégias descritas na Literatura. Ao final, o mediador observa: eu seria corajoso! afinal eu estava falando para médicos... Pausa para reflexão depois de voltar do estado de espanto: teria, eu, sido mal interpretado? Deveria eu, também, ter medo de represálias?

A minha prática, no campo da Auditoria Médica, que começou por uma incrível coincidência (na época, eu morava em Brasília, um dos maiores mercados do país para este tipo de atuação), já tinha me mostrado, a duras penas, que o nosso trabalho é, muitas vezes, mal compreendido. Pelos pares e pela sociedade. Estaríamos do outro lado. Infelizmente, e descrevo o que é consenso entre auditores (não há nenhuma pesquisa formal para comprovar), nem sempre nosso objetivo final seria entendido como o melhor tratamento para o paciente.

Este ano de 2021 é o ano da refundação da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica (SBAM), adormecida há anos. E a necessidade deste trabalho, de auditoria, durante este período, inevitavelmente, cresceu. E, com isso, aumentou o número de médicos auditores. Meus colegas me confiaram, então, o incrível desafio de liderar, como seu Presidente, esta retomada. Nosso principal objetivo é o reconhecimento, como especialidade, do nosso trabalho junto ao Conselho Federal de Medicina. Mas o que descrevo acima nos diz que nosso trabalho inicial envolve, também, esclarecer aos colegas e à sociedade o que fazemos, o que objetivamos no nosso dia a dia e, qual é, de fato, a nossa função. Cheguei à conclusão de que esta tarefa seja, talvez, ainda mais importante do que a primeira. E este texto é o pontapé inicial.

No último 15 de julho, todos os nossos associados (já caminhamos rumo à segunda centena); outros

médicos, futuros companheiros de atuação; representantes de entidades irmãs, como a nossa amiga Enf. Helena Romcy, presidente da Associação Brasileira de Enfermeiros Auditores (ABEA) e três queridos convidados, Dr. Rogério Scarabel, ex-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na ocasião do evento, ainda ocupando a Presidência da Agência, Dr. Omar Abujamra, Presidente da Unimed do Brasil e Dr. José Roberto Tebet, ex-presidente da ABAM, Associação Brasileira de Auditoria Médica, um dos embriões que resultou na SBAM atual, representado pelo querido amigo Dr. Marlus Volney de Moraes, nos reunimos, ainda que virtualmente, para marcar a refundação da nossa Sociedade. E a discussão foi muito profícua, além de emocionar muitos dos colegas auditores da velha guarda, que tanto ansiaram por este momento.

E falamos muito sobre o papel do médico auditor. Voltando à nossa discussão, é natural que qualquer profissional busque otimizar os seus rendimentos. Não há nenhum problema nisso – gostaria, inclusive, de nem ter que afirmá-lo. Mas é conhecido, também, que o sistema no qual estamos inseridos, de recompensas e restrições, leva a distorções que, quando vistas de fora, são muito difíceis de explicar. Os exemplos são muitos, mas restrinjo-me, pelo espaço, ao que estudei durante o meu doutoramento: no tratamento das metástases ósseas com radiação, inúmeros estudos randomizados já mostraram a equivalência de uma fração ao tratamento dividido em vários dias. Acontece que o médico radioterapeuta, na maior parte do mundo, é remunerado também pelo número de sessões. Construiu-se, então, toda uma linha argumentativa em defesa desta última estratégia, desmentida por mais de 25 estudos randomizados (que outra controvérsia médica gerou tantos estudos redundantes?). E observamos que, quando alteramos a forma de remuneração, sem ter sido publicado nenhum estudo inovador (aqueles mais de 25, foram, de fato, suficientes), definindo um valor fixo baseado no diagnóstico, independente do número de sessões, o tratamento com dose única passa a ser o mais utilizado.

Construímos esta experiência baseando-nos em um outro estudo semelhante, feito na Bélgica, na virada do milênio. Lá, não nos surpreende, os resultados tinham sido os mesmos. Depois da desvinculação entre remuneração e número de sessões de radiação, a dose única também passou a ser a estratégia mais prevalente no belo país ao norte da França, onde se bebe uma excelente cerveja.

É evidente que não houve, nunca, nenhuma tentativa de culpabilização dos profissionais de saúde. Os economistas (e os psicólogos) sabem, desde os seus primeiros passos, na Universidade, que o ser humano responde a estímulos. E os estímulos em saúde estão aí. Nós, médicos, é que não estamos muito treinados para observá-los de uma maneira isenta. Imagino, até que nenhum outro grupo profissional (à exceção óbvia dos já citados) tampouco esteja.

Este sistema de incentivos utilizado hoje é ruim? É. E isso, também, é um consenso para os economistas da saúde. A remuneração baseada na quantidade (e, nem sempre, na qualidade), pode levar a desperdício, à hiperutilização do sistema. Não é sustentável. Há alguma solução perfeita? Não. O inverso também é ruim. O pagamento por “pacotes”, quando se considera um valor fixo para uma, por exemplo, patologia ou tratamento desconsidera as complexidades inerentes a um paciente específico. E pode ter, como resultado, também o inverso: pacientes mais graves recebendo menos cuidado do que necessitam. É como se eu aplicasse a dose única naqueles poucos pacientes que precisam de mais frações de radiação.

Talvez a resposta esteja na remuneração por “valor”. Por resultados. Quanto mais valor entregamos ao paciente, mais valor também deveríamos receber em troca. Mas isso é mais fácil dito do que feito. É extremamente complexo mensurar performance. Não é à toa que o problema que descrevo acima, de longa data conhecido, não tenha sido satisfatoriamente resolvido até os dias de hoje. Embora muitas tentativas existam, neste sentido. Umas com mais, outras com menos sucesso.

A incorporação tecnológica evoluiu muito, no Brasil e no mundo, nos últimos anos. Em nosso país, temos, há poucos anos, agências responsáveis para esta árdua (e apaixonante) tarefa, seja no sistema público (CONITEC) ou no sistema privado (ANS), embora esta última não seja uma agência de avaliação de tecnologias propriamente dita. Mas são esforços louváveis neste sentido. Muito criticadas, é verdade (compartilho de muitas destas críticas), mas é inegável que há empenho neste sentido. Não há, que se tenha notícia, outra saída possível. Não dá para custear tudo para todos, o tempo todo. Não resisto à tentação: o PL 6330 tampouco é uma saída viável. É uma solução simples (e errada) para um problema complexo. Como tantas outras que já vimos por aí.

O Médico Auditor está inserido neste intrincado contexto. Avalia, segundo dois critérios principais (cobertura contratual e pertinência técnica), cada uma das solicitações que os médicos prestadores fazem ao pagador, seja este um seguro de saúde privado ou o nosso sistema único, público e universal. E dá o seu parecer. Em seguida, a pessoa jurídica envolvida (ou o gestor público, no caso do SUS) toma a decisão final. Tendo em mente não somente aquele paciente, diante do médico que prescreveu aquela droga ou tecnologia, mas todo o grupo de pacientes que dependem daquele montante de recursos para ter sua saúde preservada ou recuperada. Este recurso é finito, tem demanda é crescente e precisa ser aplicado da maneira mais justa possível. Pode crescer, é verdade. Mas os envolvidos têm que estar de acordo com este aumento do investimento. Qual é o limite?

Em nenhum momento, o trabalho do médico auditor pode ser confundido como limitador da autonomia do médico prescritor. Já foi dito que esta autonomia não é absoluta: deve estar restrita ao melhor conhecimento médico disponível. E a Medicina Baseada em Evidências tem evoluído muito nos últimos anos. Mas esta é uma limitação ética, não matemática. Uma relação mais harmoniosa passa, também, pelo entendimento de que, quando há um pagador fora do hospital (o custeamento direto pelo interessado não está sujeito a qualquer limitação econômica além do acordo que acontece dentro do consultório), há contratos, assinados ou tácitos, que devem ser respeitados. E o médico auditor atua para que o que foi anteriormente combinado, seja concretizado. Ainda que observe (e esse é seu dever) que adequações possam ser necessárias.

Não cabe discorrer sobre a teoria dos contratos e discrepâncias de informação: as tais letras miúdas. Isso dá outro texto. Mas estas adequações sempre serão necessárias. Precisamos trabalhar em conjunto para que, progressivamente, se tornem, também, realidade. Não somente para aquele paciente que está na minha frente, no meu consultório, mas também para aquele que virá depois. E depois. E depois. E para todos os pacientes cujas saúdes (e vidas) dependem deste sistema em que estamos inseridos. Desnecessário dizer que cada nova incorporação traz, frequentemente, um custo suplementar. E já se vislumbra o momento em que ajustes só na gestão não serão suficientes como compensação. Quanto é que a sociedade está disposta a gastar com a sua saúde? A vida não tem preço, claro. Mas não dá para fugir do chavão: tem custo. E este custo tem, de alguma maneira, que ser pago. Por mais que seja impopular repeti-lo. Esperamos contribuir, nos anos vindouros, para que o trabalho do médico auditor seja cada vez mais ético. E mais compreendido.



MARCOS SANTOS

Médico Radio-Oncologista – GRUPO CONFIAR, Goiânia/GO

Especialista em Farmacoeconomia pela Université Paris-Descartes, Paris, França

Doutor em Bioética – Cátedra UNESCO de Bioética – Universidade de Brasília

Presidente da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica – SBAM



OPINIÃO

Ivermectina e a Auditoria Médica

Por Otávio Clark

“Temos agora uma publicação nível Cochrane mostrando que a ivermectina funciona pra COVID19”, saiu a manchete nas mídias sociais. Os obscuros grupos de médicos pseudocientíficos comemoravam como se aquela coisa fosse realmente uma informação com alguma validade.

Nos tempos de COVID19, aparentemente, surgiu uma corrente de médicos, profissionais da saúde, pessoas em geral propagando pseudociência e ainda pior – disseminando informações falsas. Digo que surgiram “aparentemente” porque para quem trabalha com auditoria essas correntes não são novidade nenhuma. Ocorrem com frequência e há muito tempo. Afinal qual auditor não se lembra das famosas condutas “promissoras” da oncologia, conclusões apressadas retiradas de estudos de fase II, inadequados (na maior parte das vezes) para determinar conduta médica? Ou das tantas próteses personalizadas, materiais transformadores?

Que auditor já não se confrontou com a falácia de “vamos ouvir os dois lados”, quando questionamos condutas sem embasamento científico? Essa ideia de “dois lados” é regra em questões jurídicas, nas associações de especialidades e dentro das organizações de saúde – hospitais, planos de saúde, sistema público. Porém, a ciência não é uma corrente ideológica ou teoria filosófica onde ideias, frequentemente contraditórias, travam um embate para ao final, chegar-se num consenso. Ciência é método. Todo e qualquer debate científico tem uma clara base de como se discutir e como se resolver. E não é pela opinião da maioria ou da mais ruidosa. Por um bom tempo, a mídia manteve a ivermectina no ar, com essa ideia bipolar.

As chamadas “evidências” da ivermectina, não passam daquela famosa atitude de “cherry picking” – escolher o que se quer mostrar e não a totalidade da evidência. Mais recentemente, esses grupos negacionistas começaram a contestar as vacinas (pasmem), usando dessas técnicas de pinçamento de dados para produzir meia-verdades.

E meia verdade é mais difícil de combater que uma mentira, porque não basta dizer que não é verdade, precisa explicar, criar um raciocínio frequentemente complexo, difícil de transmitir. Qual auditor nunca se defrontou com um pinçamento de dados meio-verdadeiros, entrou numa discussão infrutífera onde o oponente fica dando voltas em torno da meia verdade que ele mesmo produziu?

A tal “evidência de qualidade Cochrane” da ivermectina para COVID19 é derivada de uma “meta-análise” chamada ivmmeta (<https://ivmmeta.com>). Essa “meta-análise” é o pior exemplo de tortura de dados, e estudo malfeito já publicado, mas com um marketing fenomenal: ela propõe que a chance da ivermectina não funcionar para COVID é de 1 em 1 bilhão. Conclusão falsa, óbvio, mas de fácil compreensão e aceitação

para a população desesperada por uma esperança. Que auditor nunca se defrontou com uma situação de uma família desesperada, acreditando numa informação boa de marketing, mas sem o menor subsídio científico, como essa?

E qual auditor nunca ouviu que “ausência de evidência não é evidência de ausência”, como fazem os defensores do “tratamento” precoce da COVID19? Essa frase esperançosa faz a festa aos ouvidos dos desavisados. Esquecem que o ônus da prova é de quem propõe uma conduta, não o inverso. Precisamos de evidências geradas por métodos adequados para que um tratamento seja considerado efetivo e, acima de tudo, seguro.

Todo o embate entre a pseudociência e a Ciência nos tempos de COVID19 causou muitos malefícios, mas com certeza trouxe benefícios também. Como os auditores em geral estão familiarizados com esse tipo de discussão, ele reforça a necessidade de que a classe seja sempre bem qualificada, que a atenção aos métodos dos estudos seja enfatizada em detrimento da mensagem. A mídia, de forma geral, aprendeu que não há dois lados em questões de ciência X pseudociência. O público passou a buscar mais informação sobre metodologia e epidemiologia e, se por um lado causou o aparecimento de 200 milhões de “infecto epidemiologistas” temporários, por outro difundiu o conhecimento científico e epidemiológico para o público leigo, o que pode abrir oportunidades para melhor esclarecimento das questões de saúde.

E o mais importante – a necessidade por informação de mundo real, de boa qualidade, que retrate a realidade local passa (ou deveria passar) a ser prioridade dos sistemas de saúde inclusive o privado. Para o auditor fica o reforço da lição de que o que importa para avaliar informação são os métodos usados para gerá-la, não a gritaria ao redor, independente da seriedade da situação.



OTÁVIO CLARK

MD, PhD

Vice Presidente Oncologia – Kantar



Acesso à saúde

Defendemos a oferta de serviços de saúde que responda às necessidades da população



Ética

Na saúde, apoiamos um conjunto de regras e preceitos morais que devem ser seguidos por todos que atuam no mercado



Sustentabilidade

Prover as necessidades atuais em saúde sem comprometer a capacidade das gerações futuras em garantir suas próprias necessidades é fundamental



ARTIGO

O impacto da pandemia pela COVID-19 na utilização dos recursos assistenciais

Por Juliana Martinho Busch

INTRODUÇÃO: Em janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) sinalizou a emergência de um surto do novo coronavírus na China. Dois meses depois, após muitos debates e busca de evidências, foi declarada Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional¹. O vírus SARS-CoV-2 (síndrome respiratória aguda grave-corona vírus/COVID-19), responsável pela pandemia de proporções mundiais sem precedentes, constitui um dos maiores desafios sanitários já enfrentados pelos governos, com impacto socioeconômico de difícil mensuração e risco significativo de colapso do sistema de saúde público e privado². Em função da situação, o Ministério da Saúde do Brasil recomendou o distanciamento social, isolamento de casos, quarentena dos contatos, assim como o uso de máscaras e higienização das mãos. Sugeriu ainda que a população procurasse a rede hospitalar apenas em casos de urgência, bem como a postergação das cirurgias eletivas a fim de liberar leitos para casos graves de COVID-19. Por outro lado, apontou que fossem mantidos os tratamentos oncológicos, acompanhamentos gestacionais e ainda utilizassem, quando possível, o recurso da teleconsulta, autorizado no país devido ao estado de pandemia.

OBJETIVOS: O objetivo desse estudo foi avaliar os reflexos da pandemia sobre o uso de recursos assistenciais por uma carteira de um plano de saúde autoadministrado, que opera em todo o território nacional e apresenta um elevado número de idosos em sua carteira, grupo que atualmente representa mais de 50% do total de beneficiários.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo não intervencional usando banco de dados administrativos do plano de saúde. Participantes: 41.640 beneficiários. Desfechos analisados: número de autorizações prévias para exames e internações em dois períodos de 90 dias, antes (P1) e após (P2) o primeiro caso registrado da COVID-19. As internações foram classificadas em cirúrgicas, clínicas, potencialmente evitáveis e outras modalidades. Estatística: todos os dados foram analisados descritivamente considerando medidas de tendência central para variáveis contínuas e medidas de frequência para variáveis categóricas. Microsoft® Excel 2018 e Qlik Sense® v13.21 foram usados no estudo. Foram realizados testes Qui-quadrado (Mantel-Haenszel e Exato de Fisher), quando $p < 0,05$. Intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS: No período do estudo (180 dias), 21.583 pacientes foram submetidos a exames, 15.018 no P1 e 6.565 em P2, apresentando uma redução de 56,3% (valor de $p < 0,05$). Foram registradas 3.316 internações sendo P1=2.066 e P2=1.250, redução de 39,5% no segundo período (valor de $p < 0,05$). Na análise segmentada das internações observamos redução de 69,8% nos casos cirúrgicos (1.043 no total, sendo P1=801 e P2=242; valor de $p < 0,05$) e de 20,1% nas internações clínicas (2.089 no total sendo, P1=1.161 e

P2=928; valor de $p = 0,06$). Observamos ainda uma redução de 37,2% dos casos de internações potencialmente evitáveis (valor de $p = NS$). Nos demais tipos de hospitalizações registramos queda de 23,1% (total=184, P1=104 e P2=80; valor de $p = NS$). NS = não significativo.

CONCLUSÕES: Muitos países implementaram uma série de intervenções para reduzir a transmissão do vírus e frear a rápida evolução da pandemia³. Tais medidas incluem o isolamento de casos, o incentivo à higienização das mãos, à adoção de etiqueta respiratória e ao uso de máscaras faciais caseiras; e medidas progressivas de distanciamento social, com o fechamento de escolas e universidades, a proibição de eventos de massa e de aglomerações, a restrição de viagens e transportes públicos, a conscientização da população para que permaneça em casa, até a completa proibição da circulação nas ruas, exceto para a compra de alimentos e medicamentos ou a busca de assistência à saúde. Essas medidas foram implementadas de modo gradual e distinto nos diferentes países, sendo que, no Brasil, as autoridades sanitárias orientaram o adiamento, quando possível, da realização de procedimentos médico-hospitalares, recomendações essas, seguidas tanto pelo sistema público quanto na saúde suplementar. Em nossa operadora, observamos queda significativa da realização de exames ambulatoriais e do número de internações para realização de tratamentos cirúrgicos eletivos. Com relação às internações clínicas, relacionadas quase sempre à quadros de agudização de doenças crônicas, urgências e emergências, houve também diminuição, porém, sem significância estatística, incluindo aquelas classificadas como potencialmente evitáveis. Cabe ressaltar que a Operadora realizou campanhas mostrando a importância de manter os cuidados com a saúde durante a pandemia e disponibilizou canal direto com equipe de saúde própria para esclarecimentos sobre o coronavírus, além de uma plataforma de teleatendimento e a manutenção da assistência farmacêutica para doenças crônicas não transmissíveis, medidas essas que continuam em andamento.

Este trabalho tem a coautoria do Dr. João Paulo dos Reis Neto. Trabalho apresentado na ISPOR Europe 2020, Milan, Italy.

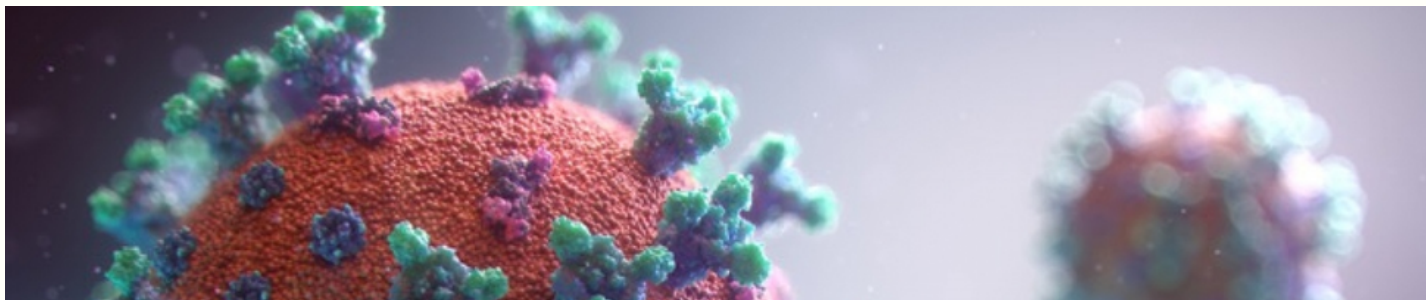
REFERÊNCIAS:

- 1 – CRUZ, Roberto Moraes et al . COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. Rev. Psicol., Organ. Trab., Brasília , v. 20, n. 2, p. I-III, jun. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572020000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 ago. 2021.
<http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>;
- 2 – Ciênc. saúde coletiva 25 (suppl 1) • Jun 2020 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>; 3 – Kupferschmidt K, Cohen J. Can China's COVID-19 strategy work elsewhere? Science 2020; 367(6482): 1061.



JULIANA MARTINHO BUSCH

Diretora de Previdência e Assistência da CAPESESP. Médica graduada pela Escola de Medicina Souza Marques (FTESM), associada da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, pós-graduada pelo Serviço de Endocrinologia do Hospital dos Servidores do Estado/RJ (HSE) e em Medicina Interna/Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Diretora de Indicadores da ISPOR Capítulo Brasil. Título de profissional certificada com ênfase em Administração pelo ICSS – Instituto de Certificação de Profissionais de Seguridade Social.



ARTIGO

Impactos da pandemia pela COVID-19 na Oncologia

Por João Paulo dos Reis Neto

INTRODUÇÃO: O vírus SARS-CoV-2 (síndrome respiratória aguda grave-corona vírus/COVID-19) causou uma pandemia de grandes proporções mundiais, sem precedentes, com impacto socioeconômico de difícil mensuração e risco significativo de colapso do sistema de saúde público e privado. Segundo estimativas das sociedades brasileiras de Patologia e Cirurgia Oncológica, ao menos 50 mil brasileiros deixaram de ser diagnosticados com câncer e, em abril de 2020, cerca de 70% das cirurgias de câncer foram adiadas. Além disso, muitas pessoas, com medo da contaminação pela COVID-19, nem chegaram a iniciar os seus tratamentos. O objetivo desse estudo é avaliar os reflexos da pandemia pela COVID-19 nessa especialidade médica em beneficiários de uma operadora de plano de saúde que aplicou medidas visando a manutenção dos cuidados oncológicos durante esse período.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo não intervencional usando banco de dados administrativos do plano de saúde. Participantes: 41.640 beneficiários. Desfechos: número de autorizações prévias para beneficiários submetidos a quimioterapia e radioterapia em dois períodos de 90 dias, antes (P1) e após (P2) o primeiro caso registrado de COVID-19. Estatística: todos os dados foram analisados descritivamente considerando medidas de tendência central para variáveis contínuas e medidas de frequência para variáveis categóricas. Microsoft® Excel 2018 e Qlik Sense® v13.21 foram usados no estudo. Foram realizados testes Qui-quadrado (Mantel-Haenszel e Exato de Fisher), quando $p < 0,05$. NS = não significativo. Intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS: No período do estudo (180 dias), 1.171 pacientes foram submetidos à quimioterapia (630 no P1 e 541 em P2), resultando na redução de 14,1% (valor de $p = NS$). Com relação à radioterapia a diminuição foi ainda maior, 28,1% (55 casos, 32 no P1 e 23 em P2; valor de $p = NS$).

Observamos uma redução do número total de exames realizados de 35,0% (P1=1.542; P2=1.002; valor de $p < 0,05$) e das internações de 49,4% (P1=310; P2=157; valor de $p < 0,05$). As neoplasias malignas mais comuns foram próstata (27,1%), mama (20,4%), brônquios e pulmões (5,1%), cólon (2,7%) e demais tipos (44,7%).

CONCLUSÕES: Em função da pandemia, autoridades sanitárias locais orientaram o adiamento, quando possível, da realização de procedimentos médico-hospitalares, com a ressalva para a não interrupção de casos oncológicos. Em que pese a redução observada do número de pacientes em quimioterapia e radioterapia, esta não foi estatisticamente significativa, sugerindo que as medidas tomadas pela Operadora possam ter sido eficazes em seus objetivos. A diminuição do número de internações pode estar relacionada à alternativa oferecida na cobertura do plano de atendimento domiciliar, teleatendimento e o uso de quimioterápicos orais. Com relação aos exames diagnósticos que deixaram de ser realizados, apesar de incerto, há uma preocupação adicional dos gestores se as restrições ocasionadas pelo coronavírus levarão a um maior número de casos avançados de câncer no futuro.

Este trabalho tem a coautoria da Dra. Juliana Busch. Trabalho apresentado na ISPOR Europe 2020, Milan, Italy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sternberg, Cinthya et al. Oncology practice during COVID-19 pandemic: a fast response is the best response. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 66, n. 3, p. 338-344, Mar. 2020;
2. Richards, M., Anderson, M., Carter, P. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. Nat Cancer 1, 565–567 (2020). [h9ps://doi.org/10.1038/s43018-020-0074-y](https://doi.org/10.1038/s43018-020-0074-y);
3. Mayor, Susan. COVID-19: impact on cancer workforce and delivery of care. Published Online April 20, 2020 [h9ps://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30240-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30240-0). Lancet;
4. COVID-19 among cancer patients. What we know so far?. Braz J Oncol. 2020;16:e-20200002



JOÃO PAULO DOS REIS NETO

Formado em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (1986), especialização no Rio de Janeiro em Clínica Médica (1987-1988) e Cardiologia (1989-1990). Diretor de Previdência e Assistência da CAPESESP/CAPESAÚDE, durante 14 anos. Consultor, ministra palestras na área de gestão da saúde suplementar e auditoria. Membro do Comitê Consultivo da International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research – ISPOR América Latina. Ex-professor de MBA em Auditoria de Sistemas de Saúde (Universidade Estácio de Sá). Sócio Diretor Analysis Auditoria e Consultoria e da Mobile Saúde, empresa desenvolvedora de soluções tecnológicas em saúde.



Associação Brasileira de Enfermeiros Auditores

Apoio institucional



O JBAS tem por objetivo publicar artigos que contribuam para a difusão do conhecimento científico. Conheça as nossas **normas para publicação**.

Objetivo e política editorial

O JBAS tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento científico. Atualmente, o jornal é produzido apenas em versão online, de acesso gratuito mediante prévio cadastro. Os artigos são publicados português com resumo na língua inglesa.

Aceitamos para publicação artigos nas seguintes categorias: Artigos Originais, Artigos de Revisão, Ponto de Vista e Comunicação Rápida. O Conselho Editorial recomenda analisem os artigos já publicados como modelo para a elaboração de seus trabalhos.

A submissão dos artigos é gratuita para os autores.

Submissão

Os artigos deverão ser enviados exclusivamente por e-mail para submissao@jbas.com.br. Basta informar dados completos dos autores e anexar o manuscrito, obedecendo as normas aqui descritas.

O artigo deverá ser submetido no idioma português com resumo na língua inglesa.

O conteúdo do material enviado para publicação não pode estar em processo de avaliação, já ter sido publicado, nem ser submetido posteriormente para publicação em outros periódicos. A critério do editor chefe, todos os artigos recebidos são revisados por membros do Conselho Editorial.

Após envio do artigo

O Conselho Editorial adota critérios de seleção que incluem o perfil editorial do jornal e de seus leitores, área de interesse do tema principal do trabalho, título e resumo adequados, redação bem elaborada, metodologia bem definida e correta, resultados apresentados de maneira clara e conclusões baseadas nos dados. O resultado contendo a aceitação ou a rejeição do artigo para publicação ocorrerá no menor prazo possível.

A ordem de publicação dos artigos será cronológica, podendo, no entanto, haver exceções definidas pelo Conselho Editorial. Os trabalhos aceitos para publicação serão enviados aos autores e deverão ser revisados e devolvidos no prazo estipulado na carta de aceitação, caso contrário o artigo será considerado aprovado, sendo publicado em sua forma original. Após a aprovação final pelos autores **NÃO** será possível modificar o texto.

Corpo Editorial

O Corpo Editorial do JBAS, composto pelo editor-chefe, colaboradores e especialistas convidados nas áreas de interesse, será responsável pela revisão e aceitação ou não dos artigos enviados para publicação. O editor-chefe tem as prerrogativas que o cargo lhe confere para aceitar ou não qualquer artigo, independentemente da revisão, assim como definir a edição de sua publicação.

Estilo e preparação dos originais

O texto deverá ter no máximo 3.000 palavras (incluindo resumo e abstract e referências bibliográficas), uma figura central e conter, no máximo, 25 referências bibliográficas. Deve ser redigido em corpo 12, espaçamento 1,5 linha, com margem de 3 cm de cada lado, e ser encaminhado em Word (arquivo .docx).

Título

Deverá conter:

1. O título do trabalho, o mais conciso possível, de preferência que não exceda uma linha;
2. Nome, sobrenome do autor e instituição a qual pertence o autor (**máximo 10 autores**);
3. Nome e endereço da instituição onde o trabalho foi realizado, se for o caso;
4. Carta de apresentação, com assinatura de todos os autores responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho, assim como a indicação de um único responsável para contato;
5. Carta dos autores relatando eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar ou ter influenciado os resultados da pesquisa ou o conteúdo do trabalho;
6. Caso o trabalho tenha passado por um Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual estão vinculados os autores, anexar documentação pertinente.

Tópicos

Os artigos originais deverão conter: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências Bibliográficas.

Agradecimentos

Caso seja necessário, deve vir antes das referências bibliográficas.

Abstract

O abstract, com no máximo 300 palavras, deverá conter objetivo, métodos, resultados e conclusões. Após o mesmo deverão ser indicados, no máximo, oito *key words*.

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas (totalizando, no máximo, 25 referências) devem ser dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória sua citação conforme normas vigentes.

Citações bibliográficas

Eventuais citações bibliográficas devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, na ordem em que aparecem no texto.

Figuras, tabelas, gráficos, anexos

Caso necessário, poderão ser inseridas no texto tabelas, gráficos, figuras ou anexos, totalizando no máximo cinco. A qualidade deve ser alta, com legendas que permitam sua perfeita compreensão, independente do texto.

Abreviações/nomenclatura

O uso de abreviações deve ser mínimo e somente utilizada quando expressões extensas precisam ser repetidas. Apenas o nome genérico de medicamentos pode ser citado no artigo.



Jornal Brasileiro

Auditoria em Saúde

Acesso à saúde de forma ética e sustentável

www.jbas.com.br