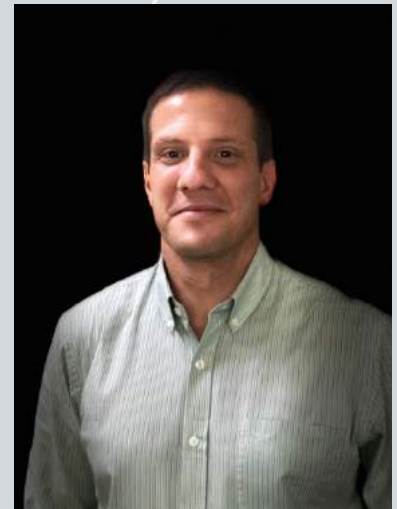


A grayscale background image showing the hands and stethoscopes of several medical professionals in white coats, suggesting a clinical or hospital setting.

Auditoria Concorrente Quando menos é mais

Componentes



XXI

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.





“ Se pudéssemos
primeiro saber onde
estamos e para onde
estamos indo,
poderíamos então julgar
melhor o que fazer, e
como fazê-lo.
”

Abrahan Lincoln

Auditoria Concorrente

Reunião OCA

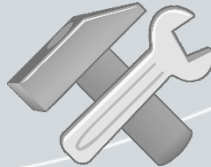
- Auditor
- Consultor
- Atendimento
- Gerência
- Supervisão

Ferramentas

- UTIWEB
- PAAS
- PAC CARDIO
- PAC ONCO
- RADAR

Contato com
auditores e
gestores

TEMPO REAL





O maior cuidado
é o menor
custo

FALSO

O melhor
cuidado é o
mais intensivo

FALSO

O
comportamento
ético é mais caro

FALSO

Auditoria Concorrente





DETALHAMENTO

1

- Fraude de informação;

2

- Duração da internação;

3

- Indicar desospitalização;

4

- Confirmar, incluir ou alterar os procedimentos autorizados;

5

- Visita à Instituição: avaliação da adequação da instituição e acomodação do paciente em consonância com o contrato;

6

- Análise do uso de materiais e equipamentos frente ao caso auditado;

7

- Participação das discussões dos casos clínicos acompanhados;

8

- Identificar oportunidades que sejam favoráveis para o tomador de serviços visando um equilíbrio na relação;

9

- Utilizar e fornecer padrões de referência para custos e permanência de cada prestador.

Auditoria Concorrente



Área de cobertura

Rio de Janeiro, Grande Rio, Baixada Fluminense, Niterói, São Gonçalo, Vassouras, Volta Redonda e Petrópolis



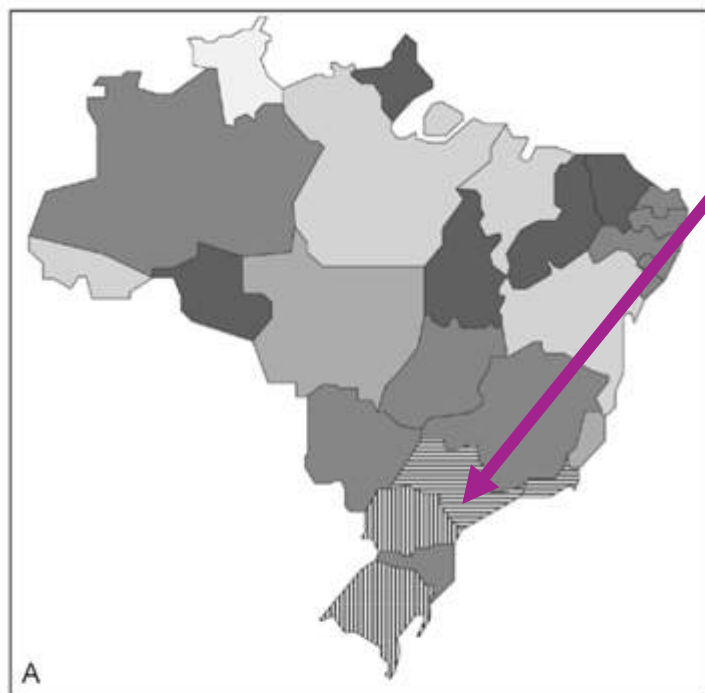
Mudança de atuação com as reuniões OCA

Análise crítica das visitas, visando torná-las mais completas para uma melhor avaliação dos casos.



Brasil - Região Sudeste

20 : 100.000



Inglaterra
5 : 100.000



Critical care beds per capita



Standardized to 100,000 population

Figure 1 - Intensive care bed numbers in Brazil (1A) and Europe (1B). Any country with spotted shading has no available data.

Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(4):322-325

Disponibilidade de Leitos em UTI

February 12, 2014

ICU Bed Supply, Utilization, and Health Care Spending

An Example of Demand Elasticity

Rebecca A. Gooch, MD¹; Jeremy M. Kahn, MD, MSc^{1,2}

» Author Affiliations

JAMA. 2014;311(6):567-568. doi:10.1001/jama.2013.283800

JAMA

“
Excesso de leitos
de UTI dificulta
que a morte
ocorra fora da UTI
”



Auditoria Concorrente

UTIWEB

Recomendar ou não UTI?



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

XXIX SUERJ



somos
coop



RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016

(Publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139)

Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º – Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º – Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º – Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º – Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Art. 12. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 28 de outubro de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. **EM GERAL, ESSES PACIENTES NÃO SÃO APROPRIADOS PARA ADMISSÃO NA UTI** (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Caso Clínico 1 UTIWEB

R.S.S., 51 anos, submetido à neurocirurgia por tumor cerebral com hidrocefalia e edema de tronco cerebral em jan/19. Evoluiu para o coma permanente (estado vegetativo, sem reversão possível).

Tratamento para infecção urinária, abordagem de úlceras de pressão, traqueostomia, gastrostomia, solicitados diversos outros tratamentos cirúrgicos até a intervenção junto ao hospital, médico assistente e família para cuidados paliativos

Após abordagem junto a equipe o paciente foi colocado em acomodação até próximo ao óbito. Entretanto, os últimos dias de internação foram em UTI (não autorizada).

Caso Clínico 2 UTIWEB

D.S.B., sexo masculino, nascimento e internação em UTI 18/06/18. RN nasceu prematuro, com Síndrome de Edwards, permanecendo em VM por tempo prolongado, dificuldade de sucção.

Paciente submetido a traqueostomia e gastrostomia. Foi possível transição para VNI. Paciente necessitando de atendimento domiciliar para desospitalização. Abordagem: feito contato com o gestor da Unimed de origem quanto a indicação de cuidados paliativos e suporte domiciliar.

Alta com assistência domiciliar quando em condições clínicas:
24/9/18
Mantida sob assistência durante o período.
Reinternação com limitação terapêutica:
29/11/18.
Óbito: 06/12/18.

Auditoria Concorrente

Quais são os critérios que o UTIWEB utiliza para avaliar a elegibilidade para Cuidados Paliativos?



Auditoria Concorrente

PÁGINA ABERTA

QUALIDADE DE MORTE

Há uma questão urgente de nosso tempo que envolve famílias, profissionais de saúde e pacientes: estamos morrendo com dignidade? Talvez não

MARIA JÚLIA KOVÁCS*

NEM SEMPRE O MELHOR É LUTAR pela vida até o fim. Os pacientes que puderem falar com seus médicos sobre esse assunto terão maior probabilidade de morrer em paz — e seus familiares conseguirão elaborar melhor o luto.

O documentário *Extremis*, dirigido pelo cineasta americano Dan Krauss e produzido pela Netflix, mostra os últimos dias de pacientes ligados a aparelhos dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Highland, na Califórnia. Não é um filme fácil. Aborda temas de que, em geral, protelamos tratar, como as decisões angustiantes, mas quase sempre necessárias, quando se lida com o fim da vida. Há uma cena a ser destacada nesse documentário de 25 minutos: uma idosa, com um tubo entrando pela boca, comunica-se com o filho sobre a retirada da sonda que a mantém viva. O homem fala e a mãe responde com os olhos, indicando claramente que quer se livrar do equipamento. A aflição do filho, o desejo da paciente e a capacidade de que a medicina atualmente tem de prolongar a vida estão no centro de uma questão urgente de nosso tempo. Uma questão que envolve famílias, profissionais da saúde e pacientes: estamos morrendo com dignidade?

Não se discute que hoje o ser humano vive mais do que já viveu em qualquer outro momento da história. Tantos são os recursos da ciência para garantir a longevidade que a morte no século XXI pode ser vista como uma forma de fracasso ou de indignidade. Médicos a enxergam como uma adversária a ser combatida e vencida. A família não a aceita e está disposta a fazer “de tudo” pelo ente querido. Nesses casos, o que resta ao paciente, portanto, é a submissão a ponteiros e ruídos de máquinas das UTIs, com perda de autonomia e consciência, medo e dor. Como resultado, as unidades de terapia intensiva têm cada vez mais idosos com doenças crônicas e irreversíveis, que passam um longo tempo sofrendo com tratamentos invasivos e onerosos. Pessoas que não conseguem morrer em paz.

Em 2010, a revista *The Economist* publicou um artigo sobre o ranking de qualidade de morte em quarenta países: o Brasil ficou em 38º lugar. No levantamento, foram considerados os seguintes itens: tratamentos no fim da vida e políticas públicas de cuidados paliativos. O Reino Unido, pioneiro e referência nessa área, encabeçava a lista por sem-

pre ter tido médicos treinados para comunicar-se de forma honesta com os pacientes, para realizar analgesia eficaz e priorizar tratamentos paliativos de pessoas em estado terminal. Em 2015, o levantamento foi atualizado e ampliado para oitenta países. O Brasil ficou em 42º lugar. Os estudos mostraram também que a medicalização e a tecnologia interferem no processo da morte, pois prolongam o sofrimento de pessoas gravemente enfermas e sem possibilidade de recuperação nas UTIs. Essa morte sofrida é conhecida como distanásia e tem altos custos.

O contrário da distanásia é a ortotanásia, termo atual para a morte com dignidade, “a morte correta”. Seu objetivo é garantir a qualidade de vida até o momento da morte, sem

As UTIs estão cada vez mais lotadas de idosos com doenças irreversíveis, em tratamentos invasivos

dor ou sintomas incapacitantes, com a presença de familiares e amigos, em ambiente calmo, sem o incômodo das unidades intensivas do hospital. Há dignidade quando a pessoa morre com seus valores e crenças essenciais respeitados.

A morte humanizada é tema dos estudos da psiquiatra suíço-americana Elisabeth Kübler-Ross e da enfermeira e médica inglesa Cicely Saunders. Kübler-Ross aborda a morte como algo similar à vida e que por isso deve ser tratada com respeito, humildade, solidariedade e compaixão. Saunders propõe o estudo científico dos múltiplos sintomas presentes na doença avançada, em especial o câncer, buscando o alívio eficaz, meta principal dos programas de cuidados paliativos, nos quais a preocupação não é a cura, e sim o bem-estar e a dignidade do paciente.

Mas por que a medicina e as demais áreas da saúde perderam a qualidade humanizada dos tratamentos? Se humanização envolve solidariedade, compaixão, aproximação e respeito, é fundamental que o paciente seja figura central e

Há uma questão urgente de nosso tempo que envolve famílias, profissionais de saúde e pacientes: estamos morrendo com dignidade? Talvez não



As UTIs estão cada vez mais lotadas de idosos com doenças irreversíveis, em tratamentos invasivos.



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed

XXIX SUERJ

somos
coop

PROBLEMAS



Embate com hospitais



Embate com os colegas



Acolhimento
inadequado às famílias



HOSPITAL

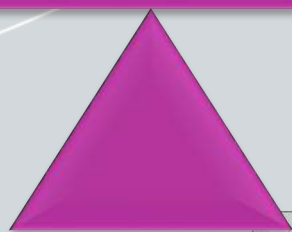
UNIMED
Federação
Rio

PACIENTE



FAMÍLIA

EQUIPE
Multidisciplinar



ANEXIX SUERJ

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



AIDS

Anencefalia

Coma Glasgow <8

Cromossomopatias incompatíveis com a vida

Demência

Doença cerebrovascular

Doença congênita com déficit cognitivo

Doença congênita incapacitante

Doença degenerativa

Doença degenerativa avançada

Doença hepática avançada

Doença pulmonar crônica

Doença pulmonar crônica congênita

Doença renal moderada ou severa

Gastrostomia/traqueostomia

Insuficiência cardíaca congestiva avançada

Internação prévia em Home Care

Leucemia

Linfoma

Tumor (não metastático)

Tumor metastático

COMORBIDADES

PERCEPÇÃO DE PALIAÇÃO

| INDICAÇÃO BÁSICA EM UTI | PALIATIVO | NÃO PALIATIVO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. | 292 | 1442 |
| Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. | 307 | 1739 |
| Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. | 124 | 176 |
| Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica. | 21 | 17 |
| Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista. | 22 | 23 |
| Período: 01/01/2018 até 31/08/2019 | 766 | 3397 |

PERCEPÇÃO DE FRAGILIDADE

| INDICAÇÃO BÁSICA EM UTI | Fragilidades | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|-----------|
| | DEMÊNCIA | TRAQUEOSTOMIA/ GASTROSTOMIA | HOME CARE |
| Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. | 157 | 10 | 14 |
| Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. | 169 | 20 | 9 |
| Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. | 47 | 8 | 11 |
| Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica. | 9 | 1 | 0 |
| Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista. | 6 | 3 | 1 |
| Período: 01/01/2018 até 31/08/2019 | 388 | 42 | 35 |

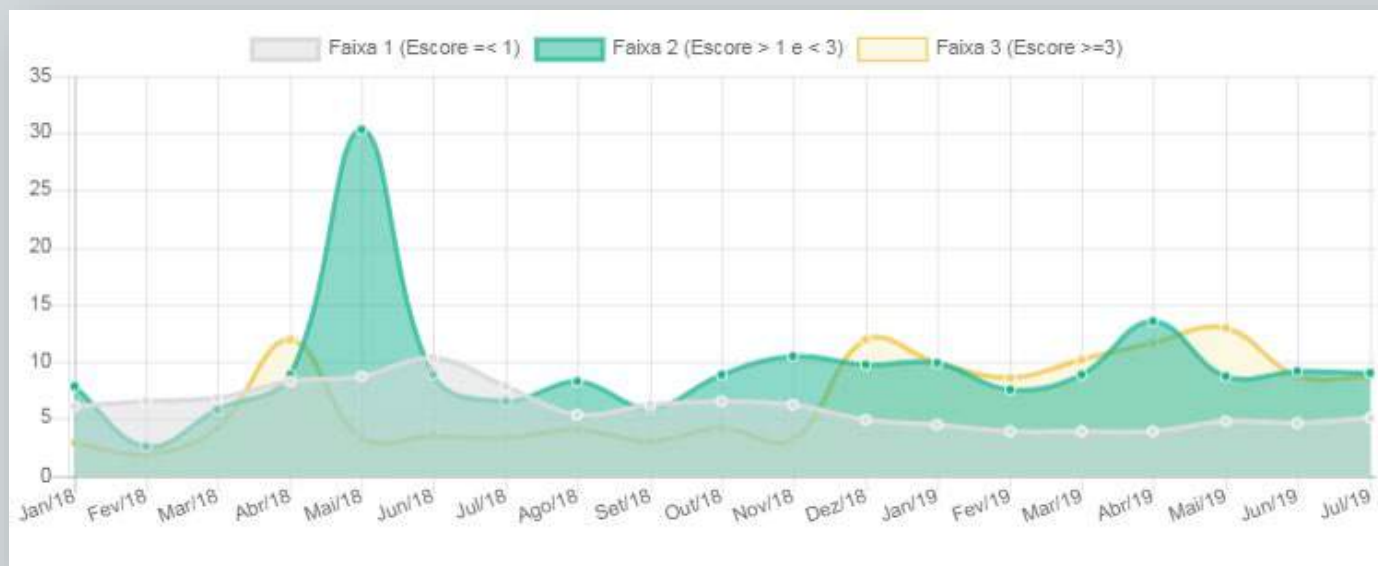
| Table 1- Characteristics of patients and quality indicators of end of life care | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Characteristics | N=865 |
| Mean age, years (\pm SD) | 63 (\pm 15) |
| Male Gender, n (%) | 340 (39%) |
| Primary tumour, n (%) | |
| Breast | 217 (26%) |
| Lung | 109 (13%) |
| Colon | 107 (12%) |
| Urological | 102 (11%) |
| Gynecological | 82 (9%) |
| Pancreas | 43 (5%) |
| Head-Neck | 34 (4%) |
| Liver | 23 (3%) |
| Others | 148 (17%) |
| Quality Indicators of EOL Care | |
| Emergency room visit in the last 30 days of life, n (%) | 536 (62%) |
| Intensive care unit admission in the last 30 days of life, n (%) | 288 (33%) |
| CT or MRI in the last 30 days of life, n (%) | 439(51%) |
| Blood transfusion in the last 30 days of life, n (%) | 204 (24%) |
| Home care visit in the last 60 days of life, n (%) | 13 (1%) |
| Chemotherapy in the last 14 days of life, n (%) | 248 (29%) |
| Number of days of inpatient care in the last 30 days of life, mean (\pm SD) | 8.8 (\pm 15.6) |
| Hospital death, n (%) | 452 (52%) |
| Abbreviations: EOL, end of life; CT, computed tomography; MRI, magnetic resonance imaging; SD standard deviation | |



Indicadores de Qualidade de Fim de Vida no Câncer

Soares L.G. , Gomes R.V. ,Palma A.,Japiassu A.M
In press 2019

Tempo médio de permanência em UTI por faixa de escore paliativo



Período: Jan/2018 a Jul/2019

Total de
internações
3.581

Total de diárias
autorizadas
25.194



Ao longo do tempo os cuidados estão se tornando mais ou menos agressivos ?



Agressividade no Cuidado. Diferenças entre a população adulta e pediátrica/neonatal

Avanços
tecnológicos
x redução da
taxa de
mortalidade

Prematuro
extremo x
Morbidade
neonatal

Avanços na
Cirurgia
cardíaca
infantil e
neonatal

Avanços na
Neurocirurgia
infantil e
neonatal

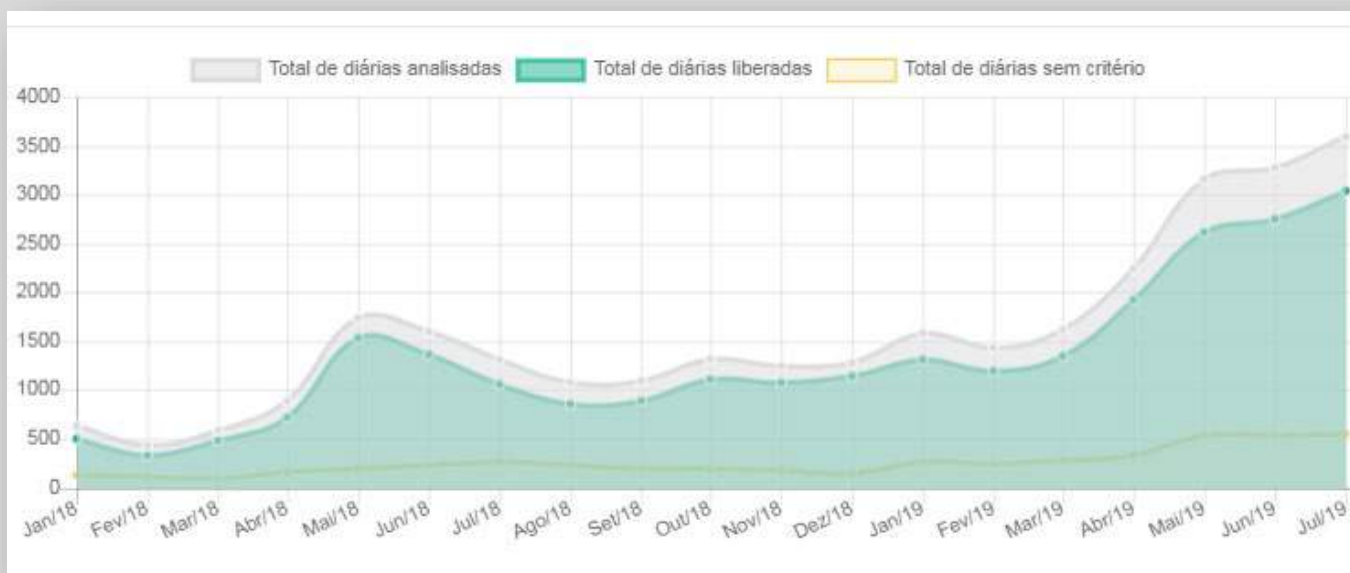
Pouco estudo
na literatura

Quando

- é + ?



Diárias analisadas



Período: Jan/2018 a Jul/2019

Total de diárias
analisadas

30.133

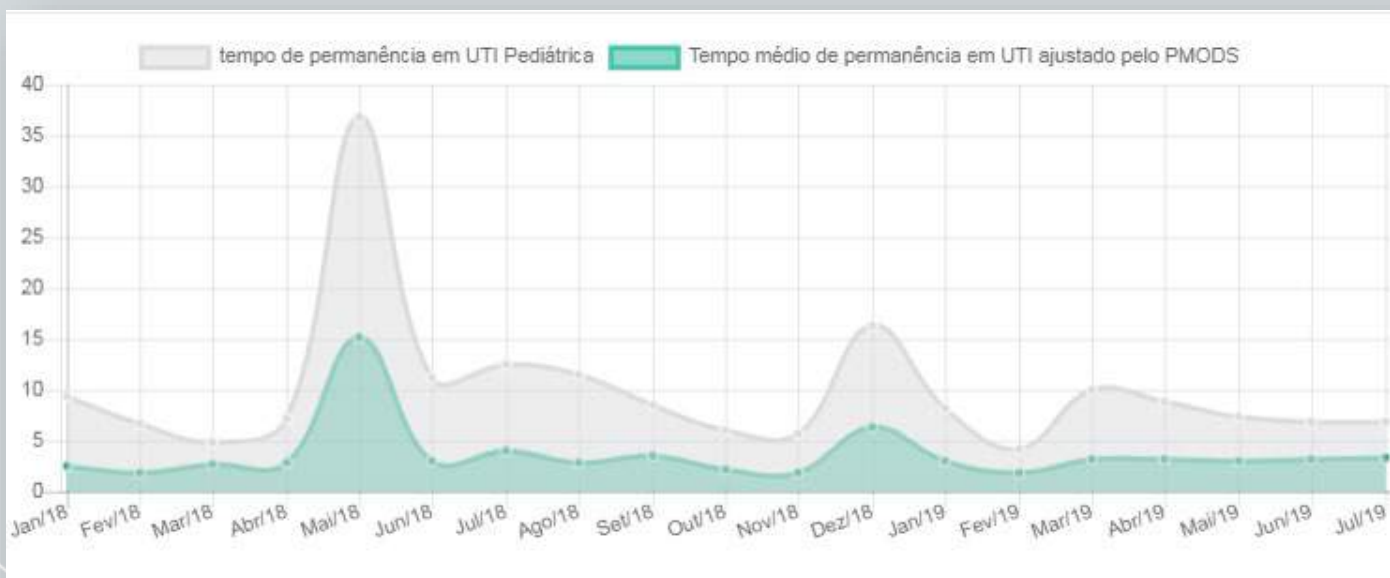
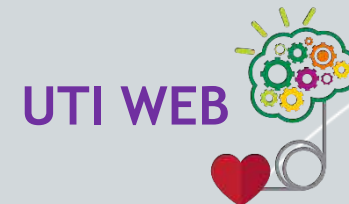
Total de diárias
liberadas

25.230 (83,7%)

Total de diárias
sem critério

4.903 (16,3%)

Tempo médio de permanência em UTI Pediátrica ajustado

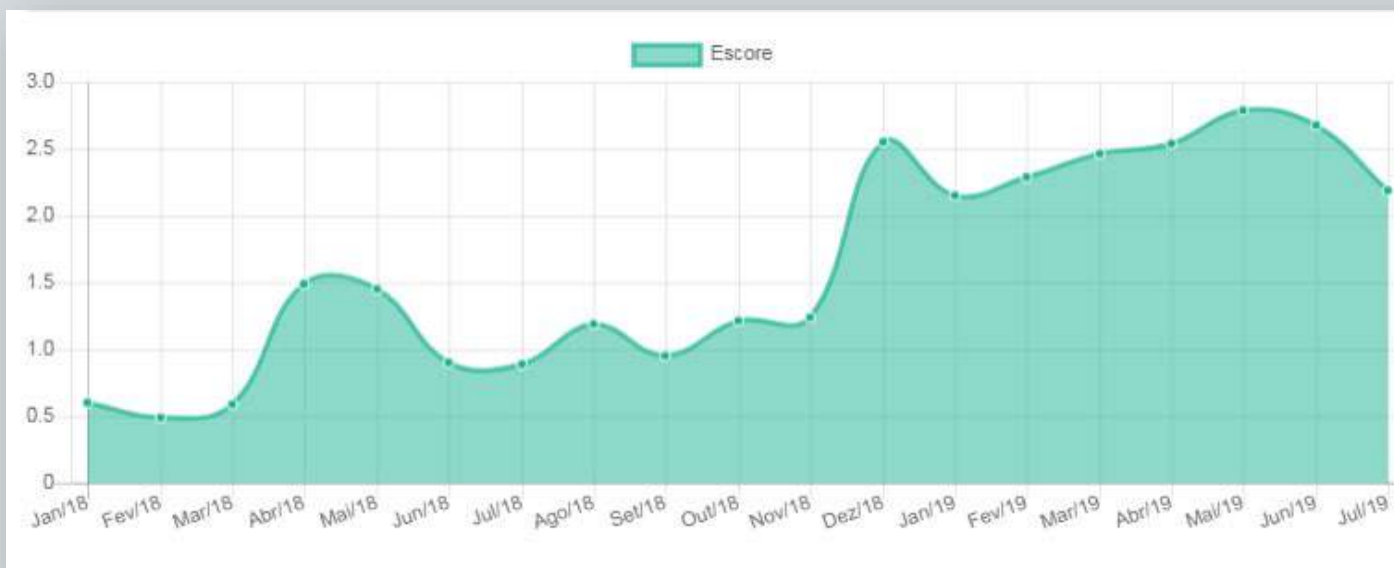


Período: Jan/2018 a Jul/2019

Total de internações
307

Total de diárias liberadas
2.969

Escore médio de tratamento paliativo

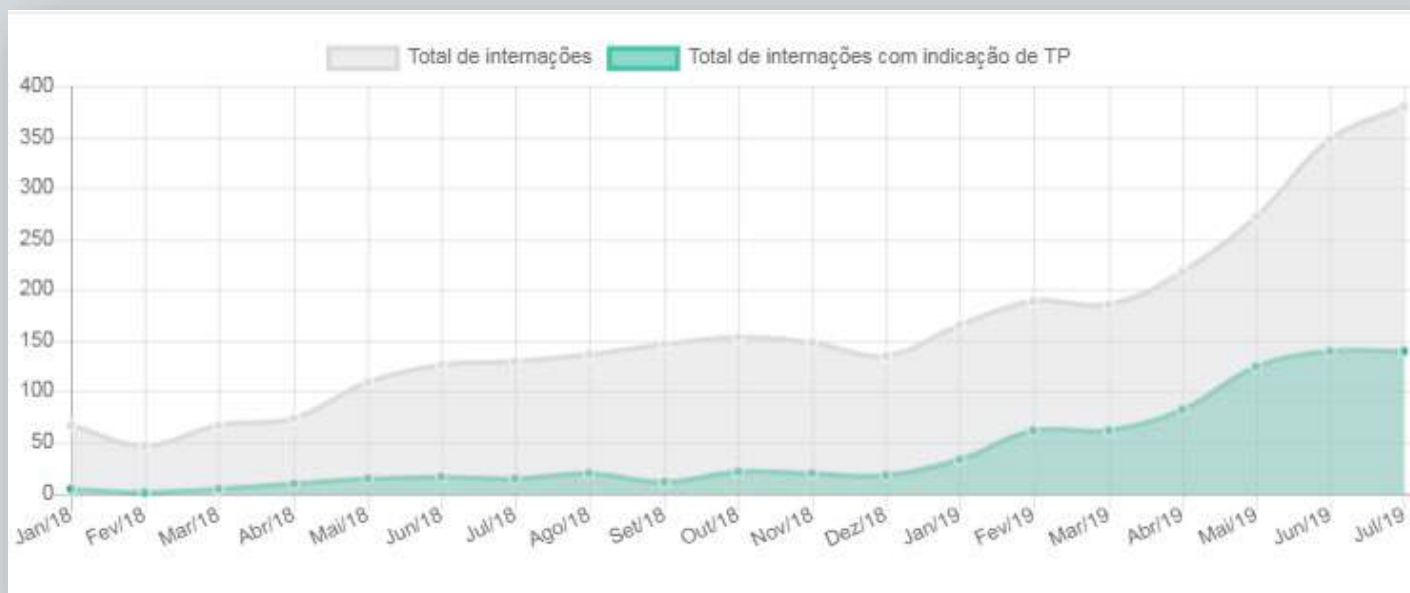
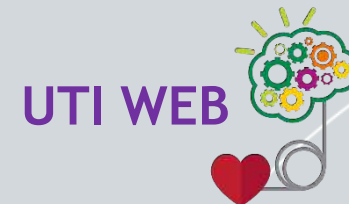


Período: Jan/2018 a Jul/2019

Total de internações
3.581

Total de prorrogações
7.396

Prevalência de indicação de tratamento paliativo em UTI Adulto



Total de
internações
3.095

Total de
prorrogações
801

Período: Jan/2018 a Jul/2019



Remuneração de serviços X Nível de complexidade



Auditoria Concorrente

The New York Times

Medicare Won't Pay for Medical Errors



T.C. Worley for The New York Times

Dr. Peter Cole's "Time-Out" towel reminds members of the surgical team, including Steven Huray, a technician, to count the sponges and instruments to ensure that none are left behind inside the patient's body.

By KEVIN SACK

A version of this article appeared in print on October 1, 2008, on page A1 of the New York edition.
Published online September 30, 2008.

Evento adverso
como abordar?

Medicare (Sistema de Saúde Americano)

Não reembolsa as seguintes intercorrências em pacientes internados

Queda e trauma

Infecção por cateter

Controle glicêmico inadequado

ITU associada a cateter

TVP/EP pós prótese de joelho ou quadril

Corpo estranho retido pós cirurgia

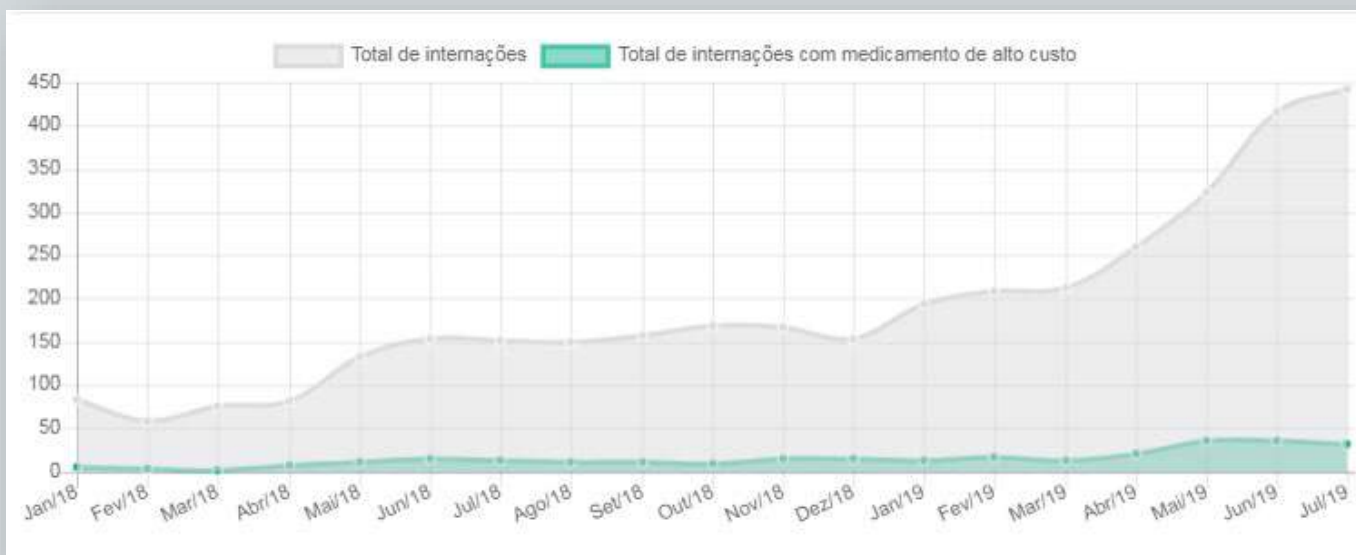
Infecção de ferida cirúrgica pós RM, certos procedimentos ortopédicos e bariátrica

Embolia gasosa

Transfusão incompatível

Úlcera de pressão III/IV

Prevalência do uso de medicação de alto custo



Período: Jan/2018 a Jul/2019

Total de internações
3.581

Total de internações
com medicamento
279



“
É impossível progredir sem mudança, e aqueles que não mudam suas mentes não podem mudar nada

George Bernard Shaw”

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

XXIX SUERJ

Unimed

somos
coop



Agradecimento

Bernardo Salgado
Gisella Vilela
Luiz Guilherme Soares
Maria Renata Pinheiro
Renato Vieira Gomes

XXIX SUERJ

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

