



SBAM

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE AUDITORIA MÉDICA



ANAIIS



SBAM
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE AUDITORIA MÉDICA

III CONGRESSO BRASILEIRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE AUDITORIA MÉDICA – SBAM

Auditoria Médica em transformação:
Os desafios da equidade com qualidade

ISBN: 978-65-999886-1-5

2024

III Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica - SBAM

Auditoria Médica em transformação: os desafios da equidade com qualidade

31 de outubro a 02 de novembro de 2024 - Curitiba/PR

Responsável Técnico

Dr. Marlus Volney de Moraes – CRM PR 6.111

Comissão Científica

Dra. Juliana Martinho Busch | Coordenadora | Brasil

Dr. Antonio Eduardo D’Aguiar | Brasil

Dra. Danielle Coelho de Barros | Brasil

Dra. Goldete Priskulnik | Brasil

Dra. Isabela Oliveira Farinhaki | Brasil

Dr. João Paulo dos Reis Neto | Brasil

Dr. José Luiz Barbieux | Brasil

Dr. Marcos Santos | Brasil

Dr. Marlus Volney de Moraes | Brasil

Dr. Renato Campos Soares de Faria | Brasil

Dr. Stephen Stefani | Brasil

Dra. Thaís Bagatin | Brasil

Dr. Vanderlei Soares Moya | Brasil

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

31 de outubro a 02 de novembro de 2024 - Curitiba/PR

ISBN: 978-65-999886-1-5

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 (3. : 2024 : Curitiba, PR)
Anais do III Congresso Brasileiro da Sociedade
Brasileira de Auditoria Médica - SBAM [livro
eletrônico] / [coordenação Juliana Martinho
Busch]. -- Curitiba, PR : Sociedade Brasileira de
Auditoria Médica, 2024.

PDF

Vários autores.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-999886-1-5

1. Auditoria médica 2. Medicina - Congressos
I. Busch, Juliana Martinho. II. Título.

A CONTRIBUIÇÃO DO DRG BRASIL PARA A REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM HOSPITAL DA REDE PRÓPRIA DE UMA OPERADORA DE SAÚDE

Surama Valena Elarrat Canto
Branda Samara Miranda Batista
Karla Lima Verde Pessoa
Anderson Lima dos Santos
Suellen Viana Lucena
Maria Mônica Girão Brito

Introdução: A metodologia DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados) é uma plataforma on-line que engloba um sistema de classificação de pacientes em internação hospitalar de acordo com a complexidade assistencial. Dentre os indicadores avaliados estão as internações evitáveis pela atenção primária (AP), que são hospitalizações que poderiam ser prevenidas ou tratadas na AP. No âmbito da saúde suplementar, médicos das especialidades básicas também são considerados como componentes da AP. Essas internações atuam como métricas de desempenho, refletindo a capacidade do sistema de saúde em fornecer cuidados preventivos. **Objetivos:** Avaliar a contribuição do DRG Brasil para a redução das internações evitáveis pela atenção primária em um hospital da rede própria de uma operadora de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, que comparou os meses de janeiro-julho de 2023 com os de 2024 em relação às internações evitáveis pela atenção primária em 1 hospital da rede própria de uma operadora de saúde - Fortaleza/CE. Em janeiro de 2023 o DRG passou a integrar a Diretoria de Provimento de Saúde e em junho de 2023 iniciou ações mais estruturadas. Dados coletados em agosto de 2024 através da plataforma DRG. **Resultados e Discussão:** A equipe DRG é constituída por enfermeiros auditores (1 supervisor, 8 analistas) e 1 coordenador médico. Atuam em 6 instituições de saúde privada de uma operadora de saúde em Fortaleza-CE. Para o hospital da rede própria do estudo, 2 analistas avaliam 4 indicadores (uso eficiente do leito, condições adquiridas, readmissões e internações evitáveis pela atenção primária), através das codificações clínicas relacionadas à assistência prestada. A partir do uso da plataforma DRG é possível obter relatórios da assistência hospitalar que identifica o perfil clínico dos pacientes, diagnósticos e indicadores relacionados. No 1º semestre de 2023 ocorreram 2.707 altas clínicas, com 649 (23,97%) internações evitáveis pela AP, no mesmo período de 2024 ocorreu um aumento das altas clínicas (2.795), todavia com diminuição das internações evitáveis (461/16,49%), uma redução de 29% desse indicador, observada principalmente a partir de março de 2024. As intervenções realizadas pelo DRG para contribuir com esses resultados foram: reunião mensal com a diretoria clínica do hospital para analisar os indicadores; validação das codificações que geraram dúvidas no DRG; treinamento com equipes hospitalares sobre a metodologia DRG para a melhoria dos registros em prontuário eletrônico; codificação mais acurada para melhor adequação do quadro clínico do paciente e envio de relatórios para gestão hospitalar e equipe assistencial, inclusive dados da emergência, contribuindo para que a supervisão médica pudesse acompanhar os casos. **Conclusão:** As intervenções realizadas junto aos gestores se mostraram efetivas na redução das internações evitáveis, dessa forma é possível melhorar a eficiência do serviço, reduzir custos e direcionar recursos para outras áreas.

Palavras-chave: Auditoria Clínica. Atenção Primária à Saúde. Codificação Clínica.

A ESCALA DE NURSING ACTIVITIES SCORE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO: AUDITORIA COM FOCO NA REVERSÃO DE ACOMODAÇÃO E REDUÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES

Arlindo Trindade Soares Neto
Bruna Rafaela Freitas da Silva
Sara Cilea Lopes Cavalcante Feitosa

Introdução: A auditoria hospitalar com foco na reversão de acomodação e na redução dos custos hospitalares é uma prática estratégica que visa otimizar os recursos financeiros de instituições de saúde, garantindo que as cobranças sejam justas e que os custos sejam mantidos sob controle. Essa auditoria é especialmente importante em tempos de restrição orçamentária, pois ajuda a evitar desperdícios, além de assegurar que os pacientes e convênios paguem apenas pelo que realmente foi utilizado com base em diversos fatores sejam clínicos, hemodinâmicos e escalas de saúde. A auditoria assegura que as práticas de cobrança e de gestão hospitalar estejam em conformidade com as normas legais, contratuais e regulatórias, evitando penalidades e mantendo a integridade da instituição. Desta forma, a auditoria lança mão de ferramentas que ajudam o auditor externo a identificar e argumentar sobre a necessidade de internação de pacientes em leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) evitando a elevação desnecessária dos custos com saúde para as operadoras de planos de saúde. A *Nursing Activities Score (NAS)* é uma escala desenvolvida para medir a carga de trabalho dos enfermeiros em UTIs. Sua principal função é quantificar o tempo e esforço que os enfermeiros dedicam a diferentes atividades de cuidado para pacientes críticos. O NAS ajuda a identificar a demanda de cuidados de enfermagem e a distribuir recursos de maneira mais eficiente dentro das unidades de terapia intensiva. Assim sendo, a escala não ajuda apenas nas atividades que são pontuadas com base no tempo estimado que cada uma exige apenas na distribuição dos recursos humanos no cuidado do paciente, mas se o paciente requer uma vigilância intensiva em UTI. **Objetivos:** Evidenciar a importância da escala Nursing Activities Score como estratégia de redução de custos hospitalares na reversão de Diárias de UTI para Leito clínico. **Metodologia:** Este estudo é um relato de experiência do percurso trilhado por profissionais da saúde e acadêmicos de Medicina, realizando estágio em Auditoria em Saúde numa operadora de plano de saúde na cidade de Recife-PE. Trata-se de um descritivo e retrospectivo com análise de dados relacionados à reversão de Diárias de UTI para Leito clínico, apartamento ou enfermaria, no período de janeiro de 2024 a julho de 2024 em operadora de saúde com 22 mil vidas. A coleta de dados foi realizada por meio de formulários físicos, preenchidos por um acadêmico de medicina. Foram utilizados os critérios: Pacientes com internação de dez dias em UTI, independente do motivo da hospitalização. Os custos dos valores das Diárias foram calculados com base no contrato firmado entre a operadora de plano de saúde e o hospital. **Resultados e Discussões:** Foram analisados 2.757 prontuários onde houve sinalização pela auditoria externa do plano de saúde sobre a não necessidade de internação do paciente em leito de UTI. Todos os casos foram discutidos com a equipe médica de auditoria do hospital. Do universo analisado, 1.324 prontuários evidenciaram que os pacientes receberam alta hospitalar da UTI para casa. Consequentemente, houve reversão da Diária da Alta hospitalar para Leito clínico sem a necessidade de argumentação com base na escala NAS. Em termos de custos financeiros com a reversão de acomodação, houve uma glosa de R\$: 132.135,200 reais acatadas pelo hospital. A reversão de acomodação ficou mais significativa nos 1.128 prontuários analisados. O auditor argumentou que o score de NAS somava um tempo

de assistência em torno 4 horas de cuidados pela equipe de Enfermagem não requerendo assim, cuidados intensivos. A respeito do estado clínico, os pacientes não apresentavam sinais de alarme que justificassem a permanência em UTI. A maioria dos pacientes aguardavam o término do tratamento com antibióticos. Das 10 Diárias de UTI faturadas, houve reversão de 4 Diárias para Leito clínico com uma glosa efetiva de R\$: 4.502.676,00 reais. Os demais prontuários somados em 305 permaneceram com sua cobrança sem reversão das Diárias devido aos aspectos clínicos e hemodinâmicos dos pacientes. **Conclusão:** A desospitalização de pacientes em UTI é essencial para a gestão eficiente dos recursos hospitalares, permitindo que os leitos de UTI sejam reservados para casos que realmente necessitam de cuidados intensivos. Transferir pacientes para leitos clínicos ou outros níveis de cuidado, assim que sua condição permitir, reduz os custos hospitalares, melhora a rotatividade dos leitos e assegura que mais pacientes possam receber o tratamento necessário em momentos críticos. Com isso, a reversão de diárias de UTI para leito clínico desempenha um papel fundamental na redução de custos hospitalares e na promoção da transparência nas cobranças. Ao garantir que as diárias sejam cobradas corretamente, de acordo com o nível de cuidado necessário em cada fase da internação do paciente, o hospital evita excessos e potencializa o uso adequado dos recursos. Além disso, essa prática contribui para a sustentabilidade financeira da instituição, ao mesmo tempo que fortalece a confiança dos pacientes e convênios na justiça e precisão dos processos administrativos. Implementar e monitorar essa reversão, com base em critérios clínicos bem definidos e auditados regularmente, é essencial para garantir uma gestão hospitalar eficiente e responsável. Em resumo, o NAS é uma ferramenta crucial para a gestão eficiente dos cuidados de enfermagem em UTIs. Ao fornecer uma medida detalhada da carga de trabalho dos enfermeiros, o NAS apoia a otimização dos recursos, melhora a qualidade do atendimento e promove um ambiente de trabalho mais equilibrado e sustentável. À vista disso, é possível que a auditoria médica disponha de argumentos no intuito na desospitalização do paciente em UTI, com base no tempo que a equipe de Enfermagem dispõe para o paciente. Sendo assim, é possível mensurar a real necessidade de o paciente permanecer internado em leito de UTI ou se poderá ser transferido para leito clínico, reduzindo sua permanência na Terapia Intensiva, trazendo uma redução na internação e consequentemente na redução dos custos para as operadoras de saúde. Com isso, a escala NAS se mostrou eficaz nas argumentações da auditoria externa para os questionamentos relativos à permanência dos pacientes em UTI.

Palavras-chave: Nursing Activities Score. Auditoria. Desospitalização.

Aparecida Dantas de Almeida Medeiros
Alexandre Alves Rodrigues
Edna Magali de Oliveira

Introdução: As instituições precisam estabelecer, implementar e melhorar continuamente seu desempenho. A adoção da gestão de qualidade é uma decisão estratégica que proporciona mais capacidade para o alcance dos objetivos, com a oferta de serviços que atendam aos requisitos aplicáveis. Um trabalho de alta qualidade aumenta muito a probabilidade de que os resultados da auditoria sejam confiáveis e as recomendações sejam consideradas e implementadas pelas unidades auditadas. Nessa perspectiva, desde 2023 o Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde - DENASUS/MS vem implementando ações de promoção da qualidade com foco na constante capacidade de alcançar a excelência das atividades e, em contrapartida, na agregação de valor à governança e às políticas do SUS. **Objetivos:** Sensibilizar gestores e conscientizar os servidores da auditoria sobre a necessidade de alinhamento do DENASUS/MS às normas nacionais e internacionais de auditoria interna e; Promover diálogos sobre a cultura organizacional voltada para a qualidade da auditoria do SUS. **Metodologia:** As ações foram executadas com foco na informação e na comunicação, a partir da instalação de um Mural Eletrônico da Comunicação, no qual destacou a importância da transparência da informação e da interação entre as áreas sobre as atividades desenvolvidas; a veiculação de vídeos com relatos de ações e projetos desenvolvidos pelas coordenações-gerais do departamento voltadas para a qualidade da auditoria; a publicação do *Boletim Qualidade em Evidência* na intranet do Ministério da Saúde - *Integra MS*; foram realizadas Rodas de Conversas Simultâneas nos Serviços de Auditorias localizados nos estados do país com a temática: “*Promoção da Qualidade em Auditoria: Alinhar é preciso!*” subsidiando a construção participativa da Portaria GM/MS 3130/2024 de implantação do ProQUALI; publicação de *insights* como filmes, documentários, matérias jornalísticas, livros e *eBooks*, todos voltados para a sensibilização dos auditores durante a I Semana da Qualidade/2023. **Resultados e Discussão:** A promoção da discussão e dos diálogos sobre a melhoria de processos internos de trabalho, o aumento do desempenho do DENASUS/MS, a padronização de procedimentos, e, por fim, o aumento da credibilidade e da objetividade da atividade de auditoria interna são metas a serem alcançadas pelo departamento. Assim, a implementação do ProQUALI é um desafio, principalmente porque exige adesão de todos os agentes envolvidos num processo de mudança organizacional relacionado à modificação na cultura e ao despertar para novas formas de atuação e adequação de processos internos. **Conclusão:** Portanto, o propósito do desenvolvimento das ações de promoção da qualidade no DENASUS, abordando temas como ética, integridade, governança, métodos e ferramentas de mensuração da nossa maturidade (IA-CM) é a busca pela melhoria da gestão de riscos e dos controles internos do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, agregam valor ao SUS, garantindo a equidade do acesso às ações e serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Auditoria do SUS; Qualidade; Equidade.

A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DRG BRASIL NA MELHORIA DAS DIÁRIAS PERDIDAS E DA INEFICIÊNCIA OPERACIONAL EM HOSPITAIS DA REDE PRÓPRIA DE UMA OPERADORA DE SAÚDE

Surama Valena Elarrat Canto

Branda Samara Miranda Batista
Karla Lima Verde Pessoa
Anderson Lima dos Santos
Cristianne Kercia da Silva Barro
Antônio Gean de Lima

Introdução: O valor em saúde refere-se à qualidade assistencial, custo e a experiência positiva do paciente no sistema de saúde. É importante ter ações voltadas para a melhoria da qualidade da assistência e da desospitalização segura. A metodologia DRG (grupo de diagnósticos relacionados) é uma plataforma on-line que inclui um sistema de categorização de pacientes em unidade hospitalar de acordo com a complexidade assistencial que facilita esse processo. **Objetivos:** Avaliar a utilização da metodologia DRG Brasil na melhoria das diárias perdidas e da ineficiência operacional em hospitais da rede própria de uma operadora de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, que comparou os meses de janeiro-julho de 2023 com os de 2024 em relação às diárias perdidas e a ineficiência operacional de 2 hospitais da rede própria de uma operadora de saúde - Fortaleza/CE. Em janeiro de 2023 o DRG passou a integrar a Diretoria de Provimento de Saúde e em junho de 2023 iniciou ações mais estruturadas. Dados coletados em agosto de 2024 através da plataforma DRG. **Resultados e Discussão:** A equipe DRG é constituída por enfermeiros auditores (1 supervisor, 8 analistas) e 1 coordenador médico. Atuam em 6 instituições de saúde privada de uma operadora de saúde em Fortaleza-CE. Para os hospitais da rede própria 4 analistas avaliam 4 indicadores (uso eficiente do leito, condições adquiridas, readmissões e internações evitáveis pela atenção primária), através das codificações clínicas relacionadas à assistência prestada. A partir do uso da plataforma DRG é possível obter relatórios da assistência hospitalar que identifica o perfil clínico dos pacientes, diagnósticos e indicadores relacionados. No 1º semestre de 2023 nesses hospitais ocorreram 17.655 altas (cirúrgicas e clínicas), com 10.086 diárias perdidas (excedidas) e ineficiência de 122,2% (22,2%), no mesmo período de 2024 observou-se um aumento das altas (18.550), porém com ganho nas diárias (-116,3) e com eficiência operacional (99,8%). A partir de maio de 2024, ganhou-se diárias em relação ao previsto pelo DRG gerando o impacto positivo em 2024. As intervenções realizadas pelo DRG para conseguir esses resultados foram: reuniões semanais (D+2) com a gestão hospitalar e equipe multidisciplinar sinalizando os pacientes que estavam a dois dias para vencer a alta prevista pelo DRG, assegurando a desospitalização segura; reunião mensal com a diretoria clínica de cada hospital para analisar os indicadores; validação das codificações que geraram dúvidas na equipe DRG; treinamento com as equipes hospitalares sobre a metodologia DRG para a melhoria dos registros em prontuário eletrônico e codificação mais acurada para melhor adequação do quadro clínico do paciente. **Conclusão:** As intervenções realizadas junto aos gestores e outros cargos assistenciais se mostraram efetivas na redução de diárias perdidas e da ineficiência operacional promovendo a melhor qualidade da assistência e uma desospitalização segura.

Palavras-chave: Auditoria Clínica. Codificação Clínica. Alta Hospitalar.

ANÁLISE DO SERVIÇO DE VISITA MÉDICA HOSPITALAR EM AUDITORIA: VIGILÂNCIA, ACOMPANHAMENTO E BENEFÍCIOS ECONÔMICOS

Milton José de Andrade
Simone Alves de Oliveira

Fabrizio Brehmer
Marina Bueno
Gislaine Strapasson Blun

Introdução: A auditoria de visita médica hospitalar (VMH) é uma ferramenta essencial na gestão eficiente das operadoras de saúde, assegurando a qualidade assistencial e o controle de custos. No Instituto Curitiba de Saúde (ICS), a VMH foi implementada em 2017 para monitorar pacientes internados, garantindo que os tratamentos sejam adequados e os recursos, bem utilizados. Em março de 2022, uma reestruturação significativa ampliou o escopo da auditoria, permitindo o acompanhamento diário de todos os beneficiários hospitalizados, com foco em melhorar a vigilância e a gestão das internações. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo analisar os resultados alcançados com a reestruturação do serviço de VMH no ICS, avaliando as economias geradas e a eficiência no acompanhamento dos pacientes hospitalizados. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência descritivo, baseado no acompanhamento da reestruturação do serviço de VMH no ICS a partir de 2022. O novo modelo adotado permite o monitoramento horizontal dos pacientes internados, com apoio de tecnologia avançada, como algoritmos de notificação de inconformidades, otimizando o processo de alta. **Resultados e Discussão:** Em 2022, a VMH analisou 16.864 diárias hospitalares, resultando em uma economia de R\$ 140.079,02. No ano seguinte, em 2023, o número de diárias auditadas subiu para 17.640, gerando uma economia de R\$ 1.130.627,38. O tempo médio de internação em UTI foi reduzido de 12,7 dias em 2021 para 5,2 dias em 2023, e o tempo de internação em enfermaria caiu de 10,7 dias para 6,7 dias. Até julho de 2024, a auditoria já resultou em uma economia de R\$ 676.600,95, consolidando a efetividade da VMH. A integração de algoritmos de notificação e monitoramento em tempo real permitiu identificar inconformidades nos tratamentos e agilizar a alta hospitalar, evitando internações desnecessárias e prolongadas. Esse modelo também contribuiu para a redução de complicações associadas à internação prolongada, melhorando a dinâmica assistencial e a qualidade dos cuidados. A introdução de sistemas de business intelligence (BI), que proporcionam um acompanhamento em tempo real do quadro clínico e dos planos de ação, trouxe maior agilidade à auditoria. A integração com o serviço de auditoria prospectiva garantiu uma análise contínua e eficiente dos pedidos médicos, reduzindo significativamente os atrasos nas liberações e evitando internações prolongadas. **Conclusão:** A reestruturação da VMH no ICS mostrou-se uma estratégia eficaz para a otimização dos recursos, resultando em significativas economias e melhorias na qualidade dos serviços prestados. O uso de tecnologias avançadas e um acompanhamento mais próximo dos pacientes permitiram uma gestão mais eficiente e personalizada, promovendo uma redução nas internações prolongadas e nos custos desnecessários. A VMH, ao alinhar tecnologia e monitoramento contínuo, demonstrou ser uma ferramenta indispensável para o controle de custos e a manutenção da qualidade assistencial.

Palavras-chave: auditoria hospitalar. visita médica hospitalar. economia em saúde.

AUDITORIA DO SERVIÇO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA COMO FERRAMENTA DE APOIO A GESTÃO NUM HOSPITAL ESCOLA

Ana Karolina Gomes da Costa
Maria Fernanda Gonçalves Gomes

Introdução: A Resolução CFM nº 1.614/2001 destaca que a auditoria médica se constitui por um mecanismo que emerge de um controle cujo propósito consiste em avaliar recursos e procedimentos adotados, buscando melhoria na prestação de serviço, visando a reparabilidade. A Conciliação Medicamentosa (CM) é uma prática para a gestão segura dos medicamentos prescritos aos pacientes, podendo levar a melhores resultados em termos de segurança do paciente e eficácia dos tratamentos. **Objetivos:** Diante disso, o serviço de auditoria médica em conjunto com um CM implementado em um hospital escola, surge como uma ferramenta para identificar padrões ou problemas relacionados ao uso de medicamentos, minimizando erros de medicação, elevando a adesão ao tratamento e promovendo uma abordagem segura e eficaz. **Metodologia:** O serviço de auditoria médica em conjunto com o de CM parte da listagem precisa de todos os medicamentos de uso do paciente, antes, durante e após a internação, incluindo fármacos com prescrições, sem prescrição e suplementos, fazendo o comparativo das listas de medicamentos do paciente ao longo do tempo para identificar diferenças, adições, omissões ou alterações nas prescrições. **Resultados e Discussão:** Essa prática permite corrigir discrepâncias para garantir que o paciente esteja recebendo a medicação correta, identificando problemas, como, alergias, interações medicamentosas prejudiciais ou doses inapropriadas. Os erros recorrentes são: prescrição, dispensação, administração e monitoramento, o serviço de CM garante que os pacientes recebam os medicamentos corretos, na dose apropriada, e de maneira segura, contribuindo para que a farmacoterapia ocorra de modo correto. Apesar disso, pouco se sabe sobre a prevalência e os possíveis riscos envolvendo os eventos adversos relacionados aos medicamentos, que comprometem a segurança do paciente. As atividades da CM possibilitaram uma maior comunicação entre os profissionais, resultando em: redução de erros de medicação, aumento na adesão terapêutica e identificação de lacunas na medicação. As auditorias ajudam a verificar se o processo de CM está sendo realizado com precisão e seguindo padrões estabelecidos. Isso inclui verificação de registros, identificação de possíveis erros, discrepâncias entre listas de medicamentos prescritos, dispensados e administrados. Além disso, auditorias contínuas, levam a correção de erros precocemente, gerando uma redução de custos associados a tratamentos médicos adicionais devido a erros. **Conclusão:** Em resumo, a auditoria médica e a CM são componentes essenciais para garantir a qualidade e a segurança no cuidado à saúde. A integração dessas práticas contribui para um sistema de saúde eficiente e seguro, protegendo os pacientes e promovendo melhores desfechos clínicos, uma vez que os serviços de saúde vêm considerando a qualificação e padronização na assistência à saúde na tentativa de reduzir possíveis danos que possam comprometer a saúde do paciente ou levá-lo à morte.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde. Auditoria Clínica.

AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE DE EXAME GENÉTICO DE MICRO RNA PARA NÓDULOS INDETERMINADOS DE TIREOIDE: ANÁLISE DA VIABILIDADE PARA INCORPORAÇÃO DA TECNOLOGIA

Eduardo Röcker Ramos
Luiz Henrique Picolo Furlan
Roberta Garcia Charello Ossoski
Jaqueline Lourenço Gomes

Introdução: O câncer de tireoide é a neoplasia endócrina mais frequente, e sua incidência está aumentando rapidamente. Uma limitação atual de avaliação citológica para o diagnóstico desta doença é que aproximadamente 20% a 25% das biópsias serão relatadas como indeterminadas. O principal objetivo dos testes moleculares é identificar nódulos benignos entre aqueles com resultados indeterminados, diminuindo assim cirurgias diagnósticas desnecessárias. No campo da pesquisa de marcadores moleculares, foi demonstrado potencial dos micro RNAs (miRNAs) como biomarcadores diagnósticos para o câncer de tireoide. **Objetivo:** Desenvolver um modelo econômico de custo-efetividade para subsidiar decisões quanto a uma possível incorporação do exame genético baseado em microRNAs na perspectiva de uma operadora de saúde suplementar. **Método:** Uma análise de custo-efetividade foi desenvolvida com a finalidade de comparar os custos médicos diretos e os desfechos de saúde envolvidos no tratamento cirúrgico de nódulos de tireoide e/ou realização do exame genético. Um modelo analítico de Árvore de Decisão foi estruturado para reproduzir a trajetória dos pacientes. Os parâmetros clínicos considerados para estruturação do modelo econômico, se basearam nos resultados do estudo de Santos (2022) referente a suporte à decisão clínica de um classificador molecular da tireoide baseado em microRNA (*doi: 10.1016/j.ebiom.2022.104137*). Os custos referentes a cada procedimento foram estabelecidos a partir da média histórica dos preços praticados no sistema Unimed do estado do Paraná. Foi realizada análise de sensibilidade probabilística, a fim de representar as variações da prática clínica. **Resultados e Discussão:** Os parâmetros utilizados para o modelo econômico proposto neste trabalho são referentes a Eficácia mir-Thype, Eficácia citologia, Custos. O modelo de árvore de decisão estruturado para representar a jornada dos pacientes que realizam as intervenções avaliadas levou em consideração os pacientes com nódulos de tireoide com biópsia de citologia indeterminada que se dividem em “testagem mir-Thype” e “não realizar testagem”. A “testagem mir-Thype” se divide em resultado positivo e resultado negativo. O resultado positivo se divide em verdadeiro positivo (diagnosticado corretamente e realiza cirurgia) e falso positivo (diagnosticado erroneamente e realiza cirurgia). O resultado negativo se divide em verdadeiro negativo (diagnosticado corretamente e NÃO realiza cirurgia) e falso negativo (diagnosticado erroneamente e NÃO realiza cirurgia). Quando o paciente “não realizar testagem” se divide em verdadeiro positivo (diagnosticado corretamente e realiza cirurgia) e falso positivo (diagnosticado erroneamente e realiza). Os resultados da análise de custo-efetividade sugerem que o exame genético promove ganhos clínicos por evitar tireoidectomias desnecessárias. Entretanto, a razão de custo efetividade incremental é de R\$ 2.917,93 por paciente com tireoidectomia evitada. Os resultados da análise de sensibilidade probabilística mostram que 97,7% das interações ficaram no quadrante I, e que 0,03% ficaram no quadrante IV. **Conclusão:** A análise desenvolvida neste trabalho demonstrou uma razão de custo-efetividade incremental de R\$ 2.917,93 por cirurgia de tireoide evitada. A diferença de risco para cirurgia desnecessária foi menor em 54% no braço que realiza o exame genético. O número necessário para tratar (NNT) é de 3,7, ou seja, a cada quatro pacientes que realizam o exame genético se evita uma cirurgia.

Palavras chaves: Câncer de tireoide. Exame genético. Saúde Suplementar.

**CUSTO-EFETIVIDADE DO IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VALVA AÓRTICA:
EXPERIÊNCIA DE MUNDO REAL EM UM PLANO DE SAÚDE COM ABRANGÊNCIA
ESTADUAL NO BRASIL**

Sandra Amaral Rocco
Rafael Mariano Gislon da Silva
Victor Pawlick Teixeira
Rogério Ferreira da Silva
Gizelli Aires Ribeiro Nader
Bruno Santos da Silva Limas

Introdução: O Implante Percutâneo de Valva Aórtica (TAVI) é um procedimento de alto custo, indicado para pacientes com Estenose Aórtica que não são elegíveis para cirurgia convencional. A avaliação de custo-efetividade na Saúde Suplementar ainda é pouco explorada. **Objetivos:** Este estudo buscou estimar a relação de custo e efetividade do implante da TAVI em um plano de Saúde de abrangência estadual com 500.00 vidas. **Metodologia:** Coorte retrospectiva para investigar a Razão de Custo-Efetividade (RCE) da TAVI entre dezembro de 2017 e dezembro de 2022. A amostra final incluiu 98 participantes; 9 foram excluídos (8,41%) devido à falta de informações (5,61%) ou extremos de idade (2,8%). Os participantes foram estratificados por faixa etária segundo a OMS (Meia idade: 45-59 anos; Idoso: 60-74 anos; Ancião: 75-89 anos; Velhice extrema: 90+ anos). A sobrevida foi analisada pela técnica de Kaplan-Meier. O risco de óbito foi estimado por regressão de Cox multivariada e o impacto dos fatores demográficos sobre o custo por regressão linear multivariada, com nível de significância $p=0,05$. A RCE foi calculada pelo quociente entre o custo médio das internações e o tempo médio de sobrevida comparado com a sobrevida esperada para Estenose Aórtica Grave Sintomática não tratada em um ano. Procedimentos com RCE inferior a três vezes o PIB per capita por ano de sobrevida (R\$ 107.807,22 em 2022) foram considerados custo-efetivos. **Resultados e Discussão:** No período de acompanhamento ocorreram 20 óbitos (20,41%, IC 95% 12,29% a 28,53%). O Hazard Ratio para o sexo feminino foi 4,65 (IC95% 1,03 a 21,04) e na faixa etária Ancião vs. Idoso 4,12 (IC 95% 0,53 a 31,81). A probabilidade de sobrevida em cinco anos para o sexo feminino foi 62,41% (IC 95% 43,55% a 76,53%) e para o sexo masculino 87,01% (IC 95% 71,57% a 94,38 %). O custo médio da internação foi R\$ 153.309,70 +- R\$ 39.901,84. Não houve diferença significativa do custo da internação de acordo com o sexo e a faixa etária. A RCE do implante da TAVI para o sexo feminino foi R\$ 61.412,31 (IC95% R\$ 50.081,57 a R\$ 88.007,86)/ ano de sobrevida, e para o masculino foi R\$ 44.049,45 (IC 95% R\$ 40.609,69 a R\$ 53.552,36)/ ano de sobrevida. **Conclusão:** Embora com um número limitado de pacientes, a análise sugere que TAVI é custo-efetivo, especialmente para sexo masculino. Para o sexo feminino, uma seleção mais criteriosa é recomendada. **Palavras-chaves:** custo- efetividade; implante percutâneo de valva aórtica; saúde suplementar.

DEPARTAMENTO DE INTELIGÊNCIA ANALÍTICA: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA E OTIMIZAÇÃO DE CUSTOS NA OPERADORA DE SAÚDE

Milton José de Andrade
Antonio Ricardo de Oliveira Dias
Camila Cora Santos de Moraes Pereira
Cilene Cesti das Neves
Elizabeth Cristina de Paula Ribeiro
Gislaine Strapasson Blum

Introdução: O departamento de inteligência analítica em uma operadora é inovador para alcançar previsibilidades no mercado instável que é o da área da saúde. O propósito é entender precocemente estes acontecimentos, já que devido às inovações constantes na tecnologia relacionada à saúde é complexo ter uma previsibilidade e análise dos impactos que isso pode gerar. A criação de um centro próprio de inteligência interna gera uma estimativa de eventos na saúde através da coleta, processamento, análise avançada e especializada de dados. A união entre uso de dados na saúde com profissionais especializados multidisciplinarmente que apresentam capacidade de gerar, analisar tecnicamente e emitir pareceres com embasamento científico são excepcionais para gerar inovações, previsões, melhorias e implementações de custos e assistência. Os levantamentos de dados são gerados e integrados por múltiplos setores chegando estratificados para fácil leitura e interpretação, podem ocorrer em decorrência de diversos fatores relacionados à assistência, auditoria (prospectiva ou retrospectiva), ao atendimento, a prestação de serviço, contratos e regras da operadora. Assim, previsivelmente temos antecipadamente informações referente aos serviços que serão prestados, visibilidade de custos gerados, tecnologias adotadas e pode ser definido qual o modelo idealizado para atender a carteira de clientes. **Objetivo:** Criação de um setor que realiza estudos com bases analíticas, técnicas, científicas e estratégicas a fim de monitorar e aprimorar continuamente os processos dentro da auditoria em saúde, para que possa refletir na assistência dos beneficiários e na otimização de custos na operadora. **Metodologia:** Criação de uma equipe técnica especializada com Dentista, Enfermeiros, Farmacêutico e Médicos, que realizam a análise de dados para elaboração de relatórios, validação e aplicação dos resultados gerados. **Resultados e Discussão:** As análises são elaboradas de acordo com as sinalizações dentro do setor de auditoria em saúde e com as perspectivas geradas no mercado da saúde. Para a elaboração dos relatórios, é imprescindível reunir todas as informações a fim de gerar uma base de dados fidedigna e correta. A análise de dados é realizada por uma base de dados segura, onde consta com abrangência a finalização do processo de auditoria em saúde, desde a prospectiva (momento de liberação inicial) até a retrospectiva (fechamento da conta, em sua totalidade). A análise técnica científica é de responsabilidade da equipe especializada, as quais elaboram protocolos técnicos científicos com a finalidade de publicação interna, educação continuada, possíveis contratualizações, criação de regras de pagamento, dashboards, realizando treinamentos e workshops com a equipe de saúde para a implementação. O processo de treinamento da equipe é intersetorial e até mesmo fora da operadora, buscando aperfeiçoamento contínuo e acompanhando as tendências a serem trabalhadas. As reuniões acontecem em todos os níveis hierárquicos, desde administrativo até a diretoria com o objetivo de identificar precocemente processos que necessitam de melhorias. De início o setor realiza o levantamento de dados e diagnóstico operacional do momento, identificando todos os processos e falhas que precisam de inovações. Após estratifica os dados visualizando a qualidade, quantidade e precificação gerada. Assim realiza os relatórios em ordem de prioridades das ações que deverão ser adotadas. Com as capacitações realizadas fora da operadora, os profissionais identificam os padrões de sucesso existentes e selecionam os que se adequam a sua realidade para os processos de inovação, em seguida busca fontes científicas para realização de protocolos internos para serem adotados. Em seguida faz o compartilhamento através de treinamentos com a equipe envolvida no processo e insere o protocolo para ser seguido. Os treinamentos são multidisciplinares e realizados de acordo com a alçada de cada profissional. Ao fim, quando disponíveis os resultados serão estabelecidos indicadores de performance para acompanhar e realizar o monitoramento dos processos. As avaliações serão contínuas visando mensurar as melhorias nas demandas aplicadas, e o que poderá implementar a assistência ao paciente e os custos operacionais que serão aplicados ou economizados. **Conclusão:** A implementação do departamento de inteligência analítica representa um avanço significativo na operadora de saúde, permitindo antecipar eventos e otimizar processos

através da análise detalhada de dados. Com uma equipe especializada e o uso de tecnologias avançadas, o departamento não apenas monitora e aprimora continuamente os serviços de saúde, mas também promove uma gestão mais eficiente dos recursos. Isso não só beneficia diretamente os pacientes, melhorando a qualidade da assistência, mas também contribui para a sustentabilidade financeira da operadora ao identificar precocemente oportunidades de melhoria e ajustes necessários.

Palavras-chave: Análise de dados. Inteligência analítica. Qualidade da assistência.

IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REDUÇÃO DE CUSTOS ASSISTENCIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE: EVIDÊNCIAS DA GESTÃO EFICAZ DE DOENÇAS CRÔNICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR.

Rogério Ferreira da Silva

Paula Costa Drumond

Sandra Amaral Rocco

Juan De La Cruz Trincado Hevia Júnior

Gizelli Aires Ribeiro Nader

Bruno Santos da Silva Limas

Introdução: No Brasil, 54,5% da população apresenta fatores de risco relacionados a doenças crônicas que elevam a demanda por cuidados em saúde. Neste cenário, a

Atenção Primária em Saúde (APS) surge como estratégia para otimizar recursos e impactar na equidade do acesso na saúde suplementar. **Objetivos:** Comparar a frequência de utilização da rede credenciada entre frequentadores regulares e frequentadores irregulares da clínica de APS nos serviços de exames de imagem, atendimento em pronto-socorro, internações hospitalares e estimar a economicidade associada à gestão eficaz de doenças crônicas. **Metodologia:** Estudo observacional, retrospectivo, de coorte, utilizando dados de 6.282 pacientes captados no período de 2021 a 2024. A amostra foi dividida em frequentadores regulares e frequentadores irregulares da APS. Coletados dados sobre realização de exames de imagem, atendimentos em pronto socorro e internações, além de variáveis demográficas e clínicas. Realizadas análises univariadas utilizando o teste qui-quadrado (χ^2) e análise multivariada utilizando regressão logística. O custo evitado foi calculado utilizando as médias históricas. **Resultados e discussão:** Dos 6.282 pacientes captados, 4.340 pacientes utilizaram exames de imagem, pronto-socorro ou internação. A amostra de frequentadores regulares (n=3600) possuía idade média de 71 anos, 35,3% hipertensos, 18,9% diabéticos, 10,4% obesidade, 5,1% cardiopatias, 3,8% multimorbidade. A amostra de frequentadores irregulares (n=2682) possuía idade média de 66,8 anos, 39% hipertensos, 19% diabéticos, 13,3% obesidade, 7,3% cardiopatias, 4,2% multimorbidade. Comparando frequentadores regulares e frequentadores irregulares: 28% versus 72% realizaram exames de imagem ($p < 0,001$); 6% versus 9% atendimento em pronto socorro ($p = 0.002$) e 2% versus 5% internação ($p < 0,001$). O teste de qui-quadrado demonstrou significância estatística. Frequentadores regulares têm menor probabilidade de realização de exames de imagem (OR = 0.383, $p < 0.001$), atendimento em pronto socorro (OR = 0.663, $p < 0.001$) e internação (OR = 0.531, $p < 0.001$), conforme análise de regressão logística multivariada. Estimados 1584 exames, 182 atendimentos em pronto-socorro e 128 internações evitadas no grupo dos frequentadores regulares. O custo médio de exames de imagem, pronto-socorro e internação foi de R\$185,98, R\$855,76 e R\$26.967.13, respectivamente, conforme média histórica. O custo evitado estimado com exames, pronto-socorro e internações foi de R\$294.592,32, R\$155.738,32 e R\$3.452.787,52. **Conclusão:** A adesão regular à clínica de APS levou a significativa redução nos atendimentos de alta complexidade, resultando em economia estimada de R\$3.903.118,16. Os resultados sugerem que a implantação de APS em operadoras de saúde tem potencial para transformar a gestão na saúde suplementar. **Palavras-chave:** Atenção primária. Custos assistenciais. Economia em saúde.

JEITO DE CUIDAR UNIMED: A REVOLUÇÃO DA CABINE DE TELEATENDIMENTO NA SAÚDE CORPORATIVA E NA REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO

Ernandes Campos Barreto
Sonia Regina Pimentel da Silva
Jorge Henrique Leal Pereira
Jorge Luiz Gonçalves Andrade

Introdução: A cabine de teleatendimento é uma unidade móvel que oferece serviços de saúde de forma eficiente nas empresas. Implementada em outubro de 2022 pelo Núcleo de Atenção à Saúde (NAS) da Unimed Nova Iguaçu, a estratégia visa identificar as “dores” e causas do absenteísmo das empresas. Desenvolvem-se peças de comunicação direcionadas e específicas para o público. Os serviços incluem aferição

de sinais vitais, IMC, teleconsultas médicas, coleta de exames laboratoriais, solicitação de exames de imagem e divulgação de programas de prevenção de doenças crônicas. **Objetivos:** Estabelecer o perfil dos colaboradores e oferecer serviços personalizados para prevenção e controle de doenças crônicas, conforme a demanda de cada empresa. Reduzir o absenteísmo e a sinistralidade das empresas participantes. **Metodologia:** A visita às empresas é agendada pelo RH, com aviso prévio aos colaboradores. O atendimento é feito por ordem de chegada ou agendamento online. Realiza-se uma pesquisa de satisfação anonimizada após o atendimento. Acompanhamento é feito com o RH da empresa para monitorar o absenteísmo nos meses seguintes e o controle evolutivo da sinistralidade das vidas relacionadas à empresa visitada. **Resultados e Discussão:** Até o momento, foram atendidas 8 empresas, com serviços oferecidos a 2663 beneficiários. A maioria do público atendido é do sexo feminino (70%) e a faixa etária predominante é de 40-49 anos (42%). As principais comorbidades identificadas foram sobrepeso (57%), obesidade (27%) e hipertensão arterial sistêmica (16%). Observou-se uma redução média de 9,89% no absenteísmo nas empresas atendidas. Contudo, não houve impacto significativo na sinistralidade da operadora até agora. **Conclusão:** A cabine de teleatendimento da Unimed Nova Iguaçu mostrou ser uma estratégia eficaz para promover a saúde nas empresas desde sua implementação em outubro de 2022. A abordagem personalizada e a gama de serviços oferecidos, como aferição de sinais vitais e teleconsultas médicas, contribuíram para a redução do absenteísmo, com uma diminuição média de 15,89%. Embora o impacto na sinistralidade ainda não seja significativo, os resultados indicam que a estratégia está alcançando seu objetivo de promover a saúde e o bem-estar dos colaboradores, especialmente no controle de comorbidades como sobrepeso, obesidade e hipertensão. O sucesso da cabine de teleatendimento destaca a importância de soluções de saúde adaptadas às necessidades específicas de cada empresa e sugere que sua continuidade e expansão podem trazer benefícios adicionais para colaboradores e empresas.

Palavras-chave: Teleatendimento. Prevenção. Absenteísmo.

MONITORAMENTO E GESTÃO À DISTÂNCIA - UMA FERRAMENTA AUXILIAR NA AUDITORIA CONCORRENTE

Heder Leite
Amanda Cordeiro Lima
Bruna Nunes Teixeira Leite
Thaíssa Penha Silva dos Santos

Introdução: O Sistema de Saúde da Aeronáutica possui uma estrutura escalonada de Instituições de Saúde conforme sua capacidade operacional. As organizações iniciam-se nos Grupos de Saúde que absorvem casos de menor complexidade, medicina preventiva e pericial. A seguir, conta com os Hospitais de Aeronáutica, com capacidade de internações prolongadas e cirurgias de pequeno e médio porte. No ápice, os

Hospitais de Força Aérea, responsáveis por casos de maior complexidade como cirurgias especializadas e de grande porte. Quando a capacidade resolutive das Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA) é atingida, o atendimento ocorre em instituições credenciadas. Se o usuário necessita de internação hospitalar em uma organização civil de saúde (OCS), a OSA local é responsável pelo gerenciamento dos custos daquela internação. Este é um ponto crítico na gestão dos recursos, sendo necessária atuação contundente da Auditoria, sobretudo na Auditoria Concorrente (AC). Porém, há óbices para sua aplicação e a carência de pessoal especializado e disponível em AC é o principal deles, seguido da falta de ferramentas práticas que auxiliem os auditores. A Diretoria de Saúde da Aeronáutica, através da Divisão de Regulação em Saúde (DRS), criou o Sistema de Gestão de Pacientes Internados em Rede Credenciada (SGI), em conjunto com a Seção de Tecnologia da Informação (STI), alocada em servidor próprio, através de um aplicativo capaz de criar um painel de monitoramento à distância, com o objetivo de realizar ações de AC. **Objetivos:** O objetivo do trabalho foi demonstrar que a criação do sistema de monitoramento permitiu o acesso a informações, avaliação contínua e apoio às OSAs no fluxo e gestão dos pacientes em redes credenciadas, sendo capaz de reduzir custos e promover qualidade na assistência à saúde. **Metodologia:** Ensaio acadêmico a partir de pesquisa bibliográfica e análise textual de ferramenta empregada em auditoria médica. **Resultado e Discussão:** O SGI mostra-se capaz de suprir a carência de pessoal em auditoria concorrente. A equipe estreitou o contato com os auditores regionais, auxiliando-os em situações que exigiam mais experiência. Observou-se atuação ativa e eficaz dos auditores da DRS nas tomadas de decisão, mantendo a prestação de um serviço de qualidade, tornando implícita a redução de custos. A AC traz índices positivos de gestão que podem ser alcançados de maneira superior àqueles atingidos pela maneira convencional de análise prévia e posterior dos gastos relacionados à internação em rede credenciada. **Conclusão:** A análise dos Auditores da DRS minimizou o contexto de poucos auditores locais, ademais, colaborou tecnicamente nas análises de casos de alta complexidade. Esta ação, além de gerar redução nos custos em rede credenciada, garantiu a qualidade na prestação do serviço contratado. O desafio atual da DRS é expandir as operacionalidades desta ferramenta, através de videochamadas para discussão de casos com equipes especializadas da Força Aérea Brasileira **Palavras-chaves:** Auditoria concorrente. Saúde pública. Auditoria médica. Tecnologia em auditoria

O CABIMENTO DE AÇÃO REVISIONAL E DE AÇÃO DE EXONERAÇÃO CONTRA A SENTENÇA CONDENATÓRIA TRANSITADA EM JULGADO QUE ENVOLVA O FORNECIMENTO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS E/OU TRATAMENTOS SEMPRE QUE SOBREVIER ALTERAÇÃO DA SITUAÇÃO DE FATO ACERCA DA POSSIBILIDADE, NECESSIDADE DO USUÁRIO OU RAZOABILIDADE DO CUSTEIO

Tiago Lisboa Telles Ferreira
Linelly Peixoto Morellato

Introdução: De maneira geral, os profissionais da Auditoria Médica e do Direito Médico acreditam que a sentença condenatória transitada em julgado que tiver decidido questões ligadas à cobertura assistencial só pode ser revista através de ação rescisória, que é uma solução excepcional normalmente evitada porque as hipóteses de cabimento são restritas e porque envolve considerável risco de insucesso. Todavia, esta regra geral

não persiste quando se tratar de sentença condenatória transitada em julgado que envolva uma relação jurídica de trato continuado, como nos casos de fornecimento contínuo de medicamentos e/ou tratamentos. **Objetivos:** Este relato de pesquisa defende a adoção de uma nova solução de direito processual civil para facilitar que a operadora do plano de saúde privado ou o sistema único de saúde busque a revisão direta de sentenças condenatórias transitadas em julgado, reduzindo o volume dos danos derivados da judicialização. **Metodologia:** Foi realizada uma análise sistemática das normas do CPC/2015 (art. 505, inciso I), dos enunciados FONAJUS n.º 02, 11 e 105 e do enunciado n.º CJP 7576, além de doutrina e jurisprudência. **Resultados e Discussão:** A análise estabeleceu um paralelo com uma outra relação jurídica de trato continuado, qual seja a obrigação alimentar. A coisa julgada material originada por sentença de alimentos é relativa e comporta revisão direta através de ação revisional ou de exoneração sempre que sobrevier modificação do estado de fato que impacte possibilidade, necessidade ou razoabilidade. O conceito é aplicável às ações de saúde, porquanto o art. 505, inciso I, do CPC contém a cláusula *rebus sic stantibus* implícita. Em litígios de saúde, a possibilidade está relacionada à disponibilidade do tratamento no mercado, a necessidade está relacionada às mudanças significativas da necessidade assistencial, notadamente diante de melhora do quadro clínico e a razoabilidade do custeio está relacionada à adequada adesão ao tratamento ou abandono por parte do usuário, ou ao advento de alternativa terapêutica mais razoável (custo-efetividade). **Conclusão:** A sentença transitada em julgado que envolva o fornecimento contínuo de medicamentos e/ou tratamentos poderá ser revista através de ação revisional ou de ação de exoneração sempre que sobrevier alteração no estado de fato que influencie possibilidade, necessidade e/ou razoabilidade da assistência e, se houver provas suficientes, o juízo de 1.º grau poderá deferir tutela provisória de urgência quanto a isto. **Palavras-chave:** Coisa Julgada. Fornecimento contínuo de medicamentos e/ou tratamentos. Ação revisional e de exoneração.

O PAPEL DA AUDITORIA CONCORRENTE NA IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORIAS E NA CONQUISTA DA ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM UM HOSPITAL PARTICULAR DE FRANCA-SP

Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
Maria Luiza Rufino Garcia Vila Real
Cinthia Jorge Ferreira Comparini
Livia Maria Lopes-Gazaffi

Introdução: A ferramenta de auditoria concorrente é aquela que ocorre durante a realização do ato médico, consistindo na visita diária, realizada por membros da equipe de auditoria. Nestas oportunidades, os auditores devem sempre que possível interagir com os pacientes e analisar a documentação nosológica dos mesmos (PAES & MAIA, 2005). Tal ferramenta de gestão administrativa foi utilizada para conquistar a acreditação internacional Qmentum que é um programa desenvolvido pela Health

Standards Organization e gerido pela Accreditation Canada sendo uma ferramenta robusta para assegurar que as instituições de saúde forneçam cuidados seguros, eficazes e de alta qualidade, sendo um marco importante para qualquer hospital que busca reconhecimento internacional (Accreditation Canada, 2023). **Objetivo:** Descrever como a auditoria concorrente contribuiu para o processo de acreditação internacional de um hospital particular, por meio da análise dos relatos de eventos adversos identificados durante sua implementação. **Metodologia:** Trata-se de estudo do tipo relato de experiência realizado em um hospital particular de grande porte. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2022 a outubro de 2023 durante as visitas técnicas presenciais conduzidas por uma equipe composta por um médico e um enfermeiro auditor, voltadas para pacientes internados por mais de 7 dias ou com internação em Unidade de Terapia Intensiva. **Resultados e Discussão:** Foram auditados 1410 pacientes, sendo encontrados 65,67% eventos adversos, 13,33% óbitos, 19,07% reinternações e 74,04% situações de não conformidades. A partir da análise destes 12 meses, os principais eventos adversos listados foram com suas respectivas ocorrências: pneumonia nosocomial (3,54%), infecção de cateter central (2,69%), úlcera de pressão adquirida (5,39%), erro de medicação (0,92%), infecção do trato urinário hospitalar (1,20%), pneumotórax pós cateter venoso central (0,49%), fístula pós operatória (1,27%), Intercorrência transfusional (0,56%) e deiscência ferida operatória (0,78%). Ao realizar esta análise a partir dos dados apresentados, em reuniões semanais com os principais setores do hospital, medidas de melhoria foram implementadas, contribuindo significativamente para a obtenção da acreditação internacional. Em fevereiro de 2024, o hospital finalmente obteve a acreditação internacional almejada. **Conclusão:** A auditoria concorrente, ao proporcionar uma análise detalhada e contínua dos eventos adversos e outros indicadores críticos, desempenha um papel fundamental no processo de acreditação internacional de um hospital.

Palavras-chaves: Auditoria Concorrente. Efeito Adverso. Acreditação Hospitalar

O USO DA PLATAFORMA UNIMETRICS PARA A GESTÃO DA SINISTRALIDADE DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL, 2019 a 2024

Mônica Silva Monteiro de Castro
Nelson Otávio Beltrão Campos
Eliane Nogueira Magri Nassif
Fábio Leite Gastal

Introdução: A alta sinistralidade, que chegou a quase 89% no segundo semestre de 2023, é um dos maiores desafios para os gestores de operadoras de planos de saúde no Brasil. Para comparar os atendimentos de saúde realizados para os clientes em termos de custos e de resultados é necessário classificá-los em termos de complexidade. Existem iniciativas bem consolidadas no mundo, tais como os Diagnostic Related Groups (DRG), que possuem um custo e tempo de implantação que podem não ser acessíveis para serviços de saúde em países em desenvolvimento. **Objetivos:** Desenvolver e implantar um modelo de classificação de atendimentos de saúde que utilize dados administrativos das contas pagas para classificar a complexidade de todos

os atendimentos de saúde, hospitalares, ambulatoriais e de atenção domiciliar, permitindo a comparação de custos e de resultados entre diferentes prestadores, operadoras e regiões geográficas do Brasil. **Metodologia:** o conjunto de algoritmos foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar em uma operadora de grande porte no Brasil e foi implantado pela equipe desenvolvedora e pela Faculdade UNIMED em outras operadoras de pequeno, médio e grande porte do Sistema UNIMED no Brasil, recebendo o nome de UNIMETRICS. O tempo máximo de devolução dos resultados após o recebimento da base de dados é de 90 dias e as atualizações mensais ocorrem em média em cinco dias úteis após o recebimento dos dados. **Resultados e Discussão:** Até meados de 2024, o sistema de algoritmos processou 1,1 bilhão de registros de contas pagas desde janeiro de 2019. Foram analisadas informações de 8,3 milhões de clientes distintos, num total de 82,6 bilhões de despesa assistencial, classificados em 156,6 milhões de atendimentos, sendo 2,7 milhões de internações, 153,5 milhões de atendimentos ambulatoriais e mais de 500 mil atendimentos domiciliares. As análises são apresentadas em arquivos importáveis e painéis dinâmicos, que podem ser customizados pelos próprios clientes. **Conclusão:** O UNIMETRICS se mostrou uma alternativa viável e efetiva, tanto do ponto de vista de tempo quanto de custo, para a classificação dos atendimentos de saúde a partir de dados administrativos.

Palavras-chave: Sinistralidade. Custos assistenciais. Classificação de atendimentos de saúde.

PROCEDIMENTOS EXCLUDENTES: A COLONOSCOPIA E A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COMO PROCEDIMENTOS INTEGRANTES DA POLIPECTOMIA.

Arlindo Trindade Soares Neto
Bruna Rafaela Freitas da Silva
Sara Cilea Lopes Cavalcante Feitosa

Introdução: Procedimentos cirúrgicos excludentes referem-se a situações em que dois ou mais procedimentos cirúrgicos não podem ser cobrados simultaneamente ou realizados juntos no mesmo ato cirúrgico devido a razões clínicas, técnicas ou de codificação médica. Isso ocorre quando os procedimentos são considerados mutuamente exclusivos ou quando um procedimento inclui outro. Quando dois procedimentos cirúrgicos têm finalidades ou técnicas semelhantes, a cobrança de ambos pode ser considerada excludente. Se uma cirurgia já inclui a remoção de um órgão, um procedimento adicional cobrando apenas pela remoção do mesmo órgão seria excludente. Na prática médica e na codificação de procedimentos, é importante entender a relação entre Colonoscopia, Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e Polipectomia para garantir que as cobranças sejam apropriadas e não haja sobreposição de

procedimentos. Quando um pólipó é encontrado durante uma colonoscopia/EDA, a polipectomia pode ser realizada imediatamente. Geralmente, a remoção de pólipós é considerada um procedimento adicional dentro do procedimento diagnóstico e, na maioria das vezes, não é cobrada separadamente. **Objetivos:** Identificar a pertinência dos procedimentos de Colonoscopia e EDA como excludentes da Polipectomia.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com base na ausência de informações exaustivas da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), em relação a exclusão de cobrança da EDA e Colonoscopia quando estão associadas a Polipectomia. A pesquisa qualitativa sobre procedimentos excludentes em um contexto médico e administrativo visa entender as práticas, desafios e implicações associadas à codificação e cobrança de procedimentos que não podem ser cobrados simultaneamente. Esta metodologia permite uma exploração profunda das práticas e percepções dos envolvidos, oferecendo insights sobre como melhorar a gestão e conformidade com as normas. **Resultados e Discussões:** Colonoscopia e EDA são frequentemente procedimentos distintos, com a colonoscopia focada no cólon e a endoscopia podendo abranger outras partes do trato gastrointestinal. Se um paciente tiver ambos os procedimentos em momentos diferentes, ambos podem ser cobrados. No entanto, se ambos os procedimentos são realizados simultaneamente (como uma combinação de EDA e colonoscopia), pode haver regras específicas para codificação e cobrança dependendo da situação clínica e da política do convênio. Como mencionado, a polipectomia realizada durante uma colonoscopia ou EDA é geralmente considerada parte do procedimento diagnóstico. No entanto, se a polipectomia for realizada separadamente ou em um contexto diferente, pode haver necessidade de codificação e cobrança específicas. Desta forma, se sobrepõe o procedimento de caráter intervencionista sobre o procedimento diagnóstico não havendo coerência na cobrança sobrepostas. **Conclusão:** A identificação e gestão dos procedimentos cirúrgicos excludentes são essenciais para manter a integridade financeira e ética das práticas cirúrgicas. É fundamental que as equipes médicas e administrativas estejam cientes dessas exclusões para garantir que as cobranças sejam feitas corretamente, evitando conflitos com pacientes e convênios, além de promover uma utilização eficiente dos recursos de saúde. A polipectomia é frequentemente considerada um procedimento adicional realizado durante a colonoscopia e EDA e, por isso, não costuma ser cobrada separadamente. Quando a polipectomia é realizada como parte de uma endoscopia ou colonoscopia, ela geralmente está incluída no código dos procedimentos diagnósticos. É essencial seguir as diretrizes de codificação médica e as políticas dos convênios para garantir que a cobrança seja precisa e em conformidade com as normas estabelecidas. A compreensão clara da relação entre esses procedimentos ajuda a evitar a duplicação de cobranças e a promover uma administração eficiente dos cuidados de saúde. Vale salientar que a CBHPM não elenca todos os procedimentos que podem ser classificados como excludentes. Embora a CBHPM não forneça uma lista exaustiva de todos os procedimentos excludentes em um documento específico, as informações sobre exclusões e combinações de procedimentos estão integradas nas diretrizes gerais, manuais das sociedades das especialidades e nos acordos firmados entre as operadoras de planos de saúde e credenciados.

Palavras-chave: Procedimentos Excludentes. Polipectomia. CBHPM.

PROJETO DE DIAGNÓSTICO E REESTRUTURAÇÃO DO SETOR DE AUDITORIA MÉDICA: ESTRATÉGIAS PARA UM FUTURO SUSTENTÁVEL

Milton José de Andrade
Camila Cora Santos de Moraes Pereira
Cilene Cesti das Neves
Elizabete Cristina de Paula Ribeiro
Marina Bueno
Sandra Regina Biesek

Introdução: A auditoria em saúde desempenha um papel crucial na gestão eficiente dos recursos e processos das instituições de saúde, além de ser fundamental para a redução de riscos financeiros e para a garantia da qualidade dos serviços prestados. No Brasil, a regulamentação da auditoria em saúde foi formalizada com a promulgação da Lei 9.656/1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabeleceram diretrizes para o equilíbrio entre os aspectos econômicos e operacionais das operadoras de saúde. A auditoria visa não apenas identificar falhas processuais, mas também propor e programar ações corretivas e preventivas, promovendo um ciclo contínuo de melhoria e segurança na assistência ao paciente. **Objetivo:** Este relato tem como objetivo compartilhar a experiência de reestruturação de um setor de auditoria em

saúde, com foco nos desafios operacionais enfrentados e nas estratégias adotadas para programar protocolos destinados à melhoria contínua de auditoria. O objetivo é demonstrar como a reestruturação contribuiu para o aprimoramento das práticas internas, o alinhamento com as melhores práticas do setor e a elevação dos padrões de qualidade na prestação dos serviços de saúde. **Metodologia:** A análise foi realizada através de uma abordagem multifacetada que incluiu observação direta das rotinas de auditoria, entrevistas detalhadas com profissionais do setor e avaliação abrangente dos documentos e sistemas em uso. Foram identificadas várias falhas críticas, incluindo deficiências na padronização dos procedimentos, problemas de comunicação entre as equipes e lacunas na integração das atividades. Essas falhas comprometeram a eficiência e a qualidade dos serviços. Em resposta, foram desenvolvidos e implementados novos protocolos operacionais, acompanhados de um programa de treinamento intensivo para a equipe. A eficácia dessas intervenções foi cuidadosamente monitorada ao longo do tempo, utilizando métricas de desempenho e realimentação contínuas para avaliar o impacto na operação e nos resultados. **Resultados e Discussão:** A experiência com a auditoria de contas retrospectiva provou ser uma ferramenta indispensável para assegurar a precisão e a conformidade das informações registradas nos serviços de saúde. A análise minuciosa da documentação médica, a correta codificação dos procedimentos e a avaliação detalhada dos registros permitiram a identificação e correção de inconsistências que poderiam resultar em glosas e prejuízos financeiros significativos. A implementação de uma análise robusta de controle de glosas demonstrou eficácia na recuperação de valores indevidamente glosados, fortalecendo a sustentabilidade financeira da operadora. Além disso, a auditoria facilitou a criação de uma cultura de melhoria contínua, onde a qualidade dos serviços é constantemente aprimorada, alinhada às melhores práticas clínicas e às regulamentações vigentes. Este processo, apesar de desafiador, sublinhou a importância de uma abordagem integrada e sistemática de auditoria, capaz de atuar de forma proativa e adaptativa frente às mudanças do setor de saúde. **Conclusão:** A reestruturação do setor de auditoria destacou a importância da clareza, objetividade e acessibilidade das normas e rotinas para garantir que todos os colaboradores compreendam e se envolvam no processo, incluindo aqueles que não atuam diretamente no setor. A inclusão de gráficos e fluxogramas foi essencial para aumentar a transparência e facilitar o entendimento dos processos. A personalização dos modelos e protocolos, baseados em evidências científicas e adaptados às particularidades da instituição, evitaram a replicação inadequada de normas de outras entidades e promoveu um ambiente operacional mais seguro e eficiente. A adoção de novas ferramentas de inovação e a realização de diagnósticos foi estratégica para a adaptação às mudanças e imprevistos, sempre com foco no beneficiário final e na excelência dos serviços prestados.

Palavras-chave: Auditoria. Implementação. Reestruturação.

PROPOSTA DE AUDITORIAS EXTERNAS EM PARES PARA SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA: UM MODELO COLABORATIVO PARA A GARANTIA DA QUALIDADE

Linelly Peixoto Morellato
Paulo Lázaro Garcia
Claudio Castelo Branco Viegas

Introdução: A auditoria médica desempenha um papel crucial na promoção de uma assistência à saúde de qualidade, especialmente em um contexto de constantes transformações e desafios. No cenário atual, marcado por avanços tecnológicos e mudanças nas políticas de saúde, a auditoria médica emerge como uma ferramenta essencial para garantir não apenas a eficiência e a eficácia dos serviços oferecidos, mas também para promover a equidade no acesso à saúde. O tema "Auditoria Médica em transformação: os desafios da equidade com qualidade" ressalta a importância de adaptar práticas e metodologias de auditoria para atender a diversas realidades e necessidades dos pacientes. A busca pela equidade implica reconhecer e abordar as discrepâncias existentes no sistema de saúde, especialmente para populações vulneráveis que historicamente enfrentam barreiras no acesso a cuidados adequados. Assim, os auditores médicos precisam desenvolver abordagens inovadoras que integrem a análise de dados, a avaliação de práticas clínicas e a implantação de

diretrizes que visem à melhoria contínua da qualidade dos serviços. Este artigo explora os principais desafios enfrentados na implementação de auditorias que respeitem estes princípios, além de destacar a importância da colaboração entre profissionais de saúde e gestores para um sistema mais justo e de qualidade. No contexto da auditoria médica, a radioterapia destaca-se como uma área crítica que requer atenção especial quanto à equidade e qualidade. Este modal de tratamento, geralmente utilizado em pacientes oncológicos, envolve uma complexa interação de tecnologias avançadas e protocolos clínicos. A realização de auditorias em radioterapia não só assegura a conformidade com as diretrizes estabelecidas, mas também é fundamental para identificar possíveis variações na prática clínica que possam impactar a eficácia do tratamento. Ao integrar a auditoria médica à radioterapia, é possível garantir que todos os pacientes recebam cuidados apropriados, minimizando desigualdades e promovendo resultados mais justos e eficazes no tratamento do câncer. **Objetivos:** Os objetivos deste artigo são, primeiramente, apresentar a proposta de um grupo de físicos-médicos em radioterapia, para realizar auditorias externas que visam fortalecer a prática da auditoria médica nos Serviços de Radioterapia em que trabalham, um dos campos mais desafiadores da medicina moderna. Este grupo, busca compartilhar conhecimentos e experiências, promovendo uma cultura de aprimoramento contínuo que beneficie tanto os profissionais quanto os pacientes. Através da colaboração entre os membros, as práticas de auditoria externa serão implementadas, estabelecendo diretrizes que garantam a qualidade e a segurança dos tratamentos aplicados. Outro objetivo fundamental é ressaltar a importância das auditorias em radioterapia, evidenciando como essas avaliações podem identificar e corrigir ineficiências, melhorar a precisão dos tratamentos e, conseqüentemente, garantir o acesso igualitário aos cuidados. A auditoria, além de ser uma ferramenta de controle de qualidade, serve como um meio de promover a equidade no tratamento de pacientes, assegurando que todos recebam intervenções adequadas independentemente de sua localização ou contexto socioeconômico. Este artigo, portanto, também busca inspirar outras iniciativas semelhantes, destacando o papel decisivo da auditoria para uma prática médica mais justa e de qualidade, especialmente em áreas complexas como a radioterapia. **Metodologia:** Este novo grupo, composto por 32 físicos-médicos, trabalham em 25 diferentes serviços de radioterapia e estão localizados em 12 unidades da federação. Para levantamento das informações do grupo, um formulário de pesquisa foi elaborado e distribuído onde todos responderam questões sobre as habilitações de cada físico, os equipamentos de radioterapia, as técnicas de tratamento e a última auditoria externa realizada, o tipo, se local ou remota e a data. Sendo a Radioterapia uma atividade que lida com radiação ionizante, a Comissão Nacional de Energia Nuclear e a Agência nacional de Vigilância Sanitária são órgãos reguladores do Governo através de Normas (CNEN NN6.10) e Resoluções (Anvisa RDC-20). Estes documentos descrevem todas as atividades e controles de qualidade que devem ser realizados, tipos de testes, frequência, níveis de ação em casos de acidentes e periodicidade das auditorias externas, com todas as orientações baseadas em recomendações internacionais, pelas publicações da Agência Internacional de Energia Atômica. Atualmente estabelecido em Norma o prazo de uma auditoria externa é a cada 2 anos, portanto, todos os Serviços de Radioterapia devem atender este requisito a fim de obter a renovação da licença de operação, junto à CNEN e à Vigilância Sanitária local. As auditorias externas em Radioterapia devem ser realizadas por um grupo independente e com instrumentação própria. Instituições públicas ou privadas podem se organizar e realizar auditorias externas, desde que tenham habilitação para tais atividades. Atualmente existem no mercado algumas empresas oferecendo o serviço de auditoria em radioterapia, entretanto um departamento dentro do Instituto Nacional de Câncer, ligado ao Ministério da Saúde, realiza auditorias externas gratuitamente há 25 anos, o Programa de Qualidade em Radioterapia. Uma alternativa que os Serviços de Radioterapia possuem é a de realizar auditorias em pares. **Resultados e Discussão:** Segundo levantamento realizado, todos os Serviços de Radioterapia representados no grupo de Físicos

apresentam a licença de operação válida e, portanto, estão em conformidade com a frequência estabelecida pelos órgãos reguladores. Encontramos no grupo 3 Serviços de Radioterapia que contrataram uma empresa para realizar a auditoria, 2 Serviços que fizeram por sistema de pares e a grande maioria (84%) realizaram as auditorias com o PQRT / INCA. Embora as auditorias do PQRT contemplem parâmetros dosimétricos considerados essenciais e obrigatórios, outras abordagens como análise de risco, fluxograma de processos e procedimentos operacionais do Serviço, não são avaliados, enquanto que a CNEN, através das Normas estabeleceu na última publicação em novembro de 2023, um Guia para relatórios de auditoria externa onde incluiu estas abordagens e cobrando um prazo de 5 anos para realização. Por isso, faz-se necessária tal iniciativa proposta no presente resumo para que os novos requisitos estabelecidos sejam cumpridos. Reuniões quinzenais estão acontecendo para planejar a implementação das auditorias.

Palavras-chave: Auditoria externa, radioterapia, controle de qualidade

PROTOCOLO TERAPÊUTICO DE PEMBROLIZUMABE NA DOSAGEM DE 2MG/KG: EFETIVIDADE CLÍNICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER COM SUSTENTABILIDADE DE CUSTOS

Eduardo Röcker Ramos
Luiz Henrique Pícolo Furlan
Dalila Kotelok
Carla Luciana Vesgerau
Lucia Cristina Manoel de Macedo
Faustino Garcia Alferez

Introdução: O pembrolizumabe é um anticorpo monoclonal inibidor do receptor celular de morte programada (PD-1) que é amplamente usado para tratar vários tipos de câncer. Esta imunoterapia foi aprovada pela primeira vez com a dose de 2 mg/kg a cada 3 semanas. Mas, algum tempo depois foi rotulado com uma dose fixa de 200mg a cada 3 semanas e 400mg a cada 6 semanas. Em 2021, a equipe de oncologia do *Erasmus Medical Center Cancer Institute* na Holanda publicou um artigo no *The Lancet Oncology* apresentando evidências que apoiam estratégias de dosagem alternativas e doses mais baixas de pembrolizumabe. A publicação tem orientado muitos oncologistas na Europa e no mundo. **Objetivos:** Identificar evidências científicas de segurança e eficácia da dosagem de 2mg/kg de pembrolizumabe para tratamento de neoplasias para subsidiar a estruturação de um protocolo assistencial para a prática clínica em uma operadora de saúde suplementar. **Método:** Destaca-se nesse estudo, a estratégia PICO para busca de estudos relacionados ao tema deste trabalho, levando em consideração: População:

Indivíduos adultos diagnosticados com neoplasias e indicação de tratamento em monoterapia ou em associação com pembrolizumabe; Intervenção: Pembrolizumabe na dosagem de 2mg/kg; Comparador: Pembrolizumabe na dosagem fixa de 200mg; *Outcomes* (desfechos): Sobrevida global (SG), sobrevida livre de progressão de doença (SLP), eventos adversos relacionados ao medicamento. Uma revisão da literatura científica foi realizada para identificar evidências de segurança e eficácia, conforme recomendações da diretriz metodológica internacional da *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Em seguida, foram executadas ações de regulação da assistência à saúde em uma operadora de saúde suplementar, como: sensibilização dos dirigentes e gestores quanto a proposta, difusão do conhecimento na rede assistencial, implantação de protocolo terapêutico, monitoramento das prescrições e resultados clínicos através do processo de auditoria em saúde e aferição do impacto financeiro. **Resultado e discussão:** As evidências científicas selecionadas para responder à pergunta de pesquisa foram as seguintes: 1) **Anti-PD-1 treatment with pembrolizumab in ipilimumab-refractory advanced melanoma: a randomised dose comparison cohort of a phase 1 trial** (*The Lancet*, 2014): A taxa de resposta global (RECIST 1.1) foi de 26% tanto no grupo de 2 mg/kg como no grupo de 10 mg/kg (diferença 0%, IC 95% -14 a 13; p=0,96). Os eventos adversos de qualquer grau mais comuns relacionados ao medicamento nos grupos de 2 mg/kg e 10 mg/kg foram fadiga (29 [33%] vs 31 [37%]), prurido (23 [26%] vs 16 [19%]) e erupção cutânea (16 [18%] versus 15 [18%]). Nenhuma morte foi registrada. Os resultados sugerem que o pembrolizumabe na dose de 2 mg/kg ou 10 mg/kg a cada 3 semanas são tratamentos eficazes, entretanto, a alternativa de 2mg/kg é mais custo-efetiva. 2) **Systematic evaluation of pembrolizumab dosing in patients with advanced non-small-cell lung cancer**. *Annals of Oncology*. 2016: As taxas de resposta globais foram de 15% (IC 95% 7%–28%) com 2 mg/kg a cada 3 semanas; 25% (IC 95% 18%–33%) com 10 mg/kg a cada 3 semanas e 21% (IC 95% 14%–30%) com 10 mg/kg a cada 2 semanas. Análises de regressão da variação percentual em relação ao valor basal no tamanho do tumor versus AUC–6-semanas indicaram uma relação plana (inclinação de regressão $P > 0,05$). Os resultados indicaram que a dose mais baixa avaliada de 2 mg/kg a cada 3 semanas está no patamar de eficácia. Não foi identificada nenhuma dependência significativa da exposição em termos de eficácia ou segurança para em todas as doses de 2–10 mg/kg. 3) **A real-world data approach to determine the optimal dosing strategy for pembrolizumab**. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2021: Ambos os regimes posológicos (2mg/kg e 200mg) mantêm a eficácia máxima, são bem tolerados e podem ser usados em diferentes indicações. Um total de 9,90% dos pacientes recebeu doses inferiores a 100 mg e 5,94% das doses foram dispensadas sem arredondamentos. 4) **CADTH; 2019**. (*CADTH Technology Review: Optimal Use 360 Report*; no. 25). **Dosing and Timing of Immuno-Oncology Drugs:** A avaliação das relações exposição-resposta e múltiplos regimes de dosagem de pembrolizumabe indica que 2 mg/kg a cada três semanas, com um limite de dose máxima de 200 mg, é a dosagem mais eficiente para fornecer ligação receptor-antígeno alvo de 95% com base na concentração de vale ou fim do intervalo de dosagem. Esta dose é a mais eficiente em pesos corporais abaixo ou no peso de dosagem limitado a 100 kg. O desperdício e a economia de custos podem variar de local para local com base no número de pacientes, procedimentos de manipulação e negociações de compra. 5) **Pivotal Dose of Pembrolizumab: A Dose-Finding Strategy for Immuno Oncology**. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2021: Os estudos clínicos com pembrolizumabe inicialmente usaram uma dose baseada no peso corporal de 2 mg/kg a cada 3 semanas, que mais tarde foi alterada para uma dose fixa de 200 mg a cada 3 semanas por conveniência clínica. O pembrolizumabe atinge a concentração adequada com ambas as doses. Com concentrações mais altas de pembrolizumabe, o engajamento alvo também será semelhante, apoiando 2 mg/kg e 200 mg a cada 3 semanas como a dose de escolha estabelecida pelos estudos pivotais de fase II. Este trabalho de análise farmacocinética demonstra que nos estudos de comparação não

houve vantagem de eficácia em dosagem acima de 2 mg/kg a cada 3 semanas, estabelecendo uma dose principal e aprovada de pembrolizumabe. 6) **Alternative Dosing Strategies for Immune Checkpoint Inhibitors.** *International Association for the Study of Lung Cancer.* 2022: A dose híbrida de imunobiológico inibidor de checkpoint: <65kg dose de 100mg e >65kg dose de 150kg a cada 3 semanas; <65kg dose de 200mg, 65-90kg dose de 300mg e >90kg dose de 400mg a cada 6 semanas. Esta abordagem minimiza os custos de tratamento e o desperdício, sem comprometer em qualquer aspecto a segurança e a eficácia do tratamento. De acordo com as evidências científicas identificadas o protocolo proposto para implantação é de pembrolizumabe 2mg/kg para todas as indicações terapêuticas. A sensibilização dos dirigentes e gestores da operadora de saúde foi favorável e, atualmente, dois serviços verticalizados e uma unidade singular já estão realizando ações para implantação do protocolo de pembrolizumabe com 2mg/kg. O serviço de auditoria do estado já identificou solicitações aderentes ao esquema de dosagem proposto, principalmente para indivíduos de baixo peso (até 50kg). Para estes casos o custo evitado com o medicamento é de aproximadamente R\$ 300.000,00 por paciente por ano. **Conclusão:** As evidências científicas demonstram equivalência terapêutica das dosagens de pembrolizumabe (2mg/kg e 200mg) para tratamento de indivíduos diagnosticados com neoplasias. A implantação de protocolos terapêuticos de pembrolizumabe com 2mg/kg é viável, clinicamente efetiva e sustentável para o sistema de saúde suplementar. **Palavras-chaves:** Pembrolizumabe 2mg/kg. Protocolo terapêutico. Saúde Suplementar.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA DA AUDITORIA CONCORRENTE MULTIDISCIPLINAR EM UMA OPERADORA DE SAÚDE

Surama Valena Elarrat Canto
Karla Lima Verde Pessoa
Anderson Lima dos Santos
Sandra Maria Araújo Bertini
Maria Hébia Cunha Rodrigues Arrais
Priscila Araújo Marinho

Introdução: A auditoria concorrente mantém sua relevância crescente na gestão das operadoras de saúde, consolidando-se como uma prática essencial para monitorar e aprimorar continuamente a qualidade da assistência oferecida aos pacientes. **Objetivos:** relatar a experiência da implantação da auditoria concorrente multidisciplinar em uma operadora de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência a respeito da implantação da auditoria concorrente multidisciplinar (auditoria médica, auditoria de enfermagem e auditoria social) em quatro prestadores de uma operadora de saúde em Fortaleza-CE, no período de 01/07/2023 a 01/07/2024. **Resultados e Discussão:** a auditoria concorrente multidisciplinar foi implantada em 01/07/2023 e é composta por 2 médicas, 2 enfermeiras e 7 assistentes sociais, que visitam os pacientes internados em quatro prestadores de uma operadora de saúde em Fortaleza-CE. A escolha dos pacientes em acomodação (enfermaria e apartamento) a serem visitados pela equipe é realizada após a verificação diária do censo hospitalar e dos dados encaminhados pelo DRG (Grupo de Diagnósticos Relacionados - é um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais, em grupos homogêneos de acordo com a complexidade assistencial). Pelos médicos auditores são visitados os pacientes

de UTI com o objetivo de observar as indicações de permanência em leito de alta complexidade, contribuindo para que ela seja adequada, sem prorrogações desnecessárias e dessa forma garantindo a qualidade da assistência. A enfermeira auditora visita os pacientes que estão em acomodação com o intuito de verificar a assistência prestada e de observar se a permanência está adequada de acordo com os dados fornecidos pelo DRG. No caso de ser observada a possibilidade de desospitalização, é informado ao médico auditor que verifica com o médico assistente a possibilidade de alta hospitalar, de home care ou de complementação do tratamento em ambiente ambulatorial. A enfermagem também detecta os eventos adversos e notifica ao prestador para que medidas de correção sejam tomadas. Pela auditoria social é exercida uma atividade de suma importância, com visitas aos pacientes e atuando em diversas demandas e intervenções relativas ao processo de internação e na alta hospitalar (tratativa com o home care e com os agendamentos para a medicina preventiva). Todas as visitas da equipe multidisciplinar são inseridas em um sistema de informação desenvolvido pela operadora. **Conclusão:** A implantação da auditoria concorrente se mostrou importante em estreitar as relações com os demais profissionais da saúde, auxiliando, inclusive, na visão destes sobre a auditoria, não como um exercício fiscalizatório, mas acessório e educativo às boas práticas da assistência e avaliando a qualidade do serviço prestado pela instituição de saúde e corrigindo potenciais falhas desse atendimento.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Auditoria de Enfermagem. Qualidade da Assistência à Saúde

TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE OPERADORAS DE SAÚDE E PRESTADORES: ACESSO INTEGRAL AO PLANO DE TRATAMENTO COM NAVEGAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Milton José de Andrade
Camila Cora Santos de Moraes Pereira
Cilene Cesti das Neves
Elizabete Cristina de Paula Ribeiro
Renata Comparotto de Menezes Lemos
Sandra Regina Biesek

Introdução: Com o avanço da tecnologia é visível o afastamento entre as operadoras de saúde e os prestadores credenciados, visto que a comunicação entre ambos se tornou predominantemente digital. Em consequência os trâmites e cuidados com o paciente ficam mais lentos, a mediação de informações entre as partes são imprecisas e não fidedignas ao que necessita ser transmitido. Assim emergiu a necessidade de melhorias nas tecnologias de comunicação entre operadoras de saúde e prestadores, aliada ao papel de uma equipe navegadora multiprofissional, com a finalidade de transformar significativamente a gestão do cuidado ao paciente. **Objetivo:** O objetivo é realizar o monitoramento, acompanhamento, educação continuada e capacitação entre as vertentes que integram o cuidado com o paciente, buscando aprimoramento e sustentabilidade no processo. **Metodologia:** Tramitação de informações entre a operadora de saúde, beneficiário e prestador através de uma equipe de navegação multidisciplinar. Criação de um canal próprio de comunicação, participação de reuniões de discussão de casos e visitas recorrentes entre as partes. **Resultados e Discussão:** Para que ocorra a interligação entre tecnologias de comunicação e acesso integral ao plano de tratamento serão seguidos os seguintes passos: A criação de um sistema de

registro próprio que será alimentado pela operadora e pelo prestador de saúde. Com a finalidade de armazenamento e compartilhamento de dados de saúde dos pacientes de forma segura e acessível. O benefício seria o acesso imediato a históricos médicos, resultados de exames, prescrições e planos de tratamento completo. Este registro seria mediado pela aceitação e acompanhamento do paciente com criação de formulário e termos de consentimento, disponibilizado em plataforma online com acesso mútuo de pacientes e prestadores. Com intenção de aumentar o engajamento do paciente no seu próprio cuidado. Mediado a isso, a inclusão de telemedicina com rastreabilidade de intercorrências e acompanhamento multiprofissional, irá ocorrer através de videoconferências e ferramentas digitais, gerando acesso a cuidados multidisciplinares sem deslocamento, com acompanhamento e monitoramento de condições clínicas. Em concordância o sistema deverá ser dotado de compartilhamento de dados de forma eficiente e segura. Em foco de uma visão integrada do histórico e plano de tratamento do paciente, para eficiência na coordenação do cuidado. Com isso, deveremos contar com a inteligência artificial e big data para o gerenciamento e análise de grandes volumes de dados, elaborando padrões, prevendo resultados e personalizando o plano terapêutico. Contando com decisões precisas, personalizadas e com melhorias na detecção precoce de doenças e ações a serem adotadas. Os registros criados serão permanentes e auditáveis referente às interações e acesso aos dados. Sendo realizados com segurança e transparência dos dados compartilhados. O compartilhamento de dados internos será realizado por intercâmbio de profissionais capacitados assegurando e preservando os dados, fornecendo dados completos e precisos, independentes do local de atendimento. As coletas de dados podem ser realizadas através de dispositivos móveis e até mesmo pelo usuário para que ocorra o monitoramento em tempo real e intervenção precoce em casos de anormalidades. A equipe de navegação vem para integração entre o sistema e a comunicação com o prestador e paciente, garantindo que todas as partes estejam informadas sobre o plano de tratamento. Os benefícios são auxiliar os pacientes na compreensão e adesão ao plano de tratamento, bem como na navegação pelo sistema aumentando a satisfação do paciente e melhor resultado de saúde. E para os prestadores e operadoras o monitoramento do progresso do paciente, realizando intervenções quando necessário. Detectando precocemente problemas e ajuste rápido do plano de tratamento entre as partes. A combinação de tecnologia e apoio da equipe de navegação garante que os pacientes recebam cuidados mais coordenados e personalizados, com o acesso integral a dados atualizados, reduzindo a probabilidade de erros e facilitando os trâmites burocráticos. O almejo com uma comunicação eficiente e gerenciamento dos cuidados integrais ao paciente é alcançar a otimização de recursos e tempo. Para aplicação dessas tecnologias e integração da equipe navegadora será necessário reuniões, planejamentos estratégicos e recursos financeiros para melhorias do sistema de comunicação. Inicialmente serão necessários treinamentos, adesão rigorosa a padrões de segurança e privacidade para proteger informações dos pacientes. Os benefícios para o sistema de saúde e pacientes são significativos e podem elevar a eficiência no cuidado. O contato entre a operadora e o prestador de saúde acontecerá por reuniões multidisciplinares na definição dos tratamentos, onde será realizada a coleta de dados e sanções de dúvidas referentes às negociações, legislações e normas. As reuniões acontecerão concomitantes no prestador e na operadora de saúde. A frequência será de uma reunião a cada quinze dias e o sistema será alimentado pela operadora e prestador de saúde. Deverão conter dados da didática do tratamento, evolução e plano. **Conclusão:** Com a implementação do projeto e avanço na adesão dos prestadores pode expandir para diversas especialidades. Caracterizando assim transparência em relação a operadora de saúde e prestador, prezando a eficácia e eficiência dos serviços em prol do paciente.

Palavras - chave: Comunicação. Monitoramento. Navegação.

TERAPIA CAR-T PARA O TRATAMENTO DE CÂNCERES HEMATOLÓGICOS: UMA SÉRIE DE CASOS A PARTIR DA PERSPECTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

Beatriz Böger
Bianca Fontana Aguiar
Anne Karine Bosetto Fiebrantz
Jolline Lind
Moacir Pires Ramos
Jaime Luís Lopes Rocha

Introdução: A terapia CAR-T, inovadora para tratar certos tipos de câncer hematológicos, tem mostrado benefícios em estudos globais. Contudo, sua eficácia a longo prazo no mundo real ainda é incerta. Desafios como custo elevado, acessibilidade e infraestrutura complexa dificultam sua inclusão na saúde suplementar do Brasil. Além disso, a limitação de centros especializados e laboratórios de produção celular pode restringir o acesso à terapia. É importante entender o contexto da inserção dessa nova tecnologia, bem como se os resultados de efetividade e segurança se aplicam à realidade dos pacientes brasileiros. **Objetivo:** Fornecer informações epidemiológicas, administrativas e logísticas dos pacientes tratados com CAR-T na perspectiva de uma operadora de saúde do sul do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo que analisou dados de pagamento de CAR-T em uma operadora de saúde com mais de 600 mil vidas, entre fevereiro/2022 e abril/2024. Dados foram tratados usando estatística descritiva. **Resultados e Discussão:** Neste estudo, foram analisados 14 casos de pacientes que solicitaram à terapia gênica para o tratamento de linfoma e leucemia. Desses, apenas oito pacientes tiveram registro de pagamento da terapia, relacionado ao processo de coleta, manufatura e infusão (valor médio R\$2.382.056,04). Oito solicitantes eram beneficiários da própria singular e quatro de outras regiões. A média de idade foi de aproximadamente 57 anos (variando de 4 – 85 anos), com predominância masculina (11/3) e de linfomas (10), somente quatro pacientes foram diagnosticados com leucemia. Três pacientes conseguiram o medicamento por via judicial e seis por via administrativa, antes das novas regras da Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS) para cobertura de terapia avançada. A terapia prévia mais utilizada foi o regime Rituximabe/ Ciclofosfamida/ Hidroxiadaurubicina/ Vincristina/Prednisona (RCHOP), utilizado por pelo menos três pacientes. Cinco pacientes tinham passado por transplante anteriormente. O tempo médio da leucoferese até a data de infusão, foi de aproximadamente 48 dias (variação entre 40 e 60 dias). Quatro pacientes faleceram após o tratamento, sendo o tempo médio entre a infusão e o óbito de aproximadamente 20 dias, considerando os últimos registros de pagamento dos pacientes. **Conclusões:** Este pequeno estudo retrospectivo, focado na realidade do sistema de saúde suplementar brasileiro, fornece *insights* valiosos sobre o perfil dos pacientes que solicitaram o tratamento, bem como sobre os desafios enfrentados, como custos elevados, judicialização e a infraestrutura limitada para a produção e administração da terapia. Então, discutir modelos de negócio e assistência sustentáveis para o sistema antes da liberação, são essenciais em casos como esse, pois risco de não se obter a resposta completa com a terapia ou impacto orçamentário grande na operadora são possibilidades reais.

Palavras chaves: Terapia gênica. Leucemia, células T. Saúde Suplementar.