



Diretoria Executiva Unimed do Brasil

Omar Abujamra Junior, Presidente

Emilson Ferreira Lorca, Vice-Presidente

Claudio Laudares Moreira, Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Dilson Lamaita Miranda, Diretor de Administração e Finanças

Marcos de Almeida Cunha, Diretor de Gestão de Saúde

Rubens Carlos de Oliveira Junior, Diretor de Desenvolvimento de Mercado

Silvio Porto de Oliveira, Diretor de Intercâmbio

Diretoria Executiva Fundação Unimed

Helton Freitas, Diretor-Presidente

Omar Abujamra Junior, Diretor de Relações Institucionais

Luiz Paulo Tostes Coimbra, Diretor de Gestão Educacional e Desenvolvimento

Adelson Severino Chagas, Diretor Administrativo-Financeiro

Conselho de Curadores da Fundação Unimed

Cleber Gustavo Rotoli Baldelin, Presidente, Unimed do Brasil

Willian Gebrim Júnior, Vice-Presidente, Unimed do Brasil

Edmilson Rocha de Souza, Conselheiro, Unimed do Brasil

Eider Barreto de Medeiros, Conselheiro, Central Nacional Unimed

Elias Antônio Neto, Conselheiro, Unimed Participações

Garibalde Mortoza Júnior, Conselheiro, Seguros Unimed

José Marcos Barroso Pillar, Conselheiro, Unimed do Brasil

Júlio César Córdova Maciel, da Uniodonto do Brasil

Maurício Simões Correa, Conselheiro, Unimed do Brasil

Paulo César de Araújo Rangel, Conselheiro, Unimed do Brasil



Conselho Fiscal da Fundação Unimed

Emilson Ferreira Lorca, Titular

Antônio Abrão Nohra Neto, Titular

José Augusto Ferreira, Titular

Marcos de Almeida Cunha, Suplente

Otto Cezar Barbosa Júnior, Suplente

Reinaldo Antônio Monteiro Barbosa, Suplente

Diretoria Executiva Faculdade Unimed

Helton Freitas, Diretor Geral

Fábio Gastal, Diretor Acadêmico

Márcio Barbosa, Diretor Administrativo-Financeiro



Conselho Editorial / Editorial Council

Profª. Drª. Carolina Resende Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Duarte Nuno Pessoa Vieira, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,
Portugal

Prof. Dr. Marcelo Eidi Nita, Faculdade Unimed, Brasil

Profª. Ms. Natália Cristina Alves Caetano Chaves Krohling, Faculdade Unimed, Brasil

Profª. Drª. Tânia Moreira Grillo Pedrosa, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais,
Brasil

Profª. Drª. Wanêssa Lacerda Poton, Universidade Federal de Pelotas/Universidade Federal do
Espírito Santo, Brasil



Comitê Científico / Scientific Committee

Prof.^a Dr.^a. Adriana de Melo Ferreira, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Prof. Dr. André Germano dos Santos Leite, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa, Faculdade Santa Maria, Brasil

Prof. Ms. Antônio Ferreira de Melo Júnior, Faculdade Multivix, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Bianca Magnelli Mangiavacchi, Faculdade Metropolitana São Carlos, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Brunella Alcântara Chagas de Freitas, Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Prof.^a Dr.^a. Cecilia Maria Lima Cardoso Ferraz, Faculdade Unimed, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Cleia Marcia Gomes Amaral, Universidade de São Paulo, Brasil

Prof. Ms. Cloer Vescia Alves, Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

Prof.^a. Ms. Denise Pimenta, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Ms. Eduardo Henrique Puglia Pompeu, Faculdade Unimed, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Eliana Bernadete Caser, Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Flávia Amaral Rezende, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Gisele Silva Lira de Resende, Centro Universitário Unicathedral, Brasil

Prof. Dr. Hélio Borba Moratelli, Universidade Federal Mato Grosso, Brasil

Prof.^a Ms. Jakeline França Dutra, COPPEAD/UFRJ, Brasil

Prof. Ms. Julian Silveira Diogo de Ávila Fontoura, Brasil

Prof. Dr. Leonardo Ayres, PUC Minas, Brasil



Prof.^a. Dr.^a. Luciana Branco Penna, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Luiz Paulo Ribeiro, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Maria da Penha Pereira de Melo, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Mario Luz Soares, FEA/USP, Brasil

Prof. Dr. Paulo Sérgio Rodrigues de Paula, UFSC, Brasil, e Université de Reims, França

Prof.^a. Dr.^a Regina Viegas, CEFET-RJ, Brasil

Prof. Dr. Renato Peixoto Veras, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Suzana Schwerz Funghetto, Universidade de Brasília, Brasil

Prof.^a Dr.^a. Tatiane Rodrigues Carneiro, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Wagner Fonseca Moreira da Silva, Faculdade Unimed, Brasil



Editora Científica / Scientific Editor

Profª. Drª. Carolina Resende Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Editora Geral / General Editor

Fernanda Christina Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Editora de Texto e Layout / Design and Text Editor

Anna Gabriela Teixeira, Faculdade Unimed, Brasil



2021 Revista Científica Faculdade Unimed

Os autores são responsáveis pela apresentação dos fatos contidos e opiniões expressas nesta publicação.



MISSÃO, FOCO E ESCOPO / MISSION, FOCUS AND SCOPE	8
APRESENTAÇÃO / PRESENTATION	9
Helton Freitas	
ENTREVISTA	
Entrevista com Dr. Fábio Gastal.....	12
Anna Gabriela Teixeira	
ARTIGOS / PAPERS	
A importância de uma cooperativa de trabalho em educação na disseminação do cooperativismo na Amazônia.....	16
Franciellen Tapajós Ribeiro	
Implementação do processo para admissão de novos cooperados da Unimed de Ribeirão Preto.....	32
Ricardo Santos de Oliveira e Jairo Rosa e Silva Júnior	
RESUMO DE TCC	
Benefícios na utilização de imiquimode para cânceres de pele não melanocíticos.....	49
Meire Soares de Ataíde	
Tecnologia da informação em saúde e hospitais digitais: a influência na evolução da segurança do paciente.....	65
Raul Cardoso da Silva Neto	
Percentual de readmissão de pacientes no ambiente hospitalar como parâmetro da qualidade da assistência.....	79
Luiz Cláudio Mota	
As atribuições do enfermeiro auditor em operadoras de planos de saúde.....	109
Tallys T. Silva e Alana O. Silva	
NORMAS / GUIDELINES	118



A Revista Científica da Faculdade Unimed é uma iniciativa que visa o desenvolvimento da prática investigativa e o livre acesso à pesquisa científica. A Revista está cadastrada no Portal de Periódicos da Faculdade Unimed e utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER).

Público-alvo: docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores e outros interessados na produção científica das áreas Educação Superior, Saúde, Gestão e Cooperativismo.

Missão: veicular trabalhos científicos de docentes e discentes voltados ao desenvolvimento do cooperativismo, das práticas gerenciais aplicadas e da profissionalização em saúde no contexto do ensino superior.

Políticas de Seção: Revista Científica Faculdade Unimed publica trabalhos de docentes e discentes na forma de artigos, relatos, resenhas, resumos, entrevistas e trabalhos de pesquisa.

apresentação



Prezado(a) leitor(a),

Consolidar-se como referência nacional em educação para o setor de saúde, tornando-se um verdadeiro laboratório de ideias. Como integrante do Sistema Unimed, a maior experiência cooperativista na área da saúde em todo o mundo, este é um dos pilares da estratégia da nova diretoria da Faculdade Unimed e da Fundação Unimed, sua mantenedora, eleita para o ciclo 2021-2025.

Sustentados por 26 anos de atuação para formação e capacitação profissional, entendemos que investir no desenvolvimento das pessoas é cada vez mais estratégico e passa, inevitavelmente, pela educação. Diante dos movimentos do mercado e, especialmente pela pandemia, percebemos como a tecnologia tem transformado nossas relações humanas, nosso trabalho, nosso jeito de aprender e ensinar.

Os desafios atuais nos fazem olhar para o futuro. Por isso, convidamos nosso novo diretor Acadêmico, Prof. Dr. Fábio Gastal para a entrevista desta edição. Ele fala sobre as perspectivas para a Revista, nossos planos para o desenvolvimento da pesquisa científica dentro da Faculdade e do Sistema Unimed, da importância do intercâmbio acadêmico para o avanço do país e como a ciência pode agir como uma mola propulsora do sistema cooperativista e do setor de saúde como um todo.

Essa união entre ciência, educação e qualidade em saúde se reflete nos trabalhos que compõem este número. O artigo A importância de uma cooperativa de trabalho em educação na disseminação do cooperativismo na Amazônia mostra como uma cooperativa educacional criou não só uma empresa de sucesso, mas elevou a qualidade do ensino e contribuiu para o desenvolvimento social e pessoal de seus alunos.



Já na área da saúde, o artigo intitulado Implementação do processo para admissão de novos cooperados da Unimed de Ribeirão Preto discute como a adoção de processos seletivos para novos cooperados não fere o princípio da livre associação e eleva a qualidade da assistência em saúde oferecida pelos profissionais e pela singular como um todo.

Como uma forma de valorizar a produção do corpo discente, publicamos também quatro monografias de alunos de pós-graduação. Uma delas, intitulada Benefícios na utilização de imiquimode para cânceres de pele não melanocíticos, apresenta uma ampla revisão de literatura sobre as vantagens para o paciente e para a instituição de saúde ao oferecer esse tipo de tratamento para essa doença.

Outra monografia analisa como utilizar o percentual de readmissão como medida de qualidade, uma vez que o aumento desse dado pode indicar tratamentos ineficazes, erros médicos, diagnósticos equivocados ou até mesmo falhas na comunicação com o paciente ao orientá-lo sobre os cuidados médicos que deve manter em casa.

Em Tecnologia da informação em saúde e hospitais digitais: a influência na evolução da segurança do paciente é possível saber como a redução dos efeitos adversos de iatrogenias gera ganho para quem está em tratamento, e também para as instituições de saúde.

O último trabalho desta edição, intitulado As atribuições do enfermeiro auditor em operadoras de planos de saúde, aplica o conhecimento científico diretamente aos processos de gestão, analisando como os enfermeiros auditores contribuem para melhoria de processos internos e maior qualidade na assistência em saúde.

Acreditamos que o conhecimento é ainda mais relevante quando compartilhado. E esse é um processo que, seja no ambiente virtual ou presencial, não ocorre de forma isolada. Cada vez mais, percebemos que a colaboração e a cooperação caminham ao lado do ensino, da pesquisa e da ciência, contribuindo para nossa evolução enquanto indivíduos e também como sociedade.

Boa leitura!

Dr. Helton Freitas

Diretor Geral da Faculdade Unimed e presidente da Fundação Unimed. Helton é também presidente da Seguros Unimed



entrevistas



Por Anna Gabriela Teixeira

 **Dr. Fábio Gastal**

Diretor Acadêmico da Faculdade Unimed, Superintendente de Informação, Inovação e Novos Negócios na Seguros Unimed, Presidente do Conselho da ONA (triênio 2021 - 2024), Médico, Psiquiatra, DrScMed, PhD, FISQua. Áreas de concentração e domínio com mais de 30 anos de experiência e produção técnico-científica ativa: Medicina; Economia da Saúde; Administração Hospitalar; Psiquiatria; Psicogeriatría; Políticas de Saúde; Tecnologias de Gestão e Qualidade em Saúde; Epidemiologia e métodos quantitativos em Saúde e Saúde Mental. Experiência em Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde (COL, ONA, UNIMED-BH, HMD/SSMD e Seguros Unimed) e, mais recentemente, em processos de desenvolvimento e inovação (UNIMED-BH e HMD/SSMD e Seguros Unimed). Especializações: Médico - Psiquiatra (1988 - UROU, ABP, CFM, SPRS) Doutor em Medicina - Universidade da República Oriental do Uruguai (1993); Doutor em Medicina/Psiquiatria - Universidade Federal de São Paulo (1995).



Para este número, convidamos o novo Diretor Acadêmico da Faculdade Unimed para compartilhar suas visões sobre o papel da ciência no Brasil e no ambiente cooperativista e quais são os planos para o fortalecimento de uma cultura de Pesquisa & Desenvolvimento dentro da Faculdade e do Sistema Unimed.

Quais são as perspectivas para o futuro da pesquisa dentro da Faculdade Unimed?

Neste momento, estamos realizando o trabalho de Planejamento Estratégico para a Faculdade e a Fundação Unimed, de modo a posicionar a instituição para que ela possa potencializar seus efeitos e impactos positivos sobre o Sistema Unimed e o Setor de Saúde do Brasil. Considero que, neste momento, seria um pouco ambicioso demais afirmar que seremos um "player" relevante no Sistema Nacional de P & D e Ciência e Tecnologia. Contudo, vemos enormes possibilidades para o desenvolvimento de ações relevantes de Pesquisa Científica e de uma estruturação acadêmica que permita isso.

Uma instituição de educação de nível superior não se completa institucionalmente se não desenvolver a tríade Ensino, Pesquisa e Extensão. Portanto, vamos avançar com foco em encontrar os melhores caminhos. E, na minha visão, o rumo é na pesquisa aplicada e no fortalecimento da P & D nas Unimeds através das leis existentes de incentivo ao desenvolvimento da Pesquisa e da Inovação no complexo empresarial brasileiro, fortalecendo o empreendedorismo e as Startups.

Uma das metas da Faculdade Unimed é se tornar referência em educação dentro do Sistema, como a Revista Científica poderá contribuir para este objetivo?

A Revista Científica é o órgão de divulgação e comunicação da nossa Faculdade. Sua função é justamente dar a conhecer o que estamos produzindo no Sistema Unimed e na Faculdade Unimed e que seja relevante para o Sistema e para o Brasil. Não existe ciência sem publicações, sem divulgação científica e sem o compartilhamento do conhecimento. Vamos buscar que a nossa revista, ao longo do tempo, se consolide como um órgão de divulgação mais relevante e que atenda de forma correta aos diversos parâmetros de avaliação das boas publicações científicas, se qualificando junto aos órgãos específicos e aos sistemas que medem o impacto, o número de citações e a relevância nacional e internacional das publicações científicas e acadêmicas.



A Faculdade Unimed vem fechando algumas parcerias com instituições como a Fundação Dom Cabral e a ASISA, há planos de intercâmbio nas áreas de pesquisa e extensão?

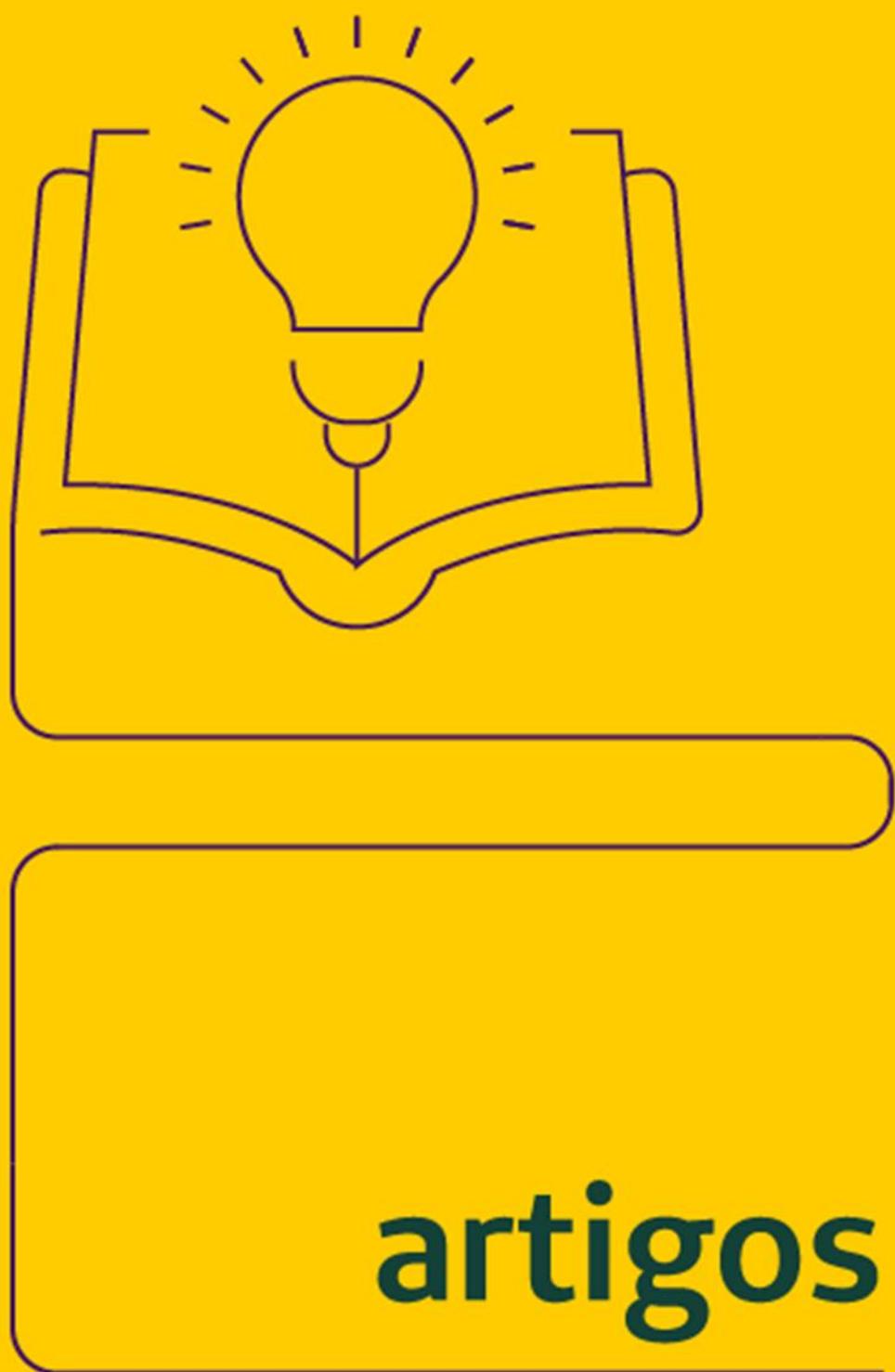
O processo de intercâmbio acadêmico e docente não é um fim em si, não pode ser entendido como uma atividade turística. Ele deve estar conectado com a estratégia da organização e a formação de quadros altamente qualificados, que irão assegurar o futuro da organização, bem como o desenvolvimento de novas linhas de pesquisa e desenvolvimento.

O intercâmbio científico, bem planejado e organizado, é como uma "mola mestra" que pode fazer um país ou uma organização dar um salto em termos de resultados e impacto de seus conhecimentos e pesquisas. Pessoalmente, pude assistir nos anos 70 do Século passado o bem planejado e enorme esforço feito pelo país para romper a fronteira do atraso científico e tecnológico da pesquisa agropecuária do Brasil. Assisti a Embrapa enviando pesquisadores ao mundo inteiro para trazer os melhores conhecimentos científicos e tecnológicos. Vejam os resultados 50 anos depois! De maneira um pouco diferente se deu na pesquisa médica brasileira, mais ligada às universidades e ao SUS nos anos 80-90. Tais esforços tornaram o Brasil uma referência em diversos campos da pesquisa médica e epidemiológica. Portanto, intercâmbio é fundamental, mas precisa ser bem planejado.

Como a ciência pode ajudar no fortalecimento do cooperativismo em nosso país?

Com os breves exemplos acima fica claro o papel da ciência, da educação e da pesquisa para o futuro do cooperativismo. Sem ciência ativa, relevante e de qualidade, voltada para o desenvolvimento científico e tecnológico do país, nunca seremos verdadeiramente independentes como Povo e como Nação. Contudo, é impossível ser bom em tudo e ter recursos para tudo. Por isso é importante fazer escolhas e ter uma boa execução da estratégia.

Creio que o cooperativismo na saúde, representado especialmente pelo Sistema Unimed, pode fazer muito pelo Brasil na medida em que se integre decididamente ao Sistema Nacional de Ciências e Tecnologia, especialmente contribuindo para as melhores soluções para a saúde dos brasileiros e com a pesquisa médica e tecnológica no Setor de Saúde. Estamos falando de um setor que movimenta de 10 a 15% do PIB nacional. Em suma, muito pode ser feito se tomarmos os caminhos inteligentes.



artigos



**A IMPORTÂNCIA DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO EM EDUCAÇÃO NA
DISSEMINAÇÃO DO COOPERATIVISMO NA AMAZÔNIA**

**THE IMPORTANCE OF AN EDUCATIONAL LABOR COOPERATIVE IN THE
DISSEMINATION OF COOPERATIVISM IN AMAZÔNIA**

📍 **Franciellen Tapajós Ribeiro**

Pós-graduada em MBA em gestão de Cooperativas - Faculdade Unimed (2021); Cooperada da COOPSÓSTENES (Cooperativa de Trabalho em Educação “Sóstenes Pereira de Barros”) desde 2014; Mestranda em Educação - UFOPA (2020); Especialista em Educação - UNOPAR (2018); Licenciatura Plena em Educação Física - UEPA (2012). Docente no Colégio Batista de Santarém desde 2013; Docente na Universidade Paulista em Santarém-Pa desde 2018. e-mail: ellen_fsouzat@hotmail.com



RESUMO

O presente artigo se encontra no âmbito do Cooperativismo Educacional. Teve como intuito investigar a relevância da Sociedade Cooperativa de Trabalho em Educação “Sóstenes Pereira de Barros” (COOPSÓSTENES), mantenedora do Colégio Batista de Santarém, importante para a expansão e fortalecimento do cooperativismo na região. É uma pesquisa qualitativa utilizando o método indutivo, sendo um estudo de caso de caráter bibliográfico, e para alcançar seus objetivos, o instrumento utilizado para a coleta dos dados foi o levantamento documental e histórico. Espera-se com os resultados deste estudo, contribuir com o desenvolvimento de outras cooperativas educacionais, além de incentivar os demais pesquisadores a olharem para o mesmo tipo de pesquisa e se sentirem motivados a discutir sobre essa temática, disseminando o cooperativismo na sociedade e em especial, na Amazônia.

Palavras-chave: Cooperativismo. Cooperativa Educacional. Educação. Princípios Cooperativistas.

ABSTRACT

This article is within the scope of Educational Cooperatives. It aimed to investigate the relevance of the Cooperative Society for Work in Education “Sóstenes Pereira de Barros” (COOPSÓSTENES), sponsor of Colégio Batista de Santarém, for the expansion and strengthening of cooperativism. It is a qualitative research using the inductive method, being a case study of bibliographic character, and to achieve its objectives, the instrument used for data collection was a documentary and historical survey. The results of this study are expected to contribute to the development of other educational cooperatives, in addition to encouraging other researchers to look at the same type of research and feel motivated to discuss this topic, disseminating the importance of cooperativism in our society and especially in the Amazon.

Keywords: Cooperatives. Educational Cooperatives. Education. Cooperative Principles.



1 INTRODUÇÃO

As cooperativas educacionais se apresentam como fenômeno recente no Brasil. Elas possuem características considerada inovadoras e “merecem atenção da análise organizacional” (SERVA; FRANÇA; JAIME JÚNIOR, 1994, p.46).

Para isso, inicialmente, prestando uma contribuição à compreensão deste fenômeno, torna-se imprescindível apresentar os conceitos do cooperativismo. É necessário discorrer sobre seu surgimento, além de entender os princípios cooperativistas e conhecer seus ramos.

Partindo desse entendimento, buscou-se neste estudo responder a seguinte pergunta: qual importância a cooperativa de Trabalho em Educação COOPSÓSTENES possui no contexto educacional amazônico e qual sua relação com o desenvolvimento do cooperativismo na cidade de Santarém-Pará?

Procurando responder à pergunta levantada, o presente artigo teve como objetivo compreender a importância da COOPSÓSTENES e sua relação com o desenvolvimento do cooperativismo em Santarém-Pará, pesquisando e conhecendo a sua história na região. Além disso, identificar a importância social, econômica e educacional que a COOPSÓSTENES exerce na região que se encontra, averiguando como tem ocorrido a disseminação dos princípios cooperativistas por meio desta cooperativa.

O estudo é qualitativo e utilizou o método indutivo, caracterizando-se como um estudo de caso de cunho bibliográfico, e como instrumento de coleta dos dados teve como suporte, pesquisas teóricas e documentais. Tem-se como justificativa para a temática escolhida, a necessidade de disseminar as contribuições da atuação de uma cooperativa educacional.

Nesse contexto, identificou-se por meio de pesquisa bibliográfica, a existência de diversas cooperativas educacionais no País, e estas geram emprego, compartilham aos professores, alunos e funcionários a importância do cooperativismo além de formar cidadãos críticos, reflexivos e atuantes na sociedade.

Diante disso, mediante levantamento documental e histórico, identificou-se na cidade a existência de outras cooperativas, à exemplo da saúde, agricultura e crédito, que juntas assumiam um caráter de grande importância para difundir o cooperativismo na região. No entanto, o cooperativismo educacional ganhou força somente com o surgimento da COOPSÓSTENES, a primeira cooperativa em educação criada em Santarém-PA, a qual motivou em seguida, a criação de outras do mesmo seguimento.



Espera-se com este ensaio, promover reflexões que pontuem a importância do cooperativismo educacional. Assim, advoga-se a necessidade da sociedade brasileira e amazônica conhecerem e abraçarem o espírito cooperativista, apresentando-se como um movimento socioeconômico que une desenvolvimento e bem-estar social, além de colaborar com a economia e educação do País.

2 A COOPERATIVA DE TRABALHO EM EDUCAÇÃO NO INTERIOR DA AMAZÔNIA: COOPSÓSTENES - MANTENEDORA DO COLÉGIO BATISTA DE SANTARÉM

A Sociedade Cooperativa de Trabalho em Educação “Sóstenes Pereira de Barros” (COOPSÓSTENES) é mantenedora do Colégio Batista de Santarém. E para compreender o contexto de surgimento desta cooperativa, precisa-se incluir no escopo deste trabalho a referida instituição escolar. A seguir, será visto por meio da análise de documentos como foi o início desta escola localizada no interior da Amazônia, Santarém-Pará, cidade também conhecida como Pérola do Tapajós.

O professor e cooperado Francisco Manuel, atual Gestor secretário do Conselho de Administração (CONAD) da COOPSÓSTENES, organizou um documento histórico do Colégio Batista com base em relatos de antigos professores, secretários, diretores e colaboradores que dedicaram suas vidas a esta escola e contribuíram no princípio com a educação local na cidade. O Instituto Batista de Santarém¹, como foi chamada a instituição escolar no início de sua fundação, iniciou seus trabalhos em primeiro de março de 1948. Criado com o objetivo de colaborar para o desenvolvimento integral e moral, principalmente oferecendo um ensino de qualidade na região e possuindo valores cristãos.

A professora Onésima Pereira de Barros uniu-se a mais três professores, dentre eles o professor e pastor Sóstenes Pereira de Barros, seu irmão, o qual inspirou posteriormente o nome dado em sua homenagem à COOPSÓSTENES. A matrícula inicial já contava com 248 alunos, conforme documento relatado pelo Gestor secretário do CONAD.

Inicialmente a escola se localizava em outro local na cidade de Santarém, mas logo em 1952 tem um novo endereço, no qual se encontra funcionando até a data atual, a Avenida Mendonça Furtado. É importante ressaltar que desde o ano de 1948, o colégio já teve alguns

¹ Dados obtidos em consulta ao Gestor secretário do CONAD (Conselho de Administração), Francisco Manoel da Silva Sousa. Além de dados acessados no site <http://www.colegiobatista.coop.br/>.



nomes diferentes, sendo: Instituto Batista de Santarém; Ginásio Batista de Santarém; Colégio Batista Sóstenes Pereira de Barros e hoje Colégio Batista de Santarém.

Nota-se que através dos anos, a escola tem contribuído com alguns aspectos do desenvolvimento de Santarém, como afirma o professor Francisco Manuel ao dizer: “não se pode esconder o seu entrosamento com a vida santarena. Muitos de seus filhos integram a vida da região, dando de si mesmo para o progresso do Baixo Amazonas e com isso trazem louros e honras sobre o seu colégio.”

O professor ainda destaca que “o Colégio Batista de Santarém, não é para a sociedade santarena somente mais um colégio, é sinônimo de tradição e qualidade de ensino, um referencial e um marco na vida daqueles que passaram [...] Santarém tem o privilégio de ter o maior Colégio Batista de todo o Estado do Pará, recebendo alunos de todos os lugares do Brasil e até do exterior”.

Percebe-se que além de objetivar formar verdadeiros cidadãos, a escola se preocupa com valores cristãos, colaborando com uma sociedade mais justa e solidária. Para Manuel, a escola possui também a visão de empreender seus esforços “no seguimento educacional, indo além da expectativa do cliente”.

Vale destacar, que de 1948 até 1998, o Colégio possuía como entidade mantenedora a Convenção Batista do Pará, com sede na cidade de Belém. Porém, sem mantenedores, falta de recursos e investimentos, surgiram as dificuldades econômicas, quase fechando as portas da escola, e conseqüentemente, acarretando na demissão de professores e funcionários que prestavam serviço naquele período.

Cabe aqui destacar, que os docentes e funcionários que continuaram lecionando na instituição, encontraram no cooperativismo, uma solução para gerar novamente emprego e renda, mantendo a escola funcionando, e dando continuidade no desenvolvimento da educação.

Nesse ínterim, que surge a COOPSÓSTENES, em 25 de janeiro de 2001, às 15 horas, no salão nobre da escola, tendo como primeira presidente a profa. Dilma Pantoja Williams, iniciando seus trabalhos com 34 cooperados, entre eles professores e funcionários da própria escola. Acompanhando aquela primeira assembleia geral de fundação e constituição da cooperativa, estavam presentes os representantes da Junta Comercial do Estado do Pará (JUCEPA), órgão público que registra e legaliza as empresas no estado.

Nestes termos, a COOPSÓSTENES é uma cooperativa de Trabalho em Educação², constituída por trabalhadores com proveito comum. Sua sede administrativa se encontra na

² Fonte: Estatuto Social e ATA de fundação da COOPSÓSTENES.



Avenida Mendonça Furtado, nº 1779, Bairro Santa Clara, CEP 68.005-100, com foro jurídico na cidade Santarém.

A sua área de ação e atuação, no quesito admissão de cooperados, tem abrangência em todos os municípios da região Oeste do Pará. Tendo como objetivo contribuir com:

serviços para o exercício de atividade econômica na área da Educação, sem objetivo de lucro, e rege-se pelos valores e princípios do cooperativismo, a saber: adesão voluntária e livre; gestão democrática; participação econômica dos membros; autonomia e independência; educação, formação e informação; intercooperação; interesse pela comunidade; preservação dos direitos sociais, do valor social do trabalho e da livre iniciativa; não precarização do trabalho; respeito às decisões de assembleia, observando o disposto nesta Lei; participação na gestão em todos os níveis de decisão de acordo com o previsto em lei e no Estatuto Social, pela legislação vigente, pelas diretrizes de autogestão e por este Estatuto (ESTATUTO SOCIAL DA COOPSÓSTENES, 2001, p. 2).

Conforme observado no estatuto social, esta cooperativa educacional, é formada por professores e funcionários, e não tem como objetivo fins lucrativos. Tanto os cooperados, como funcionários, clientes (pais dos alunos), alunos da instituição, e aqueles que já passaram por ela, tem de certa maneira, algum contato com princípios do cooperativismo, levando-os para suas vidas.

Como exposto, a história da cooperativa, possui sinergia com a história do Colégio Batista. Percebe-se que seu início está atrelado também as necessidades de manter a escola funcionando e cumprindo com seus objetivos, promovendo uma educação de qualidade e formando cidadãos comprometidos com o exercício da sua cidadania.

Em síntese, a COOPSÓSTENES, ao se colocar como a mantenedora do Colégio Batista de Santarém, firmou compromisso com a educação e com o desenvolvimento da economia de Santarém, além da geração de empregos dentro e fora da região, formando alunos que darão sua parcela de contribuição à sociedade, ao escolherem suas profissões, dentre outras possibilidades de exercerem seu papel de cidadãos.

2.1 ESTRUTURA DA COOPSÓSTENES

Localizada na região Oeste do Pará, no interior da Amazônia, desfruta de seus negócios convivendo em meio as belezas naturais dessa região, na sua fauna e flora. A Sociedade Cooperativa de Trabalho em Educação “Sóstenes Pereira de Barros” está inserida no ramo Cooperativista de Trabalho, produção de bens e serviços, correspondendo especificamente ao seguimento de Trabalho e parte ao Educacional (Professores).



Seu atual Gestor Presidente é o professor Arildo Nogueira Carvalho e é constituída também atualmente por 43 (quarenta e três) sócios, destes 42 (quarenta e dois) estão ativos³. Como objetivo social, os cooperados prestam serviços de cunho educacional à terceiros, da pré-escola até o Ensino Médio.

Conforme seu estatuto, a cooperativa atua em prol da disseminação do cooperativismo como uma maneira de melhorar a vida de todas as pessoas envolvidas direta e/ou indiretamente a ela. Observa-se por meio das atividades oferecidas, o estímulo e o desenvolvimento progressivo em defesa da educação de caráter comum, tanto para os filhos dos cooperados, como para filhos de não cooperados. Age em consoante a legislação brasileira, visando o aperfeiçoamento técnico e profissional dos cooperados, seus dependentes e colaboradores.

Além disso, celebra convênios com entidades e instituições públicas e privadas. Adquiri e comercializa material didático educacional para uso dos cooperados, educandos e funcionários. Realiza também, cursos de capacitação cooperativista e profissional para o seu quadro social e demais interessados, além de ensinar como matéria curricular o ideal cooperativista aos alunos, visando à expansão do cooperativismo.

Sua estrutura é composta de quadro social, administrativo e funcional, na qual os seus sócios estão presentes nos diversos setores da instituição de ensino que mantêm. Há cooperados produzindo por meio da oferta de horas-aulas acordadas, pois são graduados em diversas áreas do conhecimento, à exemplo dos Pedagogos, dos professores licenciados em Letras, Arte, Educação Física, Biologia, Matemática etc. Outros cooperados oferecem serviço de limpeza, apoio administrativo, técnico e logístico.

Com relação ao exposto, concordamos com Ariosi e Dal Ri (2004, p.81) que colaboram para o entendimento de como se apresenta o quadro social de uma cooperativa, ao citarem o exemplo de outra cooperativa de educação e trabalho. Eles dizem que era “composto por todos os associados da cooperativa, que adquiriram este direito por meio da aquisição das cotas-partes e por atenderem ao perfil exigido para ser um cooperado”.

Nesse sentido, contatou-se no Estatuto Social, que o mesmo tem ocorrido na COOPSÓSTENES, pois todos os sócios integralizaram cotas-partes para associarem-se, e sua grande maioria atende os requisitos básicos para o seguimento educacional.

A respeito do seu quadro administrativo, a cooperativa possui órgãos que a administram, e seus dirigentes são obrigatoriamente cooperados. Estes, exercem função técnica e executiva,

³ Dados obtidos em consulta ao atual presidente do CONAD (Conselho de Administração): Arildo Nogueira Carvalho.



conforme o Estatuto Social, capítulo IV, art. 28, em que suas ações ocorrem pelos seguintes órgãos: Assembleia Geral, Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Gestor Escolar.

A assembleia Geral dos associados poderá ser Ordinária, extraordinária e especial e é o órgão de superior deliberação desta cooperativa educacional dentro dos limites da lei e de seu estatuto para tomar as decisões de interesse social.

O conselho de Administração é composto de 7 (sete) membros, escolhidos pelos cooperados em assembleia e que estejam em pleno gozo de seus direitos sociais, sendo eles: I- Gestor (a) Presidente, II- Gestor (a) Secretário (a), III- Gestor (a) Financeiro, IV- Gestor (a) do Colégio, V- Vice-Gestor (a) do Colégio, VI- Secretário (a) do Colégio e VII- Um Conselheiro (a). Eles exercem um mandato de 4 (quatro) anos, podendo haver reeleição para mais um período, sendo, no entanto, obrigatória a renovação de no mínimo 1/3 (um terço) de seus integrantes.

A respeito do conselho fiscal da cooperativa, o mesmo representa o órgão de fiscalização da COOPSÓSTENES, composto de 3 (três) membros efetivos e de 3 (três) membros suplentes, também eleitos na assembleia geral. Eles exercem seu mandato por um ano, podendo serem reeleitos para mais um período, sendo obrigatória a renovação de 1/3 de seus membros.

Sobre aos órgãos apresentados acima da COOPSÓSTENES, compreende-se que sua forma de organização se dá pelo fato de que:

O Sistema Cooperativo brasileiro é regido pela Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e por Leis complementares. Dessa forma, esta é a Legislação que toda cooperativa deve seguir e, com base nela, elaborar sua própria legislação interna, ou seja, o Estatuto Social e o Regulamento Interno (ARIOSI; DAL RI, 2004, p. 81).

No caso do regimento interno, regulamentado pelo conselho de administração, consta detalhadamente sobre as responsabilidades dos gestores escolares: diretor (a), vice-diretor (a), supervisor (a), e coordenador (a) pedagógico, assim como de todos os docentes e discentes para o bom andamento da instituição escolar que a referida cooperativa sustenta.

Isso demonstra que a cooperativa tem sua estrutura calcada na democracia política, e a respeito disso, é possível refletir que:

A proposta de democracia política busca garantir igualdade política, social, religiosa e racial a todos os associados, encarando as pessoas com igualdade de direitos e de deveres, possibilitando a satisfação das necessidades da pessoa, nos limites da viabilidade técnica e econômica, desde que o indivíduo comungue com os objetivos propostos pela organização. A organização cooperativa tem a sua natureza calcada na auto-ajuda e na ajuda mútua, exigindo do indivíduo a adesão livre e voluntária, sem a intervenção do governo para não ferir a autonomia cooperativa e limitar a iniciativa, a criatividade e a eficiência da organização. Na cooperativa, a democracia está presente na participação direta, na escolha dos objetivos da organização, na definição das políticas a serem seguidas, no controle e na periódica prestação de contas, além



da participação na eleição dos dirigentes e fiscais da organização (ARIOSI; DAL RI, 2004, p. 92-93).

Nessa conjuntura, a eleição dos representantes de todos os órgãos, como apresentado no escopo desde escrito, assim como a adesão de novos cooperados, dentre outras características da COOPSÓSTENES, ocorrem nas assembleias. Isso permite observar que em sua estrutura e na prática, a cooperativa tem cumprido os princípios regidos pelo cooperativismo.

Outro fator relevante a ser destacado, é a democracia econômica que a COOPSÓSTENES possui, ao se caracterizar pela igualdade de acesso referente ao sistema de bens e serviços da cooperativa. Nela os associados, conforme estatuto social, participam na distribuição dos excedentes e nas sobras, os proporcionando melhora significativa na renda pessoal e em seu padrão de vida.

Siqueira (2019) colabora com esse entendimento ressaltando que as cooperativas não objetivam lucros, pois, todo lucro obtido, denominado de sobras, é repartido entre os cooperados. Oliveira (2012, p. 41) reforça essa compreensão afirmando que:

as Cooperativas Educacionais [...] não almejam fins lucrativos. Algumas são organizadas e geridas por professores [...]. Diante da baixa qualidade do ensino público e dos altos custos das mensalidades das escolas particulares estas pessoas organizam as Cooperativas Educacionais com intuito de contemplar um ensino de qualidade com preço acessível [...]. No caso das cooperativas constituídas por professores, existe a busca pela valorização de sua profissão e por condições melhores de trabalho. Essas cooperativas podem atender a todos os níveis da educação básica [...].

À medida que a sociedade Santarena compreender a relevância do cooperativismo, ela caminhará para o desenvolvimento promissor de seus seguimentos sociais, econômicos, políticos e educacionais. Neste último, ressalta-se o diferencial que a educação proporciona ao ser humano, transformando-os em cidadãos críticos, reflexivos, autônomos e atuantes. É essa educação de qualidade esperada nas cooperativas educacionais, cumprindo seu papel social na região do Oeste do Pará.

2.2 PRÁTICAS COOPERATIVISTAS DA COOPSÓSTENES

A atuação da COOPSÓSTENES, tem sido bem difundida na região Oeste do Pará, se estendendo a nível nacional, pois o Sistema OCB em 2014, redigiu um documento informando todas as cooperativas educacionais que existiam no Brasil, incluindo a referida cooperativa.

Outra informação relevante acerca das cooperativas educacionais, é que:



As cooperativas com função educativa além de terem sido citadas como umas das modalidades de cooperativa em algumas Leis e Decretos também foram contempladas nas Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394 (BRASIL, 1996), art. 20, inciso II, no qual as cooperativas de professores e alunos que têm como mantenedores representantes da comunidade foram definidas como instituições privadas comunitárias. Entretanto, a Lei nº 11.183 (BRASIL, 2005) dá nova redação a este inciso ao contemplar a cooperativa de pais e a Lei nº 12.020 (BRASIL, 2009) altera mais uma vez este inciso da Lei nº 9.394 (BRASIL, 1996) substituindo as denominações cooperativas de pais, professores e alunos por cooperativas educacionais e determina que essas organizações não devem visar fins lucrativos (OLIVEIRA, 2012, p. 35).

Assim, identificou-se na COOPSÓSTENES, mediante Estatuto, que seu objetivo social se encontra nas seguintes atividades econômicas: Educação Infantil; Ensino Fundamental; e Ensino Médio. Desta forma, considera-se que o ambiente escolar representa um espaço fecundo para colocar em prática todos os princípios cooperativistas.

Muitos pais e responsáveis, tornando-se clientes, por meio da realização da matrícula de seus filhos na escola mantida pela cooperativa, tendo assim, seu primeiro contato com o cooperativismo, ao experimentarem na prática o quinto e o sétimo princípio, que é a educação, capacitação e informação, e do interesse pela comunidade, vivenciado na preocupação com uma educação de eficiência e qualidade. Além disso, as mensalidades são adequadas e abaixo do valor de outras empresas privadas, permitindo aos responsáveis pagarem um valor justo em prol da educação de seus filhos.

A respeito do explicitado acima, Siqueira (2019) diz que o cooperativismo educacional é uma alternativa com custo acessível à educação de qualidade. Silva, Pereira e Botelho (2005) concordam com a autora e afirmam que muitos pais que desejam uma excelente formação para seus filhos, deixam de escolher pelo ensino público, e fazem a opção pelo ensino privado, dentre eles as cooperativas de Educação, e declaram:

Embora a democracia na oferta de vagas nas escolas seja uma realidade nos dias atuais na sociedade brasileira, o modelo político-pedagógico do sistema por sistema, persiste com características fortes de exclusão, não possibilitando ainda a democratização do saber e nem modificações estruturais na sociedade, de modo geral. Em busca de reverter este quadro de exclusão, seja pelas escolas particulares que se tornam cada vez mais seletivas e praticando altas taxas de mensalidades, seja por via das escolas públicas, cada vez mais preocupadas em manter a quantidade do que a qualidade no processo ensino-aprendizagem. É neste momento, baseando-se em uma proposta de educação construtivista que surgem as escolas cooperativas [...] (SILVA; PEREIRA; BOTELHO, 2005, p. 143).

Nesse sentido, para auxiliar seus clientes, sendo eles, pais e/ou responsáveis que matriculam seus filhos no Colégio Batista de Santarém, a cooperativa tem buscado oferecer descontos pensando no atual cenário econômico. Pode-se observar isso mediante pesquisa realizada no site da OCB Pará:



Apesar da leve melhoria dos números da economia brasileira, o desemprego continua em alta e um dos resultados disso é a inadimplência. O ramo educacional é um dos que mais sofre por especificidades da constituição que impede o rompimento de contrato dos devedores ao longo do ano. No Colégio Batista de Santarém, por exemplo, a inadimplência teve variações, chegando até 30%. Para diminuir esses números, a Sociedade Cooperativa de Educação Sóstenes Pereira de Barros, mantenedora do Colégio, ofertou promoções mais vantajosas para facilitar o pagamento e investiu em parcerias fortes como o Positivo e o Sistema Equipe [...]. Durante as sete décadas de sua existência, o Colégio se tornou tradicional no município na Educação Infantil, Ensino Fundamental 1 e 2, assim como Ensino Médio. É uma escola confessional, que mantém a filosofia cristã e evangélica, assim como os princípios do cooperativismo. Um dos diferenciais é o forte investimento no ensino a partir de parcerias como o Sistema Positivo, de Curitiba, que fornece o material didático para o Ensino Fundamental. Já o Sistema de Ensino Equipe de Belém, que ocupa o primeiro lugar do Estado em aprovação no Enem e terceiro do Brasil, fornece o material didático do Ensino Médio. (SANTOS, 2018, p. 1).

Por meio do cooperativismo educacional, o corpo discente do Colégio Batista, mantido pela COOPSÓSTENES, recebem todo suporte educacional. É nas atividades realizadas e propostas de aulas oferecidas pelos docentes da escola, que os estudantes individualmente e coletivamente, são estimulados a desenvolverem-se nos aspectos culturais, motores, afetivos, sociais e cognitivos.

Silva, Pereira e Botelho (2005, p. 143) observam que as atividades em grupo estimuladas no âmbito cooperativista educacional, despertam nos estudantes:

Um sentimento de cidadania, elaborado a partir de grupos organizados por meio de discussões e debates sobre algum tema da realidade em que vivem. Trata-se da cidadania coletiva, para a qual a educação ocupa lugar central, tendo em vista, ser a construção da mesma um movimento educativo que, portanto, só poderá ser realizado num processo de interação permanente entre professor-aluno-associado.

Em levantamento documental realizado no endereço eletrônico⁴ da instituição, nota-se a preocupação que os professores e a gestão da escola possuem com a educação oferecida aos alunos. É uma educação atrelada a valores, com o intuito de trabalhar o desenvolvimento integral dos estudantes, capacitando-os a construir uma sociedade mais justa, solidária e igualitária.

Com o intuito de melhorar a qualidade do ensino, foram criados projetos educativos para despertar o interesse dos educandos, a exemplo do ensino da Robótica Educacional. A disciplina ofertada pela instituição, de iniciativa da cooperativa, proporciona aos alunos o contato com a tecnologia, objetivando desenvolver neles suas habilidades na informática, tendo em vista que o Brasil é um país cada vez mais tecnológico.

⁴ Dados obtidos em consulta ao endereço eletrônico do Colégio Batista de Santarém disponível em: <https://www.meucolegiobatista.com/>.



Pinheiro (2018) destaca que a Robótica Educacional é interdisciplinar, formada por elementos denominados de kits. Esses elementos podem ser usados para construir robôs, uma prática cada vez mais difundida nas escolas, pelo fato de desafiar os educandos em sala de aula, em que o foco é na aprendizagem e no aluno como sujeito ativo.

Destaca-se também, duas entrevistas⁵ concedidas à escola no ano de 2020, revelando a importância de uma educação cooperativista comprometida com o desenvolvimento do aluno. O pai de um aluno do nível I (Educação infantil), fez a seguinte declaração: “não posso estar mais satisfeito com o colégio. Meu filho tem evoluído bastante, desde que entrou, e está apaixonado pelas aulas de robótica”. Outros responsáveis disseram o seguinte: “como ex-alunos do Batista, eu e meu marido, conhecemos de perto a qualidade do ensino. Educação voltada para a excelência do aprendizado escolar, direcionado, também, para a formação de cidadãos éticos em uma sociedade muito carente de valores sociais e, ainda, princípios Cristãos, os quais vão muito além da sala de aula”.

Nota-se que as cooperativas educacionais são capazes de dissipar as ideias do cooperativismo no Brasil, e promover mudanças na maneira como os sujeitos atuam na sociedade. Silva e Ataíde (2008), alertam para o grande atraso atualmente pelo qual passa o conhecimento do cooperativismo no seguimento educacional, pelo fato de ainda ser escassa a discussão acerca desta temática a nível nacional. Daí a necessidade de mostrar a importância do cooperativismo educacional aos cidadãos brasileiros, desde a Educação Básica.

Os autores ressaltam que o espírito cooperativista desenvolvido nos estudantes, poderá aperfeiçoar a cooperação, a educação, a criação e a inteligência. Isso tornará:

o ser humano mais social e economicamente mais integrado, pelo que se poderia simplificar de forma bastante significativa a redução da pobreza, a exclusão e a desarmonia (geradora de violência, entre outras coisas) dentro de nossas comunidades de referência, e se presta como um exemplo muito bom (SILVA; ATAÍDE, 2008, p. 10).

Destaca-se outros os grandes benefícios trazidos para a região pela cooperativa, pois se observou que a escola foi notícia na cidade e no Estado, divulgado por meio da imprensa local que em 2008 obteve o 1º lugar no ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) bem como 8ª colocação no ranking das escolas do Estado do Pará. Na ocasião, a escola pela primeira vez aprovou alunos nos cursos de Medicina e Engenharia Naval na UFPA, sendo os mais concorridos da região.

⁵ Entrevista concedida à ao Colégio Batista de Santarém, disponível em: <https://www.meucolegiobatista.com/>.



Essas informações só reforçam ainda mais a relevância de uma cooperativa educacional manter uma instituição escolar na Educação Básica, incentivando seu educandário a seguir adiante no nível superior.

Outro diferencial identificado que a cooperativa vem realizando, é as parcerias com outras cooperativas e com a OCB. Já houve inúmeras atividades realizadas no local que é sede da cooperativa, a qual cede seu espaço para ser usado em momentos acordados, com cerca de outras 20 cooperativas, de cunho educacional, agropecuário, saúde, transporte, produção, turismo e lazer que se fazem presente na região. Assim, nota-se, mediante consulta ao site da OCB, que a COOPSÓSTENES tem praticado o princípio cooperativista de intercooperação entre as outras cooperativas.

Dentre tantos episódios de parceria, identificou-se o dia C, o qual a cooperativa auxilia na sua realização desde o ano de 2014, cedendo seu espaço físico e colaborando com as atividades promovidas durante o evento.

A respeito do dia C, relata-se um episódio relevante para a sociedade que ocorreu em 30 de junho de 2017 na sede da cooperativa. Na ocasião, conforme relata o Sistema OCB do Pará, as cooperativas ofereceram limpeza de pele, corte de cabelo, distribuição de higiene bucal, registro do Cadastro Único, Passe livre, SUS, carteira do idoso e emissão de RG. Promoveram também atendimentos médicos em diversas especialidades, além de vacinação, teste de glicemia e aferição de pressão arterial. Referente a este acontecimento, tem-se a seguinte declaração: "Este momento é histórico para o cooperativismo paraense [...] ", afirmou o superintendente do sistema OCB/PA, Júnior Serra em entrevista para o site da OCB no Pará naquele período.

Em outro momento, observou-se novamente na prática a aplicação dos princípios cooperativistas da COOPSÓSTENES, por meio da fala do presidente do sistema OCB/PA, Ernandes Raiol concedido ao próprio site da OCB Pará em 13 de junho de 2019, afirmando: "Por quatro anos, realizávamos a ação no Colégio Batista de Santarém, mas, desde o ano passado, as cooperativas perceberam a necessidade de levar os serviços a quem precisa de modo mais assertivo. Nosso objetivo é auxiliar as comunidades nas quais as cooperativas estão inseridas, fazendo com que a população reconheça o cooperativismo como a melhor alternativa de desenvolvimento socioeconômico".

Na declaração acima, percebe-se que a COOPSÓSTENES ofereceu suporte ao dia C cedendo o espaço do Colégio Batista, durante alguns anos. Além disso, pelo fato das cooperativas levarem o dia C para outro espaço, principalmente para os bairros mais distantes



do centro da cidade, possibilitaram o atendimento a um maior número de pessoas carentes e com necessidades de atendimento social e de saúde, fortalecendo o princípio cooperativista de preocupação com a comunidade.

Silva, Pereira e Botelho (2005, p. 135), colaboram com a importância dessas práticas afirmando que:

Nos dias atuais, pode-se observar o grande interesse que há nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira em relação ao sistema cooperativista. As cooperativas e seus vários ramos de atuação são vistas como um instrumento eficiente para organizar, no mesmo ambiente, pessoas em torno de objetivos comuns com vistas a superar as mazelas e as desigualdades sociais, organizar produções e serviços, atuar em grandes empreendimentos como o agronegócio, e possui a capacidade em contornar as dificuldades econômicas de um mercado capitalista cada vez mais competitivo, excludente e protecionista. Dessa forma, acredita-se que as organizações cooperativas são uma importante alternativa de ajuda mútua e cooperação entre diversas pessoas e sociedades dentro da dinâmica mundial atual.

Tendo em vista a análise proposta nesta pesquisa, pode-se afirmar que desde sua origem em 2001, a COOPSÓSTENES vem realizando a mais de 20 anos um trabalho cooperativista relevante na região. O atual Gestor presidente Arildo Nogueira em documento elaborado para a primeira Feira de Negócios do Cooperativismo do estado do Pará (FENCOOP) que ocorreu em 2019, afirmou que a cooperativa é “consagrada como a maior cooperativa de educação do norte do Brasil”, pelo fato de até o ano de 2019, segundo dados obtidos na secretaria da escola, ter atingido 630 alunos matriculados no Colégio Batista de Santarém. Ele ainda continuou afirmando que “seu foco de investimento compreende na atualização e multiplicação de conhecimento entre os profissionais e da cooperativa e aprimoramento dos serviços de divulgação da instituição”.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado no decorrer deste estudo, destacou-se a importância do cooperativismo, em especial, o cooperativismo educacional. Identificou-se a existência de uma cooperativa de Trabalho em Educação em Santarém, a qual tem contribuído para a disseminação dos princípios cooperativistas, tanto a nível local, quanto regional e nacional. É premente pontuar que estes princípios tem se disseminado em Santarém, e toda região do Oeste do Pará, que abrange o interior da Amazônia.

As cooperativas podem mostrar para a sociedade como são essenciais exercendo suas atividades e trabalho. Foi descrito neste estudo, a atuação da COOPSÓSTENES, que vem promovendo a educação com base na democracia, na cidadania, no desenvolvimento da



comunidade e na cooperação. Ao invés de estimular a competição, a cooperativa tem buscado unir as pessoas, de maneira democrática, compartilhando os resultados, cedendo seu espaço físico e desenvolvendo o trabalho em equipe, em que cada sócio coopera e contribui um com o outro, e com a comunidade.

A COOPSÓSTENES tem demonstrado contribuir com o desenvolvimento econômico, social e educacional no norte do Pará, oferecendo uma educação de qualidade, pois procura ter como associados profissionais capacitados para prestarem um serviço eficiente aos seus clientes.

Além disso, muitos clientes demonstram satisfação, mediante dados da secretaria que registram alunos estudando desde o maternal seguindo até o Ensino Médio na referida escola, fato que revela a confiança na cooperativa por meio do serviço entregue e prestado pelo colégio.

Espera-se com os resultados deste estudo, contribuir com o desenvolvimento de outras cooperativas educacionais, além de incentivar outros pesquisadores a olharem para o mesmo tipo de pesquisa e se sentirem motivados a discutir sobre essa temática, disseminando a importância do cooperativismo na sociedade.

Enfim, os estudos com olhar voltado para os princípios cooperativistas e aprofundados nas cooperativas educacionais não se esgotam neste trabalho. São necessárias mais reflexões que levem em consideração a realidade das cooperativas, incentivando a realização de um trabalho comprometido com o desenvolvimento da educação, da sociedade e do ser humano.

REFERÊNCIAS

ARIOSI, C. M. F.; DAL RI, N. M. Democracia, participação e poder no cooperativismo educacional. *Org & Demo*. Marília, v. 5, n. 1, p. 79-104, 2004.

COLÉGIO BATISTA DE SANTARÉM. *Site do Colégio Batista de Santarém*: depoimentos. Disponível em: <https://bit.ly/3AaZvtg>. Acesso em 20 de novembro de 2020.

ESTATUTO SOCIAL DA COOPSOSTENES. 28 de novembro de 2015. Documento disponível na sede da Cooperativa em Santarém- Pará. Acesso em 26 de julho de 2020.

OLIVEIRA, Elizângela Siqueira de. *Gestão escolar, trabalho associado e participação no âmbito da Cooperativa Educacional de Marília*. 2012. 144 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, 2012.

PINHEIRO, R. S. G. *Robótica educacional e ensino de Química no curso de Engenharia Civil: uma perspectiva para aprendizagens colaborativa e cooperativa*. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado em Química) - Universidade Federal de Goiás, 2018.



SANTOS, Wesley. *SISTEMA OCB – ASCOM* - 19 DE JANEIRO DE 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3jzCJpf> Acesso em 15 de março de 2020.

SERVA, M; FRANÇA, G; JAIME JÚNIOR, P. Um novo ator no cenário organizacional: as cooperativas educacionais. *Revista de Administração*, 1994 - SciELO Brasil.

SILVA, Jovino Moreira da Silva; ATAÍDE, Valéria Gomes. *51- ecoopem: educação, cooperativismo e empreendedorismo caminhos para o desenvolvimento de cooperativas educacionais*. 2008. Disponível em: <https://bit.ly/3hjyXNO>. Acesso em 20 de novembro de 2020.

SILVA, Edson Arlindo; PEREIRA, José Roberto; BOTELHO, Maria Izabel Vieira. A organização cooperativa e seus princípios democráticos. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, v. 7, n. 2, p. 135-147, 2005.

SIQUEIRA, Angélica Mosele. A importância do cooperativismo educacional para o desenvolvimento regional. *Orbis Latina*, v. 9, n. 1, p. 249-255, 2019.

SISTEMA OCB. *Diagnóstico do Ramo Educacional: Desafios para o setor SAUS (Setor de Autarquias Sul)*. Quadra 4, Bloco I CEP: 70070-936 - Brasília, DF - 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3AbPA6J>. Acesso em 15 de março de 2020.

SISTEMA OCB. *Ramos do Cooperativismo. Conheça nossa nova organização. Cartilha Ramos* - 2019. Disponível em: somoscooperativismo.coop.br/ramos. Acesso em 25 de julho de 2020.

SISTEMA OCB PARÁ. Site do Sistema. ASCOM - 19 DE JANEIRO DE 2018. Disponível em <https://bit.ly/3x6FPEU>. Acesso em 27 de julho de 2020.



**IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO PARA ADMISSÃO DE NOVOS
COOPERADOS DA UNIMED DE RIBEIRÃO PRETO**

**IMPLEMENTATION OF THE PROCESS FOR ADMISSION OF NEW
COOPERATED AT UNIMED DE RIBEIRÃO PRETO**

📍 **Ricardo Santos de Oliveira**

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Neurocirurgião e Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Doutor, Pós-Doutor e Livre-Docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Médico Assistente da Divisão de Neurocirurgia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, desde 2000. Cooperado da Unimed de Ribeirão Preto, desde 2001. Membro do Conselho Técnico da Unimed de Ribeirão Preto, desde 2019. MBA em Gestão em Saúde pela Faculdade Unimed (em andamento).

Endereço para correspondência:

Rua Dr. João Gomes Rocha 840, ap. 31- Ribeirão Preto, SP - CEP 14020-550

Fone: 16-99131-3309. Contato: rsoliveira30@gmail.com

📍 **Jairo Rosa e Silva Júnior**

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais. Residência em Clínica Médica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, em Minas Gerais. Residência em Cardiologia, Arritmias e Marcapasso no Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese, em São Paulo. Membro habilitado pela SBC e SBCCV em Arritmias e Marcapasso. Médico Assistente no HCFMRP-USP no período de 1992 a 2017. Médico Assistente no Núcleo de Especialidades – NGA – Área de Cardiologia na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto no período de 1992 a 2017. MBA em Gestão em Saúde pela Faculdade Unimed de 2015-2017. Médico Cooperado da Unimed de Ribeirão Preto, desde 1993. Coordenador do Conselho Técnico da Unimed Ribeirão Preto de 2019 a 2021 e membro do Conselho de Administração (2021 a 2023).



RESUMO

A admissão de novos cooperados é um tema de relevância nacional para todo o Sistema Unimed. O presente artigo tem como objetivo discutir o novo processo de admissão de cooperados da Unimed de Ribeirão Preto, instituído a partir de 2018. Metodologia. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo da implementação do processo de admissão de novos cooperados na Unimed de Ribeirão Preto compreendendo o período de março de 2018 a junho de 2021. De acordo com as especialidades médicas e áreas de atuação definidas pelo Conselho Federal de Medicina, foram destinadas 77 vagas para novos médicos cooperados. Resultados. Houve um total de 94 candidatos inscritos, que passaram por etapas seletivas e foram convocados para a 4ª fase (curso de cooperativismo), em ordem de classificação, considerando-se as fases anteriores e na proporção das vagas ofertadas, o total de 47 candidatos. Conclusão. O novo processo de admissão de médicos cooperados da Unimed Ribeirão demonstrou-se eficiente, transparente, técnico e igualitário. É mister que as práticas adotadas estejam registradas no estatuto social, devendo constar de forma objetiva, o modus operandi para o ingresso na cooperativa.

Palavras-chave: Sociedade Cooperativa Médica. Cooperativismo. Princípio das “portas abertas”. Governança corporativa. Gestão empresarial

ABSTRACT

Objective. The admission of new members is an issue of national relevance for the entire Unimed system. This article aims to discuss the new process for the admission of new members of Unimed Ribeirão Preto, established in 2018. Methodology. This is a descriptive and retrospective study of the implementation of the cooperative admission process at Unimed in Ribeirão Preto from March 2018 to June 2021. According to the medical specialties and areas of activity defined by the Federal Council of Medicine, 77 vacancies were allocated to non-cooperative physicians. Results. There were a total of 94 candidates enrolled who went through selective stages and were invited to the 4th stage (cooperative course), in order of classification considering the previous stages and in the proportion of vacancies offered, a total of 47 candidates. Conclusion. Unimed Ribeirão's new admission process for cooperative members proved to be efficient, transparent, technical and egalitarian. It is essential that the practices



adopted in the cooperative are registered in the bylaws, and the modus operandi for joining the cooperative must be objectively stated.

Keywords: Medical Cooperative Society. Open doors principle. Corporate governance. Business management



1 INTRODUÇÃO

As cooperativas são sociedades de pessoas que reciprocamente obrigam-se a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro e são regulamentadas no art. 4º da Lei Federal Nº 5.764/71 (BRASIL, 1971; BRASIL, 1988).

Nas cooperativas de trabalho, como a de médicos, a produção (ou oferecimento de serviço) é realizada em conjunto pelos associados, sob a proteção da própria cooperativa. Assim, a cooperativa coloca à disposição do mercado, a força de trabalho, cujo produto da venda - após a dedução de despesas - é distribuído por equidade aos associados, ou seja, cada um receberá proporcionalmente ao trabalho efetuado (número de consultas, complexidade do tratamento, entre outros parâmetros) (DELGADO, 2010).

Devido às peculiaridades do sistema cooperativo, de índole mais social, há princípios que lhe são intrínsecos, tais como o da adesão livre e voluntária, o do controle democrático pelos sócios, o da participação econômica dos sócios, o da autonomia e independência, o da educação, treinamento e informação, o da cooperação entre as cooperativas e o da preocupação com a comunidade. Esses princípios foram aprovados pela Aliança Cooperativa Internacional (Congressos de Viena de 1966 e de Manchester de 1995) e constam também do art. 4º da Lei no 5.764/1971 (SILVA, 2004).

Para Waldírio Bulgarelli (2000, p. 207), a voluntariedade é o princípio pelo qual não se admite que ninguém seja coagido a ingressar numa sociedade cooperativa; e o princípio das “portas abertas” é aquele por meio do qual não pode ser vedado o ingresso, na sociedade, àqueles que preenchem as condições estatutárias (BULGARELLI, 2000).

O artigo 21º da Lei 5.764/71 permite justamente a regulamentação da forma de ingresso, ou seja, as condições de admissão que o interessado deverá preencher para então ingressar espontaneamente na cooperativa (BRASIL, 1971).

O Poder Judiciário vem se manifestando, há algum tempo sobre o princípio das “portas abertas” (DELGADO, 2010). Existem duas correntes jurídicas de entendimento do assunto no âmbito do Direito Empresarial no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: uma linha jurídica entende que a exigência de aprovação em processo seletivo não é compatível com o princípio das “portas abertas”, ou seja, as cooperativas não podem restringir a entrada dos médicos, a não ser por impossibilidade técnica de prestação de serviços (SÃO PAULO, 2020);



enquanto a outra corrente, entende que o princípio das “portas abertas” não é irrestrito e deve-se considerar o ambiente competitivo. Na tese, o desembargador Bezerra Cavalcante considerou que “não é abusiva, tampouco discriminatória e arbitrária, a exigência de seleção pública prevista no Estatuto Social de Cooperativa que opera plano de saúde, tendo em vista que não incumbe ao Poder Judiciário, pelo viés da impossibilidade técnica, intervir no funcionamento das cooperativas, sob pena de ferir princípios constitucionais da autonomia deliberativa, da não intervenção estatal, da livre associação, além de preservar a isonomia” (CAVALCANTE, 2019).

A admissão de novos cooperados é um tema de relevância nacional para todo o sistema Unimed, sendo imperativo que novas propostas sejam discutidas e colocadas em prática nas singulares, de forma transparente e igualitária.

Diante deste contexto controverso e respeitando os preceitos estabelecidos na lei do cooperativismo, o presente artigo tem como objetivo discutir o processo de admissão de novos cooperados da Unimed de Ribeirão Preto, instituído a partir de 2020.

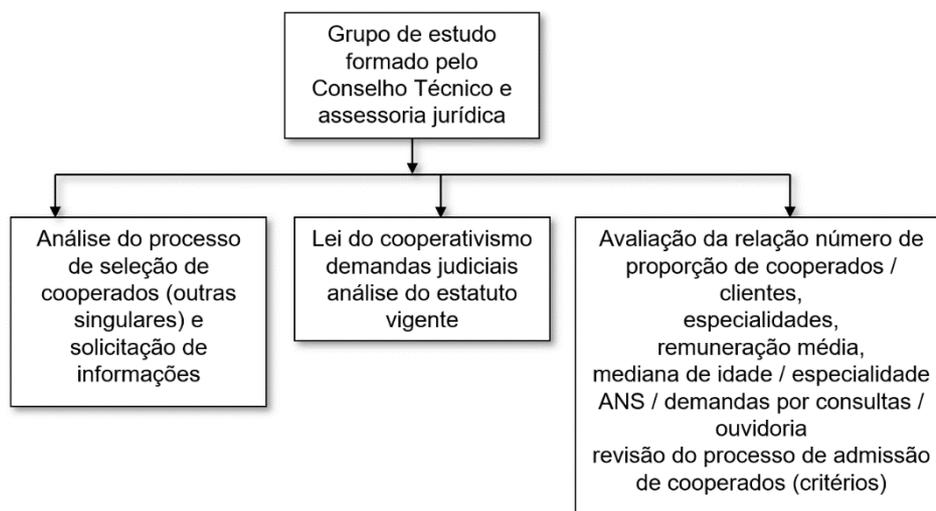
2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo da implementação do processo de admissão de novos cooperados na Unimed de Ribeirão Preto. Os dados coletados foram armazenados no Programa *software* Microsoft Office Excel ® 2016, para análise e posterior construção de tabelas. O processo de admissão de novos cooperados da Unimed de Ribeirão Preto compreendeu o período de março de 2018 a junho de 2021.

O processo de implementação da admissão de novos cooperados na Unimed de Ribeirão Preto foi dividido em quatro etapas: 1) criação de grupo de trabalho envolvendo o Conselho Técnico e a Assessoria Jurídica; 2) apresentação do projeto; 3) mudança estatutária e definição dos critérios /especialidades; 4) elaboração e publicação do Edital Público e conclusão do processo (Figuras 1-4). Na etapa 3 foi definida uma empresa especializada na elaboração e condução de concursos públicos, a partir da seleção de três empresas. A empresa escolhida foi a Tekyou Soluções. O Edital foi publicado no dia 20/12/2020 em site específico ([UNIMED, 2020](#)) e permaneceu público e acessível durante todo o processo.

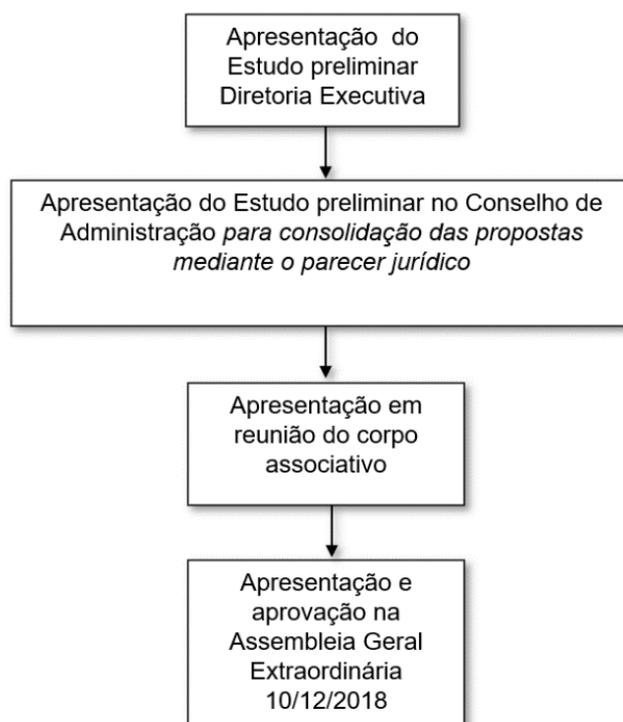


Figura 1. Fluxograma para a adoção de novos critérios admissionais (período de março de 2018 a julho 2018), demonstrando a criação do grupo de trabalho envolvendo o Conselho Técnico e a Assessoria Jurídica.



Fonte: autoria própria

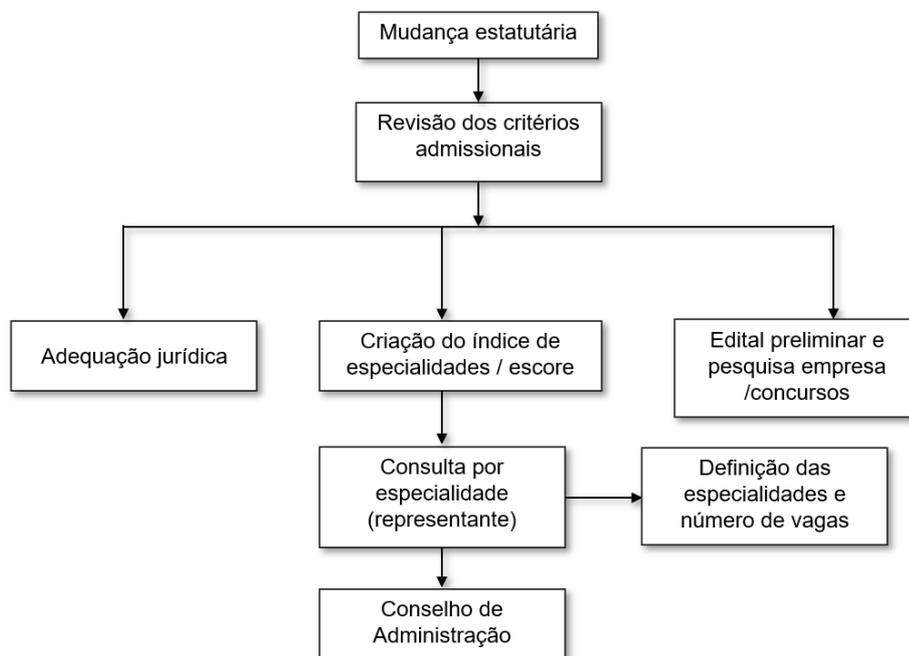
Figura 2. Fluxograma demonstrando as apresentações do projeto para a adoção de novos critérios admissionais na Unimed Ribeirão Preto (período de agosto de 2018 a dezembro de 2018).



Fonte: autoria própria

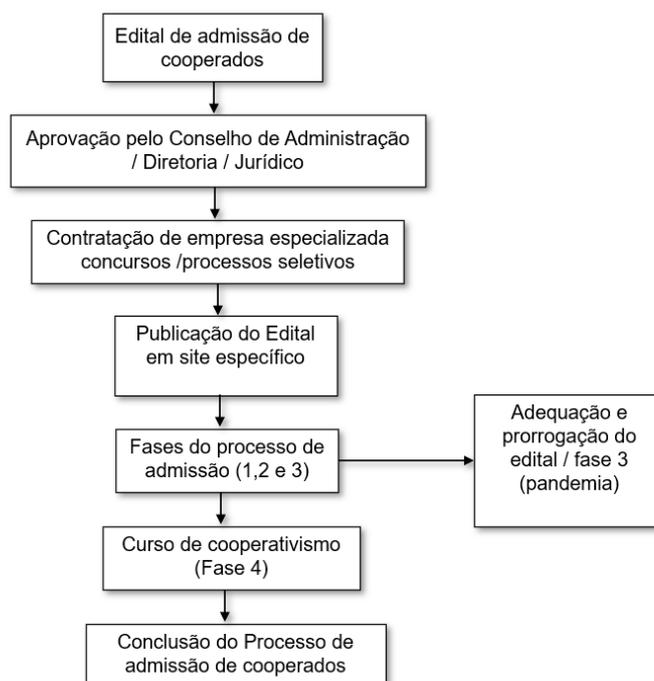


Figura 3. Fluxograma demonstrando a mudança estatutária e o processo para a definição dos critérios adotados nas especialidades para a definição do número de vagas realizados no período de fevereiro de 2019 a julho de 2020.



Fonte: autoria própria

Figura 4. Fluxograma demonstrando a elaboração e a publicação do Edital e conclusão do processo para a adoção de novos critérios admissionais, no período de agosto de 2020 a junho de 2021.





Fonte: autoria própria

A necessidade e a definição do número de vagas em cada especialidade foram estabelecidas a partir da criação de um instrumento próprio, nos quais constaram as seguintes variáveis: idade (mediana), áreas com baixo número de cooperados ou consideradas estratégicas, demanda de consultas de acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde (ANS) (BRASIL, 2011), disponibilidade de plantão de emergência (24h) e solicitação da especialidade (Tabela 1). O escore de especialidade variou de 0 a 11, subdividido em três categorias, de acordo com a necessidade de novos cooperados na área: 0-4 (baixo); 5-7 (médio) e, entre 8-11 (alto).

Tabela 1. Escore de especialidades médicas

Critérios					
Idade (anos)	< 50 (0)	51-55 (1)	56-60 (2)	> 61 (3)	
Áreas estratégicas afastamento/número baixo de cooperados	Sim (1)	Não (0)			
Demanda de consultas	<19 (0)	20-49 (1)	50-99 (2)	100-299 (3)	>300 (4)
Disponibilidade plantão 24h	Sim (2)	Não (0)			
Solicitação da especialidade	Sim (1)	Não (0)			
Escore	0-4*	5-7**	8-11***		

Fonte: autoria própria

* Demanda da especialidade / área estratégica Unimed

** Discussão com o Conselho de Administração e a Diretoria

*** Especialidade com escore elevado / recomendação de abertura de vagas



O processo admissional de novos cooperados consistiu em 4 fases: 1) avaliação do *Curriculum Vitae* (peso 4); 2) avaliação de documentação do candidato (peso 2); 3) avaliação escrita objetiva de múltipla escolha, contendo 50 (cinquenta) questões (peso 4); 4) curso de cooperativismo para os candidatos aprovados nas fases anteriores e limitado ao número de vagas ofertadas no edital (Quadros 1 e 2).

A prova de múltipla escolha foi elaborada e administrada pela empresa Tekyou Soluções, de forma independente e sigilosa num ambiente fora da cooperativa e sem a presença ou interferência de forma direta ou indireta de membros da Diretoria e/ou Conselhos. O conteúdo programático da prova escrita foi disponibilizado no site (UNIMED, 2020), tendo sido disponibilizado para o candidato através de *download*, no formato PDF Adobe Acrobat Reader®. Todo o processo seletivo foi realizado em ambiente virtual sem a necessidade de impressão de papel.

Quadro 1. Fases definidas no processo de admissão de novos cooperados

Fase	Descrição
1	Avaliação do <i>Curriculum Vitae</i> do candidato
2	Avaliação de documentação do candidato
3	Avaliação escrita objetiva de múltipla escolha contendo 50 (cinquenta) questões
4	Curso de cooperativismo

Fonte: Unimed, 2020

Quadro 2. Assuntos abordados através de questões de múltipla escolha, na fase 3 do processo de admissão de novos cooperados.

Prova	No de questões
Código de Ética Médica	20
Lei do Cooperativismo e Estatuto Social e Regimento da Unimed Ribeirão Preto	15
Agência Nacional de Saúde (ANS)	10
Lei 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde)	05

Fonte: Unimed, 2020

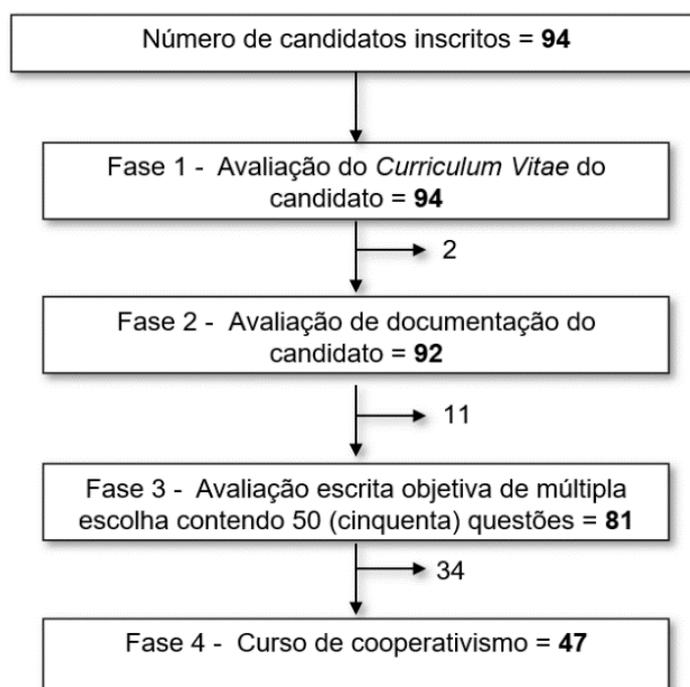


3 RESULTADOS

A partir dos critérios adotados durante o processo de admissão, foram selecionadas 33 especialidades e/ou áreas de atuação médica definidas pelo Conselho Federal de Medicina, no total de 77 vagas para médicos não cooperados.

Houve 94 inscritos no total. Na fase 3 (prova escrita), 86 candidatos estavam aptos (91,4%), tendo comparecido 81. Foram convocados para a fase 4 (curso de cooperativismo), em ordem de classificação, considerando-se as fases anteriores e na proporção das vagas ofertadas, o total de 47 candidatos (Figura 5).

Figura 5. Fluxograma demonstrando o número de candidatos em cada fase.



Fonte: autoria própria

Após a realização de cada fase, houve previsão no Edital, de um período de contestação, no qual o (a) candidato (a) poderia interpelar a revisão de sua nota. Na fase 1, houve 9 solicitações (9,57%), tendo sido deferidos 5 pedidos de revisão de pontuação. Na fase 2, houve 8 pedidos de revisão (8,69%), tendo sido todos deferidos. Na fase 3, a revisão dos recursos interpostos foi realizada por uma banca especializada e independente. Nove candidatos solicitaram a revisão de questões, totalizando 24 recursos. Apenas uma questão (número 40)



foi anulada pela banca examinadora e o ponto foi dado a todos os candidatos que fizeram a prova (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das notas dos candidatos durante a prova escrita.

Prova (Fase 3)*	Questões	Mínimo de Acertos	Máximo de Acertos	Média de Acertos	% de Acertos (média)
Código de Ética Médica	20	9	20	17,0	85,2
Lei do Cooperativismo e Estatuto Social e Regimento Interno da Unimed Ribeirão Preto	15	3	15	8,9	59,6
Agência Nacional de Saúde (ANS)**	10	3	10	6,6	66,4
Lei 9656/98	5	1	5	2,9	59,6
Total (acertos)	50	24	48	35,6	71,2

Fonte: autoria própria

* Total de candidatos presentes = 81

**A questão de número 40 foi anulada e todos os candidatos obtiveram a pontuação

Dentre os assuntos avaliados, o de maior número de acertos foi relativo à Ética Médica (85,2%), enquanto a Lei do Cooperativismo e Estatuto Social e Regimento Interno da Unimed Ribeirão Preto e normas relacionadas à ANS tiveram o menor número de acertos (59,6%) entre os candidatos. O curso de Cooperativismo foi subdividido em três etapas: a parte teórica foi ministrada em plataforma virtual, além do curso presencial técnico e do treinamento técnico sobre o sistema de Registro Eletrônico em Saúde da Unimed Ribeirão Preto.

4 DISCUSSÃO



As Cooperativas de Trabalho Médico foram regulamentadas pela Lei nº 5.764/71, definindo os sete princípios fundamentais, ou sejam: adesão livre e voluntária; gestão democrática; participação econômica dos membros; autonomia e independência; educação; formação e informação; intercooperação e interesse pela comunidade (BRASIL, 1971).

Desde a criação da primeira escola de Medicina no Brasil em 1808, na Bahia, o número de escolas médicas saltou para 347, sobretudo nas últimas décadas (atualizado em 04 de março de 2021). Este número representa uma oferta de 35.558 vagas para o ingresso na carreira médica (NASSIF, 2021).

O aumento expressivo do número de graduandos de medicina, a polarização e concentração da medicina em grandes centros urbanos, a retração econômica brasileira na última década e o desemprego convergem cada vez mais para um cenário preocupante, no tocante às Cooperativas de Trabalho Médico.

Com o surgimento das empresas de saúde e a consequente mercantilização dos serviços médicos, bem como a precarização das condições de trabalho no âmbito público, os médicos enxergaram, como alternativa, a associação pelo cooperativismo, que se apresentava como um empreendimento coletivo, autogestionário e social, voltado para o exercício da profissão de forma autônoma e especializada, buscando a excelência e a dignidade na prestação de serviços médicos (DELGADO, 2010; PEREIRA, 2019).

Assim, algumas singulares no sistema Unimed, com o passar do tempo, verificaram a necessidade de adoção de novos critérios para abertura de vagas.

Em consulta *on-line* ao *site* especializado www.jusbrasil.com.br foi identificado no período compreendido entre 01/05/2011 e 21/05/2021, o número de 6650 documentos jurídicos (notícias, sentenças, agravos, decisões judiciais, entre outros) relacionados especificamente com o assunto “admissão de novos cooperados x Unimed”, confirmando a relevância do tema entre as cooperativas de trabalho médico.

A Unimed de Ribeirão Preto iniciou um estudo sobre o tema, envolvendo o Conselho Técnico e o Departamento Jurídico. Posteriormente, discussões e reuniões foram realizadas até a convocação de uma assembleia extraordinária em dezembro de 2019, aprovando por unanimidade o novo processo de admissão de cooperados. Diante desta aprovação, houve modificação estatutária pertinente ao assunto no Artigo 5º, Parágrafo 1º do Estatuto Social da Unimed Ribeirão Preto.

As etapas subsequentes consistiram num estudo detalhado de cada especialidade e/ou área de atuação baseado em critérios da ANS, mediana de idade entre os cooperados,



atendimento em pronto socorro (disponibilidade de plantões) e critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, definiu-se um escore de especialidade classificando como baixa, média e alta, a necessidade de novos cooperados.

Diante deste cenário, o escore de especialidade permitiu a seleção de 33 especialidades e/ou áreas de atuação médica. O formato do processo seletivo foi definido a partir da contratação de uma empresa especializada e publicado na internet, em *site* específico (UNIMED, 2020). Houve a inscrição de 94 candidatos através da plataforma digital e ao longo das fases estabelecidas, 81 candidatos (86,1%) estavam aptos à realização da prova (fase 3).

Em todas as etapas, houve tempo hábil discriminar quanto tempo...para que o candidato enviasse alguma solicitação de contestação. Nas etapas 1 e 2, as solicitações foram revisadas pelo Conselho Técnico e na fase 3, a prova foi aplicada de forma independente e sem conhecimento prévio das questões pela Unimed de Ribeirão Preto, tornando o processo seguro e totalmente imparcial.

Considerando que para o ingresso do médico cooperado faz-se necessária a comprovação da certificação da especialidade, obtida através do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e/ou Associação Médica Brasileira (AMB), uma prova de conteúdo de especialidades tornar-se-ia impraticável. Assim, foram definidos assuntos para a aplicação da prova que cobrissem áreas fundamentais, para a avaliação do ingresso de um médico cooperado.

Os candidatos obtiveram a média mais elevada nas questões relativas à Ética Médica (85,2%), entretanto o desempenho em relação ao sistema Unimed foi o menor, juntamente com as normas sobre os planos de saúde (59,6%). Estes números sinalizam uma falta de conhecimento prévio do médico, em relação às diretrizes e normas do sistema Unimed.

Neste novo processo de admissão de cooperados, o curso de cooperativismo passou a ser ministrado, após a conclusão da fase 3, para os candidatos aprovados. Em várias demandas judiciais, o resultado foi desfavorável para a Unimed, justamente porque o médico autor da ação judicial, demonstrava qualificação para a prestação de serviços e o curso de cooperativismo (SÃO PAULO, 2018).

O entendimento de várias correntes jurídicas é dado pelo princípio da livre adesão ou das “portas abertas” (art. 4º, inciso I), não podendo existir restrições arbitrárias e discriminatórias à livre entrada de novo membro na cooperativa, devendo a regra limitativa da impossibilidade técnica de prestação de serviços, ser interpretada segundo a natureza da sociedade cooperativa (CONTO, 2017).



Em decisão recente, foi aprovado pelos desembargadores do Grupo de Câmaras Reservadas de Direito Empresarial do Tribunal de Justiça de São Paulo, em sessão realizada no dia 10 de dezembro de 2019, o enunciado X: “A exigência de aprovação em processo seletivo ou de realização de curso de cooperativismo como condição de ingresso em cooperativa não tem base legal e viola o princípio das portas abertas.” (SÃO PAULO, 2020).

Entretanto, a decisão do Ministro Marco Buzzi, julgado em 03/04/2014, indicou que a “exigência estatutária de processo seletivo para o ingresso de médicos nos quadros de Cooperativa Médica, não viola a regra de livre adesão do artigo 4o, I, da Lei 5.764/71”, encontrando-se em consonância com o entendimento desta Corte Superior, a qual preconiza que, “à luz do princípio da adesão livre e voluntária que rege o sistema cooperativista (artigo 4o, inciso I, da Lei 5.764/71), não pode ser vedado o ingresso, nos quadros da sociedade cooperativa, àqueles que preencham as condições estatutárias, revelando-se ilimitado o número de associáveis, salvo demonstrada a impossibilidade técnica de prestação de serviços” (CONTO, 2017).

A publicação do acórdão sobre o Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas (IRDR), de relatoria do desembargador Francisco Bezerra Cavalcante trouxe uma relevante contribuição neste assunto. A decisão criou jurisprudência sobre a admissão de profissionais de saúde pela Unimed de Fortaleza Sociedade Cooperativa Médica, por meio de seleção pública de provas e títulos.

O IRDR foi admitido em 31 de outubro de 2016 e surgiu de recurso da Unimed Fortaleza e Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, que pediram a anulação de decisão da 12ª Vara Cível de Fortaleza, que havia concedido a três médicos o direito de serem admitidos nos quadros de filiados da cooperativa, sem a necessidade processo seletivo. Os profissionais alegaram que o ingresso é livre, não havendo limite ao número de associados. Já a Unimed argumentou que o estatuto prevê seleção para a entrada de novos médicos e que a entrada deles poderia gerar desequilíbrio econômico.

Com a medida, todos os processos relacionados ao assunto tendem a ter o mesmo entendimento, ou seja, não é abusivo fazer seleção para acesso de cooperados. Segundo o desembargador Francisco Bezerra Cavalcante, relator do caso, “a matéria era controvertida, havendo decisões favoráveis e desfavoráveis em casos similares. A publicação do IRDR trouxe pacificação e segurança jurídica” (CAVALCANTE, 2019).

A exigência de seleção pública de provas e títulos para ingresso na cooperativa é justamente uma das garantias de qualidade com que estas cooperativas médicas devem se



preocupar, garantindo a lisura do processo, além de definirem critérios objetivos, tangíveis e não baseados apenas em critérios econômicos, protecionistas ou número excessivo de profissionais no mercado.

5 CONCLUSÃO

As Cooperativas de Trabalho Médico fazem parte de um setor integrante da ordem econômica nacional, estando sujeitas ao regramento específico.

A admissão e a formação de novos cooperados necessitam de assessoria técnica para a realização da seleção idônea, indelével e imparcial para filiação de médicos, fortalecendo a governança cooperativa e ajustando as ações de cooperação às necessidades da Unimed. Estas ações permitem preservar a qualidade da prestação de serviços aos seus beneficiários, bem como respeitar as exigências dos órgãos regulatórios de ordem civil e na saúde suplementar.

O novo processo de admissão de cooperados da Unimed Ribeirão demonstrou-se eficiente, transparente, técnico e igualitário. É mister que as práticas adotadas estejam registradas no estatuto social, devendo constar de forma objetiva o *modus operandi* para o ingresso na cooperativa.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio e a colaboração durante a implementação do processo de admissão de novos cooperados em Ribeirão Preto: Sra. Janaina Melo (secretária do CT), Sr. Fábio Ota (Diretor da Tekyou Soluções), Dr. Henrique Furquim Paiva (Advogado), Dr. Humberto Vilela de Castro e Silva (membro do CT), Dr. Alessandro José Rodrigues Daré (membro do CT), Dr. Paulo Ricardo de Oliveira Pagnano (membro do CT), Dr. Osvaldo Merege Vieira Neto (membro do CT), Sr. Júlio César Paim (Diretor Geral), Diretoria da Unimed Ribeirão Preto e membros do Conselho de Administração.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 5.764*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1971. Disponível em: <https://bit.ly/362orFx>. Acesso em: 11/05/2021

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <https://bit.ly/3x9f1nt>. Acesso em: 11/05/2021.



BRASIL. *Resolução Normativa - RN N° 259*. Brasília: Agência Nacional de Saúde, 2011.

BULGARELLI, W. *As sociedades cooperativas e a sua disciplina jurídica*. 2. ed. São Paulo: Renovar, 2000.

CAVALCANTE, F. B. Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas (IRDR). *R. Jur. Trib. Jus. Est. Ceará*, Fortaleza, v. 60, p. 229 - 369, 2019.

CONTO, M. A adesão livre e voluntária à luz da jurisprudência dos Tribunais Superiores no Brasil. *Boletín de la Asociación Internacional de Derecho Cooperativo*, Bilbao, p. 167-178, 2017.

DELGADO, B. S. As Cooperativas Médicas e o Princípio das Portas Abertas: Limitação Sob A Análise Econômica do Direito. *Revista Paradigma*, Ribeirão Preto, v.19, p.129-150, 2010.

NASSIF, A. C. N. *Escolas Médicas do Brasil*. Disponível em: <https://bit.ly/3h7THcI>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

PEREIRA, F. M e NÓBILE, R. A importância da produção de conhecimento sobre cooperativismo no brasil. *Revista Científica da Faculdade Unimed*. v. 1 n. 2, 2019.

SÃO PAULO. *Tribunal de Justiça*. Apelação civil n. 10006853420178260506 SP 1000685-34.2017.8.26.0506 Relator: Alexandre Coelho, 8ª Câmara de Direito, 22 de nov. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3h6kztg>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

SÃO PAULO. *Tribunal de Justiça*, 2020. Enunciados do Grupo de Câmaras Reservadas de Direito Empresarial, São Paulo, 2020.

SILVA, L. L. M. Princípios do Cooperativismo. *Revista Nobel Iuris*, Maringá, v. 2, n. Semestral, p. 131-148, 2004.

UNIMED Ribeirão Preto. *Edital*. Disponível em: <https://bit.ly/2SCLFPn>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

resumos de tcc





BENEFÍCIOS NA UTILIZAÇÃO DE IMIQUIMODE PARA CÂNCERES DE PELE NÃO MELANOCÍTICOS

BENEFITS OF USING IMIQUIMODE FOR NON-MELANOCYTIC SKIN CANCER

📍 Meire Soares de Ataíde

Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Pós-graduada pela Universidade de São Paulo, professora da disciplina de Dermatologia do curso de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia.



RESUMO

Os autores apresentam um estudo realizado a partir da análise e revisão de artigos publicados em revistas indexadas referentes ao tratamento de cânceres de pele não melanocíticos, especificamente carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular, pelo uso de 5 fluorouracil e imiquimode. Na análise foram avaliados os relatos dos usos das medicações em lesões dermatológicas como as neoplásicas, nas lesões de ceratose actínicas, que são pré cancerígenas, e no campo de cancerização, que é toda região que compreende o local do tumor e seu entorno. Além disto, foram avaliadas a capacidade de melhoria através dos mecanismos de ação de cada droga e o provável custo comparativo que cada paciente ou instituição teria com o uso da medicação. Apesar do preço do 5 fluorouracil se apresentar em larga vantagem frente ao imiquimode, esta última droga apresenta um mecanismo de ação mais amplo e muito complexo, e capaz de interferir em várias fases do desenvolvimento do tumor, melhorar as defesas do paciente, e desta forma propiciar uma melhor ação na lesão cancerígena e no seu campo de cancerização. Com relação aos custos do tratamento, conforme citado acima, o preço do 5 fluorouracil mostrou-se menor que o do imiquimode, em termos comerciais, o que poderia dificultar a adesão de todos os pacientes e a padronização dentro das instituições hospitalares. Porém, mediante os casos estudados foi observado que seria interessante o desenvolvimento de outro estudo a partir deste realizado para avaliar a médio e longo prazo se o uso do imiquimode diminuiria os gastos com insumos, anestésicos, material cirúrgico, médicos assistentes, pessoal circulante e pessoal de atendimento fixo para estes pacientes. Nesta perspectiva talvez a inclusão na padronização de clínicas e unidades assistenciais traria um ganho de qualidade para o paciente e uma economia para os prestadores de serviço.

Palavras-chave: Câncer de pele não melanocíticos; imiquimode; 5 fluorouracil; campo de cancerização

ABSTRACT

The authors present a study based on the analysis and review of articles published in indexed journals regarding the treatment of non-melanocytic skin cancers, specifically basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma, using 5 fluorouracil and imiquimod. In the analysis, reports on the use of medications in dermatological lesions such as neoplastic lesions, in lesions



of actinic keratosis, which are pre-cancerous, and in the field of cancerization, which is the entire region that comprises the location of the tumor and its surroundings, were evaluated. In addition, the ability to improve through the mechanisms of action of each drug and the likely comparative cost that each patient or institution would have with the use of medication were evaluated. Although the price of fluorouracil 5 is of great advantage over imiquimod, this drug has a broader and very complex mechanism of action that is capable of interfering in various stages of tumor development, improving the patient's defenses, and in this way provide a better action on the cancerous lesion and its field of cancerization. Regarding treatment costs, as mentioned above, the price of 5 fluorouracil proved to be lower than that of imiquimod in commercial terms, which could hinder the compliance of all patients and also standardization within hospital institutions. However, based on the cases studied, it was observed that it would be interesting to develop another study based on this one to evaluate the medium and long term if the use of imiquimod would decrease the expenses with inputs, anesthetics, surgical material, medical assistants, circulating personnel and medical personnel. fixed care for these patients. In this perspective, perhaps the inclusion in the standardization of clinics and care units would bring a gain in quality for the patient and an economy for service providers.

Keywords: Non-melanocytic skin cancer; imiquimod; Fluorouracil; cancer field.



INTRODUÇÃO

O uso de imiquimode em lesões neoplásicas é um procedimento utilizado por alguns especialistas em dermatologia para tratar neoplasias epidérmicas, para melhorar as condições cirúrgicas de uma neoplasia da pele que deverá ser operada, ou para amenizar uma lesão do paciente que não terá condições de cirurgia (LEVY,2001). Trata-se de uma droga poderosa que auxilia muito a prática cirúrgica dermatológica (VIDAL,2004). Porém, observações clínicas isoladas apenas não podem corroborar se realmente há evidências de que o uso desta medicação possa diminuir o tamanho das neoplasias ou mesmo comprovar o seu desaparecimento (BRAS,2015; DAI,2013).

Devido a isto, os autores propõem realizar um estudo baseado em dados publicados na literatura sobre o assunto para determinar se o uso desta droga apresenta a eficácia necessária diante dos tratamentos dermatológicos convencionais. Esta revisão analisou a aplicação da substância em lesões de pacientes portadores de neoplasias epidérmicas específicas, a saber: lesões de Carcinoma Basocelular e lesões de Carcinoma Espinocelular que utilizaram nelas o creme de imiquimode tópico para verificar o comportamento desta substância nestas lesões (KAUFMAN,2010). Para isto foi utilizada a metodologia que selecionou artigos científicos das bibliotecas internacionais que versam sobre o tema com lesões que foram avaliadas a partir de seu tratamento prévio ou que receberam outros tipos de medicação, como o 5 fluoracil ou que não foram tratadas.

Os artigos selecionados tiveram a comprovação clínica do diagnóstico realizada através de biópsia da lesão, sendo informado pelo responsável no estudo ou a técnica de dermatoscopia das lesões que também puderam ser utilizadas para corroborar o exame histopatológico, ou através de seus achados demonstrar a presença de neoplasia cutânea e as alterações durante a evolução dos tratamentos. (STOCKFLETH,2008; ROWERT-HUBER,2007; ULRICH M,2007). O tempo estimado para esta avaliação foi de 30 dias e o objetivo foi confrontar os artigos e as possibilidades de comparação entre as condições clínicas, os campos de cancerização e os tipos de tratamentos utilizados.

O objetivo foi verificar na literatura as informações para embasar se há real influência do uso de imiquimode no tratamento das lesões neoplásicas dermatológicas, Carcinoma Basocelular e Carcinoma Espinocelular, para a melhor qualidade do tratamento tanto clínico quanto cirúrgico. A partir destas observações normatizar o uso da medicação no serviço antes da realização dos eventos cirúrgicos nos quais haja a recomendação de tratamento prévio do



campo de cancerização. Os resultados foram avaliados após o término do levantamento de dados e foram analisados para a determinação de um futuro protocolo de seguimento clínico que possa trazer uma oportunidade do uso de medicações e as vantagens que este uso possa trazer para os pacientes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DAS NEOPLASIAS CUTÂNEAS NÃO MELANOCÍTICAS E DO CAMPO DE CANCERIZAÇÃO.

As ceratoses actínicas são injúrias dermatológicas que aparecem nos indivíduos, principalmente de pele mais clara e estão relacionadas aos danos causados pela alta exposição à radiação solar (THOMPSON,1993). Elas são consideradas lesões que podem evoluir para o aparecimento de cânceres de pele, portanto lesões pré cancerígenas (BERMAN B,2006). Entre 6-10% das ceratoses actínicas irão se tornar um carcinoma espinocelular que são tumores com grau de invasões e que tem potencial para dar metástases (BERKER2007, ARMSTRONG,2001).

A maioria dos pacientes não apresenta apenas uma lesão de ceratose, mas várias lesões que podem se agrupar, confluir, ou ainda mesmo que próximas gerar uma fragilidade epidérmica muito intensa. Esse conjunto de lesões pode ser chamado de campo de cancerização o que significa que não apenas a lesão, mas todo o seu entorno está comprometido e que as lesões podem se repetir ou perpetuar, mesmo quando a lesão inicial é tratada (KAUFMAN,2010; BRAAKHOUIS,2013; TOREZAN, 2013). Para alguns autores o número de lesões subclínicas no campo de cancerização podem ser até 10 vezes maiores do que o número de ceratoses identificadas e tratadas (ULRICH, MALTUSH ET AL,2007; SZEISMIES 2012).

A definição de carcinoma espinocelular apresenta relação com o encontro de células que sofreram mutação e apresentam um aumento de seu número evoluindo para a cancerização. No campo de cancerização, há várias células que mesmo subclínicamente apresentam alterações, mas ainda não expressaram a alteração neoplásica. A mutação ocorre ao nível do gene P-53, a luz ultravioleta B provoca alteração no DNA das células gerando dímeros de pirimidina formando ciclobutano e pirimidona (BENJAMIN,2007; DAI, 2013). Os erros no reparo de DNA, a sua duplicação errada induz mutação no genoma. Essas frequentes mutações nos genes, devido à exposição crônica ao sol, acarretam o aparecimento e desenvolvimento do câncer da pele. (WRIGHT,2006). Algumas alterações, também decorrentes da luz ultravioleta



atinge a camada basal levando ao dano celular, a alteração de reparação celular e a replicação de células com morfologia alterada ocorrendo o carcinoma basocelular (DARLINGTON,2003; BURNES, 2016; QUAEDVLIEG,2006).

Essas lesões que se encontram mais profundas em relação ao carcinoma espinocelular, são neoplasias localizadas, com alto poder agressivo, mas que não se comportam como metástases (ZALAUDEK,2006). Apresentam grande capacidade local de destruição dos tecidos periféricos acarretando muitas vezes vários transtornos psíquicos e sociais decorrentes de suas sequelas (GALVÃO,2017). O gene P-53 está alterado e assim como no carcinoma espinocelular as lesões podem ter um grande campo de cancerização o que dificulta seu tratamento (BENJAMIN,2007).

Essas lesões são mais prevalentes em áreas expostas ao sol, face, pescoço, braços e mãos, e como são dependentes de UVB em países tropicais como Brasil apresentam uma alta prevalência e incidência (BURNES,2016; QUAEDVLIEG,2006). Portanto, buscar formas para o tratamento eficaz da lesão é uma condição indispensável para o sucesso terapêutico, a cura dos pacientes, mas principalmente para evitar que no campo de cancerização novas lesões apareçam (BERMAN,2012; SZEISMIES,2012; TOREZAN,2013).

Dentre os vários métodos para tratamento dos pacientes com CEC e CBC o uso tópico do imiquimode nas concentrações de 3,75% e 5% foram utilizados em várias situações, mas principalmente minimizando a presença dos grandes efeitos inflamatórios presentes no campo de cancerização e permitindo que a pele do entorno da lesão também pudesse ser tratada(LEVY,2001;TORRES,2007;LAWRENCE,1995). O custo desta medicação, mas acima de tudo o resultado que ela pode trazer e o benefício para a pele no entorno da lesão, faz com que haja uma importante indicação para a sua padronização nas instituições hospitalares que tratam patologias oncológicas (SOUZA,2011). Por outro lado, o uso de 5-fluoruracil, amplamente utilizado por ser uma medicação mais barata e de mais fácil manutenção tem se apresentado como um dos métodos clássicos já consagrados para essa finalidade (EAGLESTEIN,1970; LAWRENCE,1995).

O seu mecanismo de ação inibe a enzima timidilato sintetase reduzindo a produção de timidina, necessária para a formação do DNA, além disso interfere também na replicação do DNA(SANMARTINO,2008). Já o imiquimode é uma imidazoquinolina amina com propriedade de modificar a resposta imune, induzir a produção de citocinas, e a produção de citocinas da imunidade adquirida por meio da indução de interferon e TNF alfa, sinalizar para o aumento a migração das células de Langherans dos linfonodos para a pele, e também altera a



formação do DNA, portanto uma ação muito mais ampla (DAI,2013; TOREZAN,2013 ULRICH, 2007). Esta ação causa um efeito local de aumento de irritação na pele, mas proporciona para o indivíduo um importante melhora clínica de sua lesão. (COSTA,2011).

Outro motivador deste estudo foi avaliar o valor do tratamento, tomando como exemplo um nome comercial do imiquimode, neste caso o Ixium com 12 saches com 250mg/sache ao custo de R\$141, 62 a caixa no varejo local para um tratamento de no mínimo 90 dias pode ser dispendioso em algumas situações, apesar das significativas melhoras demonstradas nos artigos revisados. Por outro lado, o preço do 5 fluouracil, neste exemplo o Efurix, é de R\$ 18,94 para uma1 bisnaga de 15 gramas que deverá ter no mínimo o mesmo tempo de tratamento, com efeitos colaterais que estiveram presentes também e de muito mais fácil aquisição pelo paciente e pelo sistema de saúde.

Todavia os resultados foram bem mais robustos com o uso do imiquimode, com certeza devido ao seu mecanismo de ação mais abrangente e complexo, o que torna uma opção interessante do ponto de vista clínico apesar da avaliação dos custos no tratamento final. (SOUZA,2011).

O mecanismo de ação mais amplo do imiquimode e a sua capacidade de curar e melhorar algumas lesões e o campo de cancerização o tornam uma alternativa atraente diante de pacientes com quadros extensos e de repetição, principalmente num país tropical, em que as lesões se multiplicam devido aos hábitos e condições de vida dos indivíduos (STOCKFLET,2006; ZALAUDEK,2012). Desta forma, os artigos informaram os resultados das avaliações desta medicação nos pacientes portadores de CBC e CEC, e que foi utilizada por um período de tempo determinado, as alterações observadas na avaliação do campo de cancerização e a determinação da efetividade da droga perante outros tratamentos tornou-se determinante para uma condução clínico-cirúrgica mais eficaz dessa patologia (STOCKFLETH,2008).

MATERIAL E MÉTODOS

REVISÃO DA LITERATURA E ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DAS DROGAS ESTUDADAS

Desta forma, os autores avaliaram os tratamentos ofertados para estas patologias a partir da análise de 35 artigos científicos publicados em revistas indexadas internacionais e nacionais que apresentavam em seus conteúdos questões referentes ao uso de tratamentos de imiquimode,



5 fluoruracil, entre outros, relacionados ao campo de cancerização e os resultados terapêuticos apresentados (LAWRENCE,1995). Nos vários trabalhos a principal característica foi observar o campo de cancerização e sua evolução clínica frente ao uso de medicações. A introdução do 5fluoruracil para uso tópico na concentração de 5% demonstrou inicialmente uma irritação nas lesões, principalmente as ceratóticas, e uma melhora do local que apresentou várias lesões dermoepidérmicas o que caracteriza o campo de cancerização (KAUFMAN,2010; TOREZAN,2013). A medicação se mostrou bem aceita pelos usuários em vários casos, porém na face de alguns pacientes a irritação foi evidente e a presença de interrupções terapêuticas se fez necessária. As maiores questões foram referentes a sensação de queimação, dor e ardor, com a presença de hiperemia local com acentuação da foto sensibilidade e presença de irritação (LAWRENCE,1995).

O uso de 5fluoracil em creme foi de fácil obtenção nas avaliações realizadas e encontrado facilmente no comércio a um custo que permitiu o acesso de qualquer pessoa a este tipo de tratamento (EAGLESTEIN ,1970). O uso de imiquimode creme a 5% nos casos estudados nos trabalhos avaliados mostrou uma melhora significativa do campo de cancerização, do tamanho das lesões para a realização de tratamento cirúrgico posterior e até o desaparecimento das lesões pré-existentes, neste caso abrindo uma perspectiva importante da possibilidade de cura de pequenas lesões quando tratadas imediatamente ao seu surgimento com essa medicação (BRAAKHUIS ,2012).

Esses resultados com certeza se devem ao maior espectro de mecanismo de ação que pode ser relacionado ao uso desta droga, sua abrangência em não apenas diminuir a inflamação, mas também de agir diretamente do DNA celular impedindo o início de novas lesões, além disto seu uso em lesões já instaladas demonstrou que a inibição dos mecanismos que mantem o quadro neoplásico ativo pode facilitar a diminuição e até o sumiço da lesão (TORRES,2007; VIDAL,2017). Estes resultados clínicos observados em alguns trabalhos, que compararam as duas drogas , mostrou a superioridade do imiquimode e a sua maior eficácia em relação à resultados terapêuticos, porém , mesmo diante destes fatos não foi possível afirmar que o 5 fluouracil apresentou um resultado insatisfatório, pois ele também teve a sua eficácia descrita de forma diferente nos estudos realizados(ZAUDEDEK ,2006; TORRES , 2007 BERKER ,2007). Provavelmente isto se deve principalmente ao fato destas drogas serem de grupos diferentes e com fisiopatologias distintas, que buscaram resultados semelhantes: melhorar o paciente, mas que estiveram em patamares fisiopatológicos diferentes de ação dermo-epidérmica. Esta questão farmacológica também ficou bem-marcada na comparação dos preços



e dos valores que o paciente ou o sistema de saúde teriam que desembolsar para o uso e a manutenção do tratamento no período de 90 dias.

É importante frisar que a medicação 5 fluoruracil é um clássico dentro da literatura farmacológica dermatológica e que na época de seu aparecimento significou uma revolução imensa na abordagem do tratamento de lesões pré cancerígenas (SOUZA,2011). É fato também que o uso desta medicação trouxe uma série de benefícios para os pacientes, principalmente aqueles que estão com frequência expostos aos rigores de um sol intenso como o que ocorre nos países tropicais, dentre eles o Brasil (ARMSTRONG, 2001; THOMPSON,1993). O surgimento desta medicação possibilitou um importante passo para o tratamento das lesões pré ceratóticas, hoje sabidamente pré cancerígenas, que apresentaram potencial para se transformar em neoplasias, o uso desta medicação apresentou importante involução. Devido ao longo tempo de sua utilização o valor relacionado ao seu custo é um determinante que favorece muito a sua larga utilização. A facilidade posológica e a possibilidade de uso domiciliar foram importantes para a utilização desta droga, mesmo frente ao seu efeito colateral de irritação. Desta forma, não se pode inferir que o uso do 5 fluoruracil não foi benéfico para os pacientes, porém é preciso observar esta análise com criticidade frente a outras drogas que estão surgindo no mercado.

Por outro lado, com a evolução tecnológica e a possibilidade de novas descobertas e caminhos de ação farmacológica novas estratégias de tratamento naturalmente surgiram, como aconteceu com o imiquimode (VIDAL ,2004; DAI ,2013; STOCKFLETH,2006). Se em um primeiro momento há medicações consagradas que podem dificultar a adesão as novas formas de tratamento, sempre é importante que os profissionais estejam atentos para o surgimento e para a possibilidade de utilização das novas medicações, seus espectros de atuação e o resultado final após criteriosa avaliação. Em muitos casos isto aconteceu nos trabalhos avaliados neste estudo e o fato foi que apesar da questão do custo mais elevado que envolve o uso da medicação a sua utilização foi muito bem-sucedida nos trabalhos avaliados.

A melhoria no campo de cancerização é um fator diferencial observado nos estudos e que marca de forma muito positiva uma das grandes vantagens em utilizar essa medicação para o tratamento, pois é amplamente conhecido que a possibilidade de novas neoplasias pode ocorrer no campo de cancerização o que com o uso do imiquimode ficaria minimizado ou sanado totalmente (DARLINGTON ,2003; ULRICH M,2007).

Outra observação importante foi a melhoria da pele para os procedimentos técnicos cirúrgicos quando necessário, afinal além da eliminação da doença a manutenção da função e da plasticidade local é muito importante para o sucesso terapêutico (GAMEIREO,2017;



GUEDES,2019). Além disto, há casos observados nos trabalhos que mostraram que o uso do imiquimode contribuiu para o desaparecimento da lesão dermatológica, de forma comprovada, e o não aparecimento de novas lesões (BRAS,2015; COSTA ,2011). Portanto, após a análise dos dados apresentados pôde-se constatar a eficácia da droga imiquimode nas lesões de neoplasia cutânea não melanocíticas referente aos carcinomas basocelulares e aos carcinomas espinocelulares. Também é possível afirmar que a sua magnitude de atuação é maior em relação ao 5 fluoruracil e que seu poder de transformar o campo de cancerização é sem dúvida um dado importantíssimo na atual situação do tratamento e prevenção de câncer de pele (LEVY, 2001).

Além dos seus efeitos colaterais, as alterações que se apresentaram são fundamentais para uma recuperação de forma mais integral da pele. Houve inclusive o relato de cura com o uso de apenas imiquimode, o que eleva a droga a categoria de promissora, em alguns tipos de pequenas lesões e sua presença mandatória nos casos em que a necessidade de uma pele preparada para um procedimento é essencial (COSTA, 2011). O que é um limitante importante na utilização do imiquimode é o seu custo. Foram poucos os artigos que abordaram essa questão, pois muitos de seus pesquisadores já entendem que por se tratar de uma nova tecnologia o custo embutido em seu preço final é mais alto do que o do 5 fluoruracil. Esse fato é uma questão limitante ao uso e a implantação da medicação de forma rotineira nos atendimentos dos portadores de carcinoma basocelular e espinocelular, contudo, quando se analisa a pele acometida dos pacientes e a melhora do campo de cancerização e de toda a pele acometida o fator financeiro poderia ser avaliado como um custo que poderá ser diluído com a diminuição de gastos em procedimentos de maior tamanho e que requeiram maior quantidade de fios e insumos para a sua realização (BRAAKHAUIS ,2003; STOCKFLETH,2008).

Há relatos do uso do imiquimode no desaparecimento da lesão o que em termos de logística de atendimento, de disponibilização de gastos com cirurgia (campos, gases, anestésicos, fios, instrumental, algodão, etc.) e de pessoal :atendente de sala, circulante de sala, enfermeira, recepcionista, já seria uma diminuição de gasto com pessoal e insumos bem considerável.

CONCLUSÃO

A avaliação dos artigos clínicos publicados em periódicos de indexação internacional e nacional sobre o tema do uso de medicações para tratamento e melhor manipulação dos cânceres não melanocíticos a saber, carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular



apresentou vários dados interessantes sobre a aplicação das principais drogas em uso: 5 fluoruracil e imiquimode.

Primeiro é necessário definir que o tempo de utilização destas drogas é um importante parâmetro na experiência que os profissionais de saúde têm com o manuseio e a aplicação delas. Desde 1970 o 5 fluoruracil teve o seu mecanismo de ação elucidado e descrito para o tratamento das ceratoses actínicas. Portanto, praticamente há 50 anos essa droga está sendo usada pelas equipes médicas que trabalham com esse tipo de lesão pré cancerígena, em forma de creme a 5%, para a utilização em pacientes que apresentem as características clínicas necessárias ao uso desta medicação. Neste período muitos pacientes se beneficiaram do uso desta droga e com certeza tiveram as suas lesões e os seus sintomas atenuados.

A utilização deste composto farmacológico no veículo de creme facilitou a sua aplicação domiciliar, agindo diretamente na formação do DNA, melhorando as lesões presentes. Esta consagrada droga apresentou e ainda apresenta resultados extremamente favoráveis ao seu uso e talvez o componente que pese mais em suas indicações, para além das características clínicas, é o seu custo que permite que esta medicação possa ser utilizada por várias pessoas de forma bem acessível e a sua manutenção por um período de tempo maior sem perder a qualidade do tratamento. Além disto, como o custo é acessível, o paciente não interrompe o tratamento e ao ver a melhora clínica da lesão se empenha mais ainda para poder seguir corretamente os protocolos indicados pelos seus médicos assistentes e desta forma busca deixar cada vez melhor as condições na lesão tratada.

A limitação técnica da aplicação do 5 fluoruracil é o seu mecanismo de ação que age na formação das bases do DNA inibindo a enzima timidilato sintetase, o que leva à redução da produção de timidina, necessária para a formação do DNA, desta forma agindo na sua eventual replicação. Este é o mecanismo de ação que é apresentado para esta medicação, ou seja, age inibindo a lesão já evidente no cerne de sua replicação, mas não apresenta nenhum outro mecanismo de ação para todo o processo inflamatório lesional ou perilesional que se instala na região da lesão do câncer de pele. Portanto, a limitação da técnica é ser aplicada mais em relação à lesão cancerígena já existente, o que muitas vezes até acarreta efeitos adversos perilesionais de irritação, que fazem com que o paciente interrompa ou iniba o seu tratamento, mas que não apresenta nenhuma interferência na pele da adjacência. Esta pele perilesional, ao ser estudada em artigos mais recentes, já se mostra com alto grau de comprometimento, podendo acarretar o aparecimento de novas lesões e a dificuldade de tratamento das lesões pré-existentes sendo,



portanto, necessários outros mecanismos de ação para bloquear o processo, ações que o imiquimode pode exercer.

Além disto, o 5 fluoruracil apresentou um grande potencial irritativo na lesão e no seu entorno, o que muitas vezes faz com que o paciente abandone seu uso. Há relatos de dor, ardor, dificuldade de movimentação dos membros e alteração importante na face dos pacientes. Portanto, esses fatores deletérios colaboraram para que o paciente abandonasse o tratamento, o que acabava gerando um aumento da lesão original e a possibilidade de que novas lesões aparecessem na mesma região loco regional onde o tratamento foi estabelecido.

Desta forma, não há como afirmar que o uso de 5 fluoruracil não tenha a sua efetividade nas lesões tratadas. Todavia, com o desenvolvimento de novas medicações, em 1997, após várias pesquisas o FDA (Food and Drug Administration) liberou o uso de imiquimode para algumas doenças, entre elas as doenças dermatológicas. A droga apresentou um espectro de ação, maior do que o do 5 fluoruracil, e uma ação muito importante nas regiões próximas ao tumor e em toda região de seu entorno chamada de campo de cancerização. O mecanismo de ação mais amplo potencializou a produção de interferon, que tem ação antiviral, estimulou as células de Langherans, que são as principais apresentadoras de antígenos da epiderme e aumentou a migração até os linfócitos, gerando a ativação e a produção de linfócitos T. Estes vários mecanismos de ação agem na lesão da neoplasia, mas também agem no campo de cancerização propiciando a melhoria da pele ao redor da lesão e desta forma reduzindo as possíveis complicações quando são realizados os tratamentos cirúrgicos e não deixando que novas lesões, tão frequentes nestas doenças apareçam, pois, seus mecanismos de ação agem com citocinas inibindo as etapas de aparecimento de novas lesões.

Portanto, o imiquimode se mostrou muito efetivo nos vários artigos avaliados e com uma capacidade de melhorar muito o campo de cancerização. O maior problema verificado para limitar o uso da medicação foi o seu custo que é bastante superior quando comparado ao seu concorrente mais próximo o 5 fluoruracil. Este fato foi observado ao se verificar no mercado o preço das duas medicações e as suas diferenças.

A população brasileira apresenta limitação de recursos para utilizar medicações de alto custo por longo período e quando elas não são subsidiadas pelo Estado, como no caso do creme em questão, ele pode significar um décimo do salário-mínimo vigente. Mesmo com a capacidade fisiopatológica para até mesmo a resolução do problemas, a sua prevenção e a melhoria do campo de cancerização se tornam muito dispendiosas para os padrões de uso da população.



Talvez em um próximo estudo prospectivo, com objetivo de avaliar o uso desta medicação em comparação a outras utilizadas cronicamente e os custos de cirurgias ambulatoriais e hospitalares, que deverão ser realizadas ou não a partir da ação desta medicação para o tratamento destas patologias trará as respostas mais específicas para estas perguntas. Isto é importante avaliar, pois esta é a única medicação que trata também o campo de cancerização, portanto, seria pertinente avaliar esta questão a médio e longo prazo, o que poderia justificar o uso da medicação e compensar seu preço inicial ser maior e mais dispendioso do que as medicações usuais utilizadas para várias finalidades.

Portanto, conforme os artigos estudados a medicação imiquimode apresenta uma gama de mecanismos de ação mais ampla e com vários pontos de interferência nos mecanismos imunológicos para a resolução da doença, mas não apenas dela, mas também do campo de cancerização o que possibilita a melhoria de realização de procedimentos, mas também a impossibilidade de surgimento de novas lesões neoplásicas. Desta forma, a sua recomendação técnica pode ser realizada com ampla gama de benefícios, mas a questão econômica para obtenção e uso da medicação são fatores muito relevantes e que limitam o uso desta medicação. A sugestão da continuidade dos estudos e da avaliação de custos referentes às ações cirúrgicas futuras, que ocorrem com frequência pode oferecer uma nova forma de reformulação, de subsídios, ou de benefícios que garantam que a droga possa ser colocada de forma protocolar nos serviços de atendimento públicos do país.

REFERÊNCIAS:

ARMSTRONG, B.K.; KRICKER, A. The epidemiology of UV induced skin cancer. *J. Photochem Photobiol B*, v.63, n.1-3, p. 8-18, 2001.

BENJAMIN, C.L.; ANANTHASWASY, H.N. p53 and the Pathogenesis of Skin Cancer. *Toxicol Appl Pharmacol*, v. 224, n.3, p.241-8, 2007.

BERKER, D.; MCGREGOR, J.M.; HUGHES, B.R. Guidelines for the management of actinic keratoses. *Br J Dermatol*, v.156, n.2, p.222-30, 2007.

BERMAN, B.; VILLA, A.M.; RAMIREZ, C.C. Mechanisms of action of new treatment modalities for actinic keratosis. *J Drugs Dermatol*, v.5, p.167-73, 2006.

BERMAN, B.; COHEN, D.E.; AMINI, S. What is the role of field-directed therapy in the treatment of actinic keratosis? Part 1: overview and investigational topical agents. *Cutis*, v.89, n.5, p.241-50, 2012.



BRAAKHUIS, B.J.; TABOR, M.P.; KUMMER, J.A. *et al.* A genetic explanation of Slaughter's concept of field cancerization: evidence and clinical implications. *Cancer Res*, v.63, n.8, p.1727-30, 2003.

BRAS, F.; SARDINHA, R.; PACHECO, A. Therapeutic procedures in the treatment of condylomata acuminata. *Acta Obstet Ginecol Port*, v.9, n.5, dez. 2015

BURNESS, C.B.; SONIDEGIB, L.J. *A review in locally advanced basal cell carcinoma. Target Oncol [Internet]*, v.11, n.2, p.239–46, 2016.

COSTA, M.C.; ABRAHAM, L.S.; BARCAUI, C. Lentigo maligno tratado com imiquimode topico: o valor da dermatoscopia no monitoramento clínico. *An Bras Dermatol*, v.86, n.4, n.792-6, 2011.

DAI, M.; WEI H.; YIP, Y.Y.; FENG, Q. *et al.* Long-lasting complete regression of established mouse tumors by counteracting Th2 inflammation. *J Immunother [Internet]*, n.36, v.4, p.248–57, 2013.

DARLINGTON, S.; WILLIAMS, G.; NEALE, R. *et al.* A randomized controlled trial to assess sunscreen application and beta carotene supplementation in the prevention of solar keratoses. *Arch Dermatol*, v.139, n.4, p.451-5, 2013.

EAGLSTEIN, W.H.; WEINSTEIN, G.D.; FROST, P. Fluorouracil: mechanism of action in human skin and actinic keratoses. *Arch Dermatol*, n.101, v.2, p.132-9, 1970.

GALVÃO, L.E.G.; GONÇALVES, H.S.; BOTELHO, K.P. *et al.* Terapia fotodinâmica com a luz do dia - Experiência e segurança no tratamento ceratoses actínicas de face e de couro cabeludo em região de baixa latitude e alta luminosidade. *An Bras Dermatol*, v.92, n.1, p.132-3, 2017.

GAMEIRO, L.; TOVO, L.F.R.; SANCHES, J.R. *et al.* Treatment of actinic keratoses and cancerization field of the face and scalp with 0.015% ingenol mebutate gel in Brazilian individuals: safety, tolerability and patients' perspectives. *An. Bras. Dermatol*, v.94 n.3, Rio de Janeiro, maio/jun 2019.

GUEDES, L.S.; MORGON, N.H.; MARTINS, M.H. *et al.* Imiquimod/ β -Cyclodextrin Inclusion Complex: Experimental and Theoretical Studies. *J. Braz. Chem. Soc.*, v.31, n.8, São Paulo, ago. 2020.

KAUFMANN, R. The Concept of Field cancerization. *e-Supplement Abstracts of the 6th Congress of the European Association of Dermatologic Oncology*, 13^a ed., p. 20, 2010.

LAWRENCE, N.; COX, S.E.; COCKERELL, C.J. *et al.* A comparison of the efficacy and safety of Jessner's solution and 35% trichloroacetic acid vs 5% fluorouracil in the treatment of widespread facial actinic keratoses. *Arch Dermatol*, v.131, n.2, p.176, 1995.

LEVY, S.; FURST, K.; CHERN, W. A pharmacokinetic evaluation of 0.5% and 5% fluorouracil topical cream in patients with actinic keratosis. *Clin Ther*, v.23, n.6, p.908, 2001.

QUAEDVLIEG, P.J.F.; TIRSI, E.; THISSEN, M.R.T.M. *et al.* Actinic keratosis: how to differentiate the good from the bad ones? *Eur J Dermatol*, v.16, n.4, p.335-9, 2006.



ROWERT-HUBER, J.; PATEL, M.J.; FORSCHNER, T. *et al.* Actinic keratosis is an early in situ squamous cell carcinoma: a proposal for reclassification. *Br J Dermatol*, v.156, p.8-12, 2007.

SANMARTIN, O.; GUILLEN, C. Images in clinical medicine. fluorescence diagnosis of subclinical actinic keratoses. *N Engl J Med*, n.358, v.19, p.21, 2008.

SZEIMIES, R.M.; TOREZAN, L.; NIWA, A. *et al.* Clinical, histopathological and immunohistochemical assessment of human skin field cancerization before and after photodynamic therapy. *Br J Dermatol*, v.167, n.1, p.150-9, 2012.

SOUZA RJS, MATTEDI AP, CORREA MP, et al. Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo. *An Bras Dermatol*, v.86, n.4, p.657-62, 2011.

STOCKFLETH, E.; FERRANDIZ, C.; GROB, J.J. *et al.* Development of a treatment algorithm for actinic keratoses: a European consensus. *Eur J Dermatol*, v.18, p.651-9, 2008.

STOCKFLETH, E.; KERL, H. Guideline subcommittee of the European Dermatology Forum. Guidelines for the management of actinic keratoses. *Eur J Dermatol*, v.16, n.6, p.599-606, 2006.

THOMPSON, S.C.; JOLLEY, D.; MARKS, R. Reduction of solar keratoses by regular sunscreen use. *N Engl J Med*, v.329, n.16, p.1147-51, 1993.

TOREZAN, L.A.R.; FESTA-NETO, C. Campo de cancerização cutâneo: implicações clínicas, histopatológicas e terapêuticas. *An Bras Dermatol*, v.88, n.5, p.779-91, 2013.

TORRES, A.; STOREY, L.; ANDERS, M.; Miller, R.L. *et al.* Immunemediated changes in actinic keratosis following topical treatment with imiquimod 5% cream. *J Transl Med*, v.5, p.7, 2007.

ULRICH, M.; MALTUSCH, A.; ROWERT-HUBER, J. *et al.* Actinic keratoses: non-invasive diagnosis for field cancerization. *Br J Dermatol*, v.156(Supl), p.13-7, 2007.

ULRICH, M.; STOCKFLETH, E.; ROWERT-HUBER, J. *et al.* Noninvasive diagnostic tools for nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol*, v.157(Supl), p.56-8, 2007.

VALE, D.A; FERRACINI, L.M.A; BUENO, M.V.S.R. *et al.* Unusual presentation of a disseminated oral HPV infection after combined antiretroviral therapy initiation. *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo*, v.61, out. 2019.

VIDAL, D.; MATIAS-GUIU, X.; ALOMAR, A. Open study of the efficacy and mechanism of action of topical imiquimod in basal cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol [Internet]*, v.29, n.5, p.518-25, 2004.

ZALAUDEK, I.; GIACOMEL, J.; ARGENZIANO, G. *et al.* Dermatoscopy of facial non-pigmented actinic keratosis. *Br J Dermatol*, v.155, p.951-6, 2006.

ZALAUDEK, I.; GIACOMEL, J.; SCHIMIT, K. *et al.* Dermatoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: A progression model. *J Am Acad Dermatol*, v.66, p.589-97, 2012.



WRIGHT, T.I.; SPENCER, M.; FLOWERS, F.P. Chemoprevention of nonmelanoma skin cancer. *J Am Acad Dermatol*, v.54, n.6, p.933-46, 2006.



TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE E HOSPITAIS DIGITAIS: a influência na evolução da segurança do paciente

HEALTH INFORMATION TECHNOLOGY AND DIGITAL HOSPITALS: the influence on the evolution of patient safety

📍 **Raul Cardoso da Silva Neto**

Graduado em Processamento de Dados pela UniverCidade

📍 **Marcelo Augusto Nascimento**

Administrador Hospitalar – Professor orientador



RESUMO

Todos os anos, centenas de milhares de pacientes são vítimas de eventos adversos em hospitais no Brasil e no mundo, muitos sofrem danos irreversíveis e muitos outros vão a óbito, resultado de erros de conduta, falta de procedimentos, protocolos e diretrizes clínicas e principalmente a ausência de uma cultura de segurança do paciente.

Este estudo, realizado através de revisão bibliográfica, teve como objetivo demonstrar os benefícios que a tecnologia da informação em saúde e a implantação de processos digitais na operação de um hospital podem otimizar recursos, reduzir custos, aumentar o desempenho das equipes e, acima de tudo, promover o aumento na segurança do paciente. Este trabalho tem como base estudos bibliográficos e análise de casos.

Como principais resultados foi possível observar que através da tecnologia da informação aplicada a saúde, com a implementação de sistemas como prontuário eletrônico, sistemas de controle de administração de medicamentos, sistemas de apoio a decisão, diretrizes clínicas, etc. o índice de efeitos adversos relacionados a erros de medicação, reações adversas, entre outros, diminuiu consideravelmente, e o estabelecimento de protocolos e diretrizes apoiados pela tecnologia da informação aumentam a qualidade do tratamento proporcionado pelas equipes.

Palavras-chave: Tecnologia da Informação em Saúde. Hospital Digital. HIMSS Analytics. EMRAM. PEP. RES. Gestão de Mudança. Paradigmas.

ABSTRACT

Every year, hundreds of thousands of patients are victims of adverse events in hospitals in Brazil and worldwide, many suffer irreversible damage and many others die, as a result of conduct errors, lack of procedures and protocols and clinical guidelines and especially the absence of a patient safety culture.

This study, carried out through a literature review, aims to demonstrate the benefits that health information technology and the implementation of digital processes in the operation of a



hospital can optimize resources, reduce costs, increase the performance of teams and, above all, promote increased safety patient. This work is based on bibliographic studies and case analysis.

As main results it was possible to observe that through the information technology applied to health, with the implementation of systems such as electronic medical records, medication administration control systems, decision support systems, clinical guidelines, and so on. The index of adverse effects related to medication errors, adverse reactions, and so forth, decreases considerably, and the establishment of protocols and guidelines supported by information technology increases the quality of the treatment provided by the teams.

Keywords: Health Information Technology. Digital Hospital. HIMSS Analytics. EMRAM. EMR. Change Management. Paradigms.



1 INTRODUÇÃO

O termo segurança pode ser definido como um estado ou condição livre de perigos, riscos ou incertezas, a maioria das pessoas tem o desejo de se sentirem seguros, seguros em seus empregos, seguros em suas casas, enquanto andam pelas ruas, seguros financeiramente, etc. Uma ocasião onde a segurança se torna ainda mais imprescindível é em um atendimento médico, principalmente em âmbito hospitalar, imagine a quantidade de situações de risco as quais um paciente pode ser submetido em um atendimento hospitalar, a administração de um medicamento errado ou na dose errada, a administração de um medicamento ao qual o paciente é alérgico, um diagnóstico equivocado, uma conduta clínica inapropriada e até itens cirúrgicos deixados dentro do paciente. Ocorrências como as relatadas acima não são raras e causam centenas de milhares de óbitos todos os anos, por isso é tão importante a implementação de mecanismos que promovam a segurança do paciente.

E o que pode ser feito para aumentar a segurança do paciente em um ambiente tão propenso a riscos? Não há uma fórmula mágica, mas hoje já existem diversos processos, protocolos, normas e melhores práticas com o objetivo de apoiar a implementação de uma cultura de cuidados com o paciente e neste aspecto a tecnologia é uma grande aliada fornecendo diversos sistemas e mecanismos que auxiliam muito nesta jornada, como prontuários eletrônicos, onde todo o histórico de saúde do paciente pode ser acessado de qualquer local, sistemas de administração de medicamentos que tem o objetivo de garantir que o paciente esteja recebendo o medicamento certo na dosagem correta e que em alguns casos pode até avisar ao médico caso este prescreva um medicamento que o paciente seja alérgico, detectores de itens cirúrgicos retidos, sistemas de suporte à decisão clínica que fornecem ao médico informações sobre o paciente, alertas, diretrizes clínicas, etc.

Todos estes sistemas e dispositivos quando acompanhados de processos e protocolos bem definidos, diminuem expressivamente a probabilidade de ocorrência de eventos adversos e proporcionalmente aumentando o nível de segurança do paciente, além de diversos benefícios diretos e indiretos como imagem e posicionamento de mercado da instituição, um baixo índice de erros e eventos adversos agregam valor a imagem de um hospital, o que permite que este se posicione melhor que outros do mesmo segmento que tenham resultado inferior, soluções que apoiam o trabalho do médico e da equipe e protocolos bem definidos influenciam diretamente no desempenho dos mesmos, proporcionando que estes possam prestar um cuidado melhor, mais assertivo, tornando a jornada do paciente mais segura.



2 DESENVOLVIMENTO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de segurança do paciente consiste na não ocorrência de danos ao paciente, que possam ser evitados, reduzindo os riscos desnecessários a um mínimo aceitável, durante o processo de cuidados de sua saúde:

A segurança do paciente é a ausência de danos evitáveis a um paciente durante o processo de cuidados de saúde, incluindo a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se às noções coletivas de determinado conhecimento atual, recursos disponíveis e o contexto em que o cuidado é prestado, ponderado em relação ao risco de não tratamento ou outro tratamento (OMS, 2020).

A mesma OMS define eventos adversos como “incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente” (OMS, 2020).

Segundo o relatório do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Kohn LT, 2000), estudos realizados em hospitais de Utah e Colorado e outro realizado em hospitais de Nova Iorque, destacam que 2,9% e 3,7%, respectivamente, dos pacientes hospitalizados são vítimas de eventos adversos. Em Utah e no Colorado 6,6% dos eventos adversos resultou na morte dos pacientes e em Nova Iorque, 13,6%. Em ambos os estudos mais da metade destes eventos foram resultado de erros médicos que poderiam ter sido evitados. A publicação estimula o desenvolvimento de novas tecnologias para reduzir o erro médico, fomentando o fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar, outro relatório do IOM, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001) define o uso da tecnologia da informação como um ponto chave na transformação do ambiente de saúde em busca de cuidados mais eficientes e seguros.

Quando projetada e utilizada de forma a maximizar a segurança do paciente, a tecnologia da informação na saúde desempenha um papel essencial no atendimento, e alguns de seus sistemas melhoraram significativamente a qualidade de cuidados de saúde e redução de erros médicos.

2.1 Tecnologia da Informação em Saúde

Tecnologia da informação em saúde é “a aplicação de processamento de informação envolvendo hardware e software de computador que lida com o armazenamento, recuperação,



compartilhamento e uso de informação, dados e conhecimento de saúde para comunicação e tomada de decisão” (David J. Brailer, 2004).

A tecnologia da informação em saúde inclui várias tecnologias que vão desde sistemas simples de registro de dados até o suporte de decisão mais avançado além de integração com equipamentos médicos, não sendo definida por um único produto ou serviço, a TI na saúde incorpora um amplo conjunto de equipamentos e sistemas, dentre os quais se destacam o prontuário eletrônico do paciente (PEP) ou registro eletrônico de saúde (RES), internacionalmente conhecidos como EMR ou EHR, sistemas de apoio à decisão clínica (*Clinical Decision Support, CDS*), sistema de comunicação e arquivamento de imagens (*PACS*), sistema de informação radiológica (*RIS*), sistemas de controle de administração de medicamentos, checagem beira leito, entre outros, além de software, há uma infinidade de hardware envolvido, como computadores, dispositivos de rede, impressoras de pulseiras de identificação, de código de barras, leitores, dispositivos de rádio frequência, e os mais diversos sensores de monitoramento, equipamentos de suporte à vida, de diagnóstico, entre outros.

2.2 Hospital Digital

A *HIMSS Analytics (Healthcare Information and Management Systems Society)*, associação internacional que fomenta o uso da tecnologia da informação na área da saúde, desenvolveu uma metodologia chamada *EMRAM*, dividida em 8 estágios de maturidade que vão do 0 ao 7, onde as instituições que conseguem atingir o estágio 7 são classificadas como hospitais 100% digitais e livres de papel (*paperless*) (Folks, 2020).

Cada estágio do *EMRAM* define um nível mínimo de informatização dos processos, conforme descrito a seguir (Pixon - Folks TIC - HIMSS Analytics (2015), 2020):

Estágio 0 - Não há disponibilização on-line de informações nem a instalação de nenhum dos três sistemas clínico-departamentais: *LIS* (laboratório), *RIS* (radiologia) e *PHIS* (farmácia).

Estágio 1 - Possui *LIS*, *RIS* e *PHIS* instalados ou disponibiliza resultados de exames de forma on-line por meio da estrutura de prestadores de serviços externos.

Estágio 2 - Repositório de dados clínicos (*CDR*) instalado e centralizado, pode contar com sistema de apoio a decisão clínica para checagem básica de interações e intercâmbio de informação clínica-assistencial.

Estágio 3 - Documentação de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente (PEP), apoio à decisão clínica (*CDS*) e armazenamento de imagem (*PACS*).



Estágio 4 - Prescrição e solicitação de exames e procedimentos (*CPOE*) instalado em pelo menos uma área assistencial. Sistema de apoio à decisão clínica baseado em protocolos clínicos.

Estágio 5 - *PACS* completo, sem utilização de filme em todo os procedimentos (*filmless*).

Estágio 6 - Circuito fechado de administração de medicamentos e interação da documentação médica para apoiar a decisão clínica.

Estágio 7 - PEP completo utilizado por todos os setores do hospital e dados clínicos disponíveis em todos os setores: emergência, internação, UTI, ambulatório e centro cirúrgico.

Figura 1 – Estágios do EMRAM

Estágio	HIMSS Analytics EMRAM Modelo de Adoção de Prontuário Eletrônico com Capacidades Acumuladas
7	PEP Completo; Interoperabilidade Externa; Analytics; Governança; DR; Privacidade e Segurança
6	Chechagem Beira-Leito Medicamentos, Hemocomponentes e Leite Materno; Análise de Risco; Apoio à Decisão Completo
5	Documentação Médica com Templates Estruturados; IDS e Proteção de Dispositivos Móveis
4	Prescrição Eletrônica com Apoio à Decisão; Documentação de Enfermagem e Profissionais de Saúde; Contingência Básica
3	Documentação de Enfermagem e Profissionais de Saúde; Checagem de Enfermagem; Segurança Baseada em Perfis
2	Repositório Central de Dados Clínicos; Interoperabilidade Interna; Mecanismos Básicos de Segurança
1	Sistemas básicos (laboratório, farmácia e radiologia/cardiologia); imagens DICOM e Não-DICOM
0	Sistemas básicos não implementados

Fonte: Folks⁶

A *HIMSS Analytics* divulga apenas os hospitais que estão certificados no *EMRAM* estágios 6 e 7, atualmente no Brasil, há apenas 9 hospitais certificados no estágio 7 e 19 no estágio 6, dos 9 hospitais certificados com o o maior estágio da *HIMSS Analytics – EMRAM*, 3 são hospitais Unimed, enquanto os famosos hospitais Sírio Libnês e Israelita Albert Einstein ainda estão no estágio 6 (Folks - HIMSS Analytics, 2020).

⁶ Disponível em: <https://www.himss.folks.la/emr-adoption-mode-emram>. Acesso em: 24 ago. 2020.



2.3 Benefícios do Hospital Digital e da Tecnologia da Informação em Saúde

A tecnologia da informação em saúde apresenta inúmeras oportunidades para transformar a saúde, reduzindo erros humanos, melhorando os resultados clínicos, facilitando à coordenação de cuidados, aumentando à eficiência e possibilitando a rastreabilidade de dados ao longo do tempo e influenciando diretamente a evolução da segurança do paciente.

Dentre os benefícios da adoção de processos para tornar um hospital 100% digital, destacam-se a redução de até 10% da taxa de mortalidade, aumento de 4% na rapidez da identificação da sepse além de um aumento de cerca de 9% no desempenho financeiro da instituição, também é importante ressaltar a diminuição de erros nos ciclos de medicação, 39% em prescrições, 38% na administração de medicamentos e 12% nas transcrições (Pixon - Folks TIC - HIMSS Analytics (2015), 2020).

2.4 Prescrição e Pedidos Médicos Eletrônicos

Os sistemas de pedidos médicos foram desenvolvidos originalmente para melhorar a segurança dos pedidos de medicamentos, mas os sistemas mais modernos também permitem a solicitação eletrônica de exames, procedimentos e consultas. Os sistemas pedidos médicos geralmente são integrados a um sistema de apoio à decisão clínica, que atua como uma ferramenta de prevenção de erros, orientando o médico sobre as doses, vias e frequência de administração preferidas do medicamento. Além disso, alguns sistemas de pedidos podem ter o recurso de alertar o médico sobre quaisquer alergias do paciente, além de possibilitar que se estabeleça diretrizes clínicas para orientar o médico em suas prescrições.

Segundo estudo realizado por Thomas et al. (1999, apud Paulo Souza, 2019) eventos adversos relacionados com medicamentos são o segundo tipo mais dispendioso representando cerca de 32,29% dos custos com eventos adversos. A implementação de um sistema de pedidos médicos com apoio à decisão clínica resultou pode resultar em redução significativa de erros de medicação e reações adversas a medicamentos.

Segundo um estudo realizado o uso de um sistema de pedido médico básico, sem um sistema de apoio à decisão clínica, não melhorou a segurança geral do paciente nem reduziu os erros de medicação (Katie N Dainty, 2012). Os sistemas de pedidos médicos são uma das tecnologias de informação em saúde mais rigorosamente avaliadas, com alto nível de evidência científica quanto à redução de erros de medicação, mas esse benefício só é consistente quando utilizado em combinação com um sistema de apoio à decisão clínica.



2.5 Apoio à Decisão Clínica

O sistema de apoio à decisão clínica fornece ao profissional de saúde informações específicas do paciente que têm como objetivo dar suporte ao profissional através da entrega da informação precisa e no momento apropriado. O apoio à decisão clínica inclui uma variedade de ferramentas para aprimorar a tomada de decisão e o fluxo de trabalho clínico. Essas ferramentas incluem notificações, alertas e lembretes para profissionais de saúde e pacientes, diretrizes clínicas, conjuntos de pedidos específicos para doenças, resumos clínicos específicos para pacientes, modelos de documentação, investigação e suporte diagnóstico, entre outras ferramentas.

2.6 Sistemas de Transferência de Cuidados

O Sistema de transferência de cuidado tem o objetivo de otimizar o processo de passar informações específicas do paciente de um cuidador para outro, de uma equipe de cuidadores para o próximo ou dos cuidadores para o paciente e sua família com a finalidade de garantir o atendimento ao paciente continuidade e segurança. Os Sistemas de transferência de cuidado são ferramentas usadas de forma autônoma ou integradas ao prontuário eletrônico para garantir uma transferência estruturada de informações do paciente a fim de evitar omissão de informações críticas e reduzindo o tempo necessário para realizar a transferência de cuidado, como em uma troca de plantão, por exemplo.

2.7 Sistemas de Administração de Medicamentos

Os sistemas de administração de medicamentos são ferramentas que integram os registros eletrônicos de administração de medicamentos com a tecnologia de código de barras. Esses sistemas têm como objetivo evitar erros de medicação, garantindo que o paciente certo receba a medicação certa no momento certo. Além disso, existem vários níveis de sofisticação entre os sistemas existentes. Por exemplo, alguns softwares produzem alertas quando medicamentos podem ser confundidos. Outros fornecem orientações clínicas para medicamentos específicos quando escaneados, além de registrar a administração do medicamento e outros detalhes clínicos no sistema. Soluções desta natureza tem grande potencial para evitar eventos adversos pois, como visto nos parágrafos acima, problemas relacionados com medicamentos são um dos maiores causadores destes transtornos.



2.8 Prontuário Eletrônico do Paciente

É inegável que os resultados da implementação de um prontuário eletrônico, no que se refere a qualidade em saúde e segurança do paciente, são positivos, destacam-se como efeitos desta implantação o aumento de adesão às diretrizes clínicas, a redução nos erros de medicação, a redução nas reações adversas a medicamentos, acesso às informações médicas do paciente de qualquer lugar da instituição, entre outros.

2.9 Robô Laura

Laura é uma plataforma baseada em inteligência artificial, que acumula diversas premiações nacionais e internacionais, desenvolvida por Jacson Fressato, que tem por objetivo diminuir o número de mortes causadas por sepse, a solução monitora sinais vitais e através de análises preditivas identifica pacientes em risco e emite alertas para a equipe assistencial, segundo a empresa a Laura antecipa em até 12 horas o alerta de deterioração clínica do paciente, possibilitando que as equipes possam antecipar intervenções otimizando resultados.

Segundo informações da Laura Networks, empresa proprietária da tecnologia a Laura já já analisou mais de 8.623.492 atendimentos e ajudou a salvar mais de 24.258 vidas, ainda segundo o site da empresa a solução proporcionou uma redução de 25% da mortalidade geral dos hospitais parceiros e diminuiu em média 7 horas do tempo de internação (Laura, 2020).

Ainda sobre a Laura, o Hospital Márcio Cunha / Fundação São Francisco Xavier, case apresentado pela empresa com redução despesa na ordem de 5,5 Milhões de Reais, ganharam o prêmio *Outstanding ICT Achievement Award*, oferecido pela Elsevier e HIMSS, que premia instituições por usar soluções de tecnologia da informação para oferecer melhorias significativas no atendimento e segurança do paciente o projeto premiado foi “Detecção preditiva de sepse - Integração entre Hospital Márcio Cunha e Robô Laura”. O Robô cognitivo criado pela Laura Networks foi integrado ao sistema do hospital com o objetivo de reduzir a mortalidade por sepse em pacientes hospitalizados por meio da emissão de alertas para antecipar condutas clínicas em pacientes com quadro clínico sugestivo de sepse de acordo com o protocolo ILAS. (Elsevier, 2020)

2.10 Impacto geral do prontuário eletrônico na segurança do paciente



Numerosos estudos consideraram os resultados da implementação de um prontuário eletrônico sobre qualidade em saúde e segurança do paciente, com a maioria dos estudos mostrando resultados favoráveis. Campanella et al. (Paolo Campanella, 2016) publicaram uma análise sobre o impacto dos registros eletrônicos de saúde na qualidade da saúde e na segurança do paciente, que incluiu 47 estudos. Os resultados favoreceram a utilização de prontuários eletrônicos. A análise mostrou que as organizações que implementaram registros eletrônicos de saúde tiveram uma adesão às diretrizes 30% maior, uma redução nos erros de medicação em 54% e uma redução nas reações adversas a medicamentos em 36%. Concluindo que o sistema de prontuário eletrônico, quando devidamente implementado, pode melhorar a qualidade da assistência à saúde, aumentando a eficiência do tempo e a adesão às diretrizes e reduzindo erros de medicação e efeitos adversos. Estratégias para implementação de registros eletrônicos de saúde devem ser, portanto, recomendadas e promovidas.

2.11 O Paradigma da transformação

Como em qualquer mudança, transformar um hospital analógico em um hospital digital não é das tarefas mais fáceis, demanda muito tempo, grandes mudanças, grande comprometimento e grandes investimentos. As transformações mais radicais estão na cultura, nos processos e nem tanto na tecnologia em si. Se a alta direção, os médicos, enfermeiros, colaboradores, etc., não estiverem dispostos a saírem da sua zona de conforto e incorporarem essa filosofia de modernidade e cuidado, este pode ser um projeto fadado ao fracasso.

Conforme descrito anteriormente, poucas instituições no Brasil ostentam o título de hospital digital, isto ocorre essencialmente pelo fato de ser muito caro, tanto conceber um hospital preparado para ser digital e ainda mais adaptar um hospital existente para atender aos requisitos da organização certificadora. Segundo (Clayton M. Christensen, 2009), estes problemas não são exclusividade do mercado da saúde, mas do mercado como um todo, como neste caso, geralmente os produtos e serviços quando não são amplamente comercializados, se tornam muito caros e complicados sendo oferecidos apenas por instituições com muita expertise e sendo adquiridos por instituições muito ricas.

E como transformar este paradigma? A resposta é simples, tecnologia, inovação e disrupção. Atualmente, quando se ouve o termo disrupção, automaticamente se associa a algo revolucionário e radicalmente diferente, e tecnologia geralmente está relacionada ao estado da arte, e coisas compreensíveis apenas por cientistas e nerds, e quando se fala em inovação, logo se pensa em algo novo e pouco experimentado, estes três termos juntos então, só podem ser



traduzidos em algo de outro planeta ou que veio do futuro, que possivelmente vai virar a instituição de cabeça para baixo, certo?

Errado, conforme Christensen, estes vocábulos possuem uma conotação bem mais amigável e que vão de encontro ao problema:

Disrupção é uma inovação que torna as coisas mais simples e alcançáveis e tecnologia é uma forma de combinar insumos de materiais, componentes, informação, mão de obra e energia em produtos de maior valor (Clayton M. Christensen, 2009).

Ainda segundo o autor, há três elementos que são fundamentais para viabilizar esta transformação: um facilitador tecnológico, inovação no modelo de negócios e uma rede de valor.

2.12 Fatores de Sucesso

A tecnologia da informação isoladamente pode até ajudar em alguns aspectos mas não pode ser considerada a solução de todos os problemas, se fosse simples assim bastaria todas as organizações de saúde adotar a mesma tecnologia e tudo estaria resolvido. Existem alguns fatores fundamentais que influenciam diretamente no sucesso das operações de tecnologia da informação em saúde, dentre os quais destacam-se os seguintes:

1. Governança da Informação em Saúde. As organizações devem estabelecer um mecanismo de supervisão de informações de saúde que inclua liderança e partes interessadas relevantes. Além disso, as organizações precisam garantir que seu plano de informações de saúde seja coordenado com a segurança do paciente e o plano de gerenciamento de risco da instituição.

2. Identificação de riscos de segurança. As organizações precisam identificar as áreas em que a tecnologia da informação em saúde pode ajudar a melhorar a segurança do paciente, a saber, segurança de medicamentos, adesão às diretrizes e assim por diante.

3. Envolvimento das partes interessadas: as partes interessadas precisam estar envolvidas em todas as fases dos projetos de informação em saúde, desde o planejamento e implementação até a melhoria contínua. A parte interessada mais importante deve ser o usuário final do sistema e o proprietário do processo.

4. Custo: as organizações precisam revisar a eficácia de custo das tecnologias sugeridas, o que inclui a realização de uma decisão baseada em evidências e uma avaliação da infraestrutura de tecnologia da informação atual, incluindo software e hardware.



5. Treinamento Suficiente: As organizações precisam garantir que todo o pessoal envolvido receba treinamento suficiente sobre o uso da tecnologia de informação em saúde proposta.

6. Implementação: Implementar a tecnologia em uma abordagem gradual é crucial para garantir um efetivo aproveitamento e evitar a interrupção dos processos e sistemas atuais.

7. Avaliação e monitoramento contínuos dos resultados de segurança do paciente: As organizações precisam medir os resultados de segurança do paciente de maneira contínua, especialmente durante a implementação inicial para garantir que a nova tecnologia alcance o resultado pretendido.

8. Otimização da tecnologia: as organizações precisam modificar e ajustar a tecnologia implementada com base no feedback do usuário e nos resultados de segurança do paciente.

9. Atualizações regulares de tecnologia: As organizações devem garantir que as tecnologias de informação em saúde sejam continuamente atualizadas para cumprir as melhores práticas clínicas, padrões regulatórios e estabilidade técnica recentes.

10. Melhoria contínua: a implementação de práticas de avaliação periódica dos processos e tecnologias adotadas é fundamental para a obtenção de resultados cada vez melhores.

3 CONCLUSÃO

Desde a publicação dos relatórios *To Err is Human* (Kohn LT, 2000) e *Crossing the Quality Chasm* (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001), muita coisa vem sendo feita com o objetivo de reduzir a incidência de eventos adversos e aprimorar cada vez mais a segurança do paciente. Com base nos estudos apresentados é possível concluir que há evidências substanciais de que a implementação de soluções de tecnologia da informação e processos hospitalares digitais melhoram substancialmente a segurança do paciente reduzindo erros médicos, reduzindo erros de medicação, reduzindo reações adversas a medicamentos e aumentando a conformidade com as diretrizes clínicas estabelecidas. Não deve haver dúvidas de que a tecnologia da informação em saúde é uma ferramenta importante para melhorar a qualidade em saúde e a segurança do paciente, mas as organizações precisam ser seletivas em qual tecnologia investir. O prontuário eletrônico, a prescrição médica eletrônica e o sistema de administração de medicamentos são provavelmente as tecnologias de informação em saúde mais benéficas para melhorar a segurança do paciente porém não é possível atribuir o sucesso dos trabalhos apresentados exclusivamente à tecnologia



da informação há um conjunto de fatores que influenciam diretamente neste sucesso, como processos e protocolos bem definidos, facilidade de uso das soluções, fluxos de trabalho e comunicação bem estabelecidos, políticas organizacionais e o mais importante de todos pessoas bem treinadas.

REFERÊNCIAS

Clayton M. Christensen, J. H. (2009). *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. Mc Graw Hill.

David J. Brailer, M. P. (21 de 07 de 2004). *The Provider's Edge*. Fonte: erhCentral: http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/the_decade_of_hit-delivering_customer-centric_and_info-rich_hc.pdf

Folks - HIMSS Analytics. (02 de 09 de 2020). *LISTA DE HOSPITAIS VALIDADOS NO MODELO DE MATURIDADE EMRAM ESTÁGIO 6 & 7 NA AMÉRICA LATINA*. Fonte: HIMSS Analytics: <https://www.himss.folks.la/lista-de-hospitais-nivel-6-e-7-emra>

Folks. (09 de 09 de 2020). *Modelo de Adoção de Prontuário Eletrônico*. Fonte: HIMSS Analytics EMRAM: <https://www.himss.folks.la/emr-adoption-mode-emram>

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).

Katie N Dainty, N. K. (2012). Electronic prescribing in an ambulatory care setting: a cluster randomized trial. *Pubmed*.

Kohn LT, C. J. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US).

Laura. (30 de 10 de 2020). *Demonstração*. Fonte: Laura: <https://www.laura-br.com/#demo>

OMS. (16 de 08 de 2020). *Patient Safety*. Fonte: who.int: https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1

Paolo Campanella, E. L. (2016). The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*.

Paulo Souza, W. M. (2019). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz.

Pixeon - Folks TIC - HIMSS Analytics (2015). (09 de 09 de 2020). *Hospital Digital*. Fonte: Pixeon: <https://www.pixeon.com/blog/hospital-digital/>



**PERCENTUAL DE READMISSÃO DE PACIENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR
COMO PARÂMETRO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

**PATIENT READMISSION PERCENTAGE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT AS
A PARAMETER OF THE QUALITY OF CARE**

📍 **Luiz Cláudio Mota**

Médico, Especialista em Medicina do Trabalho Unimed Nova Iguaçu. Trabalho de conclusão de curso elaborado como pré-requisito para conclusão do MBA em Administração Hospitalar da Faculdade Unimed.

📍 **Professor Orientador: Prof. Marcelo Augusto Nascimento**

Administrador hospitalar



RESUMO

Indicadores são usados para melhorar a gestão dos serviços de saúde fornecendo informações visando tomadas de decisão. O objetivo desse trabalho é reconhecer, através de revisão bibliográfica e análise de dissertações e teses, como o percentual de readmissão hospitalar pode impactar na gestão de leitos hospitalares, conhecer as causas de maior prevalência para a (re) internação hospitalar e destacar a importância da transição do cuidado e do planejamento de ações para eliminar/minimizar as causas da reinternação, evidenciando a importância dos prejuízos gerados pelas mesmas, além do seu impacto sobre os sistemas de saúde considerando aspectos organizacionais, econômicos e sociais. Conclui-se que, apesar de diferenças metodológicas que podem causar dificuldade em sua implantação, o percentual da readmissão hospitalar serve como base para o estudo de diversas ações visando à melhoria da qualidade assistencial.

Palavras-chave: Indicadores de Saúde. Transição do cuidado; Atenção primária

ABSTRACT

Indicators are used to improve the management of health services by providing information for decision making. The objective of this work is to recognize, through bibliographic review and analysis of dissertations and theses, how the percentage of hospital readmission can impact the management of hospital beds, to know the most prevalent causes for hospital (re) hospitalization and to highlight the importance of transition of care and action planning to eliminate / minimize the causes of rehospitalization, highlighting the importance of the losses generated by them, in addition to their impact on health systems considering organizational, economic and social aspects. It is concluded that, in spite of methodological differences that can cause difficulty in its implementation, the percentage of hospital readmission serves as a basis for the study of several actions aimed at improving the quality of care.

Keywords: Health Indicators. Care transition; Primary attention



1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas vêm apresentando uma profunda mudança na sociedade em fatores que impactam a saúde da população. O aumento da expectativa de vida, com percentual cada vez mais elevado de pessoas acima de 60 anos (transição demográfica), associado à mudança do perfil de doenças que acometem a população, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis (transição epidemiológica), associado ao ressurgimento de doenças infecto contagiosas, consideradas erradicadas, e o surgimento de novas patologias infecciosas, nos remetem a uma reflexão do impacto dessas transformações sobre os sistema de saúde, não só no Brasil mas em todo mundo.

Em nosso país, onde a transição demográfica se faz de maneira mais acelerada que em outras nações, o percentual de pessoas acima de 60 anos caminha rapidamente para se tornar o grupo etário majoritário de nossa população trazendo, este rápido aumento impacta não só na saúde como também na assistência social. Tais condições obrigam que os dispêndios financeiros destinados à manutenção e ampliação dos atendimentos nessas duas áreas se tornem cada vez maiores. Ou, no mínimo, melhor geridos.

Em diversos sistemas de saúde públicos, privados ou mistos, as necessidades financeiras destinadas às demandas de atendimento crescem, muitas vezes sem a contrapartida de uma prestação de serviços de qualidade em saúde, gerando aumento da necessidade de financiamento, que agora tem que ser aplicado para a população que se torna mais idosa, portadora de patologias cada vez mais complexas, necessitando de tratamentos mais prolongados e dispendiosos.

Desse modo, a qualidade e a gestão adequadas dos serviços de saúde, em seus diversos níveis de atenção, se tornam um desafio constante, necessitando por parte dos responsáveis por seu manejo um aprimoramento permanente.

Para discussão da qualidade em instituições em Saúde, uma das referências é Avedis Donabedian que, na década de 60 do século passado, estabeleceu um novo patamar sobre os conhecimentos da avaliação da qualidade afirmando que “as áreas que merecem exame de quem analisa e gerencia uma instituição de saúde são a estrutura, processo e os resultados”. (DONABEDIAN,1986,1988 apud ROTTA,2004, p.17)

A partir de então o crescimento de trabalhos sobre gestão e administração de serviços de saúde aumenta exponencialmente. Já não bastava ter conhecimento técnico, mas torna-se também condição fundamental o conhecimento de administração em saúde.



Assim, verifica-se um aumento permanente da busca de profissionais de saúde por qualificação em gestão e administração de serviços de saúde em geral. Seja para a instituição mais simples quanto para o hospital mais qualificado, gestão e planejamento são prioridades.

Para superação desses desafios, esses gestores devem ser municiados por informações estratégicas que proporcionem a tomada de decisões baseada em critérios bem determinados, cujos referenciais teóricos foram definidos por Donabedian. Com essa finalidade são usados há várias décadas os denominados *indicadores de saúde*.

A partir de tais informações, dada pelos indicadores, se pode observar um contínuo aperfeiçoamento dos processos de gestão hospitalar. Em número cada vez maior, instituições lançam mão delas para melhoria do seu desempenho, através de suas estruturas físicas, incorporação de tecnologia, treinamento e capacitação de pessoal, visando incrementar sua qualidade assistencial e satisfação de seus usuários. Os programas de acreditação hospitalar são um reflexo desses avanços.

No presente estudo, destacamos o indicador percentual de pacientes readmitidos pós alta hospitalar, tendo como objetivo principal avaliar o impacto dessas readmissões sobre aspectos organizacionais e financeiros causados por problemas na gestão dos leitos hospitalares, além de conhecer os fatores de maior prevalência para a reinternação hospitalar e destacar a importância do planejamento de ações para eliminar/minimizar suas causas.

Desse modo, é importante entender o processo de readmissão hospitalar como indicador do desempenho hospitalar, para identificação de problemas nos processos de gestão ou a presença de fatores fora do hospital como alimentadores dessas readmissões, promovendo uma reflexão sobre a necessidade de melhora permanente da avaliação dos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

Revisão bibliográfica com pesquisa nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE (interface Pubem e BVS, Cochrane Library Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline). SciELO (Scientific Electronic Library Online) além do banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Portal da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, além do Google Scholar.

Foi efetuada uma busca de trabalhos a partir de palavras chaves e expressões em língua portuguesa e inglesa tais como: administração e/ou gestão hospitalar; gestão de custos hospitalares; indicadores hospitalares; alta hospitalar e readmissão hospitalar, readmissão



hospitalar; preditores de readmissão hospitalar; transição hospital casa; prevenção de readmissão hospitalar; atenção primária

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: leitura dos títulos e do sumário, com exclusão de trabalhos que se repetiam em várias bases de dados; artigos que retratassem estritamente a temática e exclusão de trabalhos referentes a grupos específicos de pacientes. A coleta de artigos e sua seleção foram realizadas entre os meses de março e dezembro de 2020.

3 DESENVOLVIMENTO

Antes de abordar os temas gestão e indicadores em saúde, incluindo nessa avaliação os chamados indicadores hospitalares, é importante citar que, há cerca de um século, quando os hospitais não tinham a complexidade atual, um estudo, voltado para a avaliação do ensino médico praticado em diversas instituições existentes nos Estados Unidos e do Canadá, se tornou referência no tema.

No início do século XX Abraham Flexner, educador americano, vindo de um período de estudos na Europa, recebe convite para realizar estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá visitando as 155 escolas de Medicina de ambos os países, durante seis meses. Com base nas avaliações que fez, publica seu trabalho *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, (1910 apud REIS et al., 1990a, p.51) que ficou conhecido como Relatório Flexner (Flexner Report).

Elaborado em 1910, o relatório Flexner foi responsável pela avaliação de diversos estabelecimentos de ensino médico nos EUA e no Canadá levando ao fechamento, ao longo do tempo, de diversos deles.

De acordo com as palavras de Flexner (1910 apud PAGLIOSA, DA ROS, 2008a, p.496) “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença”.

Entretanto esse relatório, comemorado seu centenário recentemente, ainda suscita muitas discussões.

Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico;



formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. (FILHO, 2010a, p.2235)

Para Pagliosa & Da Ros (2008b, p.496)

ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos.

Apesar das controvérsias “a verdade é que, para o bem e para o mal, é impossível discutir a educação médica, em qualquer parte do planeta, sem referir Flexner e seu relatório” (PAGLIOSA & DA ROS 2008c, p.493). Ou seja, a implantação de um novo modelo de ensino nas escolas médicas, a partir do Relatório Flexner, orienta quanto à necessidade de grande parte do aprendizado ser efetuado nos hospitais.

Para Filho (2010b, p.2235)

do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde.

Na mesma época, outro importante trabalho, voltado para a avaliação na área hospitalar é de Ernest Amory Codman (1918, *apud* REIS *et al*, 1990b, p.51). A publicação “A Study in Hospital Efficiency: the first five years” detalha uma proposta de trabalho baseado na observação rotineira e criteriosa do estado de saúde dos pacientes com a finalidade de avaliar os resultados finais das intervenções.

Sob a influência do trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais. Realizou, então, um famoso estudo, no qual registra que, entre os aproximadamente 800 hospitais examinados com mais de 100 leitos, menos de 135 tinham algum grau razoável de qualidade. Como consequência deste trabalho e dos estudos desenvolvidos por Codman, cria-se, em 1928, o Hospital Standardization Program, que é o embrião da Joint Commission of Accreditation of Hospitals.

Ao avaliarmos os trabalhos acima identificamos a implantação de uma mudança do modelo de formação dos médicos realizada a partir do Relatório Flexner, com a necessidade de formação em ambiente hospitalar e, posteriormente, o trabalho de Codman voltado para a questão da qualidade hospitalar, que se torna base conceitual para, décadas após, implantação dos programas de acreditação hospitalar.

Apesar de não ser objeto de nossa discussão, esses trabalhos, publicados em períodos próximos, parecem proporcionar um ambiente de retroalimentação para o debate da interface entre ensino/hospital e hospital/ensino, onde a melhoria da qualidade hospitalar reforçaria o



modelo de Flexner para o ensino, ao mesmo tempo que o modelo flexneriano estimularia a melhora da qualificação hospitalar.

Desse modo, verificamos que desde o início do século XX já existia a preocupação nos Estados Unidos da América de identificar as instituições que não oferecessem condições mínimas para funcionamento. Tanto do ponto de vista de ensino médico, onde o Relatório Flexner se tornou paradigma, com discussões que se prolongam até hoje, quanto da avaliação da qualidade das atividades hospitalares, ambos os trabalhos se tornaram referências.

Para Machado, Martins & Martins (2013, p.1064):

enquanto o debate sobre a qualidade dos serviços hospitalares estende-se desde o início do século XX em países como os Estados Unidos e a Inglaterra, no Brasil, datam dos anos 1990 as primeiras iniciativas voltadas para a qualidade do cuidado

Entretanto, já na década de 1940 foram publicados, no Brasil, os primeiros trabalhos de administração hospitalar e também se implantou, em 1951, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo o primeiro curso de administração hospitalar no país, quando se passou a dar maior enfoque às questões administrativas nos hospitais brasileiros (BITTAR, 1997, *apud* ROTTA, 2004a, p.15).

A confirmar a importância da qualidade nos serviços de saúde, mesmo autores não diretamente ligados ao tema reconhecem a complexidade da gestão nessa área. Considerado o pai da Administração e Gestão moderna, Peter Drucker (2002, *apud* VIANA *et al.* 2011, p.36) afirma que “as organizações de saúde estão entre as organizações mais complexas, congregando médicos, equipe de enfermagem e pessoal técnico cada vez mais especializado, com favorecimento de ocorrência de situações de conflito”.

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, com regiões mais desenvolvidas em relação a outras, alguns problemas relacionados ao sistema de saúde são perenes: dificuldade de implantação de um sistema de atenção básica capaz de atender a maioria das demandas de saúde da população; fontes de financiamento incapazes de atender às gigantescas necessidades decorrentes dos processos de transição epidemiológica e demográfica e incapacidade gerencial para administrar os diversos entes do sistema.

Para Vignochi, Gonçalo & Lezana (2014a, p.497) “esse quadro impõe desafios aos gestores na busca de eficiência e eficácia na disponibilização e tratamento de informações para a melhoria da gestão hospitalar, seja no setor público ou privado”.

E quando a questão central a ser abordada é a qualidade em instituições de saúde, o autor mais importante é Avedis Donabedian. Nos seus estudos na década de 60, sobre qualidade no atendimento hospitalar, o autor estabeleceu um delineamento que permite avaliar, de forma



ampla os serviços de saúde, possibilitando visão sistêmica dos componentes envolvidos na produção hospitalar e o entendimento contínuo dessas instituições (DONABEDIAN,1966 *apud* ROTTA,2004b, p.17). Ainda de acordo com estes autores, “as áreas que merecem exame de quem analisam e gerenciam uma instituição de saúde são a estrutura, processo e os resultados” (DONABEDIAN,1986,1988 *apud* ROTTA,2004c, p.17).

O componente "estrutura" abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (DONABEDIAN,1980; VUORI, 1991 *apud* PORTELA ,2000a, p.262)

De acordo com Bittar (2011a, p.22)

medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente

Para Donabedian

avaliação em saúde envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos das tecnologias, serviços ou programas de saúde; esses critérios se constituem em indicadores de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1980b; REIS, 1995 *apud* PORTELLAb, 2000, p.259)

Para Rotta (2004d, p.22)

uma maneira efetiva de avaliação da gestão é através da utilização de indicadores que mostram a situação em que se encontra essa gestão e sua evolução ao longo do tempo, permitindo a comparação com referências externas de excelência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (WHO,2007 *apud* Lima,2015, p.62), coloca os sistemas de informações em saúde (SIS) como um dos seis blocos essenciais na construção de um sistema de saúde (prestação de serviços, profissionais de saúde, informação, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento, e liderança e governança).

Para Branco (2001, *apud* LIMA, 2015, p.63)

as informações em saúde procuram refletir o processo saúde/doença, as condições de vida da população e as informações administrativas de interesse para os serviços de saúde, possibilitando um conhecimento ampliado da realidade sanitária da população.



Assim, a análise dos textos acima demonstra a necessidade dos gestores de instituições de saúde, independente do seu porte, terem conhecimento não só das questões ligadas à preservação e cuidados da saúde para seus usuários, mas também compreenderem a importância de terem uma visão abrangente do sistema de saúde onde estão inseridos.

A máxima popular que afirma que “não há almoço grátis”, significando que alguém estará pagando a conta, continua presente. Em tempos de recursos financeiros finitos, há que se procurar o melhor resultado com o mínimo de recursos. Essa visão deve não só vigorar nas instituições públicas quanto nas instituições privadas.

Para isso é necessário que os gestores se utilizem de ferramentas capazes de avaliar todos os diversos aspectos de sua administração. Denominadas de indicadores de saúde, devem proporcionar um conjunto de informações necessárias para o bom desempenho operacional.

Para Vignochi, Gonçalo & Lezana (2014b p.498) “indicadores podem variar conforme as necessidades da organização, estando em consonância com as características e demandas de saúde da população”.

A finalidade de um indicador é otimizar tomadas de decisão em relação à definição do objeto (o que fazer); ao estabelecimento de objetivos (para que fazer); às opções metodológicas (como fazer); à previsão de meios e recursos (com quem e com o que fazer) e à organização da sistemática de avaliação (taxação de valor); cujo valor é a transformação desejada daquela realidade no tempo (HINRICHSEN *et al.*, 2011a, p.200).

Mas para Schout e Novaes (2007, p. 936)

é nas unidades hospitalares que se faz inicialmente presente a preocupação com o seu desempenho e utilização adequada. Além disso, a avaliação e o monitoramento da qualidade da atenção dispensada nos hospitais, seja isoladamente em cada unidade, ou enquanto parte da rede assistencial, tem sido alvo de muitas propostas e extenso debate.

Bittar (1997 *apud* ROTTA,2004e, p.11) “define o hospital como instituição altamente complexa onde são mescladas atividades do tipo processo industrial, ciência e tecnologia, procedimentos diretos com seres humanos, com componentes sociais, culturais e educacionais”.

Porém, cada instituição pode implantar indicadores a partir do conhecimento de toda sua estrutura, os processos existentes e a avaliação dos resultados. Quando falamos em indicadores podemos citar aqueles ligados a aspectos financeiros, administrativos e outros mais ligados a áreas assistenciais como indicadores de mortalidade, altas e de readmissões.

Ou seja, quem determina o que pode ou deve ser mensurado é a instituição de saúde, a partir de sua estrutura, de seus processos e de seus resultados. Como exemplo, não faria sentido



implantar, “a priori”, um indicador de mortalidade hospitalar em serviços onde é feita atenção primária, ao passo que o percentual de pessoas vacinadas pode não ter relevância para um hospital de alta complexidade.

Para Hinrichsen *et al.* (2011b p.200) “são vários os indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência hospitalar e, entre eles, os mais referidos são: taxa de mortalidade; tempo de permanência; taxa de readmissão imediata; taxa de infecção hospitalar; complicações cirúrgicas e percentual de cesárias”.

Para Moreira (2010a, p.17)

os indicadores de resultado por vezes são utilizados em especial quando o foco da análise é a assistência hospitalar. Entre esses indicadores encontra-se a taxa de readmissão hospitalar, possibilitando identificar deficiências no atendimento, uma vez que permite o acompanhamento ao longo do tempo num mesmo hospital e comparações entre diversos prestadores

4 READMISSÃO HOSPITALAR

Embora em uma análise superficial a expressão readmissão hospitalar seja de conceituação simples, qual seja o ato de readmitir um paciente após alta hospitalar, na prática esse conceito pode variar de acordo com pesquisadores do tema:

De acordo MOREIRA (2010b, p.17):

a Taxa de Readmissão (RA) é resultante da razão entre o número de re.admissões ocorridas em determinado período após a saída hospitalar e o número total de pessoas admitidas no hospital e potencialmente incluídas no numerador, ambos criteriosamente selecionados

Dias (2015, p.20) define "readmissão hospitalar como a admissão hospitalar de um paciente em um mesmo hospital, após certo período de tempo.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, que utiliza a Readmissão Hospitalar como critério de qualidade hospitalar, utiliza a Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar, como critério de excelência:

Número total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar, dividido pelo número total de internações, multiplicado por 100. (Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar. Indicadores do Fator de Qualidade).

Desse modo, temos 03 definições sobre a mesma questão. Essa miríade de conceitos é causada por definir internações em um mesmo hospital ou em hospitais diferentes; a inclusão (ou não) de determinadas patologias como patologias psiquiátricas, neoplasias ou questões obstétricas dentro dos critérios de readmissão, além da definição de períodos variáveis de



prazos de reinternação, todos sendo capazes de causar grande dificuldade de interpretação desse indicador.

De acordo com Borges e Turrini (2011a, p.454) “estudos têm utilizado diferentes intervalos de tempo decorridos da alta para definir a readmissão, havendo referências de períodos curtos como uma semana até um ano pós-alta”.

Para Freitas (2017a, p.21) “o intervalo de 30 dias foi considerado bastante sensível para captar readmissões que estivessem relacionadas a internação inicial como alta hospitalar precoce e outros problemas relacionados à qualidade do cuidado hospitalar”

Assim, a grande quantidade de variáveis envolvidas na definição dos processos de readmissão hospitalar pode causar dificuldade de utilização desse indicador. Entretanto, nos casos de readmissão, a primeira pergunta a ser respondida é sobre o motivo da reinternação, pois “as readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas, enquanto as eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis” (BORGES E TURRINI, 2011b, p.454).

Para Fischer *et al.* (2014 *apud* FREITAS, 2017b p.21) “nos estudos sobre readmissão hospitalar deve haver uma clara distinção entre readmissão planejada e não planejada para que as readmissões hospitalares tenham valia como indicador de qualidade. O que é preconizado em estudos sobre readmissões é que elas não sejam planejadas”

Assim, o estudo detalhado das readmissões hospitalares é fundamental para se identificar suas motivações. A análise desses casos pode fornecer um conjunto de informações que nos permitam mensurar a qualidade do atendimento prestado, servindo com indicador da qualidade dos hospitais, mas também dos serviços de saúde em geral.

Mas para Borges e Turrini (2011c, p.454) “existe uma dificuldade em utilizar este indicador pelas diferentes definições com relação ao tempo decorrido para a nova internação, à inclusão de readmissões urgentes ou planejadas, ou quanto à necessidade de estabelecer uma relação entre o diagnóstico inicial”.

Além disso, as taxas de readmissão hospitalar podem variar de acordo com o porte do estabelecimento hospitalar, de sua localização e do tipo de atendimento prestado. Desse modo, hospitais pediátricos devem ter taxas de readmissão diversas de hospitais oncológicos, cardiológicos, ortopédicos etc., e que, para fim de análise de indicadores de qualidade, devem ser comparados hospitais com o mesmo perfil de atendimento.



Apesar das dificuldades conceituais e de metodologia, de acordo com Castro, Carvalho & Travassos (2005a, p.1189) “no Brasil quase um quinto (18,0%) de todas as admissões foram readmissões e 15,0% dos pacientes tiveram pelo menos uma readmissão”.

Para Moreira (2010 *apud* FREITAS 2017b, p 27) “14,9% das internações ocorridas no Brasil em 2006 foram de readmissões”. Ou seja, estamos avaliando algo que tem forte impacto social e financeiro devido ao sofrimento causado aos pacientes e seus familiares e sobre os custos financeiros decorrentes dessas reinternações.

Esses dados demonstram a magnitude do problema e reforçam a importância do estudo do tema pois, independentemente do tempo decorrido entre a alta hospitalar e uma reinternação não planejada dos pacientes, é necessário destacar os impactos dessa readmissão hospitalar sobre os sistemas de saúde em geral e, em particular, a nível hospitalar.

5 IMPACTOS SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE

De acordo com Borges *et al* (2008, p.147) “as reinternações hospitalares são um problema frequente nas instituições de saúde. Estudos internacionais identificaram taxas de reinternação hospitalar que variam de 0,47% a 25,4%, dependendo das características demográficas e do tempo de análise entre a internação índice e a readmissão hospitalar”

Para Castro, Carvalho & Travassos, (2005b, p.1186) “nos Estados Unidos, uma minoria de usuários do Medicare (5,0%) é responsável pela maioria dos dias de internação (55,0%) e despesas hospitalares (62,0%). Entre 1974 e 1977, quase 22,0% das altas do Medicare foram seguidas de readmissão em 60 dias, situação também descrita no Canadá”.

Weber, Lima & Acosta (2019a, p.4) afirmam que pacientes com doenças crônicas são mais vulneráveis a uma readmissão hospitalar por apresentarem maiores dificuldades para gerenciar o cuidado no ambiente domiciliar e necessitar de continuidade de cuidados prolongados sendo que esses indivíduos representam 12,7% das reinternações nos Estados Unidos da América e 27,4% na Itália.

Esses trabalhos mostram que a questão das readmissões hospitalares tem abrangência mundial estando intimamente ligadas, em percentual variável, dependendo de características de cada região, às doenças crônicas não transmissíveis e reforçam a necessidade de compreender a readmissão hospitalar como um indicador que pode representar um retrato da qualidade da atenção dispensada pelos hospitais aos pacientes, mas também, como fator de avaliação da assistência à saúde em geral. Um impacto bastante evidente que o aumento do número de reinternações pode causar sobre os sistemas de saúde é sobre a gestão de leitos hospitalares.



De acordo com Wasgen, Terres & Machado (2019a, p.32), “no Brasil, segundo informações do Ministério da Saúde (2016), existem cerca de 2,3 leitos para cada mil habitantes, porém, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número adequado de leitos é três a cinco vezes maior que o disponível”.

Os indicadores de produtividade são importantes para a gestão de leitos, uma vez que a partir de uma gestão de leitos eficiente, cirurgias são canceladas com menos frequência, os leitos giram mais rápido, a média de permanência ficará em padrões aceitáveis, considerando cada diagnóstico e a taxa de ocupação dentro das metas estipuladas pela organização (RAFFA, MALIK, PINOCHET (2017a, p.130).

Para Wasgen, Terres & Machado (2019b, p.35) “a gestão de leitos deve realizar diariamente a distribuição e controle dos leitos aonde serão acomodados os pacientes oriundos da unidade de tratamento Intensivo (UTI), emergência, bloco cirúrgico, transferências internas e externas, e internação clínica”.

Para Raffa, Malik & Pinochet (2017b, p.131) gerenciar o fluxo de pacientes é um dos aspectos mais desafiadores de qualquer unidade de tratamento de saúde e que por se tratar do gerenciamento da capacidade instalada (gestão de leitos) trata-se normalmente de uma tarefa crítica”.

Para Oliveira, Abreu & Pedrosa (2020, p.22)

considerando como desperdício o total de diárias consumidas por pacientes que tiveram reinternações em 30 dias não planejadas, foi verificado que se as readmissões não planejadas fossem evitadas, haveria a prevenção de uso de um total de 83.097 diárias, sendo 6,7% do total de diárias consumidas no período.

Em um quadro de crescente necessidade de utilização de leitos hospitalares para o tratamento de uma população mais envelhecida e portadora de patologias mais severas, associado à deficiência crônica desses leitos, há necessidade de otimização desse recurso pois pacientes reinternados acabam ocupando leitos que poderiam ser usados por outros pacientes.

Entretanto, para além do impacto sobre a gestão dos leitos hospitalares, o aumento das despesas decorrentes de reinternações não planejadas levou à necessidade de estudos destinados a melhor compreender os motivos dessas reinternações, com a finalidade de implantação de medidas para evitá-las.

De acordo com Dias (2015, p.21) “mesmo reconhecido como indicador de qualidade a readmissão hospitalar tem sido usada junto a incentivos financeiros, almejando qualidade, acesso e redução de custos, onde hospitais com altas taxas de readmissão sofrem penalidades financeiras”.



Em uma estratégia para essa diminuição dos custos hospitalares decorrentes de reinternações hospitalares inicia-se uma reavaliação de políticas de pagamento hospitalar e o percentual de readmissão hospitalar começa a ser identificado como parâmetro para diminuição desses custos.

A questão dos custos crescentes na área da saúde, decorrentes de um contínuo processo de incorporação tecnológica com a permanência de pacientes por períodos cada vez mais prolongados em ambientes hospitalares levou ao surgimento de algumas alternativas relacionadas à redução das despesas hospitalares pela penalização de hospitais com altas taxas de readmissão.

Para Zuckerman *et al* (2016a, p.1544) “readmissões hospitalares dentro de 30 dias após a alta chamaram a atenção da política nacional porque são muito caras, sendo responsáveis por mais de \$ 17 bilhões em despesas evitáveis do Medicare”

Em resposta a essas preocupações, o Affordable Care Act (ACA), que foi aprovado em março de 2010, criou o Programa de Redução de Readmissões em Hospitais. Desde outubro de 2012, o início do ano fiscal (FY) de 2013, o programa penalizou hospitais com taxas de readmissão de 30 dias acima do esperado para condições clínicas selecionadas. No ano fiscal de 2013 e 2014, essas condições foram infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia. Substituição total de quadril ou joelho e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) foram adicionadas no ano fiscal de 2015 (ZUCKERMAN *et al.* 2016b, p.1544).

Para Abdul-Aziz *et al.* (2016, p.201) “o Programa de Redução de Readmissões em Hospitais, implementado em 2012 como parte da Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis, foi projetado para "melhorar a qualidade do atendimento incentivando a redução de readmissões hospitalares" e "recompensar hospitais por fornecer serviços de maior valor”

Nos Estados Unidos está sendo desenvolvido um trabalho de conscientização crescente sobre a alta tardia, uma vez que o *Medicare* não cobra mais a internação, é permitido dar alta para o paciente, mesmo que ele não esteja de acordo, visto que a recusa do programa de alta possibilita a responsabilização financeira e legal do paciente ou de um familiar, pela internação (RAFFA, MALIK, PINOCHET (2017c, p.130).

Para Zuckerman *et al.* (2016cb, p.1544) “os críticos do Programa de Redução de Readmissões em Hospitais temem que os hospitais possam estar conseguindo reduções nas reinternações mantendo os pacientes que retornam em unidades de observação, em vez de readmiti-los formalmente no hospital”

No Brasil, o modelo proposto na saúde suplementar para diminuição dos casos de reinternação hospitalar se baseia não na diminuição de aportes financeiros, mas na mudança do modelo de remuneração hospitalar que se encontra amparada na Nota Técnica 87/2017



Indicadores e Critérios do Fator de Qualidade (FQ) (ano-base 2017) da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O FQ é o percentual aplicado ao índice de reajuste anual dos prestadores de serviços de saúde, estabelecido pela ANS (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) nos casos previstos na RN n.º 364/2014, condicionado ao cumprimento de critérios de qualidade. O FQ deverá ser aplicado como modulador do IPCA, incidindo sobre o reajuste dos contratos firmados entre os prestadores de serviços de saúde e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, quando há previsão de livre negociação entre as partes, como única forma de reajuste, e não há acordo após a negociação, nos primeiros noventa dias do ano. O FQ poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA, a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade. De acordo com o perfil do hospital a “*Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar*” será usado como indicador. <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3167-fator-de-qualidade-dados-de-readmissao-hospitalar-devem-ser-informados-a-ans>

Desse modo, o gerenciamento adequado dos leitos hospitalares, associado à aplicação de penalidades ou incentivos para promover uma diminuição dos casos de readmissão são ações destinados à melhoria da gestão hospitalar e diminuição dos custos dos sistemas de saúde.

Além dos aspectos financeiros decorrentes de uma reinternação não planejada importante destacar os principais motivos de internação e eventual reinternação.

AFINAL, PORQUE (RE) INTERNAMOS EM UM HOSPITAL?

Para Olveira, Veras & Cordeiro (2018, p.3) “os sistemas de saúde funcionam com poucos pontos de atenção – os quais não funcionam de forma integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado. A porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital”.

No Brasil, parcela significativa da população ainda identifica os setores de emergência de um hospital geral como a primeira e única alternativa para garantir atendimento para seus problemas de saúde. Essa opção decorre da inexistência ou do funcionamento precário de outras estruturas capazes de fornecer assistência em saúde e pela capacidade, através do hospital, de resolução imediata de seus problemas.

Assim, a possibilidade de atendimento de suas demandas em um único local torna os hospitais a principal ou a única referência da área de saúde, independente da gravidade da situação, onde casos de pequena complexidade são atendidos junto a pacientes portadores de patologias agudas e complexas, muitas vezes decorrentes de complicações de doenças crônicas, não adequadamente acompanhadas, notadamente na população idosa, que acabam determinando necessidade de internação, sobrecarregando o sistema hospitalar.



De acordo com Rossini (2007, p.27)

é necessário um olhar para o quadro demográfico e epidemiológico das internações hospitalares e que tal perspectiva é importante para os gestores que devem buscar desenvolver uma visão que inclua em suas análises administrativas as características da clientela atendida uma vez que trazem implicações para a gestão do espaço físico, dos recursos materiais, equipamentos médicos, dos recursos humanos entre outros.

Para Filho *et al.* (2004, p.231)

a taxa de internação hospitalar, para homens e mulheres, na faixa etária de 60 anos ou mais (15,2%) foi mais de duas vezes superior à verificada na faixa etária de 20-59 anos (7,2%). Entre os idosos, o risco de internação aumentou acentuadamente com a idade: de 11,8% aos 60-69 anos, para 17,7% aos 70-79 e 24,2% aos 80 ou mais anos (dados não apresentados)

Para Menezes *et al.* (2019, p. 308)

entre 2002 e 2011, houve no Brasil 20.590.599 internações hospitalares de pessoas idosas no âmbito do SUS, representando 27,85% do total de internações e 36,47% dos recursos pagos por elas. Os principais acometimentos de saúde estão associados às doenças crônicas e a ineficácia da promoção da saúde e prevenção de agravos”, favorecendo novas internações em intervalos mais ou menos prolongados.

Para Borges *et al* (2008, p.148)

considerando que uma reinternação traz um enorme ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares, é importante conhecer o perfil dessa população, com vistas a prestar um melhor atendimento hospitalar e, principalmente, planejar com mais atenção os cuidados que serão necessários após a alta a fim de evitar uma reinternação não programada.

Nos pacientes que são reinternados e, principalmente, naqueles que são reinternados precocemente após a alta hospitalar, é necessário estudo detalhado para identificar a presença de falhas na estrutura ou nos processos hospitalares que determinaram um resultado não satisfatório ao paciente pois, para Borges & Turrini (2011,p.454) “quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável, embora essa hipótese também seja questionável”.

Para Castro, Carvalho & Travassos (2005c, p.1187) os seguintes fatores estão associados às readmissões: (i) características individuais - idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e renda; (ii) aspectos clínicos - tipo e gravidade da doença; (iii) características da oferta de serviços de saúde - tipo de hospital e padrões de prática médica; e (iv) local de residência e acesso aos cuidados de saúde.

Para Weber, Lima & Acosta (2019b, p.4) “algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias e diabetes, são associadas a



altas taxas de readmissão necessitando de maiores cuidados na preparação para a alta hospitalar”

Para Teston *et al.* (2016, p.331) “as dificuldades no controle das doenças crônicas não transmissíveis resultam em internações hospitalares. No entanto, este período, que, teoricamente, seria dedicado à melhora na situação de saúde, não determina o fim da necessidade de cuidado”

As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se autocuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo (BORGES, TURRINI 2011d, p.454).

Moreira (2010c, p.22) destaca a importância da investigação de readmissões hospitalares na identificação de problemas relacionados com a qualidade das informações, da assistência prestada, bem como a estabelecer prioridades entre os grupos de diagnóstico que são fortemente associados à readmissão, para fins de investigação mais aprofundada.

A análise dos textos acima reforça a importância do conhecimento das causas das internações hospitalares, notadamente na população idosa. Esse conhecimento se inicia com o fornecimento de informações adequadas, preenchimento minucioso dos prontuários médicos com a finalidade de identificar, com a maior exatidão, as causas dessas internações e, a partir desse conhecimento, identificar portadores de patologias crônicas e, dentre eles, aqueles com maiores possibilidades de complicações e de futuras reinternações.

MAS É POSSÍVEL PREVER UMA REINTERNAÇÃO HOSPITALAR?

Para Kasangara *et al.* (2011, p.1697) “a previsão do risco de readmissão é um empreendimento complexo com muitas limitações inerentes. A maioria dos modelos criados até o momento, seja para comparação hospitalar ou para fins clínicos, tem baixa capacidade preditiva”.

Donzé *et al.* (2013, p.632 - 633) afirmam que existem poucos modelos para prever o risco de readmissão em 30 dias em pacientes clínicos gerais. Esses modelos não fazem distinção entre readmissões evitáveis e inevitáveis, muitas vezes têm baixo poder discriminatório ou calibração e / ou usam escores complexos não calculáveis antes da alta hospitalar.

Para Klein *et al.* (2016)

apesar do escore HOSPITAL não apresentar relação como preditor de mortalidade após a alta hospitalar, o mesmo demonstrou ser uma ferramenta de fácil aplicação com validade estatística significativa para identificar os pacientes mais susceptíveis a reinternarem precocemente, tornando possível medidas de acompanhamento após



alta, concentrando recursos para realizar intervenções de cuidados de transição mais intensas para os pacientes de alto risco.

Desse modo, embora existam diversos estudos na literatura relacionada à implantação de metodologias e equipamentos capazes de prever a possibilidade de reinternação hospitalar evitável, as diversas variáveis envolvidas, associadas à necessidade de pessoal qualificado, fontes de informação confiáveis e sistemas operacionais compatíveis, tornam essa possibilidade um desafio.

ASSIM, COMO EVITAR UMA POSSÍVEL REINTERNAÇÃO NÃO PLANEJADA?

De acordo com Weber, Lima & Acosta (2019c, p.4)

portadores de doenças crônicas são mais vulneráveis à readmissão hospitalar, pois possuem maiores dificuldades para gerenciar os cuidados no ambiente domiciliar e necessitam de continuidade dos cuidados em longo prazo”, estando sujeitos a complicações agudas que determinam a necessidade de atendimento emergencial e nova internação hospitalar.

Como frequentemente o processo de acompanhamento e tratamento desses pacientes após alta hospitalar não é efetuado de maneira adequada, os mesmos apresentam, frequentemente, agravamento de seu quadro clínico e, conseqüentemente, novos atendimentos emergenciais, com novas internações hospitalares em intervalos mais ou menos longos, em um círculo permanente de altas hospitalares e reinternações.

Mas nesse processo de internações e reintegrações frequentes, em que o hospital pode contribuir para evitar esse ciclo?

A alta hospitalar é um momento de mudanças no cotidiano dos pacientes, no qual há acréscimo de medicações e cuidados no domicílio. Essas mudanças, por vezes, não são abordadas de modo eficaz durante a internação hospitalar, proporcionando fragmentação dos cuidados pós-alta. É momento que requer planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família, principalmente de idosos e pessoas com doenças crônicas, que têm necessidades de saúde persistentes e contínuas. Porém, as orientações de alta muitas vezes são realizadas de forma mecânica e apressada, sem considerar as condições e as necessidades de cada paciente, frequentemente fornecidas apenas no momento da saída do hospital (WEBER et al. 2017a, p.2)

Quando se observa a rotina de alta hospitalar de pacientes atendidos em emergências ou internados por condições diversas, sejam clínicas ou cirúrgicas, verificamos que esse processo, que deveria ser capaz de fornecer informações adequadas e orientar os pacientes, não se realiza a contento.

A premência por um número excessivo de pacientes a serem avaliados, em horários por vezes inadequados, pressões administrativas para liberação de leitos para atendimento ou



remanejamentos de pacientes intra e extra hospitalares, além de preenchimento de documentações administrativas, tornam a alta hospitalar um momento complexo.

Aspecto importante a ser enfatizado é a dificuldade em fornecer informações corretas e adequadas, em linguagem acessível para os pacientes e seus familiares e acompanhantes-cuidadores fornecimento esse, muitas vezes, realizado de maneira apressada. Essa dificuldade na compreensão das recomendações e de orientações, favorece a possibilidade de erros e omissões, com agravamento do quadro clínico dos pacientes, causando novas internações.

Assim, diante desse quadro de reinternações que se sucedem sem que haja uma efetiva melhoria das condições de saúde dos pacientes hospitalizados “nos últimos anos, tem-se discutido formas para alcançar e operacionalizar a continuidade do cuidado e, para essa finalidade, a transição do cuidado é considerada uma importante estratégia (ACOSTA,2016a p.12)

Para Weber *et al.* (2017b, p.2) “processos de transição adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar reinternações hospitalares desnecessárias e reduzir custos dos cuidados de saúde”

Menezes *et al* (2019, p.308)

define a transição de cuidados como um conjunto de ações que visa assegurar a continuidade da assistência entre transferências de diferentes níveis de cuidado ou transferência de local. Logo, os cuidados de transição devem ser planejados e iniciados ao longo do internamento hospitalar, embora na prática observe-se que estes acontecem de forma pontual.

Ou seja, já durante o processo de internação hospitalar deve-se buscar informações precisas, com identificação clara das causas da mesma, verificação de internações prévias, tentando estabelecer uma correlação entre a nova internação e internações anteriores e, a partir dessa análise, estabelecer um planejamento para a alta futura.

O uso de preditores de reinternação hospitalar, já citados anteriormente, pode servir como apoio técnico para esse processo de transição hospital / casa, identificando aqueles que apresentam maior possibilidade de complicações e posteriores reinternações.

Mesmo para pacientes portadores de doenças crônicas, atendidos em emergências e não hospitalizados, Acosta (2016b,p.12) afirma que

a transição do cuidado trata-se do intervalo de tempo que inicia com a preparação do indivíduo para alta e conclui quando ele é recebido no próximo serviço, envolvendo desde o planejamento de alta e a educação em saúde do paciente e da família, até a organização logística, a articulação com os serviços de saúde e a comunicação entre os profissionais atuantes no processo.



Apesar dos progressos no saber científico sobre a transição do cuidado, reconhece-se a dificuldade em se colocar em prática, no processo de trabalho dos profissionais de saúde, métodos e estratégias para qualificar as transições. Apesar disso, diversas estratégias, baseadas em evidências, têm sido desenvolvidas para a operacionalização de transições seguras. Dentre as descritas na literatura, destacam-se: Care Transitions Intervention; Transitional Care Model; Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions, e Project Re-Engineered Discharge, todas essas intervenções têm custos manejáveis e são desafiadoras, mas não impossíveis de implementar (ACOSTA, 2016c, p.29).

Acosta *et al*(2020,p.3), em trabalho relacionado ao uso de ferramentas destinadas a avaliar a qualidade e a experiência da transição de cuidado nos aspectos relacionados à transferência de informação, preparação dos pacientes e cuidadores, apoio para autogerenciamento e garantia das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados utilizou a versão adaptada para uso no Brasil do Care Transitions Measure (CTM-15), instrumento desenvolvido nos Estados Unidos, a partir de grupos focais com pacientes e seus cuidadores

Para Weber, Lima & Acosta (2019d, p.4)

altas taxas de readmissão nos hospitais podem estar relacionadas a fatores potencialmente evitáveis como planejamento de alta ineficiente, eventos adversos a medicamentos, falta de acompanhamento na atenção primária e insuficiente continuidade no cuidado após a alta.

Assim, a perspectiva de se evitar uma readmissão hospitalar não planejada passa não só por estratégias a nível hospitalar com o uso de preditores de reinternação, associado a uma adequada transição do cuidado, mas, principalmente, devendo privilegiar o acompanhamento fora do ambiente hospitalar. Nesse aspecto, a Atenção Primária é pedra angular

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

De acordo com Junqueira & Duarte (2008, p.762) a atenção primária na promoção da saúde e prevenção de agravos e hospitalizações, incapacidades e mortes precoces é de grande importância, estando associada a menores custos, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social.



Apesar de a atenção primária ser considerada a porta de entrada no sistema de saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para o atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo o país (ALFRADIQUE *et al*, 2009a, p.1338).

Entretanto, com a finalidade de melhorar a gestão dos serviços de atenção primária e da ESF seria necessário o estabelecimento de uma metodologia capaz de avaliar o impacto dessas ações sobre a população atendida. Assim “a institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais” (ALFRADIQUE *et al*, 2009b, p.1338)

Com a finalidade de identificar as patologias que seriam utilizadas como referência para avaliação da eficácia dos cuidados primários em saúde, em relação às internações hospitalares, foi criada a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP).

Para Pazo *et al*. (2014a, p.1892),

as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) constituem um indicador de resultado utilizado para avaliar a acessibilidade e a eficácia dos cuidados primários de saúde, que pretende, a partir da atividade hospitalar, servir de medida da efetividade da atenção primária à saúde. A lista brasileira de ICSAP, publicada em 2008, é composta por 19 grupos de diagnósticos: doenças preveníveis por imunização e por condições sensíveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsia; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto. (PAZO, 2014b, p.1892).

Para Fernandes *et al* (2009, p.929)

a atenção primária fortalecida e adequadamente estruturada é fundamental na organização dos sistemas de saúde. Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema.

Para Alfradique *et al* (2009c, p.1337)

altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo (s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência.

Aspecto relevante levantado por Mendonça (2009, p.1496) diz respeito ao fato de que “a APS deve ter maior poder e controle sobre os prestadores dos demais pontos da rede de



atenção, inclusive com a utilização de ferramentas para avaliar a qualidade da atenção especializada, ambulatorial ou hospitalar, com vistas a aumentar a segurança dos pacientes”.

Assim, a APS, como porta de entrada no sistema de saúde deveria ter o papel de regular todo sistema em seus diversos níveis. Os autores acima reforçam a necessidade de mudança de modelo assistencial com alteração da porta de entrada no sistema de saúde do hospital para a atenção primária e, retornando a Filho (2010, p.2235) que afirmava a implantação de um modelo hospitalocêntrico, a partir do relatório Flexner, esses trabalhos demonstram a importância da atenção primária como regulador da assistência da saúde.

Reconhecendo que o paciente (re) internado é portador de uma doença crônica não transmissível, e já esgotados os procedimentos necessários para sua recuperação hospitalar, e com um processo de transição hospital casa estruturado, há necessidade de determinar sua alta, com o necessário encaminhamento para uma outra instância de atendimento responsável pelo seu acompanhamento e continuidade do tratamento.

O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contra-referência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O Ministério da Saúde define este sistema como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família. A referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha clientes a um serviço de maior complexidade, acompanhando-o e marcando seu atendimento. A contra-referência acontece quando a situação é resolvida e o cliente é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento (MENOZZI 2013, p.16).

Quando há necessidade de encaminhamento do paciente de um serviço de atenção primária para a atenção secundária ou diretamente para atenção terciária (hospital) usa-se o sistema de referência, com a expectativa de que, após o atendimento solicitado, sejam fornecidas informações necessárias para a sequência do acompanhamento a nível da atenção primária.

Quando a paciente encontra - se hospitalizado, sem que tenha sido encaminhado por um sistema de referência ou seja, quando o paciente dá entrada no sistema de saúde via hospital, não há como se falar em contra referência. Assim esse paciente, após obtenção de alta hospitalar devido a Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP,) deve ser encaminhado para a atenção primária.

Idealmente esse paciente deve ser orientado a procurar a unidade de atenção primária mais próxima de seu local de moradia com informações detalhadas fornecidas pelo estabelecimento hospitalar responsável pela internação, incluindo diagnóstico inicial e final de alta, exames complementares realizados com resultados, terapêutica hospitalar instituída,



prescrições medicamentosas pós alta, orientações e recomendações a serem seguidas pela equipe de atenção primária e também pelos Programas de Saúde da Família.

Portanto, desde sua implantação, o PSF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital os lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (GOMES *et al.* 2011, p.882).

Entretanto, em muitas ocasiões, o paciente não realiza ou realiza acompanhamento irregular a nível da atenção primária, de modo que se torna muito complexo esse processo de acompanhamento pós alta pois, não havendo informações, orientações e recomendações advindas do sistema hospitalar seu acompanhamento é prejudicado, favorecendo reinternações.

Uma outra situação que dificulta o sistema de referência e de contrarreferência é decorrente do fato de que, dependendo da localização, os hospitais se encontram restritos a uma única unidade hospitalar, que atende diversas localidades, sendo que usuários são residentes em municípios distantes dos hospitais ou então residem em localidades onde o Programas de Saúde da Família e a rede de atenção primária não se encontram suficientemente estruturadas.

Desse modo, todo o processo de internação hospitalar, com a identificação minuciosa da patologia e de internações anteriores, o tratamento hospitalar adequado e a elaboração de um plano de transição do cuidado com posterior alta hospitalar devem ser acompanhados pela manutenção dos cuidados com o paciente em caráter ambulatorial, de modo a garantir uma assistência adequada, evitando reinternações potencialmente evitáveis.

Mesmo a nível da saúde suplementar, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar, já se observa a iniciativa de implantação de um novo modelo de cuidados com a saúde, tendo como objetivo estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção básica, por onde os pacientes devem ingressar no sistema de saúde

O Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS) pretende envolver a coordenação e a integração do cuidado em saúde centrado no paciente, incentivando o desenvolvimento de estratégias de cuidado integral, especialmente de doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalentes em adultos e idosos, tais como, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e câncer.

NOVOS DESAFIOS: O HOSPITAL COMO FONTE DE REINTERNAÇÃO

Além das dificuldades inerentes ao tratamento hospitalar de pacientes portadores de complicações mais ou menos severas, decorrentes de patologias agudas ou crônicas, associado



a processos de transição de cuidado inexistentes, com acompanhamento e tratamentos no âmbito da atenção primária inadequados, favorecendo casos de reinternação hospitalar, a descrição de uma nova síndrome, a qual se atribuem muitos casos de reinternação, é motivo de estudos recentes.

pacientes que foram hospitalizados recentemente não estão apenas se recuperando de sua doença aguda, mas também experimentam um período transitório de risco generalizado para uma ampla gama de eventos adversos à saúde. Assim, sua condição pode ser mais bem caracterizada como uma **síndrome pós-hospitalar**, uma condição adquirida de vulnerabilidade. Esta teoria da doença sugere que os riscos no período crítico de 30 dias após a alta podem derivar tanto, ou mais, do estresse alostático que os pacientes experimentam no hospital, assim como dos efeitos prolongados da doença aguda que precipitou a hospitalização. No momento da alta, os sistemas fisiológicos são prejudicados, as reservas fisiológicas se esgotam e o corpo não pode evitar ou mitigar efetivamente as ameaças à saúde (KRUMHOLZ, 2013a, grifo nosso)

Estressores que elevam o risco de rehospitalização incluem alteração do sono modificando o ritmo circadiano, inatividade física, dor, ansiedade/depressão, isolamento social, ruídos, múltiplas punções venosas, perda da autonomia, assim como mudanças na alimentação, luminosidade e temperatura ambiente (MESQUITA, *et al.*, 2015, p.542).

Pode ocorrer privação de sono. delirium frequentemente continua mesmo após a hospitalização. Os efeitos adversos das farmacoterapias comumente usadas, iniciadas no hospital e continuadas na alta, podem exacerbar todas essas condições (DHARMARAJAN, *et al.*, 2013.).

Para Krumholz (2013b) “precisamos nos concentrar nos fatores durante a hospitalização e no período de recuperação precoce que estão contribuindo para o período transitório de vulnerabilidade”.

Para Mesquita *et al.* (2015b, p.541) “os pacientes idosos e os muito idosos (acima de 80 anos), em particular, são os mais vulneráveis à síndrome pós-hospitalização”.

A síndrome pós hospitalização nos remete a uma discussão de todo o processo de uma internação hospitalar. Em muitas situações, as causas que levam à necessidade de atendimento hospitalar são determinadas por situações clínicas ou cirúrgicas severas que determinam a necessidade de atendimento emergencial e posterior internação hospitalar.

A partir de então, dependendo de condições clínicas, estando lúcido ou não, acompanhado ou só, passa a seguir uma trajetória de atendimentos por pessoas desconhecidas, realização de exames os mais variados, sendo puncionados para veiculação de medicamentos e internados em enfermarias, quartos ou em outras unidades de maior complexidade, com total perda de sua autonomia, muitas vezes longe de família e de amigos, levando inclusive à perda de noção do tempo.

Após a melhora do seu quadro inicia-se o processo de transferência do paciente para outra instancia de acompanhamento ou para recuperação em seu domicílio.



Idealmente, o processo de transição de cuidado em pacientes deve ser iniciado no momento da internação pois, para Freitas (2017, p.63) “a admissão de um paciente em um hospital envolve vários serviços e cuidados prestados por profissionais de diversas categorias e que estes cuidados são frequentemente permeados por processos inseguros, onde o paciente é o elo mais vulnerável dentro do contexto hospitalar”.

Para Krumholz (2013b)

devemos, no mínimo, fazer um inventário da condição do paciente na alta, solicitando detalhes muito além daqueles relacionados à condição que levou à hospitalização. À medida que avaliamos a prontidão para a transição do ambiente de internação, precisamos estar cientes das deficiências funcionais, com atenção à função cognitiva e física, e alinhar os cuidados de forma adequada.

Assim, os familiares e cuidadores desses pacientes devem ser orientados quanto à possibilidade de surgimento de sinais e sintomas característicos da síndrome pós hospitalização, com a finalidade de identificar situações que possam determinar problemas mais severos como quedas. Do mesmo modo, os profissionais de saúde, notadamente aqueles que prestam atendimento nos primeiros dias pós alta hospitalar, devem estar atentos a essa nova condição.

6 CONCLUSÃO

As mudanças epidemiológicas e demográficas das últimas décadas, com conseqüente aumento da prevalência de patologias crônicas degenerativas e o envelhecimento populacional determinaram a necessidade de melhoria da gestão dos sistemas de saúde, com a utilização dos denominados indicadores em saúde.

Dentre os diversos indicadores usados, destacamos a readmissão hospitalar pois, apesar das controvérsias relativas às interpretações de intervalos de tempo variáveis para caracterizar reinternação, esse indicador tem sido usado para determinar penalidades financeiras decorrentes de reinternações por patologias específicas e, na saúde suplementar do Brasil, como critério para aumento dos repasses financeiros hospitalares.

Além disso, a análise dos casos de reinternação e a busca de sua redução têm importância para implantação de um sistema de gestão de leitos, fundamental para atendimento às necessidades do estabelecimento hospitalar.

Um outro aspecto relativo à análise dos casos de readmissão hospitalar é o da avaliação da qualidade do atendimento hospitalar e, em última análise, da atenção dispensada em outros níveis de atenção à saúde. Para isso, é necessário o conhecimento, por parte dos gestores e



administradores em saúde, públicos ou privados, das causas de reinternações hospitalares não planejadas.

O levantamento detalhado da (s) causa (s) de nova internação, com diagnóstico principal e outros adicionais, identificação de fatores de agravos à saúde, estudo das internações prévias no mesmo serviço ou em outras unidades hospitalares, a criteriosa evolução do paciente dentro do hospital e, desde o início da internação, todas essas ações consideradas ajudam a pensar no planejamento para a alta hospitalar e acompanhamento posterior. Especial atenção aos aspectos familiares, sociais e logísticos que devem ser analisados para prevenir reintegrações não planejadas.

Muito mais que o estudo isolado de casos, a análise dessas internações vai permitir traçar o perfil epidemiológico da população atendida, permitindo a implantação de políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças em geral.

Especial atenção às Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) que retratam dificuldades no atendimento, acompanhamento e na resolução ao nível da atenção primária e secundária.

Durante esse processo de internação, ferramentas destinadas a estimar a possibilidade de reinternação hospitalar, através da análise de parâmetros clínicos e de exames complementares têm sido usadas, com resultados ainda controversos.

Dentro da evolução do paciente em ambiente hospitalar e vislumbrando sua alta para retorno ao domicílio a transição do cuidado tem sido estudada e incentivada, inclusive como parâmetro para implantação de programas de acreditação hospitalar. A implantação de metodologias destinadas a “avaliar a qualidade e a experiência da transição de cuidado podem ser úteis nos aspectos relacionados à transferência de informação, preparação dos pacientes e cuidadores, apoio para autogerenciamento e garantia das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidado (ACOSTA *et al*, 2020, p.3)

Durante os períodos de internação hospitalar muitos pacientes apresentam, além das consequências decorrentes de sua doença de base, outras complicações como distúrbios nutricionais e emocionais, sendo recomendável a implantação de equipes multiprofissionais, de modo a fornecer a esses pacientes informações sobre sua doença, o tratamento proposto para sua residência, além de orientação e educação em saúde para a família e cuidadores, de modo a evitar reinternações futuras.

A criação de espaços destinados ao processo de alta hospitalar, dentro de um ambiente adequado, pode favorecer a transmissão de informações para pacientes, familiares e cuidadores,



ao mesmo tempo que permitiria a liberação mais rápida dos leitos, aumentando o giro dos mesmos.

Por fim, profissionais de saúde, familiares e cuidadores devem estar atentos à possibilidade de sinais e sintomas compatíveis com síndrome pós hospitalização e a melhor abordagem para esse novo desafio.

REFERÊNCIAS

ABDUL-AZIZ, A.A. *et al.* Association Between Medicare Hospital Readmission Penalties and 30-Day Combined Excess Readmission and Mortality. *JAMA Cardiol*, v.2, n.2, p.200-203, 2017.

ACOSTA, A.M. *Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio.* 2016. 162 f. Tese (Doutorado em Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ACOSTA, A. M. *et al.* Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 41, n. spe, 2020.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, v.3, n.12, p. 21-28, jul/set, 2001.

BORGES, F.K. *et al.* Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. *Revista HCPA*, v.28, n.3, p. 147-152, 2008.

BORGES, M.F.; TURRINI, R.N. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. *Rev Rene*, Fortaleza, v.12, n.3, p.453-61, jul/set 2011.

CASTRO, M.S.M.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1186-1200, ago. 2005.

DHARMARAJAN, K. *et al.* Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*, v.309, n.4, p. 355-363, 2013.

DIAS, B.M. *Readmissão hospitalar como indicador de qualidade.* 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.



DONZÉ J. et al. Potentially Avoidable 30-Day Hospital Readmissions in Medical Patients: Derivation and Validation of a Prediction Model. *JAMA Intern Med*, v.173, n.8, p.632–638, 2013.

FERNANDES, V.B.L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.43, n.6, p.928-936, dez. 2009.

FILHO, N.A. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.12, p.2234-2249, dez. 2010.

FILHO, A.I.L. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.13, n.4, p.229-238, dez. 2004.

FREITAS, F.A. *Readmissões hospitalares pelo sistema único de saúde no Rio de Janeiro: um estudo exploratório*. 2017.100 f. Dissertação (Mestrado em Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

GOMES, K.O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.881-892, 2011 .

HINRICHSEN, S.L. et al. Seleção de indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, v.13, n.53, p.199-206, out/dez. 2011.

JUNQUEIRA, R.M.P.; DUARTE, E.C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.46, n.5, p.761-768, out. 2012.

KANSAGARA, D. et al. Prediction Models for Hospital Readmission: A Systematic Review. *JAMA*, v.306, n.15, p.1688–1698, 2011.

KRUMHOLZ H. M. Post-hospital syndrome-an acquired, transient condition of generalized risk. *The New England journal of medicine*, v.368, n.2, p.100-102, 2013.

KLEIN, W.D.P. et al. *Avaliação do escore HOSPITAL como preditor de mortalidade e reinternação em pacientes admitidos em enfermaria clínica em um hospital universitário*. In: Anais do 13º Congresso Gaúcho de Clínica Médica [=Blucher Medical Proceedings, n.7, v.2], p.87-92. São Paulo: Blucher, 2016.

LIMA, K.W.S.; ANTUNES, J.L.F.; SILVA, Z.P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, mar. 2015.

MACHADO, J.P.; MARTINS, A.C.M.; MARTINS, M.S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1063-1082, jun. 2013.

MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1493-1497, out. 2009.



- MENEZES, T.M.O. et al. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.72, supl.2, p.294-301, 2019.
- MENOZZI, K.A.B.S. *O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde*. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.
- MESQUITA, E.T. et al. Síndrome Pós-Hospitalização: Um Novo Desafio na Prática Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v.105, n.5, p.540-544, nov. 2015.
- MOREIRA, M.L. *Readmissões no Sistema de Serviços Hospitalares no Brasil*. 2010. 174 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010
- OLIVEIRA, P.F.; ABREU, A.C.C.; PEDROSA, T.M.G. Readmissões hospitalares em 30 dias após a alta: uma análise da saúde suplementar brasileira. *Revista interdisciplinar Ciências Médicas*, v.4, n.1, p.18-24, 2020.
- OLIVEIRA, M.R.; VERAS, R.P.; CORDEIRO, H. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis*, Rio de Janeiro, v.28, n.4, 2018.
- PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p.492-499, dez. 2008.
- PAZO, R.G. et al. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo. *Brasil. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.9, p.1891-1902, set. 2014.
- PORTELA, M.C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.
- RAFFA, C.; MALIK, A.N.; PINOCHET, L.H.C. O desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*, v.6, n.2, p.126-141, maio/ago. 2017.
- REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública*, v.6, n.1, p.50-61, mar. 1990.
- ROSSINI, F.P. *A influência do perfil demográfico e epidemiológico das internações de urgência na gestão hospitalar*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- ROTTA, C.S.G. *Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial*. 2004. 143 folhas. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. doi:10.11606/T.6.2004.tde-14122009-115012. Acesso em: 29 ago.2020.
- SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.4, p.935-944, ago. 2007.
- TESTON, E.F. et al. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. *Rev Rene*, v.17, n.3, p.330-7, maio/jun. 2016.



VIANA, M. F *et al.* Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v.6, n.6, p.35-45, 2011.

VIGNOCHI, L.; GONCALO, C.; ROJAS LEZANA, Á.G. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v.54, n.5, p.496-509, out. 2014.

WASGEN, A. M.; TERRES, M. S.; MACHADO, B. F. H. O impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar. *Revista Hospitalidade*, v.16, n.2, p.31-49, 2019.

WEBER, L.A.F.; LIMA, M.A.D.S.; ACOSTA, A.M. Transição da qualidade do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. *Aquichan*, Bogotá, v.19, n.4, dez. 2019.

WEBER, L.A.F.*et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.*, v.22, n.3, 2017.

ZUCKERMAN, R.L. et al. Readmissions, Observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program. *N Engl J Med*, 2016



AS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO AUDITOR EM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

THE DUTIES OF THE NURSE AUDITOR IN HEALTH PLAN OPERATORS

📍 **Tallys T. Silva**

²Discente do Curso de Pós-graduação em Master em Qualidade e Acreditação em Saúde

📍 **Alana O. Silva**

Docente do ITH Pós-graduação Thaisa Cristina Afonso



RESUMO

A auditoria de enfermagem é destacada como uma análise sistemática da qualidade assistencial prestada ao ser que está sendo cuidado. Objetivou-se identificar publicações relacionadas às atribuições do enfermeiro auditor em operadoras de planos de saúde. Trata-se de revisão bibliográfica desenvolvida realizada nas bases de dados LILACS e SCIELO, no período de 2013 a dezembro de 2020. Foram utilizados artigos publicados no Brasil e no idioma português, sendo selecionados sete estudos. Foi possível identificar que a função do auditor não é punir pelos erros cometidos pelos prestadores hospitalares, mas visa atenção, ética, qualidade da assistência, padronização de processos na evolução terapêutica do paciente.

Palavras-chave: Auditoria de enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Rede Prestadora de Serviços de Saúde; Auditoria Operativa.

ABSTRACT

The nursing audit is highlighted as a systematic analysis of the quality of care provided to the person being cared for. The objective was to identify publications related to the duties of the nurse auditor in health plan operators. This is a literature review developed in the LILACS and SCIELO databases, from 2013 to December 2020. Articles published in Brazil and in Portuguese were used, and seven studies were selected. It was possible to identify that the auditor's role is not to punish for errors committed by hospital providers, but rather aims at attention, ethics, quality of care, standardization of processes in the patient's therapeutic evolution.

Keywords: Nursing audit; Quality of Health Care; Health Service Provider Network; Operational Audit.



1 INTRODUÇÃO

A auditoria deu-se início por volta dos séculos XV e XVI na Itália, com início na área contábil. Contudo, no setor saúde, surgiu-se no período do século XX no qual se conferia o padrão dos serviços prestados aos pacientes, por meio de investigação cautelosa de registros em prontuários, com o objetivo de reduzir custos desnecessários. Assim sendo, no Brasil, a auditoria obteve maior relevância a partir dos anos 70, no qual passou a aumentar a admissão de enfermeiros auditores por parte de Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e prestadores de serviços de saúde, em 2001, foi aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o exercício do enfermeiro auditor tendo respaldo para atuação conforme Resolução nº 266/2001 (PINTO; KARINA; CRISTINA, 2010)

A auditoria de enfermagem é destacada como uma análise sistemática da qualidade assistencial prestada ao ser que está sendo cuidado, sendo classificada nas subseqüentes categorias: Auditoria prospectiva, realizada antes do atendimento, auditoria concorrente, realizada enquanto o paciente recebe o atendimento “in loco”, e a auditoria retrospectiva realizada após a alta do paciente (BLANK et al., 2013).

A prática da auditoria pelo enfermeiro requer alguns compromissos, como: agir com ética, inteirar-se sobre o acordo entre o hospital e Operadoras de Planos de Saúde, manter-se atualizado com o mercado, situar sobre os novos itens comercializados como os Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI), ser objetivo e conhecer minuciosamente o registro e a conta do paciente (beneficiário). Então, para o cumprimento desse trabalho, é importante observar o beneficiário de acordo com sua particularidade, realizar cobrança justa, em conformidade com o que realmente usou, minimizar os gastos e reter os excessos, dentre outras mais (ANDREOTTI et al., 2017).

O papel do enfermeiro auditor independentemente da área pública ou privada requer, padronizar, conduzir, corrigir, mitigar erros e deficiências nos processos ou registros entre contratos hospitalares, atuando exatamente na conta do paciente. Dessa maneira ele busca minimizar glosas irrelevantes, primordialmente nas áreas de maior índice de glosa, por exemplo o centro cirúrgico por ser mais complexo. Através da observação no prontuário é possível saber como foi realizado o tratamento de um indivíduo e se condiz com o que realmente utilizou (DE SOUZA et al., 2016).

Outra parte da auditoria de enfermagem está ligada ao ramo de faturamento, em que o auditor efetua a conferência das contas da instituição de saúde, depois da alta do paciente,



analisando se ocorreu divergências entre o prontuário e a conta processada pelo faturista (ANDREOTTI et al., 2017).

Entende-se que a auditoria nas Operadoras de Planos de Saúde, é um método fundamental para a manutenção da assistência ao paciente que visa a qualidade do atendimento, faturamento correto, evitar desperdícios, corrigir irregularidades no prontuário médico, e reduzir custos, além de desenvolver a educação permanente dos prestadores de serviços de saúde (DELLA et al., 2015). Dessa maneira, o objetivo deste trabalho é identificar na literatura as atribuições do enfermeiro auditor em operadoras de planos de saúde. Sendo, os objetivos específicos apontar o trabalho que pode ser desempenhado pelo enfermeiro atuando como auditor.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvida através de pesquisa de artigos periódicos que foram selecionados na base de dados disponibilizados na internet.

Para este fim foram coletados artigos completos no banco de dados: LILACS e SCIELO, publicados de 2013 a 2021. Este recorte temporal se deu a fim de priorizar as publicações mais atuais, para que se possa compreender o que vem sendo estudado nos últimos 7 anos artigos em português (WHITTEMORE; KNAFL; 2005).

Visando discutir o tema “Atribuições do enfermeiro auditor em operadoras de planos de saúde” foi feita a pesquisa de artigos publicados com caráter exploratório-descritivo buscando uma melhor compreensão e melhor entendimento sobre determinado assunto.

3 RESULTADOS

Os principais estudos que sustentam a pesquisa estão resumidos no quadro 1 a seguir, contendo os resumos, as conclusões e as referências dos artigos consultados, assim como os resultados obtidos por meio de análise das unidades temáticas definidas.

Figura 1 – Apresentação dos artigos selecionados.

Ordem	Autor	Ano	Métodos	Resultados
-------	-------	-----	---------	------------



Artigo 1	ANDREOTTI, Ezequiel Teixeira et al.	2017	Revisão Integrativa da literatura	Foi identificado que a auditoria concorrente ainda é uma prática pouco utilizada pela auditoria de enfermagem. Sendo assim, a auditoria em enfermagem apresenta-se ainda voltada para custos e gastos.
Artigo 2	BLANK, Cinthya Yara; SANCHES, Elizabeth Navas; LEOPARDI, Maria Tereza.	2013	Revisão descritivo e exploratório. Abordagem qualitativa	Evidenciou-se a fragilidade dos registros executados pela equipe de enfermagem no prontuário, sendo que em muitos casos os dados são insuficientes ou inexistentes.
Artigo 3	SILVA, Agneta Torres da; SANTO, Eniel do Espírito.	2013	Revisão bibliográfica	Conclui-se que a utilização da auditoria de enfermagem contribui e tem um papel fundamental na Gestão da qualidade hospitalar.
Artigo 4	DE SOUZA, Maíra Pereira; CERETTA, Luciane Bisognin; SORATTO, Maria Tereza.	2016	Revisão qualitativa, descritiva, exploratória e de campo	Foi identificado os benefícios que a auditoria de Enfermagem concorrente realizada no Centro Cirúrgico traz para a auditoria interna hospitalar, em relação ao faturamento da conta após a alta do cliente, sendo mais difícil realizara auditoria no prontuário.
Artigo 5	DELLA GIUSTINA, Kelli Pazeto; CUNHA, Karla Pickler; GHIZONI, Maiara Wessling.	2015	Exploratório, com abordagem qualitativa, tendo como procedimento, um estudo de caso.	A auditoria em enfermagem, um ramo novo e que apresenta grande inserção no mercado de trabalho, um tanto para as atividades relacionadas à área contábil e financeira, quanto às voltadas à qualidade dos serviços de enfermagem.



Artigo 6	SILVA, Jaira Santos.	2015	Estudo reflexivo, com base na análise e interpretação de artigos científicos nacionais.	A auditoria é de suma importância para os serviços de saúde, em especial para a enfermagem, pois avalia a assistência prestada, através do prontuário, associando os valores financeiros aos valores qualitativos, otimizando um cuidado seguro e de qualidade, através de estratégias voltadas para a organização do serviço, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
Artigo 7	VIANA, Denise et al.	2016	Relato de experiência.	A viabilidade de se adotar auditoria concorrente, principalmente no que tange a diminuição do tempo para envio da fatura aos convênios médicos, maior interação entre as auditoras e equipes assistenciais, criação de indicadores, e contribuições para a melhoria da qualidade assistencial e registros de enfermagem.

Os artigos 4 e 7 do quadro expõem que a auditoria concorrente é de suma importância e contribui na melhoria da qualidade assistencial. Corroborando com este estudo, a literatura Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde também cita a relevância da auditoria concorrente dentre das unidades hospitalares.

Já os artigos 1 e 5 abordam que a auditoria concorrente ainda é pouco utilizada pelo enfermeiro auditor, sendo voltada mais para a análise das contas. O autor ANDREOTTI et al., 2017, apontam que a auditoria de enfermagem está mais próxima da auditoria de contas (área contábil) da Operadora, por meio da fiscalização da assistência ao beneficiário mediante avaliação de prontuários e averiguação da ligação entre o procedimento realizado e os materiais utilizados, para uma cobrança correta e justa.

4 DISCUSSÃO

Foi realizada leitura exploratória de 12 artigos, sendo que apenas 7 corroboraram para a interpretação do resultado. Identificado que a atribuição do enfermeiro auditor é ampla e suas atividades podem estar ligadas a área contábil, o que envolve a revisão de contas hospitalares, e dentro de um hospital orientando as equipes multiprofissionais como preencher um prontuário coerente com as regras dos planos.



Por meio dos artigos referenciados também pode-se perceber que o enfermeiro auditor tem enfoque na verificação da fragilidade dos registros tendo na auditoria concorrente a oportunidade proativa de checagem das falhas em prontuário.

Apesar da auditoria da enfermagem estar voltada para custos e gastos, ela bem empreendida colabora com a qualidade dos serviços.

Para os autores SILVA e SANTO (2013), enfatizam que de fato a intervenção da auditoria nos hospitais ajuda os gestores e coordenadores a perceber os prováveis erros, auxiliando para importância dos resultados a serem obtidos, prevenindo e reparando erros, atribuindo conhecimentos para um melhor desenvolvimento do setor ou unidade hospitalar.

Destaca-se para questões referentes a glosas que exige da auditoria de enfermagem deter de informações, bom diálogo, bons fundamentos, justificativa, inteirando sobre os contratos, tabelas e regras entre o contratante e empresa contratada, saber de técnicas de enfermagem colabora para uma contraproposta embasada e bem fundamentada para ser acatada (DELLA et al., 2015).

5 CONCLUSÃO

Foi possível identificar que a função do auditor não é punir pelos erros cometidos pelos prestadores hospitalares, mas visa atenção, ética, qualidade da assistência, padronização de processos na evolução terapêutica do paciente.

AGRADECIMENTOS

Aos professores e orientador do curso de Master em Qualidade e Acreditação em Saúde, que através de seus ensinamentos permitiram que eu pudesse hoje estar concluindo este trabalho.

Referências

PINTO, Karina Araújo; MELO, Cristina Maria Meira de. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.44, n.3, p.671-678, 2010.

BLANK, C. Y; SANCHEZ, E. N; LEOPARDI, M. T. A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.15, n.1, 2013.



ANDREOTTI, Ezequiel Teixeira *et al.* Auditoria concorrente de enfermagem em prestadores de assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Administração em Saúde*, v.17, n.68, 2017.

DE SOUZA, Máira Pereira; CERETTA, Luciane Bisognin; SORATTO, Maria Tereza. Auditoria concorrente no centro cirúrgico: concepções dos enfermeiros. *Saúde e Pesquisa*, v.9, n.2, p.263-272, 2016.

DELLA GIUSTINA, Kelli Pazeto; CUNHA, Karla Pickler; GHIZONI, Maiara Wessling. Atuação do enfermeiro que pratica auditoria hospitalar em um hospital de grande porte da região sul de Santa Catarina. *Revista Ciência & Cidadania*, v.1, n.1, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, V.52, N.5, p.546–553, 2005.

SILVA, Agneta Torres da; SANTO, Eniel do Espírito. A Auditoria como Ferramenta para a Excelência da Gestão Hospitalar. *Revista saúde e desenvolvimento*, v.3, n.2, p.43-60, 2013.

VIANA, Carla Denise *et al.* Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v.25, n.1, 2016.

SILVA, Jaira Santos. Auditoria em saúde: um novo paradigma na qualidade da assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v.4, n.2, p.130-4, 2015.

MORAIS, C. G. X., Batista, E. M. S. B., Castro, J. F. L., Assunção, S. S. & Castro, G. M. O. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. *Revista Acreditação*, v.5, n.9, p.64-84, 2015.

Conselho Federal de Enfermagem (2001). Resolução n. 266/2001, de 05 de outubro de 2001. Aprova as atividades do enfermeiro auditor. Recuperado em 16 janeiro, 2018 de http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2662001_4303.html.



normas



A submissão a Revista Científica da Faculdade Unimed deve ser exclusiva, isto é, os textos não poderão ser enviados a outros periódicos simultaneamente.

Os manuscritos devem ser inéditos, ou seja, não podem ter sido publicados anteriormente com atribuição de DOI (*Document Object Identifier*), ISSN (*International Standard Serial Number*; sigla em inglês para Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas) ou ISBN (*International Standard Book Number*).

Todo artigo submetido à *Revista* é analisado em programa antiplágio antes de ser encaminhado para avaliação. A finalidade do procedimento é identificar plágio e autoplágio. É vetada a inclusão de novos autores após a aprovação do artigo. No ato da submissão, todos os autores deverão ser indicados.

As ideias e opiniões expressas nos artigos publicados são de exclusiva responsabilidade dos seus autores, não refletindo, necessariamente, a opinião do periódico.

A revista permite-se realizar, durante o processo de revisão, pequenas alterações formais no texto, respeitando o estilo e a opinião dos autores.

Os direitos autorais dos trabalhos publicados pertencem à Revista Científica da Faculdade Unimed que adota a licença Creative Commons BY-NC do tipo “Atribuição não Comercial”.

O artigo científico completo deve conter no **mínimo de 10 e no máximo de 15 páginas**, incluindo referências bibliográficas e notas. As citações de artigos (referências) no texto devem seguir as normas vigentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

O trabalho deve ser apresentado em formato eletrônico (**.doc ou .docx; não serão aceitos arquivos em .pdf**), configurando a página para o tamanho de papel A4, com orientação retrato, margem superior e esquerda igual a (3cm), inferior e direita igual a (2cm). Deve ser empregada a fonte Times New Roman, corpo 12, espaçamento 1,5 linhas em todo o texto, parágrafo de 1,5 cm, alinhamento justificado, à exceção do título. As páginas devem ser numeradas embaixo e à direita, em algarismos arábicos.