



SBAM

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE AUDITORIA MÉDICA



ANAIIS



SBAM
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE AUDITORIA MÉDICA

II CONGRESSO BRASILEIRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE AUDITORIA MÉDICA - SBAM

Auditoria Médica:
Os desafios da sustentabilidade em nossas mãos

ISBN: 978-65-999886-0-8

2023

II Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica - SBAM

Auditoria Médica em transformação: os desafios da equidade com qualidade

19 a 21 de outubro de 2023 - Brasília/DF

Responsável Técnico

Dr. Marlus Volney de Moraes – CRM PR 6.111

Comissão Científica

Dra. Albertina Cunha | Coordenadora | Brasil

Dra. Goldete Prizskulnik | Brasil

Dr. Marlus Volney de Moraes | Brasil

Dra. Goldete Prizskulnik | Brasil

Dr. Mauro Couri | Brasil

Dr. Silvia Jaldina | Brasil

Anais do II Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica - SBAM

19 a 21 de outubro de 2023 - Curitiba/PR

ISBN: 978-65-999886-0-8

O conteúdo e conceitos emitidos nestes anais são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBAM.

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço:
www.sbam.org.br

Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de
Auditoria Médica (2.: 2022 : Goiânia, GO)

Anais do II Congresso Brasileiro da Sociedade
Brasileira de Auditoria Médica - SBAM [livro
eletrônico]. -- 1. ed. -- Goiânia, GO : Sociedade
Brasileira de Auditoria Médica, 2023.

PDF.

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-999886-0-8

1. Medicina - Congressos 2. Serviços de saúde -
Auditoria I. Título.

23-146525

CDD-362.1068

IMPACTO DA AUDITORIA DO CUIDADO À BEIRA LEITO NA REDUÇÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

Rogério Ferreira da Silva
Paula Costa Drumond
Sandra Amaral Rocco
Gizelli Aires Ribeiro Nader
Iza Daiana Wiggers
Bruno Santos da Silva Limas

Introdução: O atual modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, fragmentado e focado em tecnologias de alto custo é um desafio para a saúde suplementar que apresenta aumento de gastos acima da inflação. A sociedade em geral discute estratégias para manter a viabilidade do sistema e garantir qualidade assistencial. A assistência hospitalar representa o maior componente das despesas da saúde suplementar, contabilizando cerca de 45% das despesas anuais. Neste contexto, a auditoria do cuidado pode ser uma alternativa para otimização de recursos e melhoria da qualidade assistencial.

Objetivos: Demonstrar uma experiência de auditoria do cuidado, apresentando critérios de elegibilidade, metodologia implementada e custos evitados com desospitalização segura em um sistema de assistência com mais de 500 mil vidas. **Método:** Estudo observacional, longitudinal e retrospectivo a partir de dados financeiros relacionados à desospitalização no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022. Os dados foram coletados através de formulários eletrônicos em dispositivos portáteis por profissionais da auditoria do cuidado durante a atuação à beira leito nos prestadores hospitalares. A equipe de auditoria, de caráter multidisciplinar, contemplava médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais. Os Critérios de elegibilidade para acompanhamento pela auditoria do cuidado foram os seguintes: pacientes com internação superior a três dias; internações em caráter de urgência/emergência; internações cirúrgicas com intercorrência; internações em unidade fechada, a partir do primeiro dia. Os dados de custo evitado com desospitalização foram calculados com base nos valores de diárias, taxas, insumos, honorários do sistema de assistência estudado. As indicações de desospitalização eram registradas no formulário eletrônico, após discussão técnica entre a equipe médica e a equipe da auditoria do cuidado, em até 48 horas após a efetiva alta. A equipe de auditores atuava in loco, otimizando autorizações, agendamento de exames e procedimentos, além de interagir com profissionais assistentes pacientes e familiares. A amostra foi obtida por conveniência a partir da extração dos dados dos formulários preenchidos pelos auditores. Foi aplicado estatística descritiva, utilizando editor de planilhas.

Resultados e Discussão: No período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022, foram realizadas 344.025 visitas pelos auditores do cuidado em 129.197 pacientes. Dentre os pacientes elegíveis, em média, 93% foram visitados no período do estudo. No sistema de saúde estudado, o custo com internação hospitalar correspondeu a 47% do custo total da assistência. Quanto às ações de desospitalização, o custo evitado calculado no período foi de R\$ 3.258.880,00, equivalente a uma média anual de R\$ 814.720,00. A média anual de indicações de desospitalização pela auditoria do cuidado foi de 4.749 casos, com saída efetiva do ambiente hospitalar de 92% em até 48 horas. Das saídas hospitalares a maioria correspondeu a alta médica (93%) e 7% dos

casos necessitaram de continuidade de cuidados no ambiente domiciliar.

Conclusão: Neste trabalho, foi possível demonstrar que a auditoria do cuidado reduziu R\$ 3.258.880,00 do custo hospitalar ao longo de 48 meses, através da mensuração dos dados financeiros de desospitalização. O estudo apresentou a rotina de mapeamento de pacientes elegíveis para seguimento pela auditoria do cuidado, caracterizando os critérios de elegibilidade que foram definidos com base nas condições que mais geram custo ou maior tempo de permanência. A implementação da auditoria do cuidado pode representar uma alternativa para a redução de custos e possibilitar que os gestores em saúde melhorem seus indicadores assistenciais e a percepção de qualidade pelo usuário final. Os custos evitados podem ser realocados para outras ações de impacto na gestão do sistema de assistência.

Palavras-chave: Auditoria do cuidado. Custos assistenciais. Desospitalização.

ESTRUTURAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE VALOR EM SAÚDE – EVS

Claudia Cafalli
Suzan Osis
Danielle Sanner Guarinão
Daniela Quirino França
Mauro Couri

Introdução: O Sistema Nacional de Saúde - ANS está procurando uma maneira de sobreviver e suas normativas vêm focando cada vez mais na segurança do paciente, qualificação de rede e modelos alternativos de remuneração. Este cenário gerou discussões amplas sobre os conceitos de Saúde Baseada em Valor - SBV e ressaltou a necessidade de sair da teoria para a prática. Tendo em vista que valor em saúde é dado pela relação de desfechos que interessam ao paciente e custos necessários para gerá-los, o Escritório de Valor em Saúde - EVS foi criado para avaliar a assistência prestada e elaborar projetos e acordos para reconhecimento das melhores entregas. Estas atividades, entretanto, não se limitam aos beneficiários da Federação das Unimeds do Estado de São Paulo - Fesp. O conhecimento é difundido entre as associadas da federação e o escritório oferece capacitação e apoio para desenvolvimento de ações piloto que possam ser ampliadas a todo o Estado de São Paulo. **Objetivo:** Apresentar a experiência da Saúde Baseada em Valor da Federação das Unimeds do Estado de São Paulo. **Método:** Trata-se de um relato de experiência realizado em julho de 2023 voltado às ações realizadas na FESP. No início de 2020 foi formado o Núcleo de Segurança do Paciente na operadora e iniciou-se o programa de qualificação de rede, que atinge toda a rede prestadora estadual, oferecendo ferramentas e orientação. No final do mesmo ano, foram realizados os primeiros acordos operacionais entre Fesp e Singulares, para bônus financeiro de acordo com cumprimento de metas de segurança e qualidade. No início de 2022 formou-se o Comitê Estadual de Segurança do Paciente - COESP, com objetivo de discutir, capacitar e achar soluções para problemas comuns. Com o crescimento das discussões sobre SBV e a necessidade de estruturação mais robusta deste trabalho, foi criado o EVS Fesp em fevereiro de 2023. Logo a seguir, surgiu o Comitê Estadual de Saúde Baseada em Valor - COESBV, para nivelar o conhecimento das Singulares estaduais e possibilitar trabalho conjunto. O EVS é composto por equipe multidisciplinar, que, fundamentalmente, trabalha para implantar e disseminar métodos de avaliação do cuidado prestado. Isto requer definição de métricas adequadas, coleta confiável e análise de dados, divulgação de informações e reconhecimento da entrega de valor. **Resultados e discussão:** Os estudos e a formação de equipe dedicada levaram à elaboração de projetos que estão envolvendo diversas Singulares do Estado. O EVS encontra-se em fase piloto de avaliação de cooperados, elaboração de jornadas completas para serem compartilhadas e implantação de plataforma para compartilhamento de informações. As ações envolvem capacitação das Singulares, para que todas possam contribuir, além de elaboração de projetos oferecidos pela Fesp. Ações educativas são realizadas ao menos uma vez ao mês e a equipe fica disponível para orientação e realização de reuniões sempre que acionada. Os trabalhos mostraram que é necessária ampla e forte divulgação de conceitos.

Conclusão: Percebe-se o genuíno interesse em aprender, cooperar e crescer. O entendimento de que a SBV é a solução para a sustentabilidade do sistema de saúde criou raízes. Precisa-se agora, de trabalho conjunto e implantação de ações que coloquem em prática os conceitos aprendidos. Os resultados não chegarão a curto prazo, mas se estabelecerão de forma robusta. É necessário começar com ações pequenas, mas bem planejadas, para serem base para evoluções. A SBV é o caminho. Sobre isso não resta dúvida que a estruturação de Escritórios de Valor em Saúde nas operadoras é parte fundamental desta construção.

Palavras-chave: Saúde. Valor. Segurança. Qualificação. Remuneração. Assistência

QUALIFICAÇÃO E SEGURANÇA - REDE ASSISTENCIAL

Suzan Patricia Osis
Claudia Zenesi Cafalli
Daniela Quirino França
Taercio Santos Silva
Mauro Couri

Introdução: Redes assistenciais são a base do cuidado com o beneficiário de operadoras de saúde. Redes ineficientes, inadequadas e com ausência de regulamentação são críticas, podendo ocasionar riscos catastróficos aos pacientes e é de responsabilidade da operadora monitorar e qualificar sua rede de forma a reduzir ao máximo este risco. A UNIMED Fesp é uma operadora com mais de 90% de sua rede prestadora no modelo indireto, com mais de 5.800 prestadores pessoa jurídica no estado de São Paulo, que implanta um trabalho de qualificação da rede assistencial. Esta operadora em sua proposta de trabalho centra-se em alcançar uma rede de prestadores assistenciais qualificada, com informações sobre *compliance*, qualidade, documentação regulatória e segurança assistencial, desenvolvendo uma cultura que inclui a criação de núcleos e planos de Segurança do Paciente, análise de *compliance* e gestão de resíduos. **Objetivo:** Apresentar a experiência com a ferramenta da Unimed Fesp voltada qualificação e segurança na rede assistencial. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência elaborado em julho de 2023 voltado a disponibilização às filiadas operadoras de uma ferramenta que comportasse o objetivo e facilitasse a gestão e qualificação desta rede, disponibilizando informações sobre a qualidade da rede e possibilitando a estruturação de planos de ação e melhoria continuada. Em parceria com uma startup, foi desenvolvida uma ferramenta com dados específicos para a rede assistencial, dividida por tipos de prestadores. Ao inserir o CNPJ do prestador, a ferramenta realiza, de forma automatizada, uma pesquisa inicial sobre a regularidade fiscal e trabalhista, financeira, ESG, CNES, itens de compliance e verificação do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP cadastrado na Anvisa. O prestador deve enviar documentos regulatórios e de qualidade, como Responsabilidades Técnicas, Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde - PGRSS, Plano de Segurança do Paciente, creditações etc. Ao final, o prestador recebe uma “nota” de confiança e, assim, será desenvolvido um plano de ação. A aba denominada “performance”, desenvolvida pela equipe técnica da operadora, na qual existem modelos de visita técnica, inclui itens de qualidade, segurança e estrutura. Itens críticos ou notas baixas são monitorados e ações de melhoria desenvolvidas. **Resultados e Discussão:** Disponibilizada desde julho/21 para as filiadas do estado de São Paulo de forma gratuita, a ferramenta já está em utilização em 42% das operadoras, responsáveis por 28% dos prestadores assistenciais que atendem nossos beneficiários. Existem, atualmente, cadastrados na ferramenta 2.113 prestadores. **Conclusão:** Assumindo a qualificação da rede assistencial, cada filiada participante está organizando sua rede direta, de forma a reduzir risco regulatório, impacto ambiental quanto ao resíduo de saúde e eventos assistenciais adversos. Quando um prestador é desenvolvido de forma a melhorar a sua documentação e reestruturar processos de Segurança do

Paciente e coleta de resíduos, o mesmo muda seu atendimento a todos seus pacientes, independente da origem (SUS ou Saúde Suplementar).

Palavras-chave: Qualificação de rede. Assistência. Segurança. Risco. Operadora

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE

Claudia Cafalli
Suzan Osis
Danielle Sanner Guarinão
Daniela Quirino Franca
Mauro Couri

Introdução: A sustentabilidade da Saúde Suplementar passa por um momento crítico. É preciso implantar, de forma urgente, compartilhamento de riscos entre instituições e fonte pagadora. Para tanto, há que se avaliar a qualidade assistencial e a segurança é uma métrica essencial. Diante deste cenário e com o paciente no centro do cuidado, a operadora implantou em 2020 o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que busca acompanhar a jornada assistencial e identificar possíveis eventos adversos, envolvendo diversas áreas internas; disseminar a cultura de segurança do paciente no conjunto de nossas operadoras, através da realização de ações educativas, disponibilização de materiais e orientações individualizadas, incentivando adoção e acompanhamento de indicadores e desenvolvimento de plano de ação.

Objetivos: Apresentar o acompanhamento da jornada assistencial do núcleo de segurança do paciente em operadora de planos de saúde. **Métodos:** A equipe de Gestão de Internados ou qualquer área da Fesp registra em formulário padronizado a ocorrência de eventos adversos. Semanalmente o NSP avalia os registros e seleciona quais serão notificados aos prestadores. Em correspondência emitida pela diretoria, é solicitada avaliação do ocorrido, com resposta em formulário padronizado, comprovante de registro no NOTIVISA, envio de Plano de Segurança do Paciente, protocolos envolvidos e plano de ação definido. As respostas são avaliadas e orientam o planejamento de ações do NSP. **Resultados:** A ação gerou orientação de equipes, revisão de protocolos e processos. Entre janeiro e março de 2023, de 124 registros 76,61% foram notificados. Destes, 68,42% foram respondidos e obtivemos confirmação do evento adverso em 55,39% dos casos. Observamos: 22,22% de infecção do sítio cirúrgico, 13,89% de lesão por pressão - LPP, 11,11% infecção primária de corrente sanguínea - I PCS e 11,11% de pneumonia por ventilação mecânica - PAV, como os mais prevalentes. Realizamos ações educativas como palestras sobre prevenção e divulgação de protocolos escritos pela operadora. Todo material fica disponível no portal oficial, com acesso livre. **Conclusões:** Conseguiu-se envolver o sistema na preocupação com segurança, e a ação culminou com a criação do Comitê Estadual de Segurança do Paciente em março de 2022. Participam operadoras do Estado de São Paulo e de fora dele, por procura espontânea. Assim, espera-se fortalecer a cultura de segurança do paciente com discussões, trocas de experiências bem-sucedidas e implantação de NSP nas operadoras.

Palavras-chave: Segurança; Assistência; Saúde; Paciente; Qualidade.

PROPOSTA PARA REMUNERAÇÃO DE NEVER EVENTS

Mauro Couri
Claudia Cafalli
Suzan Osis
Danielle Sanner Guarinão
Daniela Quirino França

Introdução: O modelo de remuneração *Fee for Service* é conhecido por se basear em volume de trabalho, sem avaliação de qualidade. Paga-se por solicitações desnecessárias, todo tipo de desperdício e falhas na assistência. O paciente sofre com as consequências de eventos adversos evitáveis, que deixam sequelas, frequentemente permanentes. A Unimed Fesp, preocupada com o tema, constituiu seu Núcleo de Segurança do Paciente - NSP em 2020, o Comitê Estadual de Segurança do Paciente -COESP- em 2022 e o Escritório de Valor em Saúde no início de 2023. Os custos gerados pela falta de segurança são computados na sinistralidade e contribuem para reajustes maiores. Sabe-se que a prevenção dos eventos é muito mais barata do que o tratamento de suas consequências. **Objetivos:** Apresentar a proposta de remuneração de Never Events no Sistema Unimed **Métodos:** É premente a necessidade de deixarmos de pagar por eventos adversos para que prestadores deem a devida importância à sua ocorrência. Como em todo processo da Saúde Baseada em Valor, é fundamental começar pequeno, com planejamento. Não seria factível iniciarmos qualquer ação que envolvesse todos os eventos adversos. Desta forma, a superintendência operacional elaborou proposta relativa ao compartilhamento de custos assistenciais para eventos graves e *never events*. Em primeira fase, com término em dezembro de 2023, seriam implantados NSP nas Singulares, discutidos custos gerados por eventos adversos e modelos de remuneração baseados em valor. A partir de janeiro de 2024 haveria compartilhamento real do custo. Reinternações ou procedimentos cirúrgicos (incluindo materiais, medicamentos, diárias e taxas, gasoterapia e OPME) decorrentes destes eventos adversos não seriam pagos integralmente. Caso não haja necessidade de intervenção cirúrgica, foram estabelecidas porcentagens para desconto em conta. Critérios como comprovação de NSP na operadora, comunicação espontânea e registro no Notivisa, além de elaboração de plano de ação, atuarão como fatores que podem diminuir essa porcentagem. **Resultados:** A proposta foi apresentada no 3º Congresso Nacional de Gestão em Saúde promovido pela Unimed do Brasil. O interesse na evolução de sua implantação foi geral entre os participantes. Os eventos adversos, em sua maioria, são causados por falhas na implantação de barreiras. A proposta visa incentivar os prestadores a oferecerem assistência qualificada e segura, com implantação de protocolos e revisão de processos, orientação de equipes, melhoria em estruturas e gestão de riscos. Ajustes precisam ser realizados entre Operadora e rede prestadora. Contratos podem ser aditivados, ações educativas, realizadas. Não podemos é deixar de agir. **Conclusão:** A implantação desta proposta seria um marco importante no Sistema Unimed. Demonstrando que o paciente realmente está no centro do cuidado e que o grupo se preocupa em oferecer assistência qualificada e segura a seus beneficiários.

Palavras-chave: Segurança. Assistência. Saúde.

MÉTODO DE AUDITORIA PREVENTIVA NO SISTEMA SIH/SUS DA AUDITORIA SUS DE BLUMENAU/SC: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alice Chiodelli
Guilherme Guenter
Tatiana F. S. Bianchini

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei N.º 8.080/1990 e pela Lei n.º 8.142/1990. O Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços do SUS. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) é responsável pelo processamento da produção de todos os prestadores hospitalares. Este sistema auxilia gestores locais no Controle, Avaliação e Auditoria das AIHS, e vai compor o banco de dados Nacional, a partir do qual são disseminadas as informações. No componente municipal de Auditoria SUS de Blumenau programamos uma etapa prévia de auditoria das AIHS que passa a ser realizada de forma preventiva, ou seja, antes que ocorra o processamento das contas no Sistema SIH/SUS. **Objetivos:** Apresentar o método de auditoria preventiva do Sistema SIH/SUS da Auditoria SUS de Blumenau/SC **Método:** A cada mês é acordado com os setores de faturamento hospitalar dos prestadores do SUS o método de Auditoria preventiva, realizada previamente ao fechamento das contas hospitalares. Cada prestador envia semanalmente em arquivos PDF para Auditoria SUS todas as AIHS clínicas e cirúrgicas autorizadas e emitidas durante o mês corrente. Todas as AIHS são convertidas em planilhas do Excel, e os Auditores Médicos realizam a Auditoria Analítica dos dados enviados, e escolhem todas as AIHS com necessidade de realizar Auditoria Operacional, in loco, no prontuário do paciente. Então é realizada a Auditoria Operacional no prontuário. As AIHS em conformidade são liberadas para processamento, e as AIHS não conformes recebem recomendações de ajuste das informações lançadas. Os faturistas ajustam os dados da conta de acordo com as recomendações da Auditoria, cabendo justificativa médica quando não consentem com o recomendado. Os Auditores reanalisam todas as contas justificadas na semana seguinte, acatando ou não a justificativa médica. As contas são assim ajustadas pela última vez pelos faturistas, e irão para processamento no SIH/SUS. A cada processamento mensal todas as contas hospitalares foram analisadas pelos Auditores Médicos, com correção de todos os dados de saúde a serem lançados no Banco de Dados Nacional. **Resultado e Discussão:** Após dez anos de prática deste método foi observado que o processamento mensal SIH/SUS de Blumenau apresentou grande redução do número de críticas de processamento. Analisou-se ainda o impacto das informações em saúde em cada área de atendimento, contribuindo com o Gestor na análise dos Indicadores de forma correta, uma vez que os dados de saúde estão corrigidos e são fidedignos ao realizado. Vale ressaltar que com o método há qualificação da informação em saúde do Banco de Dados Nacional a partir do registro correto das informações nas AIHs (Autorização de internação hospitalar) no âmbito do SUS; auxílio no corpo clínico, faturistas e dirigentes a lançar corretamente as informações nas contas hospitalares, de

acordo com o realizado e comprovado, assegurando que os dados de informação em saúde sejam processados da forma mais correta possível; evita a glosa, que ocorreria somente após o processamento da AIH, sendo que o ato da glosa após faturamento gera apenas a retenção financeira do valor indevido da conta hospitalar, mas neste momento não se consegue mais realizar correções dos dados de saúde lançados. **Conclusão:** Acredita-se que este formato de Auditoria consegue corrigir as informações do banco de dados de saúde do SIH/SUS do município antes do faturamento, e que estas ações podem ser consideradas ferramenta para Gestão, qualificando as ações em saúde.

Palavras-chave: SIH. AIH. SIGTAP

AUDITORIA DE DIVERGÊNCIAS DOS REGISTROS DE CÓDIGOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NOS SISTEMAS SIA E SIH / SUS DE BLUMENAU – SC: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alice Chiodelli Jotti
Guilherme Guenther
Tatiana Bianchini

Introdução: A auditoria de contas médicas resume-se a emitir uma opinião conclusiva sobre uma dada situação com o objetivo de verificar em que medida a situação encontrada se distancia do que deveria ser segundo algum critério estabelecido nas leis, normas ou diretrizes. Havendo a discrepância entre a situação e o critério dará origem à constatação de auditoria e recomendação de correções. **Objetivos:** Avaliar os registros de códigos de Alta Complexidade a nível hospitalar no que diz respeito ao Câncer de colo de útero no município de Blumenau – SC. **Metodologia:** Durante os meses de Julho de 2021 e Junho de 2022, foi realizada Auditoria Analítica e Operacional no processamento SIH e nas contas hospitalares com códigos SIGTAP/SUS para o tratamento hospitalar de lesões de Colo do útero. Realizou-se também a Auditoria Analítica da produção SIA de códigos SIGTAP/SUS para tratamento ambulatorial de lesões de colo de útero. **Resultados e Discussão:** A neoplasia de colo de útero é a terceira neoplasia mais incidente em mulheres no Brasil, demonstrando a necessidade de medidas preventivas de rastreamento e tratamento precoce efetivo, que quando adequadamente realizado é curativo em quase sua totalidade. A forma mais adequada para rastreamento e diagnóstico precoce é o Exame Citopatológico de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos. Pacientes com lesões compatíveis com NIC II ou NIC III devem ser encaminhadas para colposcopia com realização de biópsia ou excisão Tipo 1 ou Tipo 2, procedimento de baixa complexidade e ambulatorial. Quando na colposcopia as lesões são mais extensas, devem ser encaminhadas para procedimento de média ou alta complexidade a nível hospitalar. Com esta auditoria constatou-se-se que havia ausência da produção dos códigos para tratamento das lesões iniciais (nível ambulatorial), mínima produção do código excisão Tipo três (Média Complexidade Hospitalar) e elevada produção de códigos de Amputações Cônicas De Colo De Útero Com Colpectomia em Oncologia (Alta complexidade hospitalar). Identificou-se que todas as pacientes com lesões precursoras de Ca. de colo do útero não eram tratadas ambulatorialmente, e eram encaminhadas para tratamento cirúrgico em hospitais com habilitação em Oncologia de Alta complexidade (UNACON). A nível hospitalar independente do procedimento que era realizado, todos os casos atendidos eram lançados na conta hospitalar como sendo de média e de alta complexidade, e com CID de Câncer. A evidência de 53 laudos de contas com CID de Ca de colo uterino, sendo que apenas cinco dessas contas apresentaram laudo anatomopatológico comprovando Ca de colo de útero, sendo os demais laudos de lesões precursoras não cancerígenas, corroborou para a conclusão final de que havia uma divergência no registro dos códigos SIA e SIH, assim como no registro dos CID. **Conclusão:** O registro correto dos códigos SIGTAP / SUS dos procedimentos realizados em ambulatorios e hospitais é de grande importância tanto para a correta alocação dos recursos como para a correta estatística dos indicadores em saúde, que nortearão as

ações em saúde prioritárias do Município. A situação encontrada mostrou-se epidemiologicamente imprevista, já que o município se empenhava em realizar a prevenção precoce com o rastreamento e tratamento das lesões de colo do útero. Assim, a Auditoria médica tem papel central na avaliação da retidão dos processos de saúde garantindo a efetividade da saúde pública.

Palavras-chave: Auditoria. Sistemas. Câncer.

ESTIMATIVA DO IMPACTO ORÇAMENTÁRIO DA RADIOTERAPIA COM INTENSIDADE MODULADA PARA TUMORES TORÁCICOS COM BASE EM DADOS ABERTOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Mateus Bringel Oliveira Duarte

Introdução: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou em 30 de maio de 2023 um edital de consulta pública para avaliar a incorporação do uso de Radioterapia com Intensidade Modulada (IMRT) para tumores torácicos (câncer de esôfago, pulmão e mediastino). Os demandantes estimaram (baseados em dados históricos da D-TISS) um custo unitário inicial de R\$ 13.480,00 (IMRT) versus R\$ 5.190,00 para a Radioterapia Conformacional 3D (RT3D), tecnologia já disponível. Os pareceristas da ANS, no entanto, estimaram um custo de R\$ 38.351,94 e R\$ 27.724,04, para o IMRT e o RT3D respectivamente, utilizando como base a tabela de precificação CBHPM-2022. Na saúde suplementar o IMRT já está incorporado para tratamento de tumores de cabeça e pescoço. **Objetivo:** avaliar de forma pragmática, a estimativa do impacto orçamentário da radioterapia com intensidade modulada para tumores torácicos com base em dados abertos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Métodos:** estudo retrospectivo para estimar o custo da IMRT e da RT3D com os dados de produção ambulatorial publicamente disponibilizados pela ANS. Foram utilizados os dados disponíveis no portal da ANS, referentes ao ano de 2021. Inicialmente, foi realizado um filtro por todo evento de saúde que contivesse a realização de radioterapia (código TUSS 4120XXXX). Para refinamento, foram selecionados apenas eventos exclusivos de RT3D (TUSS 41203062), e IMRT (TUSS 41203054), excluindo qualquer evento que contivesse procedimentos não ligados ou secundários à RT3D, e à IMRT, ou seja, diferentes de consultas médicas, tomografias e ressonâncias de planejamento, simulações, imobilizadores e blocos de colimação. O desfecho, então foi definido como o custo total do evento em saúde, sendo o somatório de procedimentos, medicamentos, taxas, pacotes, materiais etc. Por fim, aplicou-se um filtro de *outliers*, excluindo os *tops* e *bottom* 10% procedimentos mais e menos custosos de cada grupo. Os dados foram analisados visualmente em gráficos de dispersão, e representados com medidas de dispersão central (média, mediana e desvio padrão). Foi então realizado um teste de sensibilidade, estratificando-se a análise por macrorregião do país. Para comparação com os modelos propostos no processo de Consulta Pública 110, ajustamos os modelos sugeridos pela ANS com os nossos resultados. **Resultados e Discussão:** Foram levantados ao total 51 694 eventos de radioterapia. O padrão de distribuição do custo de ambas as radioterapias, RT3D e IMRT, foi representado em histograma de dispersão (Figura 1) e Box-Plot (Figura 2). A RT3D apresentou um custo médio de R\$ 10.407,30 (desvio padrão de R\$ 3.573), enquanto a IMRT de R\$ 16.380,90 (desvio padrão R\$ 2.407), além de uma mediana de R\$ 11.400,00 e R\$ 16.177,50, respectivamente. Relativamente uniforme em todas as macrorregiões do país. Quando ajustado, o impacto orçamentário de adoção desta tecnologia (por sítio e em ambos os cenários de difusão propostos [61 a 80%, e 70 a 90% respectivamente]): 1. Esôfago: R\$ 8.184.458,84 e R\$ 9.220.578,47, para R\$ 4.424.991,52 e R\$ 4.985.177,68; 2. Pulmão: R\$ R\$ 32.726.659,49 e R\$ 36.869.723,19, para R\$ 17.693.923,75 e R\$ 19.933.903,45; 3. Tumores de

Mediastino: R\$ 14.893.084,18 e R\$ 16.779.244,95, para R\$ 8.052.062,14 e R\$ 9.071.829,67. Os valores apresentados durante a avaliação da UAT 90, 98 e 99, se mostraram destoantes dos observados nos dados históricos da saúde suplementar brasileira. Este achado corrobora um conceito de que a maioria das operadoras de saúde utilizam versões com deflatores de tabelas de precificação. Nossos dados foram ainda estáveis ao longo de todas as regiões do país, e demonstram capacidade de realização de IMRT em todas as regiões analisadas. Por fim, estimou-se um impacto de incorporação quase 50% menor que o proposto pela ANS. **Conclusão:** O presente trabalho representa o uso da política de transparência de dados da ANS, como meio de melhorar o entendimento dos dados de mundo real na saúde suplementar brasileira, e como forma de apoio aos processos de incorporação de tecnologias na saúde suplementar brasileira.

Palavras-chave: Radioterapia de Intensidade Modulada; Economia e Organizações de Saúde; Análise de Impacto Orçamentário de Avanços Terapêuticos

A EFETIVIDADE DA AUDITORIA DE VISITA MÉDICA HOSPITALAR NA GESTÃO EFICIENTE DE OPERADORAS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Marina Bueno
Milton José de Andrade
Fabrício Brehmer
Simone Alves de Oliveira
Nelson Enrique Quintero Vasquez

Introdução: A auditoria de visita médica hospitalar (VMH) é crucial na gestão eficiente de operadoras de saúde, garantindo cuidados de qualidade e reduzindo custos desnecessários. Realizada por médicos, monitora os pacientes internados, revisando tratamentos, quadro clínico e justificativas para internação, buscando alinhar o atendimento aos protocolos estabelecidos. Com análise criteriosa, sugere ajustes, evitando internações desnecessárias e gerando economias. No Instituto Curitiba de Saúde (ICS), o serviço foi implementado em 2017, mas aprimorado em março de 2022 para acompanhar diariamente todos os beneficiários internados. A equipe utiliza critérios de internamento estabelecidos e realiza reuniões semanais para discussão de casos complexos. Essa implementação tem gerado melhor qualidade assistencial, indicadores em saúde e economias para o ICS. **Objetivos:** analisar os resultados ~~que~~ das mudanças ocorridas no serviço de visita médica hospitalar de auditoria realizado pelo ICS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência pela gestão médica de auditoria médica hospitalar do ICS, no qual aborda o planejamento, estruturação e funcionalidades do serviço de VMH, realizado de julho de 2021 a junho de 2023. **Resultados e Discussão:** a auditoria de visita médica hospitalar (VMH) desempenhou um papel crucial na gestão eficiente do ICS. No ano de 2021, foram auditadas mais de 20.830 solicitações de diárias, incluindo UTI e enfermarias. Porém, apenas 2,2% dessas diárias foram analisadas presencialmente, devido à limitação da visita médica somente às demandas da auditoria interna. A taxa de negativas após as visitas foi de 17,4%, resultando em uma economia de R\$ 244.125,00 para o ano. Em 2022, a abordagem da VMH passou por uma reformulação e 78,4% das 16.864 diárias foram acompanhadas pela equipe a partir de março. Essa mudança levou a uma taxa de glosas após visita de 14,5%, gerando uma economia aproximada de R\$1.137.143,00. Em 2023, a auditoria acompanhou 91,3% das 6.681 diárias de internamento até junho, com uma taxa de glosas de 11,2%, economizando aproximadamente R\$ 645.771,00 em 6 meses. Com a melhora no processo de visitas e acompanhamento protocolar dos pacientes internados, a VMH implementou um novo fluxo operacional em fevereiro de 2023. Com ele, internamentos com boa evolução clínica e potencial de alta nas próximas 48 horas ou que apresentem ausência nos critérios de manutenção no setor emitem um alerta para a equipe assistente do hospital. Isso visa garantir foco no caso, otimizar processo de alta em tempo hábil e reduzir o risco de glosas. Essa mudança também gerou melhorias nos indicadores de tempo de internamento, com uma redução significativa no tempo médio de internamento tanto em UTI (27,2%) quanto na enfermaria (34,8%). A abordagem da VMH se mostrou essencial para garantir a qualidade dos serviços prestados, otimizar

recursos financeiros e oferecer um atendimento mais eficiente e personalizado aos beneficiários do plano de saúde. Os resultados demonstram que uma auditoria bem executada pode trazer benefícios econômicos significativos e contribuir para a promoção de uma assistência médica de qualidade.

Conclusão: A auditoria de visita médica hospitalar desempenha um papel fundamental na gestão eficiente de operadoras de saúde, trazendo benefícios econômicos e melhorando a qualidade dos serviços. Com uma abordagem criteriosa e acompanhamento dos pacientes internados, houve redução significativa na taxa de glosas, gerando economia de R\$1.782.914,00 em diárias analisadas pela nova VMH. A implementação no ICS mostrou-se eficaz em garantir qualidade, otimizar recursos e oferecer cuidados personalizados. A estratégia demonstra a importância da auditoria no controle de custos e na promoção de uma assistência médica de qualidade.

Palavras-chave: Auditoria de visita médica hospitalar. Benefícios econômicos. Operadoras de saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE DE IMPACTO FINANCEIRO NO TRATAMENTO DE DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI) E OCLUSÃO DA VEIA CENTRAL DA RETINA (OVCR) COM USO DE ANTI-ANGIOGÊNICO PELO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS LOCALIZADO EM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Jacqueline de Azeredo Silva
Nadja Nara Rehem de Souza
Soraia de Azeredo Silva
Caroline Silva Novis
Daniela dos S. A. M. Pedra
Mário José dos Santos Filho

Objetivos: traçar o perfil epidemiológico e impacto financeiro para o tratamento de degeneração macular relacionada à idade (DMRI) e oclusão veia central da retina (OVCR) com o uso de anti angiogênico pelo sistema de assistência à saúde dos servidores públicos localizado em estado no Nordeste.

Métodos: estudo de coorte retrospectivo, realizado de janeiro a dezembro de 2022 . Foram avaliadas 2.379 autorizações para aplicações intravítreas no período, utilizando ranibizumab ou aflibercepte para a degeneração macular relacionada à idade e para oclusão da veia central da retina. Idade, sexo, quantitativo de aplicações no período de 12 meses e os custos foram comparados em ambas as patologias de cobertura. Os dados foram extraídos de sistema eletrônico utilizado pelo sistema de saúde e analisados usando o Microsoft Excel 2007 planilhas. **Resultados e Discussão:** Com base na literatura, foi elaborado protocolo clínico por este sistema de saúde, com definição de cobertura para idade mínima de 60 anos nos casos de degeneração macular relacionada à idade. Em relação ao sexo, há grande variações nos estudos, nesta análise referente ao Sistema de Saúde de Servidores constatamos que prevaleceu o sexo feminino em ambas as patologias. Analisou-se 2.379 autorizações, sendo 1.498 para a degeneração macular relacionada com a idade e 881 com oclusão da veia central da retina. Na maioria dos casos foi encontrado como etiologia a degeneração macular relacionada à idade. O custo para a degeneração macular relacionada à idade (DMRI) no período mencionado foi de R\$3.082.299,78, enquanto que para a oclusão da veia central da retina (OVCR) foi R\$1.812.754,41. O custo total de ambas as indicações no mesmo período foi aproximadamente de R\$4.895.054,19. **Conclusão:** Embora ambos os tratamentos disponíveis sejam limitados, eles causam impacto favorável na qualidade de vida o que justifica a sua utilização, apesar de constar o valor de fábrica dos medicamentos na tabela CMED, de julho de 2023, ranibizumab R\$4.174,70 por frasco ampola e aflibercept R\$5.114,89 por frasco ampola, o valor referencial estabelecido pelo sistema de saúde negociado para cobertura para o tratamento anti angiogênico por aplicação foi R\$ 2.057,61 contemplando honorário médico, taxa, material e medicamento.

Palavras-chaves: Anti-angiogênico. DMRI. OVCR. Impacto financeiro. Perfil Epidemiológico.

CASE UNIMED MARINGÁ: SOLUÇÃO EM GESTÃO PARA TERAPIAS ESPECIAIS

Pamela Cristina Antoniassi Odebrecht
Jefferson Israel Testi

Introdução: O tema regulação e auditoria em terapias especiais têm sido cada vez mais discutido dentro da saúde suplementar. Como cooperativa médica e com recursos finitos, a Case Unimed Maringá iniciou um projeto com a finalidade de controle de custos dentro desse tema, mas com a visão integrativa entre família, clínicas executantes e equipe multidisciplinar regulatória. Batizado como NATE – Núcleo de Acolhimento em Terapias Especiais, esse grupo é composto por profissionais da área de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem e neuropediatria. O objetivo final é a avaliação como um todo de um paciente com algum tipo de transtorno que necessita intervenção precoce, sempre com o acompanhamento familiar para entendimento e também com o contato com os profissionais das clínicas que efetivam as diversas terapias. **Objetivo:** Construir uma relação de confiança com as famílias para que seja feita a indicação das terapias de acordo com cada necessidade. **Método:** Utilização estratégica de equipe multidisciplinar para diagnóstico efetivo e plano terapêutico que atenda o paciente. Acompanhamento de clínicas credenciadas, evoluções dos beneficiários, pedidos médicos regulares. Isso tudo para que seja possível o controle de custo assistencial mantendo o foco em qualidade de atendimento para obter excelência nos resultados. **Resultado e discussão:** Desde a criação do grupo, em outubro de 2020, tivemos um aumento de 159% no número de beneficiários que necessitam de terapias especiais e uma redução de 32% no custo per capita. Nesse período houve o credenciamento de 15% das clínicas anteriormente utilizadas com objetivo de manter os pacientes dentro da rede própria. Essa estratégia trouxe regulação mais efetiva frente às execuções das terapias. Possibilitou, também, a implantação de auditoria concorrente nesses prestadores. **Conclusão:** Diante do exposto, observa-se que as medidas de controle tomadas pela singular trouxeram benefícios tanto para o controle de sinistralidade no tema terapias especiais assim como um melhor acompanhamento familiar e do próprio beneficiário. Isso garante o atendimento efetivo e coíbe fraudes. Mantém-se melhorias contínuas, sendo elas: Atividades de divulgação e orientação (atividade correlata com programa canção de ninar – gestantes); Otimização e organização de atendimento; Discussões contínuas com a especialidade de cooperados de Pediatria e Neuropediatria; Rodadas de estudos com as clínicas credenciadas e o recurso próprio; Controle de evolução trimestral dos beneficiários atendidos na rede credenciada; Discussões com comitê de terapias especiais junto as singulares do estado.

Palavras-chave: Terapias Especiais. Equipe Multidisciplinar. Regulação. Auditoria. Rede credenciada.

USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS OPIÓIDES NO PRONTO SOCORRO- PREVENÇÃO, TRATAMENTO CORRETO E DIRECIONAMENTO DE CASOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR- ESTUDO DE CASOS DE OPERADORA DE SAÚDE

Camila Regina Muraca Henrique Rangel
Elma Veja Bexiga
Liliam Soares de Almeida Santos

Introdução: O uso de medicamentos opióides indiscriminados vem aumentando significativamente. A abordagem e uso correto dessas medicações demonstram grande desafio para saúde pública e suplementar. A super utilização para efeitos imediatos em dor crônica, vem causando aumento exponencial do uso de Pronto Socorro. Na maioria das vezes, essas prescrições aumentam a dependência, overdose e não resolvem em definitivo as queixas álgicas. Pensando nos impactos ao paciente e nos gastos financeiros excessivos a operadoras, é de grande importância medidas que tragam acolhimento e direcionamento correto com abordagem multidisciplinar para reconhecimento e prevenção da dependência a essas drogas e, consequentemente, redução drástica em custos médicos desnecessários.

Objetivos: Apresentar uma análise dos registros quanto ao uso de opióide por paciente de um pronto socorro **Metodologia:** estudo do tipo documental, realizado em arquivos de um pronto socorro. A extração foi via sistema pela auditoria dos principais ofensores de Pronto Socorro de uma Equipe com critério: ter pelo menos 5 atendimentos em pronto socorro no período de 3 meses. Do total encontrado, foram analisados todos os prontuários *in loco* para incluir os usuários de Opioides. Desse total, a equipe de psiquiatria da Operadora foi acionada e, através de contato telefônico pela auditoria concorrente, os pacientes foram acolhidos. **Resultados:** Foram 45 ofensores dentro do critério. Dos 45, 11 eram usuários de opióides. A partir do contato da equipe e acompanhamento mensal da carteirinha desses pacientes pelo sistema da Operadora: 5 pacientes reduziram as passagens no P.S e passou a realizar consulta ambulatorial, sendo 1 deles no espaço próprio da Operadora; 3 Beneficiários reduziram em até 50% as passagens no P.S e começaram a realizar tratamento de psicoterapia; 1 Beneficiária foi internada para tratamento, 1 foi excluído do plano; 1 Beneficiária reduziu em até 80% as passagens no P.S e começou a frequentar uma Clínica de Fratura para tratamento com R.P.G. A partir desse resultado, a Operadora criou um dashboard para análise de ofensores de Pronto Socorro e está trabalhando na redução desses casos com qualidade de atendimento e redução significativa dos custos. **Conclusão:** O uso de Opioides em Pronto Socorro não pode ser considerado algo normal quando analisado pela equipe de auditoria. Para oferecimento de qualidade e orientação correta ao beneficiário, custos médicos elevados podem ser prevenidos. Esse trabalho demonstra que a auditoria está além da análise de contas médicas, consegue oferecer qualidade de atendimento da parte assistencial, orientar os beneficiários e, a consequência passa a ser financeira.

Palavras Chave: Saúde Suplementar. Pronto Socorro. Opióides

CART-T PONTOS DE ATENÇÃO PARA AUDITORIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anne Karine Bosetto Fiebrantz
Beatriz Böger
Bianca Fontana Aguiar
Felipe Fernando Mainka
Jolline Lind
Jaime Luís Lopes Rocha

Introdução: O acesso aos medicamentos de alto custo na Saúde Suplementar está atrelado normalmente ao fato de possuírem cobertura obrigatória de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Segundo a Resolução Normativa da ANS - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, as terapias oncológicas de administração infusional são de cobertura obrigatória. Diante deste cenário, uma nova tecnologia oncológica foi registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no dia 23 de fevereiro de 2022 para o uso pediátrico e em adultos jovens de até 25 anos de idade, com leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células B refratária em recidiva pós-transplante, ou em pacientes adultos com linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) recidivado ou refratário após duas ou mais linhas de terapia sistêmica. A nova tecnologia denominada tisagenlecleucel (Kymriah) tornou-se a primeira terapia CAR-T (Chimeric antigen receptor T) registrada no país, sendo precificada pela CEMED em R\$ 3.000.000,00. Visto a forma de manufatura do medicamento, logística de distribuição e o alto custo da tecnologia, um novo olhar de auditoria e sob modelos de remuneração para esses tipos de tecnologia deverão ser discutidos. **Objetivo:** Relatar os pontos críticos observados nas tratativas feitas dentro de uma grande operadora de saúde do sul do Brasil, com diferentes *players* do mercado para entender e viabilizar de forma mais sustentável futuras liberações. **Metodologia:** Um relato de caso de uma operadora do sul do Brasil que visa informar de maneira qualitativa os pontos de atenção identificados pela operadora a partir de reuniões feitas com médicos, auditores e prestadores, além da própria indústria farmacêutica para as futuras tratativas. **Resultados e Discussão:** Apesar das maiores operadoras do país terem recursos disponíveis para custear esse tratamento, elas não representam a maior parte dos planos de saúde no Brasil atualmente. Então, discutir modelos de negócio sustentáveis para o sistema antes da liberação é essencial em casos como esse, pois risco de insolvência ou um forte impacto orçamentário são possibilidades reais. Sendo assim, a partir desta experiência foi possível levantar pontos críticos em várias partes da cadeia logística e aplicação da tecnologia, como: elegibilidade do paciente para tisagenlecleucel; custos envolvidos na quimioterapia linfodepletora antecedente a aplicação; rede de hospitais credenciados para fazer a coleta das células; local de armazenamento das células dos beneficiários até o envio para manufatura da tecnologia; custo desse armazenamento; tempo de manufatura da tecnologia, possibilidade de óbito do paciente antes da aplicação; rede de hospitais credenciada para administração do produto final, e principalmente o modelo de pagamento na entrega do produto final e remuneração da assistência feita pelos prestadores estão no cerne de toda discussão. Com o conhecimento de todas essas pontas na cadeia de distribuição do CAR-T é possível pensarmos

em modelos de pagamentos e/ou negociações novos para esse tipo de tecnologia, como: Pagamento direto a indústria, pagamento à indústria por benefício alcançado, a criação de fundos coletivos entre as operadoras, um fundo público do Ministério da Saúde sob gerência da ANS visando contribuir com um aporte financeiro e a compra centralizada de medicamentos de alto custo, um resseguro onde operadoras contratariam uma seguradora para custear quando houvesse esses casos em seus planos. **Conclusões:** A Saúde Suplementar precisa perseguir o objetivo de ser sustentável e, portanto, essas possibilidades de modelos de pagamento e/ ou financiamento devem ser estudadas e discutidas de forma mais ampla com os atores desse ecossistema. São várias as possibilidades que podem contribuir para a manutenção do sistema. O tisagenlecleucel mais uma vez trouxe à tona a necessidade de estudar outras formas de remunerar a rede credenciada, de como pagar a indústria farmacêutica e fundos coletivos com limiares de custo-efetividade bem definidos para o seu uso.

Palavras chaves: terapia gênica, leucemia, células T, Saúde Suplementar.

AVALIAÇÕES DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NORTEANDO A TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE

Anne Karine Bosetto Fiebrantz
Beatriz Böger
Bianca Fontana Aguiar
Felipe Fernando Mainka
Jolline Lind
Jaime Luís Lopes Rocha

Introdução: Segundo o Código de ética médica, resolução CFM nº 1.246/88 revogada pela resolução CFM nº1.931, de 17.09.09 (D.O.U 13.10.09), no capítulo I, inciso V, “Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”. Destaca-se que a busca de informações sobre as intervenções a serem realizadas, bem como seus riscos e benefícios, permitem a melhor tomada de decisão em saúde. Sob essa perspectiva, considerando o aumento e a velocidade das publicações científicas nas últimas décadas, a atualização constante dos profissionais de saúde tem sido um desafio. Para tanto, tornou-se necessário um modo de agrupar as evidências geradas, facilitando o acesso e interpretação pelos profissionais, bem como sua aplicação na prática clínica, gestão e elaboração de políticas de saúde. Nesse contexto, diante do aumento de custos relacionados às tecnologias em saúde e o aumento da oferta de tecnologias não custo-efetivas, a Unimed Curitiba, em 2019, reestruturou uma área com uma equipe de profissionais da saúde voltada para avaliação de novas tecnologias, o Centro de Pesquisa e Inovação, com o intuito de dar suporte a decisões estratégicas na Cooperativa. Uma das atribuições dessa área é a avaliação de novas tecnologias em saúde, bem como criar protocolos e diretrizes para utilização dessas tecnologias, a fim de verificar possibilidades de economia e possibilitar o acesso a novos tratamentos. O grupo é formado por nove profissionais, sendo sete da área de saúde. Destaca-se que quando há necessidade de algum especialista médico, este é chamado para enriquecer a discussão e auxiliar no parecer final.

Objetivo: Mostrar a volumetria de trabalho realizada por esse grupo de avaliadores de tecnologias em saúde, assim como o tempo médio de cada avaliação e discutir o quanto esses trabalhos nortearam e apoiaram a tomada de decisão em saúde dentro de uma cooperativa médica com mais de 600 mil vidas.

Metodologia: Foi realizado um levantamento da quantidade de avaliações entregues a outros setores da operadora de saúde, médicos externos e sociedades médicas com a finalidade de subsidiar as decisões em saúde, assim como o tempo médio necessário para a condução de cada estudo entre junho de 2022 e junho de 2023. Além disso, relatar alguns casos reais em que a avaliação da tecnologia apoiou a tomada de decisão e as liberações, impactando de forma positiva economicamente.

Resultados e Discussão: Neste período de um ano foram abertas 73 demandas, dessas 31 foram solicitações externas (médicos e sociedades médicas) e 42 internas (outros setores internos da própria da operadora). Como resultado, tivemos 44 estudos avaliando novas tecnologias, 11 externas e 33 internas. Após a finalização desses trabalhos, eles são apresentados em uma plenária colegiada com gestores das principais áreas da operadora para decidir a

incorporação ou não da tecnologia na tabela da empresa. Os estudos entregues permearam novas tecnologias ou indicações novas de recursos já usados pela cooperativa. Um exemplo de tecnologia estudada e deliberada para uso foi um painel genético para beneficiárias com câncer de mama para prever a necessidade de quimioterapia. 64% das pacientes que usaram o protocolo do painel genético evitaram quimioterapias, seguindo com tratamento menos invasivos. Além de R\$ 1,7 milhões com custo evitado para a operadora com as quimioterapias não realizadas nestas beneficiárias, sem prejuízos à saúde das pacientes. Outros exemplos de custo evitado para operadora é a não incorporação de medicamentos oncológicos orais ou novos modelos de Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPMEs) que surgem no mercado, que tem seus benefícios ou benefícios incrementais muito modestos e não apresentam um custo-benefício claro, aliado a um maior perfil de toxicidade ou eventos adversos que os melhores cuidados suportivos ou comparadores em questão. A iniciativa de criação dessa área em uma operadora de saúde e fortalecimento desse grupo, mostra o compromisso da empresa em sempre fornecer o que há de melhor em tratamentos de saúde com repasses de reajustes ponderados aos beneficiários. **Conclusões:** Em resumo o objetivo da Avaliação de Tecnologias em Saúde é subsidiar as decisões clínicas relativas à difusão e incorporação das tecnologias pelos gestores, profissionais de saúde e pacientes. Os resultados obtidos até então demonstram a importância do trabalho realizado, como forma de melhorar ainda mais o uso racional dos recursos financeiros, oferecendo um tratamento seguro e de qualidade aos beneficiários, com fins de manter a sustentabilidade da instituição.

Palavras chaves: Saúde Suplementar, Avaliação de tecnologia em Saúde, Sustentabilidade.

A EFETIVIDADE DA AUDITORIA DE VISITA MÉDICA HOSPITALAR NA GESTÃO EFICIENTE DE OPERADORA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tiago Waterkemper

Marina Bueno

Milton José de Andrade

Fabício Brehmer

Simone Alves de Oliveira

Ibsen Felipe Antônio

Wilmar Carlos Bello

Nelson Enrique Quintero Vasquez

Introdução: A auditoria de visita médica hospitalar (VMH) é crucial na gestão eficiente de operadoras de saúde, garantindo cuidados de qualidade e reduzindo custos desnecessários. Realizada por médicos, monitora os pacientes internados, revisando tratamentos, quadro clínico e justificativas para internação, buscando alinhar o atendimento aos protocolos estabelecidos. Com análise criteriosa, sugere ajustes, evitando internações desnecessárias e gerando economias. No Instituto Curitiba de Saúde (ICS), o serviço foi implementado em 2017, mas aprimorado em março de 2022 para acompanhar diariamente todos os beneficiários internados. A equipe utiliza critérios de internamento estabelecidos e realiza reuniões semanais para discussão de casos complexos. Essa implementação tem gerado melhor qualidade assistencial, indicadores em saúde e economias para o ICS. **Objetivos:** analisar os resultados que as mudanças ocorridas no serviço de visita médica hospitalar de auditoria realizado pelo ICS. Discute-se também as economias geradas e quais são os planos futuros para o serviço. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência pela gestão médica de auditoria médica hospitalar do ICS, no qual aborda o planejamento, estruturação e funcionalidades do serviço de VMH. **Resultados e Discussão:** Durante os últimos 36 meses (julho de 2021 a junho de 2023), a auditoria de visita médica hospitalar (VMH) desempenhou um papel crucial na gestão eficiente do ICS. No ano de 2021, foram auditadas mais de 20.830 solicitações de diárias, incluindo UTI e enfermarias. Porém, apenas 2,2% dessas diárias foram analisadas presencialmente, devido à limitação da visita médica somente às demandas da auditoria interna. A taxa de negativas após as visitas foi de 17,4%, resultando em uma economia de R\$244.125,00 para o ano. Em 2022, a abordagem da VMH passou por uma reformulação e 78,4% das 16.864 diárias foram acompanhadas pela equipe a partir de março. Essa mudança levou a uma taxa de glosas após visita de 14,5%, gerando uma economia aproximada de R\$1.137.143,00. Em 2023, a auditoria acompanhou 91,3% das 6.681 diárias de internamento até junho, com uma taxa de glosas de 11,2%, economizando aproximadamente R\$645.771,00 em 6 meses. Com a melhora no processo de visitas e acompanhamento protocolar dos pacientes internados, a VMH implementou um novo fluxo operacional em fevereiro de 2023. Com ele, internamentos com boa evolução clínica e potencial de alta nas próximas 48 horas ou que apresentem ausência nos critérios de manutenção no setor emitem um alerta para a equipe assistente do hospital. Isso visa garantir foco no caso, otimizar processo de alta em tempo hábil e reduzir o risco de glosas. Essa mudança também gerou melhorias nos indicadores de tempo de internamento, com uma redução significativa no tempo médio de internamento

tanto em UTI (27,2%) quanto na enfermaria (34,8%). A abordagem da VMH se mostrou essencial para garantir a qualidade dos serviços prestados, otimizar recursos financeiros e oferecer um atendimento mais eficiente e personalizado aos beneficiários do plano de saúde. Os resultados demonstram que uma auditoria bem executada pode trazer benefícios econômicos significativos e contribuir para a promoção de uma assistência médica de qualidade.

Conclusão: A auditoria de visita médica hospitalar desempenha um papel fundamental na gestão eficiente de operadoras de saúde, trazendo benefícios econômicos e melhorando a qualidade dos serviços. Com uma abordagem criteriosa e acompanhamento dos pacientes internados, houve redução significativa na taxa de glosas, gerando economia de R\$1.782.914,00 em diárias analisadas pela nova VMH. A implementação no ICS mostrou-se eficaz em garantir qualidade, otimizar recursos e oferecer cuidados personalizados. A estratégia demonstra a importância da auditoria no controle de custos e na promoção de uma assistência médica de qualidade.

Palavras-chave 1. Auditoria de visita médica hospitalar; 2. Benefícios econômicos; 3. Operadoras de saúde

INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE NA GESTÃO DE PACIENTES INTERNADOS: A AUDITORIA DO CUIDADO COMO ABORDAGEM INTEGRADA PARA DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA, PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E REDUÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES

Rogério Ferreira da Silva
Paula Costa Drumond
Sandra Amaral Rocco
Gizelli Aires Ribeiro Nader
Bruno Santos da Silva Limas

Introdução: A assistência hospitalar representa 45% das despesas anuais das operadoras de saúde e o modelo hospitalocêntrico, focado na doença, resulta em internações prolongadas em unidades de alta complexidade e maior risco de eventos adversos. A ocorrência de eventos adversos gera impacto financeiro, com gastos adicionais estimados em R\$ 4.460,00 por evento. A gestão eficiente do paciente internado se apresenta como uma estratégia relevante para enfrentar esses desafios. **Objetivos:** Destacar a importância da gestão do paciente internado como estratégia para a melhoria da qualidade, segurança do paciente e otimização dos recursos. **Métodos:** Estudo observacional, longitudinal e retrospectivo, com análise de dados financeiros relacionados à desospitalização, mudança de acomodação e notificação de eventos adversos, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022 em operadora de saúde com 500 mil vidas. A coleta de dados foi realizada por meio de formulários eletrônicos, preenchidos pelos profissionais da auditoria do cuidado composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais. Foram utilizados critérios para acompanhamento: Pacientes com internação superior a três dias; Internações em caráter de urgência/emergência; Internações cirúrgicas com intercorrência; Internações em unidade fechada, a partir do primeiro dia. Os cálculos de custo evitado com desospitalização e mudança de acomodação foram baseados em valores de tabela da operadora. Os dados de custo evitado com eventos adversos, fundamentados em despesas adicionais por evento adverso, conforme relatado na literatura. A equipe de auditores atuava nos hospitais, otimizando autorizações, interagindo com assistentes, pacientes e familiares. Os eventos adversos notificados foram tratados em conjunto com os assistentes e núcleo de qualidade do prestador. A amostra foi obtida por conveniência, a partir da extração de dados dos formulários eletrônicos. Para a análise dos resultados, foi utilizada estatística descritiva. **Resultado e discussão:** foram realizadas 344.025 visitas, em 129.197 pacientes. O custo evitado com desospitalização e mudança de acomodação foi de R\$ 10.857.640,00. Em média, foram indicados 4.749 casos/ano de desospitalização pela equipe de auditoria, sendo que 92% desses casos foram efetivados em até 48 horas. A maioria das saídas hospitalares correspondeu à alta médica (93%). Ainda, 7% dos casos demandaram assistência domiciliar. A média anual de indicações de mudança de acomodação foi de 1.794 casos, com uma taxa de acato pela equipe assistente em 67%, em média. Quanto aos eventos adversos, foram notificados 13.680 eventos durante o período. Dentre esses eventos, 77,1% foram classificados como leves, 20,5% como moderados, 2,2% como severos e 0,23% (31 eventos) resultaram em morte. O principal evento notificado foi

relacionado ao uso de dispositivos médicos (32,6%). Ao longo do estudo, houve uma redução progressiva no número de notificações de eventos, com reduções de 18% em 2020, 62% em 2021 e 77% em 2022. Estima-se que, ao longo dos 4 anos de estudo, um total de 9.644 eventos adversos foram evitados, com custo evitado de R\$ 43.012.240,00. O custo evitado com a gestão integrada do paciente internado, considerando desospitalização, mudança de acomodação e eventos adversos, totalizaram R\$ 53.869.880,00.

Conclusão: A atuação da auditoria do cuidado mostrou-se fundamental para otimizar recursos hospitalares e promover qualidade e segurança do cuidado. A redução do número de notificações de eventos reflete a eficácia das intervenções. A interação com equipe assistente, atuação in loco e implementação de protocolos padronizados foram essenciais para o custo evitado estimado de R\$ 53.869.880,00 em 48 meses. Recomenda-se que as operadoras de saúde considerem a implementação de estratégias de auditoria do cuidado, visando melhoria contínua da qualidade assistencial e redução de custos hospitalares.

Palavras-chave: Auditoria do cuidado. Eventos adversos. Desospitalização.

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA COMO TRATAMENTO ADJUVANTE: RELATO DE 03 CASOS DE PÓS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO PILONOIDAL

Jacqueline de Azerêdo Silva
Caroline Silva Novis
Soraia de Azerêdo Silva Pollyanna
Andreza Acioli Milazzo

Objetivo: Analisar o desfecho de 03 casos de pós-operatório de tratamento cirúrgico de cisto pilonoidal, secretivo, volumoso e profundo, encaminhados para oxigenoterapia hiperbárica (OHB) como terapia adjuvante. **Métodos:** Pesquisa do tipo estudo de caso. Foram encaminhados pelo médico cirurgião assistente para oxigenoterapia hiperbárica como tratamento adjuvante, no intuito de acelerar a granulação e epitelização tecidual. Selecionado 03 casos submetidos a tratamento cirúrgico de cisto pilonoidal, incisão e drenagem, utilizando, portanto, técnica sem fechamento primário. Dois casos clínicos tiveram acompanhamento com documentação fotográfica da evolução no momento inicial à admissão a sessão de OHB, na 10ª sessão, na 18ª sessão e 28ª sessão e o terceiro caso clínico com acompanhamento com documentação fotográfica no momento inicial à admissão a sessão de OHB, na 9ª sessão, na 17ª sessão e 28ª sessão. Foram submetidos a 01 sessão diariamente, conforme protocolo estabelecido no serviço, exceto aos domingos. **Resultados e discussão:** Com base na literatura, foi elaborado protocolo clínico por este serviço, com realização de acompanhamento com documentação fotográfica da evolução no momento inicial a sessão de OHB, na 10ª sessão, na 18ª sessão e 28ª sessão e o terceiro caso clínico com acompanhamento com documentação fotográfica inicial à admissão a OHB, na 9ª sessão, na 17ª sessão e 28ª sessão. Quantitativo de sessões foi estabelecido ao avaliar a evolução do quadro clínico, finalizando com tecido granulado e epitelizado. **Conclusão:** Dentre os 03 casos clínicos relatados neste estudo, pode-se relatar desfecho satisfatório, ao ser submetido a oxigenoterapia hiperbárica como terapia adjuvante acelerando o processo cicatricial, com granulação e epitelização tecidual. **Palavras-chave:** Oxigenoterapia hiperbárica. Cisto Pilonoidal. Terapia adjuvante.

REESTRUTURAÇÃO DE SERVIÇO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA EM MUNICÍPIO DE GESTÃO PLENA

Talita Sposito de Oliveira
Débora Talita Dantzger Torresilha
Maik Lucarinni Bueno
Laércio Martins
Adriana Rogeri Franco
Marcelo Moraes

Introdução: A Portaria nº384, de 04 de abril de 2003, atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais, assim formatando um modelo de descentralização da gestão, conhecida como Gestão Plena do Sistema Municipal. No modelo de Gestão Plena se destaca as responsabilidades em estruturar serviços em saúde e fiscalizar como esses serviços são executados.

Objetivo: relatar a experiência em reestruturar um Departamento de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação, dentro de um município habilitado em Gestão Plena, seguindo preceitos éticos. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, classificada como estudo de caso, pela qual, através de análise documental, entrevistas e visita técnica foram analisadas as medidas frente a reestruturação do Departamento de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação. O município do estudo é Gestão Plena desde o ano de 2010, e o processo de reestruturação iniciou-se em 2021. **Resultado e discussão:** A princípio, foi proposto um estudo geral do que já havia sido realizado dentro do Departamento e de quais as necessidades ainda não tinham sido sanadas. Foram realizadas visitas em outros municípios de Gestão Plena a fim de compartilhar dificuldades e conhecer novas estratégias. Outro ponto importante, foram as ordens de serviço emitidas pelo Gestor, para realizar auditorias nos serviços em que a Gestão possui governabilidade direta, como no Ambulatório, e de forma indireta, nos prestadores de serviço. Aqui esbarramos com situações que culturalmente não eram apontadas e que trazidas para discussão causam um desconforto; mas que ajudam a intervir em pontos que podem melhorar a qualidade da assistência ao paciente. Foram identificadas a ausência de Manuais e Protocolos para nortear o Processo de trabalho, e a necessidade de reestruturar o Departamento de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação. Foi observada a importância de profissionais capacitados para o desafio de regular e auditar serviços em saúde; sem ferir preceitos éticos e seguindo a literatura disponível. Outra estratégia da Gestão, foi desenvolver cronogramas de auditoria; além da instalação do Programa de Educação Permanente com investimento em Cursos, congressos e simpósios; e por fim o desenvolvimento de um Manual Municipal, baseado na literatura prevista pelo Ministério da Saúde, particularizando as especificidades do município. Entre as limitações encontrados para a estruturação do Departamento estão: a) as dificuldades impostas pelas Instituições frente a fornecer os dados para os processos de auditoria; b) a subjetividade de algumas situações não previstas na literatura disponível, o que gera diferentes posturas dentro da mesma equipe de auditoria; c) o assédio sob os profissionais envolvidos nos processos de auditoria referente a prestadores

terceirizados e, d) os desenhos de planos de carreira dos profissionais envolvidos. **Conclusão:** Ficou evidente a importância da reestruturação do Departamento de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação, assim como o desenvolvimento de um Manual próprio, a fim de estabelecer processos de trabalho; que não se percam com as mudanças de gestão. Os concursos e planos de carreira específicos para cargos de auditoria, tendem a selecionar as pessoas, assim tornando o profissional especialista na função que exerce, o que leva a um processo de formação técnica mais aprimorada, sem grande rotatividade; que se reflete em melhor qualidade ao paciente. Nosso projeto de reestruturação está em construção.

Palavras chaves: Auditoria em saúde. Manual de Auditoria. Gestão dos prestadores.

EVOLUÇÃO DO CUSTO DO TRATAMENTO DO CÂNCER NOS ÚLTIMOS 36 MESES EM UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

João Paulo dos Reis Neto
Juliana Martinho Busch

Introdução: No Brasil, o câncer além de ser uma das principais causas de adoecimento e morte, representa um dos maiores gastos assistenciais, público e privado. Independente do perfil populacional da operadora de plano de saúde, os custos diretos do câncer representam uma ameaça concreta à sustentabilidade do sistema. **Objetivos:** analisar a evolução da utilização e os custos das terapias farmacológicas, que inclui a quimioterapia, terapia-alvo, hormonioterapia e imunoterapia, em uma autogestão. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectiva a partir de banco de dados administrativos, que consiste em todos os beneficiários do plano de saúde diagnosticados com câncer e que receberam tratamento farmacológico nos últimos 36 meses (setembro/2019 a agosto/2022). Tendo como base o Período 1 (P1, set/2019 a ago/2020), analisou-se a evolução nos demais períodos (P2 e P3, set/2020 a ago/2021 e set/2021 a ago/2022, respectivamente) da taxa de utilização de quimioterápicos e os custos envolvidos (per capita e por paciente tratado). Também foi acompanhada a evolução das despesas com antineoplásicos orais e a proporção dessas em relação às demais vias de administração. Avaliou-se ainda, os princípios ativos mais prescritos no período. Microsoft Excel® v2010 e Qlik Sense® v13.21 foram utilizados para frequências relativas e absolutas, médias e desvio padrão (intervalos de confiança de 95%, significância quando $p < 0,05$). **Resultados e Discussão:** No período do estudo, 982 beneficiários (683, 601 e 572, respectivamente em P1, P2 e P3) foram submetidos a tratamento com antineoplásicos (média etária 68 anos, 50,7% mulheres). No P1, 1,6% do total de expostos recebeu algum tipo de quimioterapia. Nos intervalos seguintes, o percentual aumentou: P2=1,7% e P3=2,1%. Embora o custo por paciente tratado tenha aumentado apenas 4,7% em 36 meses, a despesa anual por exposto, ou seja, toda a carteira do plano e não somente os diagnosticados com câncer, aumentou 40,5%. Cabe ressaltar que a variação ocorrida no P2 em relação ao P1 foi de 7,8%, porém, no P3 em comparação ao P2, 30,3%. A proporção de pacientes recebendo antineoplásicos orais em relação aos tratados se manteve relativamente estável (P1=53,6%, P2=54,7% e P3=52,3%). Os dez princípios ativos de maior consumo financeiro e correspondente a mais da metade do total de despesas foram: nivolumabe, daratumumabe, bevacizumabe, trastuzumabe, pembrolizumabe, pertuzumabe, enzalutamida, atezolizumabe, paclitaxel e brentuximabe vedotina. **Conclusão:** As terapias moleculares e imunológicas revolucionaram o tratamento do câncer e melhoraram os resultados e a sobrevida dos pacientes, porém, o advento dessas novas opções de tratamento representa um desafio adicional para o sistema de saúde. Apenas nos últimos 36 meses, como demonstrado nesse estudo, o custo per capita do tratamento do câncer aumentou cerca de 40%, com destaque para o último período, que coincide com a ampliação do rol de coberturas obrigatórias e a retomada de procedimentos em decorrência do controle da pandemia pelo novo coronavírus. No período, a proporção de pacientes recebendo drogas orais na oncologia se manteve, e, apenas uma dessas moléculas está entre os dez medicamentos de maior consumo

financeiro. Minimizar o impacto financeiro das novas tecnologias usadas para o tratamento do câncer, através de uma gestão responsável voltada para o paciente e pautada nas melhores evidências científicas, é fundamental para manutenção da sustentabilidade do sistema, em particular, nas autogestões, cujo perfil etário populacional é o mais elevado de todos os segmentos da saúde suplementar.

Palavras-chave: Oncologia. Câncer. Custos da saúde.

EVOLUÇÃO DO CUSTO DA TERAPIA IMUNOBiolÓGICA NOS ÚLTIMOS 36 MESES EM UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

João Paulo dos Reis Neto
Juliana Martinho Busch

Introdução: No decorrer da última década, várias terapias imunobiológicas foram desenvolvidas para inibir a progressão de danos estruturais e melhorar a função física em pacientes portadores de doenças autoimunes e inflamatórias. Essas condições estão presentes em cerca de 5% a 7% da população mundial, constituindo-se em importante causa de mortalidade. Desde 2012 os imunobiológicos foram incorporados gradativamente na saúde suplementar. Entretanto, nos últimos anos, os gastos com estes medicamentos aumentaram dramaticamente devido ao alto custo e a ampliação das indicações clínicas com cobertura obrigatória. **Objetivos:** analisar a evolução da utilização e os custos desses produtos em uma autogestão. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectiva a partir de banco de dados administrativos que consiste em todos os beneficiários do plano de saúde que receberam tratamento com imunobiológicos em variadas indicações nos últimos 36 meses (setembro/2019 a agosto/2022). Tendo como base o Período 1 (P1, set/2019 a ago/2020), analisou-se a evolução nos demais períodos (P2 e P3, set/2020 a ago/2021 e set/2021 a ago/2022, respectivamente) da taxa de utilização de imunobiológicos e os custos envolvidos (per capita e por paciente tratado). Também foi analisada a evolução das despesas com estes produtos e a proporção deles em relação às demais classes farmacológicas. Avaliou-se ainda, os princípios ativos mais prescritos no período. Microsoft Excel® v2010 e Qlik Sense® v13.21 foram utilizados para frequências relativas e absolutas, médias e desvio padrão (intervalos de confiança de 95%, significância quando $p < 0,05$). **Resultados e Discussão:** No período do estudo, 201 beneficiários (79, 67 e 72, respectivamente no P1, P2 e P3) foram submetidos à terapia imunobiológica (média etária 62 anos, 72,6% mulheres). No P1, 0,18% do total de expostos recebeu algum tipo de tratamento. Nos intervalos seguintes, o percentual aumentou: P2=0,19% e P3=0,26%. O custo por paciente tratado aumentou 37,7% em 36 meses, enquanto a despesa anual por exposto, ou seja, toda a carteira do plano e não somente os que receberam imunobiológicos, dobrou (+101,0%). A proporção de gastos com imunobiológicos em relação à despesa assistencial geral se manteve relativamente estável (1,2%, 1,7% e 1,6%, no P1, P2 e P3, respectivamente). Os sete princípios ativos de maior consumo financeiro e correspondente a 2/3 do total de despesas foram: infliximabe, tocilizumabe, golimumabe, bevacizumabe, adalimumabe, vedolizumabe e secuquimumabe. **Conclusão:** Com a chegada dos imunobiológicos, o tratamento de algumas patologias, até então de difícil controle, vislumbrou a possibilidade de modificação no curso natural da doença. Entretanto, conforme demonstrado nesse estudo, observamos que o custo por paciente tratado aumentou cerca de 38% e o impacto sobre o per capita da carteira dobrou. A expectativa quanto à introdução de novos medicamentos e dos biossimilares era de que impulsionasse a competição econômica, levando a uma economia total por medicamento, mas que, infelizmente, na prática não foi observado, tornando-se assim, um grande desafio no cotidiano dos gestores da saúde, que devem

repensar os modelos de remuneração utilizados atualmente, de modo a permitir a sustentabilidade do setor e a ampliação do acesso a essas tecnologias.

Palavras-chave: Imunobiológicos. Custos da saúde. Sustentabilidade.

SOBREVIDA A LONGO PRAZO APÓS UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UM ESTUDO DE COORTE DE BASE POPULACIONAL EM UMA AUTOGESTÃO (2012-2021)

João Paulo dos Reis Neto
Juliana Martinho Busch

Introdução: Ano após ano o Acidente Vascular Cerebral (AVC) continua sendo uma doença com elevadas taxas de mortalidade, além de ser a principal responsável por incapacidade na população brasileira. Qualquer AVC pode gerar consequências catastróficas e imensuráveis para um indivíduo e sua família, entretanto o impacto da doença não acaba por aí. A sociedade paga um alto preço, determinado por elevados custos do sistema de saúde e auxílios previdenciários para os acometidos. Na saúde suplementar faltam dados epidemiológicos sobre as taxas de sobrevida, em longo prazo, dos pacientes após o primeiro AVC. Tal conhecimento é essencial para a avaliação das cargas de doença atual e futura dessa condição. **Objetivos:** apresentar os resultados do seguimento temporal, de até 10 anos, de pacientes após internação por acidentes vascular cerebral isquêmico e hemorrágico. **Metodologia:** Utilizando o banco de dados administrativos do plano de saúde, selecionamos todos os beneficiários que internaram com diagnóstico principal de AVC, no período de 2012 a 2021. Considerando-se como evento de interesse o óbito por todas as causas, aplicamos as curvas de Kaplan-Meier para estimar as taxas de sobrevida cumulativa. Modelos de regressão de risco proporcional de Cox foram utilizados para avaliar a associação independente entre preditores de mortalidade (sexo, idade) e de comorbidades que representam fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus). Para cada indivíduo, calculamos os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) devido à morte por todas as causas e específicos devido ao AVC e suas complicações. Qlik Sense® v13 e Microsoft® Excel 2018 foram usados na extração e análise de dados. Testes Qui-quadrado (Mantel-Haenszel e Exato de Fisher) foram efetuados para significância estatística ($p < 0,05$). Intervalo de confiança de 95%. **Resultados e Discussão:** No total, 1.910 pacientes acometidos por todos os tipos de AVC foram incluídos no estudo. A média etária foi de 75,3 anos, 51,4% eram mulheres. Do total, 767 morreram durante o período de acompanhamento. As taxas cumulativas de sobrevida em 90 dias, 1 ano, 5 anos e 10 anos de pacientes com AVC na coorte estudada foram de 81,1%, 66,7%, 32,3% e 9,8%, respectivamente. O fator determinante mais importante para a sobrevida em longo prazo foi a idade no momento do acidente vascular cerebral, sendo menor para aqueles acometidos com idade superior a 80 anos (taxa de sobrevida de 10 anos de apenas 6,8%). O modelo preditivo multivariado revelou que a presença de diabetes ($p < 0,001$) e hipertensão arterial ($p < 0,001$) foram fatores significativamente desfavoráveis. A estimativa em dias de APVP foi de 9.675 daqueles que morreram após AVC (359 mulheres, 4.427 dias; 408 homens, 5.248 dias). **Conclusão:** Apesar das grandes melhorias observadas nos últimos anos na prevenção e na abordagem inicial na fase aguda (trombólise venosa, trombectomia mecânica e estabilização clínica inicial em unidades especializadas), o AVC continua sendo uma doença devastadora. Como esperado, neste estudo a idade influenciou no elevado risco de baixa sobrevida. Diabetes e hipertensão foram também

preditores independentes significativos a longo prazo. Os APVP observados reforçam a necessidade de medidas mais efetivas de prevenção e iniciativas abrangentes de atenção ao AVC e nos cuidados após o evento. Além de todo impacto pessoal e social, a doença conhecidamente resulta em elevadas despesas assistenciais, diretamente relacionadas ao grau de sequelas adquiridas, sendo uma ameaça adicional à sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

Palavras-chave: AVC. Sobrevida. Acidente vascular cerebral

IMPACTO CLÍNICO E ECONÔMICO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM BENEFICIÁRIOS DE UMA OPERADORA DE AUTOGESTÃO

João Paulo dos Reis Neto
Juliana Martinho Busch

Introdução: O Tromboembolismo Venoso (TEV), que inclui a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), afeta 10 milhões de pessoas por ano no mundo, sendo a segunda complicação médica mais comum e causa importante de internação hospitalar prolongada. Com o envelhecimento da população, e o aumento da prevalência da obesidade, observa-se uma maior incidência de TEV e conseqüentemente da carga econômica da doença.

Objetivos: identificar a morbimortalidade do tromboembolismo e analisar as diversas opções terapêuticas utilizadas e os custos envolvidos, sob a perspectiva de uma operadora de plano de saúde na modalidade autogestão.

Metodologia: Usando bancos de dados administrativos de saúde, identificamos todos os casos incidentes de TVP ou EP, no período de 36 meses (setembro/2019 a agosto/2022). As taxas anuais de utilização e gastos com saúde, sob a perspectiva do pagador, foram categorizadas em três grupos de pacientes tratados: apenas com anticoagulantes, com terapias avançadas (inclui: trombólise sistêmica, trombólise dirigida por cateter, trombectomia mecânica e embolectomia cirúrgica), e com demais tratamentos. Para permitir comparações válidas, a mesma metodologia de custo anual médio foi aplicada a todas as terapias (método *top down* - divisão do gasto total para um determinado conjunto de pacientes pelo número total de serviços prestados). Estatísticas descritivas resumidas foram produzidas, estratificadas por grupos e testes estatísticos usados para comparar custos (significância quando $p < 0,05$; intervalo de confiança 95%).

Resultados e discussão: Do total de 11.145 internados, 437 pacientes (3,9%) foram diagnosticados com TEV – 286 mulheres e 151 homens, com idade média (desvio padrão) de 72,5 (15,3) e 73,9 (14,0) anos, respectivamente. O tratamento consistiu apenas em anticoagulação em 80,5% dos casos, terapias avançadas em 3,0% e outras em 16,5%. A mortalidade por todas as causas de TEV em 36 meses foi de 21,7%. O custo do tratamento hospitalar e terapias pós-alta, incluindo reabilitação, exames de imagem e laboratoriais foi de R\$ 49.969,32 por paciente/ano no grupo de anticoagulação isolada, de R\$ 103.903,80 no de terapias avançadas e de R\$ 11.615,22 no grupamento que recebeu outros tratamentos ($p < 0,0001$). Nos pacientes com terapia avançada, o tempo médio de internação após o procedimento foi de 13,9 dias. **Conclusão:** Nas últimas décadas, várias ações na área de prevenção, métodos diagnósticos e tratamento da trombose venosa foram alcançadas. Como demonstrado nesse trabalho, os custos do tratamento de TEV são consideráveis e aumentam acima do índice de inflação médica geral, sendo a parcela referente à hospitalização o principal ofensor. Os resultados observados reforçam a necessidade de estratégias de prevenção direcionadas aos fatores de risco para TEV e de melhorias na gestão hospitalar, a fim de diminuir a morbimortalidade e otimizar a alocação de recursos. Os esforços para medir a carga da doença e aumentar a conscientização sobre os sintomas e fatores de risco, como, por exemplo, a obesidade, estão sendo aprimorados com foco na prevenção, elemento primordial para evitar o desenvolvimento de TEV. Além disso, encontra-se em

análise a implementação de estratégias de avaliação de risco de TEV, associado a um modelo de impacto econômico, permitindo-nos identificar beneficiários de alto risco para os quais a tromboprofilaxia pode ser ofertada através de programa de assistência farmacêutica específico.

Palavras-chave: Tromboembolismo venoso. Trombose venosa profunda. Embolia pulmonar

SOBREPESO, OBESIDADE E CÂNCER: ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO DE 2005 A 2021 EM UMA AUTOGESTÃO (DADOS DE MUNDO REAL)

Juliana Martinho Busch
João Paulo dos Reis Neto

Introdução: A prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando significativamente nos últimos anos, sendo importantes fatores de risco para diversas doenças crônicas, tais como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, representando um grande desafio global para a saúde. O índice de massa corporal (IMC) é comumente utilizado para averiguar o estado nutricional e monitorar o excesso de peso em grupos populacionais. Quando elevado, o IMC é um fator de risco importante para o câncer, que constitui outro problema de saúde considerável e crescente em todo o mundo. Cerca de 4 a 8% de todos os cânceres são atribuídos à obesidade. **Objetivos:** analisar o risco de desenvolvimento de câncer em indivíduos com sobrepeso/obesidade sob a perspectiva de uma operadora de plano de saúde na modalidade autogestão. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo, abrangendo o período de 2005 a 2021, de todos os beneficiários que preencheram um inquérito epidemiológico no momento da adesão ao plano de saúde, contendo informações do peso e da altura que permitiram a determinação do IMC. Os beneficiários foram classificados em dois grupos: sem sobrepeso/obesidade ($IMC \leq 24,9 \text{ kg/m}^2$) ou com sobrepeso/obesidade ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Utilizando os registros eletrônicos de saúde do banco de dados administrativo, assim como um modelo de regressão logística, examinamos a associação do IMC com o risco de câncer do sistema digestivo, incluindo câncer de esôfago, estômago, colorretal, fígado, vesícula biliar e pâncreas, bem como câncer de rim, tireoide, mama, endométrio e ovário, todos ajustados para a idade e o sexo. Para significância estatística, testes Qui-quadrado (Exato de Fisher), quando $p < 0,05$. Intervalos de confiança (CI) 95%. A razão de chances (OR - *Odds Ratio*) foi avaliada na comparação dos resultados por grupos. **Resultados e Discussão:** Foram analisados 8.840 indivíduos (idade média de $65 \pm 16,8$ anos). A prevalência de sobrepeso/obesidade foi de 53,4% ($n=4.719$, idade média $67 \pm 15,1$ anos). O efeito combinado de risco (Odds Ratio) de câncer associado ao sobrepeso e obesidade foi de 1,44 (IC95% 1,18-1,76), quando comparado ao grupo sem sobrepeso/obesidade ($n=4.121$, idade média $62 \pm 18,2$ anos). Quando analisados por causas específicas dos três tipos mais frequentes de cânceres, temos o que segue: aparelho digestivo - OR=1,59 (IC95% 1,06-2,38), mama - OR=1,39 (IC95% 1,04-1,85) e tireoide - OR=1,72 (IC95% 1,05- 2,81). Em todos os casos, observamos diferenças entre os grupos com significância estatística ($p < 0,05$). **Conclusão:** O estudo reflete a forte associação entre sobrepeso/obesidade e o risco de desenvolvimento de vários tipos de câncer, corroborando relatos da literatura médica. É esperado para os próximos anos um aumento de neoplasias relacionadas à gordura corporal, visto que as taxas de sobrepeso e obesidade são crescentes, agravadas ainda mais pela pandemia da COVID-19. Com base nesse cenário, implementamos para beneficiários do plano um projeto piloto de abordagem multidisciplinar e tratamento farmacológico nos portadores dessas condições, cujos resultados, após 18 meses, demonstraram a diminuição do IMC e

correspondente redução de 10% do peso corporal inicial. Os resultados desse programa, aliados à correlação do IMC elevado e ao desenvolvimento de neoplasias encontrados neste estudo, foram determinantes para a operadora na definição de programas e políticas de saúde relativas ao sobrepeso, à obesidade e ao câncer.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Câncer

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E FARMACOLÓGICA PARA O TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE EM UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

Juliana Martinho Busch
João Paulo dos Reis Neto

Introdução: A obesidade é um fator de risco independente para doenças crônicas e, portanto, uma fonte potencial de gastos excessivos com saúde que podem ser evitados. Durante realização prévia de inquérito epidemiológico autorreferido (2017) na operadora, ao analisarmos o estado nutricional, identificamos altos índices de sobrepeso/obesidade nos beneficiários do plano de saúde, além de um custo incremental significativo. Em decorrência dos resultados encontrados, foi implantado um projeto piloto de abordagem multidisciplinar e tratamento farmacológico nos portadores dessas condições.

Objetivos: avaliar os resultados sobre a perda de peso e a alteração do Índice de Massa Corporal (IMC) na população acompanhada por uma operadora de saúde. **Metodologia:** Em 2020, um novo inquérito epidemiológico foi aplicado em 394 beneficiários para verificação do perfil nutricional. Desses, selecionamos os que preencheram critérios de inclusão no programa: idade igual ou superior a 18 anos, presença de sobrepeso (IMC 25–29,9 kg/m²), com comorbidades, ou obesidade (IMC ≥30 kg/m²). Para verificação da eficácia do tratamento, como resultados primários, consideramos a alteração de peso em kg, perda de ≥ 5% e ≥ 10% do peso corporal basal, e a alteração do IMC. Também foi averiguado por meio de bancos de dados administrativos do plano de saúde, presença de comorbidades anteriores, número de internações, utilização de serviços laboratoriais e consultas ambulatoriais. Qlik Sense® v13 e Microsoft® Excel 2018 foram usados na extração e análise de dados. Testes Qui-quadrado (Mantel-Haenszel e Exato de Fisher) foram efetuados para significância estatística ($p < 0,05$). Intervalo de confiança de 95%. **Resultados e Discussão:** Do total de entrevistados, 84 atenderam aos critérios de inclusão no programa (média etária 43 anos), sendo 81% mulheres. Dentre as comorbidades avaliadas, 39,3% eram portadores de dislipidemia, 19,0% de diabetes mellitus, 16,7% de hipertensão arterial sistêmica e 3,5% de depressão. Após 18 meses do programa de tratamento, a mudança média de peso foi de -8,7 kg, -9,8% do peso inicial (perda ≥ 5% de 71,4% e, ≥ 10% no peso corporal basal, de 50,0%,). A diminuição do IMC foi de -3,1 kg/m² (-9,7%). Enquanto 62,5% sofriam de obesidade e 38,5% com sobrepeso no início, após a intervenção do programa, esses percentuais variaram para 30,4% no caso da obesidade ($p < 0,001$), 53,6% no tocante ao sobrepeso e 16,0% apresentavam peso normal. Nos últimos 12 meses (setembro/2021 a agosto/2022), em relação ao período anterior (set/2020 a ago/2021), observamos no grupo uma redução das taxas de utilização de consultas, de atendimentos em prontos-socorros, de realização de exames ambulatoriais e terapias, bem como de internações (24,0%, 44,7%, 17,1%, 46,5% e 25,0%, respectivamente). **Conclusão:** Os resultados do programa multidisciplinar e farmacêutico no período analisado (18 meses) sobre o IMC demonstram redução significativa do número de indivíduos classificados como obesos e, nos demais participantes, mudança de categoria para níveis inferiores da escala. Com isso, espera-se a médio e longo prazos que a diminuição de peso

resulte em benefícios clinicamente importantes, com potencial para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população. Dada a alta prevalência de obesidade na população, há, ainda, um significativo potencial para a redução dos gastos com saúde, permitindo melhor gestão dos recursos assistenciais e a sustentabilidade do sistema.

Palavras-chave: Obesidade. Sobrepeso. Tratamento multidisciplinar.

O IMPACTO DAS NOVAS TECNOLOGIAS EM OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA AUDITORIA MÉDICA

Miriam Marchese

Atena Oliveira Zatarin

Lisandra Borsato da Silva Valvassori

Fernando Miguel de Sousa

Introdução: As demandas que as operadoras de planos de saúde devem custear tornaram-se praticamente ilimitadas em meio ao surgimento de novas tecnologias em saúde e o envelhecimento e adoecimento da população, sendo imperativo refletir sobre a sustentabilidade das operadoras de planos de saúde (OPS). Para tanto, a auditoria em saúde, realizada por diversos profissionais, objetiva, principalmente, controle da qualidade assistencial e adequada alocação de recursos financeiros, com todos os preceitos da ética de cada conselho profissional, lançando mão de ferramentas e indicadores, como a sinistralidade como medida indireta dessa relação adotada pelas OPS.

Objetivos: Apresentar a Reflexão, à luz da análise da auditoria em saúde, sobre o impacto das novas tecnologias na Saúde Suplementar. **Método:**

Estudo descritivo, qualitativo, tipo relato de experiência, realizado a partir da prática na área de auditoria de regulação médica em OPS. **Resultado e**

Discussão: O auditor médico possui como atribuição desafiadora a elaboração de pareceres técnicos, pois a rapidez do surgimento das novas tecnologias (medicamentos, produtos para a saúde e procedimentos) é exponencial e algumas de extrema complexidade (como terapias avançadas de custos milionários). Esses documentos subsidiam a deliberação por parte de alçadas decisórias quanto a incorporações e autorizações por excepcionalidade. Ainda, a atividade tornou-se mais complexa com o advento da Lei nº 14.454/2022, que altera a Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, que estabelece critérios para a cobertura de eventos de saúde que não estão originalmente incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar. Além disso, a demanda para manifestação técnica é recebida por diversos meios e para fins distintos, como Notificações de Intermediação Preliminar - NIP; Cartas negativas; Ouvidorias; Ações Judiciais. Para *Sousa et al* (2023), a incorporação de novas tecnologias na área da saúde representa um desafio a ser enfrentado de forma diligente pelos gestores e profissionais do setor, em todos os níveis de atuação. Para tanto, devem ser considerados relação custo-efetividade, impacto orçamentário, custo evitável, metodologias de estudo da Medicina Baseada em Evidência. Devem ser desestimuladas práticas como internações hospitalares e domiciliares prolongadas e/ou desnecessárias, indicação de procedimentos e OPME de forma indiscriminada e abusiva e tratamentos fúteis. A crescente inovação tecnológica acarreta aumento expressivo nos custos da saúde, com consequente restrição de recursos orçamentários. Adicionalmente, pressão da indústria, da mídia e dos profissionais assistencialistas, demanda de usuários por direitos e a consequente judicialização da saúde pioram ainda mais o cenário (*Laranjeira e Petramaleos, 2013*). **Conclusão:** O avanço médico-tecnológico em saúde tende a ser exponencial, exigindo cada vez mais amplo conhecimento dos auditores e atualização constante frente às novas tecnologias. O profissional tem papel fundamental ao proporcionar

informações e apoio à gestão para a tomada de decisão, equilibrando a qualidade da assistência, desfechos clínicos favoráveis e saúde financeira da OPS. As fontes pagadoras vêm discutindo alternativas para custeio e implementação de novos modelos de remuneração, como compartilhamento de risco e remuneração baseada em valor. É fundamental a participação das mais diversas instituições como o Ministério da Saúde, agências reguladoras, órgãos avaliadores, indústrias e universidades, para que seja possível o desenvolvimento de modelos de gestão integrada sustentáveis na entrega de valor em saúde aos beneficiários.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Tecnologias em Saúde. Operadoras de Plano de Saúde.

PERFIL DOS PROFISSIONAIS AUDITOR E REGULADOR DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE, DO SUDOESTE DE MINAS GERAIS

Talita Sposito de Oliveira
Débora Talita Dantzger Torresilha
Renato Alves França
Adriana Rogeri Franco
Ana Carolina Leite Coelho Ferreira
Maik Lucarini Bueno

Introdução: A Auditoria/Regulação Médica, apesar de sua importância, somente nos últimos anos tem sido valorizada, sendo pouco abordada em artigos e trabalhos de conclusão de cursos e com raras publicações específicas sobre o tema. Igualmente, os profissionais que desempenham tal atividade, gradativamente foram dedicando mais tempo ao seu estudo e aperfeiçoamento. **Objetivo:** Conhecer o perfil dos profissionais que atuam em Auditoria e Regulação, da Superintendência Regional de Saúde de Passos-MG. **Método:** Trata-se de pesquisa quantitativa, direcionada ao perfil profissional dos auditores/reguladores das Secretarias Municipais de Saúde, da Superintendência Regional de Saúde de Passos, que abrange 27 municípios da região do Sudoeste, do Estado de Minas Gerais, totalizando 227.296 habitantes. Os dados apresentados foram coletados com a utilização da ferramenta Google Forms, direcionado aos Gestores Municipais de Saúde, com questões que abordavam a quantidade de habitantes; quantidade de Instituições de Saúde; a existência no município de Departamento de Auditoria/Regulação; quantidade de profissionais; qual a formação universitária; possuem não a formação específica; qual o tipo de contratação (efetivo ou contrato), carga horária, média salarial, entre outras questões. Após respondido os questionários, foi realizada a tabulação dos dados. **Resultado e discussão:** Dos 27 municípios, responderam ao questionário 14 (52%), que somados a população destes, totalizam 227.296 habitantes. Apenas dois (14,3%) municípios não possuem Hospital; todos municípios possuem USFs; apenas 8 (57%) possui Ambulatório Municipal; metade (50%) dos municípios possuem o Departamento de Auditoria e Regulação e o quantitativo desses profissionais variam de 2 a 6 profissionais; quanto a formação universitária, a predominância é da área de Medicina, administração e enfermagem; dos 14 municípios, apenas 02 profissionais possuem formação específica em Auditoria; em relação a carga horária dos profissionais médicos ela varia de 04 a 40 horas/semanais e a média salarial entre R\$ 3 mil a R\$ 14 mil reais; em relação a carga horária de outros profissionais de nível superior, ela varia de 08 a 40 horas/semanais e a média salarial entre R\$ 2 mil a R\$ 8 mil reais, com predominância até R\$ 3 mil reais; em relação ao tipo de contratação, a maioria são servidores efetivos de outras áreas; apenas 4 (28,6%) municípios dos 7 que contam com Departamento de Auditoria e Regulação, têm Comissão para avaliar glosas de exames e contas médicas. **Conclusão:** O trabalho mostrou que apenas a metade dos municípios que responderam a pesquisa, contam com o Departamento de Auditoria e Regulação em Saúde, nas respectivas Secretarias das cidades que compõe a Superintendência Regional de Passos. Fica evidente a formação não específica para o cargo, como o aproveitamento

de profissionais de outras áreas nas atribuições de Auditoria e Regulação. A presente pesquisa contribuirá para que se possa discutir, analisar e produzir formação com conteúdos específicos aos profissionais Auditores/Reguladores das Secretarias municipais de Saúde do Brasil, haja vista a importante lacuna do conhecimento nessa área e, a necessidade de criação de cargos específicos afim de promover aperfeiçoamento na área, uma vez que esses profissionais são responsáveis pela análise da eficiência, efetividade e capacidade de gerenciamento dos recursos da saúde.

Palavras-chave: Profissional Auditor. Auditoria e Regulação. Auditoria em Saúde.

LINHA DE CUIDADOS EM DOENÇAS RARAS E O PAPEL DA AUDITORIA EM SAÚDE DIANTE DA SÍNDROME DE RETT: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Sayonara Karla Jorge da Silva Helman Palitot

Roberta Kehrle Szelmenczi

Valdir Delmiro Neves

Maria Manuela Santos Veras Galdino

Sara Joice Silva

Introdução: O conceito de Doença Rara (DR) é complexo e baseia-se, principalmente, na prevalência da doença. A Organização Mundial da Saúde considera que seriam aquelas com uma prevalência inferior a 65:100.000 (1,3:200) habitantes. São classificadas de acordo com os quatro principais fatores: incidência, raridade, gravidade e diversidade. O número exato de DR mundial não é ainda conhecido, sendo ampliado cada vez mais com novas pesquisas e inclusões legais. No Brasil, estima-se que cerca de treze milhões de pessoas possuem algum tipo de DR, sendo aproximadamente 80% delas de origem genética. Buscando melhor organizar e acompanhar seu desenvolvimento, as doenças especificadas como raras foram divididas em “raras de origem genética” e “raras não genéticas”. Desta forma, foram elencados dois eixos de DR, sendo o primeiro composto por DR de origem genética: 1. Anomalias Congênitas ou de Manifestação Tardia, 2. Deficiência Intelectual, 3. Erros inatos do Metabolismo; e o segundo formado por DR de origem não genética: 1. Infeciosas, 2. Inflamatórias, 3. Autoimunes, e 4. Outras Doenças Raras de origem não genética. A ampliação de linhas de pesquisa possibilita a integração de diversas formas de tratamentos, incluindo exames, medicamentos e alto custo, o que exigirá adaptações relevantes por parte dos Sistemas de Saúde. Mesmo já oferecendo vários destes cuidados, os sistemas terão que passar por mudanças, a fim de adaptar-se ao aumento da demanda e ao impacto orçamentário. Os valores gastos são bastante contributivos para a elevação dos custos gerais, no entanto, as autorizações e fornecimento das possibilidades de tratamentos, terapêuticas e medicamentos devem ocorrer baseados em avaliações criteriosas, auditoria especializada e centralizada para uma melhor monitoramento destes pacientes com DR.

Objetivo: apontar o impacto relacionado ao acompanhamento da Auditoria em Saúde na qualidade de vida do indivíduo com Síndrome de Rett (SR), buscando reduzir os custos e exageros, através de critérios objetivos, técnicos e viáveis economicamente.

Metodologia: Realizou-se acompanhamento de paciente portadora da SR em nosso estado, Paraíba, com uma abordagem conservadora, apontando as intervenções da Auditoria em Saúde e seus resultados, tanto no melhoramento físico, como no gerenciamento econômico da doença, seus tratamentos e a repercussão para o sistema de saúde.

Resultados e Discussão: Paciente do sexo feminino diagnosticada com SR, doença também conhecida como transtorno invasivo do desenvolvimento, que é uma desordem genética ligada ao cromossomo X dominante e por mutações das proteínas metil-CpG-binding2 (MecP2), onde ocorre uma progressiva deterioração neuromotora severa. Essa DR, afeta cerca de 1:10.000 nascimentos vivos do sexo feminino, com óbito no sexo masculino. Está entre uma das principais síndromes de desenvolvimento, levando a deficiência intelectual. No Brasil, os cinco primeiros casos de meninas com SR foram

identificados em 1987, onde começou a chamar a atenção para a incidência dessa síndrome no país, estabelecendo uma comparação com outros países que estudavam a doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a SR como sendo um dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, pelos critérios da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), inclusa no grupo F84 (Subcategoria F84.2), caracterizando-se por transtornos das interações sociais recíprocas, alterações nas modalidades de comunicação, repertório de interesses, atividades restritas, estereotipadas e repetitivas. A SR classifica-se em IV estágios, sendo úteis para o reconhecimento evolutivo da doença e as necessidades inerentes a cada etapa, são eles: Estágio I ou estágio de desaceleração precoce: inicia-se entre seis e dezoito meses, caracterizado por um atraso no desenvolvimento, com a desaceleração do perímetro craniano; Estágio II ou rapidamente destrutivo: evidenciado entre um e três anos de idade e com uma duração de semanas ou meses, ocorrendo uma rápida regressão psicomotora, com a presença de comportamentos com caracteres autistas; Estágio III ou pseudoestacionária: ocorre entre os três e dez anos, nessa fase pode haver uma melhora no comportamento e habilidades sociais e comunicativas. Estágio IV ou estágio de deterioração motora tardia: começa por volta dos 10 anos de idade e é acompanhado por uma lenta progressão dos atrasos motores que já são bastante visíveis, nesse estágio há uma deficiência física severa, a mobilidade é reduzida, e há uma diminuição dos movimentos manuais estereotipados. Nesta pesquisa, acompanhou-se intervenções realizadas pela Auditoria em Saúde no auxílio da promoção de saúde à paciente com SR, no estágio IV, cujo quadro clínico evoluiu de forma previsível, acompanhado por um período de regressão, seguido de recuperação e tendendo a manter-se em estabilização. Buscou-se a sustentabilidade atendendo às solicitações do corpo clínico assistente considerando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), linha de cuidados Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Portaria GM/MS nº 199 de 30/01/2014), gerando assim um custo racional e eficaz, sem prejuízo à segurança e às terapias indicadas, bem como garantindo o cuidado integrado e continuado, com o objetivo de assegurar às necessidades de saúde em sua integralidade. Com vistas entre o equilíbrio do cuidado integral da paciente e a gestão destes nos sistemas de saúde, a auditoria se utilizou da metodologia Lean Healthcare (Saúde Enxuta), removendo os desperdícios e passos desnecessários nos processos de trabalho. Criou-se caminhos simples, eliminando retrabalho ou exagero em um sistema, possibilitando focar na paciente com a cooperação entre seus participantes, por meio de acolhimento e discussões que objetivam otimizar o fluxo. Por ser considerada uma desordem incurável, a manutenção da qualidade de vida da usuária com SR deu-se através da reabilitação e tratamentos já conhecidos, corretamente aplicados, em tempo hábil. Não sendo aventada qualquer possibilidade de tecnologia (procedimento, equipamento ou medicamento) em processo de incorporação. Apesar de haver debates um pouco mais calorosos, a transparência por parte da auditoria, dando ciência do quão onerado seria a incorporação da tecnologia mais avançada, bem como demonstrando a entrega de um valor de coparticipação, com custo racional sem garantia da eficácia, gerou uma participação ativa dos envolvidos, focando na necessidade real da paciente. Assim, a portadora de SR passou a ter uma melhora considerável das competências funcionais, sensoriais e motoras com os tratamentos e

terapêuticas contempladas pela ANS, sem necessidades de judicialização.

Conclusão: Para o processo de auditoria é indispensável ao profissional conhecimentos técnicos que permitam sua integração à equipe de saúde, interagindo mais com o paciente e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida no que se refere a otimização e uso racional dos tratamentos sugeridos. Em avaliações sobre custo e efetividade frente às tecnologias e terapêuticas para o tratamento de Doenças Raras, torna-se imprescindível questionar sobre acurácia, segurança, perspectiva de melhoria no prognóstico, maximização de benefícios e aumento da sinistralidade. A transparência no processo de auditoria, pautada de forma técnica com entrega de razoadas, apontamentos e tratativas, pode assegurar uma boa jornada ao paciente com DR, garantindo linha de cuidados mais efetivas, inclusive com o apoio no atendimento e atuação dos envolvidos. Os conhecimentos e estudos sobre a Síndrome de Rett evoluíram significativamente. Porém, ainda há muitos médicos, terapeutas e educadores que buscam terapias não sustentáveis pelos sistemas de saúde, uma discussão que apenas está iniciando mas deve seguir sob intermédio do olhar da auditoria.

Palavras-chave: Doença Rara. Síndrome de Rett. Auditoria. Sustentabilidade. Diretrizes Terapêuticas. Metodologia Lean Healthcare

DO CUSTO EFETIVIDADE DA AUDITORIA CONCORRENTE EM UMA OPERADORA DE SAÚDE

Aracélli Tavares Freire

Introdução: Nos dias atuais, a auditoria em saúde tornou-se uma via quase natural para mensurar a qualidade da assistência prestada ao paciente. A auditoria em saúde na dinâmica dos serviços, projetos, contratos, convênios e ações na qualidade da assistência ao paciente tornou-se uma ferramenta de gestão de relevância nas instituições de saúde em todo o Brasil. A auditoria em saúde deve ser desenvolvida por profissionais especializados na área, e que a presença do auditor em uma instituição de saúde é fundamental para o aprimoramento de sua gestão e para a efetividade dos serviços prestados à população. Quando algo está em desacordo é efetuada a glosa. O conhecimento sobre as glosas hospitalares pode auxiliar os auditores em saúde na identificação das irregularidades e na otimização de recursos, pois permitem refinar a descrição das constatações de irregularidade e o compartilhamento de informações sobre situações singulares. Para os gestores dos serviços de saúde possibilita o monitoramento dos índices e das origens das glosas hospitalares. Diante disso, notou-se a necessidade de uma análise em uma operadora de saúde do Brasil, que atende atualmente 6,3 milhões de beneficiários, tem como premissa pensar no beneficiário antes que ele precise pensar no plano de saúde. Com 53 anos de atuação na medicina privada, a empresa oferece soluções em saúde e odontologia para clientes individuais e empresariais. **Objetivos:** Analisar a redução de custos hospitalares de uma operadora de saúde, unidade Sul, no ano de 2022, por meio da auditoria concorrente e das desospitalizações, levantando o tempo médio (em dias) entre a espera do pedido de alta até seu desfecho e o custo do pedido até a alta dos casos convertidos em desospitalização. **Método:** Trata-se de estudo quanti-qualitativo, retrospectivo, por meio de um relato de caso. A etapa qualitativa, neste trabalho, analisou os dados referentes ao ano de 2022 e os custos das desospitalizações. A etapa quantitativa teve o propósito de obter informações sobre o fenômeno que estava sendo estudado: custo das desospitalizações, de forma mensurável. Esta pesquisa está estruturada com base em um relato de caso, concentrado em uma única empresa. Os dados quantitativos foram coletados através de auditoria concorrente em uma operadora de saúde, unidade Sul. **Resultado e discussão:** De acordo com os dados levantados no ano de 2022, de janeiro a novembro, foram indicados 102 casos para desospitalização, com base nos dados e prontuário de enfermagem de cada paciente. Desses, 63 casos foram convertidos (61,76%), em um tempo médio de 6,3 dias entre a espera do pedido de alta até o desfecho. O custo dos pedidos de desospitalização até a alta sob casos convertidos foi de R\$ 1.086.909,08. Isso representou uma economia média de R\$ 17.252,53 por paciente. Em organizações de saúde, as auditorias são utilizadas como uma ferramenta de gestão e buscam criar mecanismos para evitar as glosas e normatizações que objetivam a qualidade da assistência, a racionalização dos custos e a preservação dos relacionamentos, o estabelecimento de contratos e critérios de melhoria contínua da auditoria em saúde. Nesse sentido, a auditoria tem papel fundamental na observação de cada caso e na conversão de hospitalizações em altas. **Conclusão:** A auditoria em saúde busca a

adequação dos recursos pretendidos e obtidos, tornando-se o mecanismo de controle nas contas para contribuir com a assistência orientada para uma assistência qualificada com redução de custos na área ambulatorial ou no internamento.

Palavras-chave: Auditoria em saúde. Glosas hospitalares. Desospitalização.

IMPACTO FINANCEIRO NAS OPERADORAS DE SAÚDE COM OS PACIENTES INTERNADOS COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Aracélli Tavares Freire

Introdução: A doença coronavírus 2019 (COVID-19) se espalhou rapidamente pelo mundo, causando um surto de pneumonia infecciosa aguda. O desenvolvimento de terapias eficazes e seguras para a prevenção e tratamento de COVID-19 tornou-se a principal preocupação de saúde pública global. Diante da crise sanitária que o país enfrentou devido ao agravamento e a disseminação do Coronavírus, a rede hospitalar entrou em situação crítica devido à superlotação de leitos hospitalares e à alta demanda de pacientes graves e dependentes de oxigênio; sendo necessária a criação de novos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). As infecções virais respiratórias são as causas frequentes de morbidade e de internações hospitalares nos países em desenvolvimento todos os anos. No primeiro semestre de 2021, as operadoras de saúde tiveram um impacto financeiro gerado pelo custo das hospitalizações. A operadora, foco desse estudo, atende atualmente 6,3 milhões de beneficiários em todo o país, oferecendo soluções em saúde e odontologia para clientes individuais e empresariais. **Objetivos:** Analisar o impacto financeiro de uma operadora de saúde, na unidade Sul, no primeiro semestre de 2021, de pacientes internados com diagnóstico de Covid-19, por meio da auditoria concorrente e contas. **Método:** Trata-se de estudo quanti-qualitativo, retrospectivo, por meio de um relato de caso. A etapa qualitativa, neste trabalho, analisou os dados referentes ao período de janeiro a julho de 2021 e os custos das hospitalizações em uma operadora de saúde, na unidade Sul. **Resultado e discussão:** Esse estudo identificou o custo mensal total com casos pacientes internados com diagnóstico e complicações de Covid-19, no período de janeiro e junho de 2021, sendo utilizada uma amostra de 3 hospitais atendidos pela operadora de saúde. No hospital A, no mês de janeiro de 2021, 41 pacientes permaneceram em leitos na UTI, enquanto em junho de 2021 totalizou 130 pacientes em leito, um aumento de 217%. Os custos também tiveram um elevado impacto quando comparados os meses, sendo que em janeiro o custo com casos de Covid-19 e complicações foi de R\$ 766.561,90, e em julho, dado o aumento de pacientes internados, gerou um custo de R\$ 1.825.329,26. Essa realidade não foi a mesma observada no Hospital B, em que o número de internações em janeiro de 2021 em UTI foi de 55 pacientes, totalizando 142 pacientes em maio e sendo reduzido para 41 pacientes em junho. Tais números refletiram nos custos mensais, dado que em janeiro ocorreu um dispêndio de R\$ 809.226,57, em maio, quando houve um pico de internações, um custo de R\$ 2.124.175,98, e em junho de R\$ 584.247,46. Tal cenário foi observado no hospital C, onde o número de internações foi maior no mês de maio e em junho teve uma redução de 293,31% nos custos de internação. O valor da diária da UTI, conforme contrato no Hospital C, era de R\$ 865,90, e no Hospital B de R\$ 1.358,86, em ambos incluso equipamentos e serviços com roupa. Entretanto, no Hospital A, o custo da diária da UTI foi de R\$ 4.634,46, incluso medicamentos como antibióticos e medicamentos para sedação. Observa-se que o custo nas contas de Covid aumentado neste prestador ocorre devido à quantidade de contas apresentadas. Apesar de ser uma diária elevada para os casos de Covid-19 em

que os pacientes fazem uso de materiais com custos elevados para a manutenção do tratamento, como por exemplo equipo de bi/sondas/dietas; este prestador teve uma média de custo em UTI para casos de Covid-19 abaixo da maioria dos hospitais. Isso ocorre por ter os materiais incluso no valor da diária.

Conclusão: Os três hospitais experimentaram tendências diferenciadas em atendimentos e cobranças durante o período do estudo. A compreensão dessas tendências posicionará as operadoras de saúde para projetar e se preparar para surtos subsequentes de COVID-19, bem como futuras crises de saúde pública.

Palavras-chave: Custos em saúde. Internação em UTI. Hospitalização.

IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA CONCORRENTE E AUDITORIA RETROSPECTIVA EM UMA OPERADORA DE SAÚDE

Aracéli Tavares Freire

Introdução: Em saúde, a auditoria gera informações que apoiam a tomada de decisões. É missão do auditor em saúde obter e selecionar as melhores informações, para, com elas, produzir relatórios e pareceres que transformem as diferentes ações em saúde, inclusive as suas, em verdadeiros benefícios aos usuários dos sistemas. Para o seu trabalho, o auditor pode-se valer de inúmeras ferramentas, cuja construção adequada dará ao gestor em saúde subsídios para a tomada de decisões corretas e eficientes. O auditor de contas, da operadora e do hospital, é fundamental para a manutenção do sistema em equilíbrio, reduzindo a chance do paciente e do provedor serem prejudicados com cobranças indevidas, e reduzindo a chance de o hospital não ser remunerado adequadamente pelos serviços que presta à sociedade. As glosas ocorrem quando há diferenças entre os valores apresentados nos materiais e/ou medicamentos utilizados nos procedimentos, além de procedimentos citados que não fazem parte do pacote dos serviços do contrato. **Objetivos:** Identificar o acompanhamento mensal da auditoria *in loco* no período de 2021 e 2022, com a finalidade de levantar os valores auditados em uma operadora de saúde, na unidade Sul, e o total de glosas aplicadas no mesmo período, por meio da auditoria concorrente. **Método:** Trata-se de estudo quanti-qualitativo, retrospectivo, por meio de um relato de caso. A etapa qualitativa, neste trabalho, analisou os dados referentes ao período de 2021 e 2022, o valor auditado em cada período e o total de glosas aplicadas *in loco* em uma operadora de saúde, na unidade Sul. **Resultado e discussão:** Esse estudo identificou os custos que foram auditados dos anos de 2021 e 2022, por meio do acompanhamento mensal *in loco*, e o total de glosas aplicadas. No ano de 2021, foi auditado um valor de R\$ 160.266.204,60, sendo R\$ 2.684.838,39 de glosas aplicadas, que representou 1,7% de glosas na rede credenciada. No ano de 2022, o valor auditado totalizou R\$ 145.670.674,00, sendo R\$ 3.142.357,66 de glosas aplicadas, que representou 2,2% de glosas na rede credenciada. As glosas administrativas são causadas por falhas operacionais, geralmente má comunicação entre prestadores e convênio. Esse tipo de glosa é de fácil negociação, uma vez que, a partir da ocorrência, as partes chegam a um consenso. Além disso, destacam Burmester e Moraes (2014) que a frequência de glosas pode ser utilizada como indicador para corrigir processos da assistência e do faturamento. A eliminação dessas perdas representa uma fonte de receita, entendida sob o conceito de custo evitado ou de valor econômico adicionado ao processo da atenção hospitalar. **Conclusão:** Esse estudo teve como objetivo mapear a ocorrência de glosas em uma operadora de saúde no período de 2021 e 2022, com o intuito de identificar a incidência de glosas, quando comparado ao valor total auditado. Apesar do percentual ser baixo, 1,7% e 2,2%, impactam significativamente nos custos financeiros da empresa. O estudo apontou que os motivos e procedimentos em que ocorreram as glosas tiveram maior incidência ocorreram em 2022.

Palavras-chave: Auditoria em saúde. Glosas. Custos em saúde.