

Edson Silva
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

Serviços e cuidados
NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE



Edson Silva
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

Serviços e cuidados
NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Serviços e cuidados nas ciências da saúde

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Edson da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviços e cuidados nas ciências da saúde / Organizador
Edson da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0168-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.681220305>

1. Saúde. I. Silva, Edson da (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coletânea '*Serviços e cuidados nas ciências da saúde*' é uma obra composta por 50 capítulos, organizados em dois volumes. O volume 1 foi constituído por 26 capítulos e o volume 2, por 24.

O foco da coletânea é a discussão científica por intermédio de trabalhos multiprofissionais desenvolvidos por autores brasileiros e estrangeiros.

Temas atuais foram investigados pelos autores e compartilhados com a proposta de fortalecer o conhecimento de estudantes, de profissionais e de todos aqueles que, de alguma forma, estão envolvidos na estrutura do cuidado mediado pelas ciências da saúde. Além disso, conhecer as inovações e as estratégias desses atores é essencial para a formação e a atualização profissional em saúde.

Dedico essa obra aos estudantes, professores, profissionais e às instituições envolvidas com os estudos relatados ao longo dos capítulos. Gratidão aos autores que tornaram essa coletânea uma realidade ao partilhar suas vivências.

A você...desejo uma ótima leitura!

Edson da Silva

SUMÁRIO


CAPÍTULO 1..... 1

CUIDADOS PALIATIVOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE PACIENTES CRÔNICOS

Fernanda Caliman Curbani

Thamiris Chiabai Furlan

Jacqueline Damasceno de Castro Barros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203051>

CAPÍTULO 2..... 11

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM E QUALIDADE DOS CUIDADOS: UMA REFLEXÃO

Regina Maria Pires

Maria Margarida Reis Santos

Margarida Ferreira Pires


Maria Madalena Cunha

Maria Manuela da Silva Martins

Rui Paulo Asseiro Alferes

Luísa Paula da Silva Pires Alferes

Catarina Porfírio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203052>

CAPÍTULO 3..... 20

GESTÃO DE ENFERMAGEM A IDOSOS COM DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Erika de Barros Costa

Ana Claudia de Souza Leite

Tainá da Silva Carmo

Thayná Émille Colares da Silva

Sarah Karoline Ribeiro da Silva


Sadi Antonio Pezzi Junior

Tiago da Silva Leal

Amanda Alves Sousa

Josiane Nascimento da Silva

Rayane Rodrigues Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203053>

CAPÍTULO 4..... 31

MENSURAÇÃO DA DOR ONCOLÓGICA EM IDOSOS PELA ENFERMAGEM

Ana Claudia de Souza Leite

Thayná Émille Colares da Silva

Ana Vitória Ribeiro de Lima

Bruna Silva Lima


Erika Bastos da Costa

Taina da Silva Carmo

Letícia Maria Castelo Branco Moraes

Tiago da Silva Leal

Maria Clara Passos Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203054>

CAPÍTULO 5..... 43

COMPLICAÇÕES DA IMPLANTAÇÃO DE MARCA- PASSO EM PACIENTES DIABÉTICOS

Geovanna Bandeira de Brito Cavalcanti

Amanda Lima Souza

Anna Virna Neves Bomfim

Ranya Mirelle Santos de Medeiros

Vlândia Emanuelle Dias Soares

Maria das Mercês da Silva Carvalho

Keity Helen Alves Teixeira Lima

Cássia Gabriela Assunção Moraes


Alessandra Brum Paim

Myrlla Karoline Almeida Medeiros

Amanda Anita de Carvalho Pinto

Júlia Barreto Costa

Maria Carolina Furlan Lopera

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203055>


CAPÍTULO 6..... 52

A APLICABILIDADE DA CRIOLIPÓLISE NO TRATAMENTO DE LIPODISTROFIA LOCALIZADA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Bruna Sthefanny da Cunha Ferreira

Caroline Rocha Machado

Thais Azevedo Benites

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203056>

CAPÍTULO 7..... 63

PERCEÇÃO DOS GESTORES EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO SOBRE OS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) BRASIL PARA A MELHORIA DA EFICIÊNCIA OPERACIONAL E ENTREGA DE VALOR

Wilson Almeida


Ana Maria Cristina Beltrami Sogayar

Fabiana Lopes dos Santos

Mauro da Cruz Assad Monteiro

Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho

Lídia Guimarães Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203057>

CAPÍTULO 8..... 85

CEFALÉIA PÓS-RAQUIANESTESIA: CAUSAS E TRATAMENTO

Carina Galvan


Rosane Maria Sordi

Liege Segabinazzi Lunardi

Terezinha de Fátima Gorreis

Flávia Giendruczak da Silva


Andreia Tanara de Carvalho
Adelita Noro
Paula de Cezaro
Rozemy Magda Vieira Gonçalves
Ana Paula Narcizo Carcuchinski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203058>

CAPÍTULO 9..... 94

PACIENTES GRAVES COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO CAUSADO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DISTRITO FEDERAL

Júlia Fernandes Álvares da Silva
Cibelle Antunes Fernandes
Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6812203059>

CAPÍTULO 10..... 103

ESTRATÉGIAS DE ESTUDOS CIENTÍFICOS DO GRUPO DE PESQUISA TECDOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA


Raiane Ferreira de Barros
Ana Cláudia de Souza Leite
Julia França Torres
Sadi Antonio Pezzi Junior
Carla Viviane de Menezes Oliveira
Lucas Melo Matos
Edson da Silva Ribeiro
Dalila Sousa Freitas
Drissia Ferreira
Francisco Savio Machado Lima Gabriel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030510>

CAPÍTULO 11 115

TELECEDEBA: AMPLIANDO O ACESSO AO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES E DOENÇAS ENDÓCRINAS PARA TODO O ESTADO DA BAHIA

Gladys R. de Oliveira
Flávia Reseda Brandão
Daiana C.M. Alves
Érica L. C. de Menezes
Mariângela C. Vieira
José Cristiano Soster
Reine Chaves Fonseca
Maria das Graças V. de Faria

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030511>

CAPÍTULO 12..... 121

EXPANDINDO O CONHECIMENTO EM GENÉTICA MÉDICA EM TEMPOS DE COVID-19 E ERA INFORMACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luana Mendonça Arrais

Maria Denise Fernandes Carvalho de Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030512>

CAPÍTULO 13..... 125

PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO

Rayane Menezes Coelho Pereira Lopes

Maicon Costa de Moraes

Wevilin Luiz Inácio Casimiro de Oliveira

Larissa Christiny Amorim dos Santos

Wanderson Alves Ribeiro

Carla de Souza Couto

Enimar de Paula

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Keila do Carmo Neves

Ana Lúcia Naves Alves

Caroline Oliveira Nascimento Barroso

Richardson Lemos de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030513>

CAPÍTULO 14..... 141

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O MANEJO DA DOR EM IDOSOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Claudia de Souza Leite

Tainá da Silva Carmo

Erika de Barros Costa

Julia França Torres

Thayná Émille Colares da Silva

Vitória Régia Santos Alves

Nathalia Maria Lima de Souza

Caren Cristine Oliveira Gomes

Ana Alicia Braz Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030514>

CAPÍTULO 15..... 155

VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B: RESPOSTA VACINAL EM TRABALHADORES DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

João Felipe Tinto Silva

Felipe Santana e Silva

Ana Claudia Koproski

Robson Feliciano da Silva

Giuliano Araújo Henrique

Anderson Fernandes de Carvalho Farias


Emanueli Larice Costa Araújo

Bruno Ricardo Leite Barboza

Liliane Maria da Silva

Klecia Nogueira Máximo

Cássio Moura de Sousa
Caroline Kroning Feijó
Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030515>

CAPÍTULO 16..... 166

INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Adriane Karal
Dara Montag Portaluppi
Kéuri Zamban Branchi
Micheli Bordignon
Arnildo Korb
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Leila Zanatta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030516>

CAPÍTULO 17..... 188

TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO DE PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Fernanda Matheus Estrela
Karoline Vasconcelos Campos
Nayara Silva Lima
Juliana Bezerra do Amaral
Rose Ana Rios David
Priscila Araújo Grisi
Sostenes Hermano Virgolino Missias
Carleone Vieira dos Santos Neto
Ana Carla Barbosa de Oliveira
Josenira Nascimento Silva
Dilmara Pinheiro Carvalho
Dailey Oliveira Carvalho
Barbara Sueli Gomes Moreira
Rosenildes Santos Almeida
Georgia Neves da Silva
Fabiana Vanni Brito
Renata da Silva Schulz
Tania Maria de Oliveira Moreira
Emanuelle de Oliveira Moreira
Sheyla Santana de Almeida
Ana Ligia Martins Sousa
Amanda Cibele Gaspar dos Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030517>

CAPÍTULO 18..... 200

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REALIDADE

Lucas Alves Gontijo

Keli Cristina da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030518>

CAPÍTULO 19.....213

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS: FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO


Josiane Priscila Sales Rocha
Afonso Pedro Guimarães Pinheiro
Aimê Mareco Pinheiro Brandão
Naiara Miranda Barboza
Gabriel Luan Campos Albuquerque
Ana Cláudia Paiva Cardoso
Vencelau Jackson da Conceicao Pantoja
Giovanni Paulo Ventura Costa
Camila Rodrigues Barbosa Nemer
Rubens Alex de Oliveira Menezes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030519>

CAPÍTULO 20.....231

INCORPORAÇÃO DE FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA O MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE TUBERCULOSE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM


Adriane Farias Valentin
Ericle Luna Costa
Sanay Souza Pedrosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030520>

CAPÍTULO 21.....237

EPIDEMIOLOGIA DO COVID-19 EM UMA CIDADE NO OESTE DO PARÁ: IMPACTOS NEGATIVOS A QUALIDADE DE VIDA

Adriele Pantoja Cunha
Lívia de Aguiar Valentin
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Tatiane Costa Quaresma
Yara Macambira Santana Lima
Franciane de Paula Fernandes
Maria Goreth da Silva Ferreira





 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030521>

CAPÍTULO 22.....249

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19 BASEADA NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Mylena Carolina Gonçalves
Renata de Paula Faria Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030522>

CAPÍTULO 23	266
“VARANDA DE ESPERAS”: NOVOS POSICIONAMENTOS DA FAMÍLIA NOS DISPOSITIVOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	
João Camilo de Souza Junior Anamaria Silva Neves	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030523	
CAPÍTULO 24	279
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO SOBRE O MANEJO EM SURTOS PSICÓTICOS NA EMERGÊNCIA	
Isabella Caroline Leventi Vasconcelos Gabrielly Jack Frizon	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030524	
CAPÍTULO 25	281
DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE UMA LIGA ACADÊMICA DE PSIQUIATRIA NO CONTEXTO PANDÊMICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Luiz Alfredo Roque Lonzetti Emily Meireles Ricardo Berti Maria Eduarda Chiquetti Patrick Poloni	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030525	
CAPÍTULO 26	291
POSSÍVEIS IMPACTOS DA DOCTRINA E TERAPÊUTICA ESPÍRITA NA SAÚDE MENTAL	
Tiago Medeiros Sales Raimunda Hermelinda Maia Macena	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.68122030526	
SOBRE O ORGANIZADOR	304
ÍNDICE REMISSIVO	305

PERCEPÇÃO DOS GESTORES EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO SOBRE OS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) BRASIL PARA A MELHORIA DA EFICIÊNCIA OPERACIONAL E ENTREGA DE VALOR

Data de aceite: 01/04/2022

Wilson Almeida

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs
Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Ana Maria Cristina Beltrami Sogayar

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs
Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Fabiana Lopes dos Santos

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs
Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Mauro da Cruz Assad Monteiro

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs
Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs
Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

Lídia Guimarães Morais

Mestrado Profissional em Administração-
UNIALFA/CBEXs
Microeconomics of Competitiveness – MOC –
ENFOQUE GESTÃO DE SAÚDE

RESUMO: O Diagnosis Related Groups (DRG) é uma metodologia de classificação de doenças para pacientes internados em hospitais desenvolvido no final da década de 60 por Fetter e uma equipe de pesquisadores da Universidade de Yale nos Estados Unidos, que reflete a média da relação do tipo de paciente tratado no hospital e a previsibilidade do consumo de recursos relacionado a esse tratamento. Foi realizado um estudo do tipo analítico, transversal, com Profissionais da Gestão em Saúde, representantes de tomadores de decisões estratégicas desta unidade para identificar a percepção deste grupo em relação à eficiência operacional e entrega de valor, por meio de um questionário e posteriormente analisado por um grupo de especialistas. Resultado: Contextualizando as questões relacionadas a sustentabilidade dos sistemas de saúde e o conceito de "Valor em Saúde", amplamente discutido nos últimos anos, a heterogeneidade dos resultados encontrados na pesquisa com lideranças do Setor de Saúde, demonstra o desafio que ainda existe em análise dos dados, correlação com a realidade e com eficiência em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: DRG, valor, gestão, saúde, eficiência.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo pesquisa realizada pela consultoria Deloitte, na publicação “O futuro desperta” (2017), são projetadas muitas mudanças no campo da saúde até o ano de 2022, entre tantas tendências, destacam-se o

aumento da expectativa de vida, o crescimento exponencial em tecnologias para a saúde populacional, o desenvolvimento de novos programas baseados em genética, o aumento de infraestrutura para a medicina de precisão, o aumento de doenças crônicas, a cronificação de doenças agudas e a inversão da pirâmide populacional em diversas nações que ainda não enfrentam tal realidade.

No contexto brasileiro, o Instituto Coalizão Saúde (ICOS, 2018), grupo formado por importantes lideranças na temática de saúde, traz a definição teórica de valor em saúde, como: O equilíbrio entre (1) a percepção do cidadão quanto à experiência assistencial; (2) prevenção e tratamentos apropriados que proporcionem desfechos clínicos de alta qualidade; (3) e custos adequados em todo o ciclo de cuidado, permitindo a sustentabilidade do sistema de saúde. (ICOS, 2018, p. 12).

A importância desta temática no Brasil é tão alta que recentemente (março/2019), a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), regulador da saúde suplementar no Brasil, disponibilizou ao mercado um guia para remuneração baseado em valor. Neste guia, a agência traz propostas inovadoras que o mercado da saúde suplementar pode utilizar no processo de remuneração a todos os elos da cadeia produtiva de saúde. Como grande objetivo, a ANS pretende incentivar o início dos projetos que premiam aqueles que entregarem mais em qualidade dos serviços, trabalhando com um controle financeiro importante para a sustentabilidade do sistema.

O ponto mais importante na visão da ANS é que determinados programas fomentem o desenvolvimento de projetos no âmbito preventivo em relação às doenças.

O Diagnosis Related Groups (DRG) é uma metodologia de classificação de doenças para pacientes internados em hospitais desenvolvido no final da década de 60 por Fetter e uma equipe de pesquisadores da Universidade de Yale nos Estados Unidos, que reflete a média da relação do tipo de paciente tratado no hospital e a previsibilidade do consumo de recursos relacionado a esse tratamento.

Para o desenvolvimento do sistema de classificação DRG, os pesquisadores de Yale utilizaram o seguinte pressuposto básico: mesmo que cada paciente seja único, eles possuem características semelhantes entre si nos aspectos sociais, demográficos, nosológicos e terapêuticos, o que permite seu agrupamento. Desta forma, a construção de grupos formados por pacientes semelhantes, em princípio, possibilitaria a caracterização dos diferentes produtos hospitalares.

Acentua-se que, apesar do DRG ser uma metodologia voltada para o controle de custos, seus benefícios vão além dos aspectos financeiros como por exemplo a melhoria na qualidade assistencial, por permitir a avaliação da ocorrência de condições adquiridas, dentre elas, as infecções hospitalares, com consequente redução da duração da permanência hospitalar dos pacientes (Husser, Guerin, Bretones, 2012).

A efetividade mensurada pelo DRG em uma organização poderá ser comparada com outras organizações hospitalares, criando oportunidades de melhoria de desempenho

(Serufo, 2014).

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento. Os pacientes internados em processo de reabilitação recebem atendimento clínico e cirúrgico adequado às suas necessidades, visando intensificar o tratamento multidisciplinar, com intervenções terapêuticas e orientação para promoção da saúde.

Mais recentemente, o conceito de valor em saúde tem evoluído de forma exponencial no cenário mundial, em função dos diversos desafios apresentados pela sociedade contemporânea, entre eles, o próprio aumento da população, seu respectivo envelhecimento e o desejo e a necessidade de acesso às novas descobertas.

Porter (2010, p. 2478) afirma que “medir, relatar e comparar os resultados talvez sejam os passos mais importantes para melhorar rapidamente os resultados e fazer boas escolhas sobre a redução de custos”.

O gerenciamento de uma organização hospitalar exige provisionar seus custos/gastos com ferramentas que a aproximam da realidade. A tarefa de aferição da produtividade pode ser complexa e duvidosa, dessa forma, diversos métodos são experimentados e a utilização do DRG tem se mostrado eficiente, sendo utilizado na avaliação de produtividade através de desfechos assistenciais. Desta forma, considerando os melhores cases dentro do nosso escopo de atuação profissional para elaboração deste estudo, criou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a percepção dos gestores em um Hospital de Reabilitação sobre os impactos da implantação da metodologia DRG para a melhoria da eficiência operacional e entrega de valor?

2 | OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção dos gestores em um Hospital de Reabilitação sobre os impactos da implantação da metodologia DRG.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto Geral

O CRER está localizado no município de Goiânia, é uma instituição reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV referência na Reabilitação e Readaptação Física, Auditiva, Intelectual e Visual, fundamentada no ensino e pesquisa, tendo sido habilitada como Centro de Referência de Reabilitação em Medicina

Física, Auditiva, Visual e Intelectual, pela Portaria MS/SAS nº 496 de 03/05/2013. O CRER atende no âmbito da média e alta complexidade a população de Goiânia e municípios do Estado de Goiás.

De acordo com estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, a população do Estado de Goiás apresenta 7.113.540 habitantes.

A população de Goiânia, no mesmo período foi estimada em 1.536.097 habitantes, com área territorial de 728,841 km² e densidade demográfica 1.776,74 hab./km², representando 21,06% da população do Estado de Goiás.

Dados do programa das nações unidas para o desenvolvimento (PNUD), demonstram em uma comparação entre o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), no ano de 2010, que o IDH brasileiro foi de 0,699, numa escala de 0 a 1, no mesmo período analisado o IDHM no Estado de Goiás foi de 0,735, e no município de Goiânia o IDHM foi de 0,799 e está situado na faixa de desenvolvimento humano alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) melhor índice, se comparado a Goiás e ao Brasil.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo (SEPLAN) da prefeitura de Goiânia, o município representa a sexta maior cidade do Brasil em tamanho, o décimo segundo município mais populoso do Brasil e segunda cidade mais populosa do Centro-Oeste, sendo superada apenas por Brasília, com 256,8 km² de área urbana, e uma taxa de crescimento que variou de 2,31% em 1991 para 1,71% em 2017.

Esses dados são importantes para a compreensão do contexto regional, local e econômico ao qual este Hospital de Reabilitação está inserido e qual o seu papel para a rede de atenção à saúde no Estado de Goiás.

Assim, quanto mais a humanidade se dedica para alcançar uma vida verdadeiramente saudável e ativa na tentativa de viver mais e com qualidade, os gastos com à saúde crescem de igualmente proporcional. Prova de tal situação é vista quando comparamos a inflação dos países versus os custos com a saúde. Para se ter uma ideia, segundo o Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), órgão que administra o sistema de saúde norteamericano – hoje o país que mais gasta com saúde no mundo –, os Estados Unidos terão um crescimento com os gastos em saúde a uma taxa anual de 5,8% até 2025 ou 1,3 ponto percentual acima do PIB do país.

Porém o problema não consiste nos gastos em si ou somente neles, mas na efetividade desse gasto, ou, em outras palavras, na custo-efetividade que tal gasto traz ao sistema versus o quanto ele entrega ao usuário. O gráfico 1 apresenta dados do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) por meios dos quais é possível observar um comparativo global entre os gastos em saúde de 2000 até 2018. O resultado demonstra que os custos mais que duplicam ao longo desses 18 anos, chegando a 10,8 trilhões de dólares em 2018.

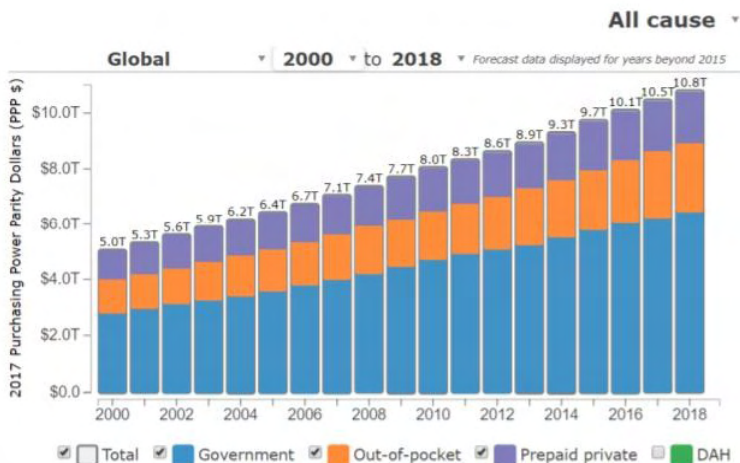


Gráfico 1 - Gastos globais em saúde entre 2000 e 2018 (dólares).

Fonte: IHME, 2019.

Ao analisar as tendências com os gastos em saúde é possível observar que tal número trabalha em curva ascendente, mostrando que os gastos totais globais com saúde chegarão em 2035 a quase o dobro de 2019, alcançando 17,8 Trilhões de dólares, como evidenciado no gráfico 2.

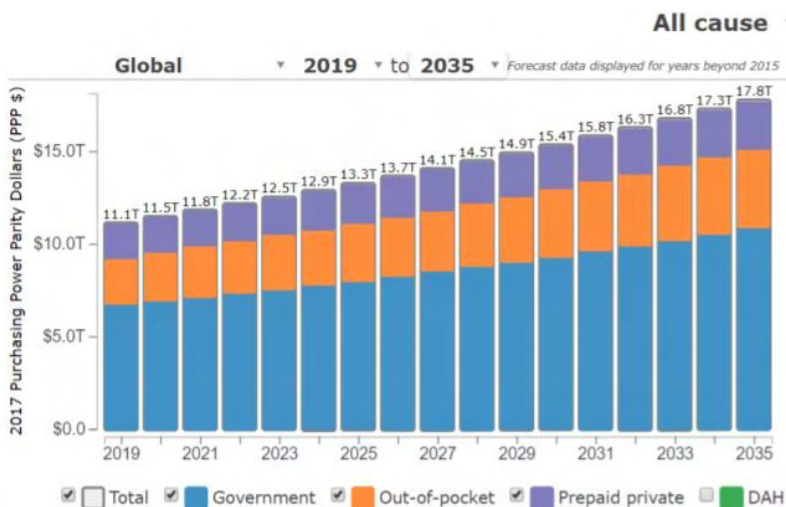


Gráfico 2 - Gastos em saúde entre 2019 e 2035 (dólares).

Fonte: IHME, 2019.

Trazendo o parâmetro para o Brasil, é possível verificar que os números estão alinhados com o descontrole global, pois a chamada “inflação médica” ainda é maior que a

do próprio país, como apresentado no gráfico 3.

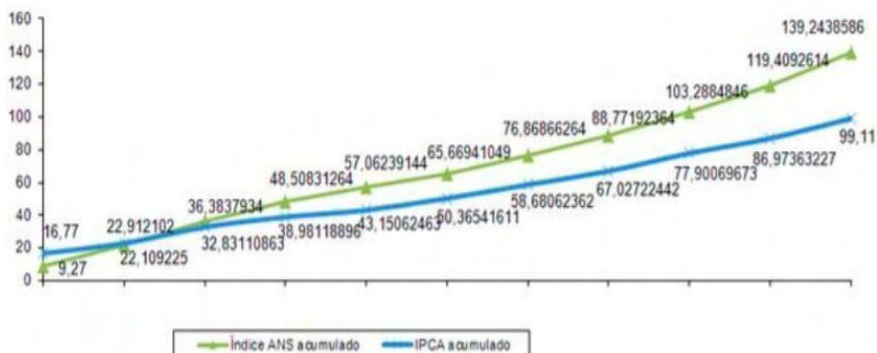


Gráfico 3 - Evolução dos índices dos planos de saúde (individual) da ANS em relação à inflação (IPCA) acumulados entre 2003 e 2013.

Fonte: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC, 2019.

Segundo Medici (2012), em uma comparação direta dos gastos em saúde globais versus o Brasil, o cenário é preocupante. Porém, não muito distante, outros países no mundo também se posicionam em situação de risco. Ainda assim, o Brasil possui uma vantagem: como o investimento em saúde ainda é pequeno, existe uma possibilidade maior de correção de erros e realização de investimentos nos locais corretos e com maior velocidade, tendo como resultado mudanças menos bruscas em relação a países que já aportam mais dinheiro em operações de saúde.

3.2 Contexto do Negócio

O sistema DRG foi criado em colaboração pelas escolas de saúde pública e administração da Universidade de Yale no final da década de 60, sendo o projeto liderado pelo professor Robert Fetter.

Em meados da década de 70 esse sistema sofreu adaptações para atender a proposta de ser usado como base para o pagamento a hospitais no estado de Nova Jersey (EUA).

A partir dos anos 80, além do início de sua utilização na Europa para estratificação de risco de grupos homogêneos de diagnósticos, também passou a ser utilizado como pagamento prospectivo a hospitais que prestam assistência aos beneficiários do esquema governamental de seguro americano (Medicare). Desde a década de 90, essa ferramenta consolidou-se como metodologia associada a efetividade assistencial (podendo estabelecer relação dos resultados assistenciais e custos). Desde então, tem sido mundialmente utilizada para apoio à gestão clínica de hospitais, correlacionando os tipos de pacientes atendidos nas instituições com os recursos consumidos durante o período da permanência

hospitalar.

Em meados da década de 90, mais países incorporaram o DRG como principal meio de informação para o reembolso de hospitais e até hoje eles mantêm esse sistema. São exemplos de países que aplicaram o DRG a China (GAO, 2013), Alemanha (Herwartz & Strumann, 2012), França (Husser, Guerin, & Bretones, 2012).

Inicialmente, separaram-se os possíveis diagnósticos em sistemas do corpo humano e dentro de cada sistema foi feita uma subdivisão em grupos. Cada grupo, então, era avaliado em relação a quantidade de recursos consumidos para o tratamento de determinada condição de saúde. Desde o princípio de sua elaboração o DRG manteve o foco na clínica e no paciente, sendo que os grupos de trabalho eram compostos por médicos e estatísticos que buscavam a coerência médica e estatística nos agrupamentos.

O DRG constitui um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais que atendem casos agudos, ou seja, aqueles em que a média de permanência do paciente não ultrapassa 30 dias.

A construção do sistema consiste na combinação de idade, diagnóstico principal, comorbidades e complicações da doença, ou diagnósticos secundários e procedimentos realizados como variáveis definidoras das categorias. O sistema DRG permite a comparação do desempenho hospitalar, permitindo classificação e facilidade na obtenção dos dados de hospitalização necessários, que podem ser coletados em resumos de saída hospitalares. Essa classificação atualmente é utilizada em diversos países do mundo e sofre muitas modificações, aprimoramento e criação de novas versões, de acordo com cada país (Noronha, Portela, Lebrão, 2004).

Este produto hospitalar pode ser entendido como o conjunto específico de serviços oferecidos para cada paciente (Veras et al., 1990).

Seu propósito inicial era permitir comparações de desempenho nos hospitais (Mathauer & Witenbecher, 2013).

Para formar os grupos foi desenvolvida uma metodologia que usa técnicas estatísticas e computacionais, aliadas aos conhecimentos de medicina e dos processos de atendimento hospitalar (Noronha et al., 1991).

Ao se formarem os grupos, espera-se que os casos dentro de cada DRG sofram evoluções clínicas semelhantes. Em seguida, estes grupos devem incorrer nos custos de diagnóstico e tratamento dentro de uma escala predefinida. Esta previsibilidade foi comprovada em estudos de custos de doenças, assim como em ensaios sobre eficiência clínica (Wang et al., 2014).

Este foi o caso de gestações de risco, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, depressão, dependência de drogas e álcool, hepatite, distúrbios neonatais, pneumonia e câncer (Mihailovic, Kocic & Jakovljevic, 2016).

Os benefícios do DRG foram evidenciados em diversas pesquisas e constatou-se que sua utilização gerou maior eficiência nos gastos, diminuição do tempo de internações

e melhor controle de gestão (Gao, 2013; Mihailovic, Kocic, Jakovljevic, 2016).

Atualmente existem 784 produtos DRG (Saúde Business, 2017) no total, sendo que cada um deles possui um consumo homogêneo de recursos. Além dessa similaridade, os grupos são clinicamente coerentes, baseados em variáveis disponíveis nos prontuários médicos e definidos sem ambiguidade e limitados a uma quantidade possível de ser utilizada no cotidiano da gerência dos serviços.

No Brasil, a gestão da saúde pode se beneficiar dessa metodologia principalmente pelo seu potencial em mitigar iniquidades existentes. A proposta de valor está estruturada na ampliação da capacidade de gestão dos serviços de saúde conforme avaliação epidemiológica e monitoramento dos achados, direcionando intervenções que tenham maior custo-efetividade, com pagamento e gestão focados em resultados e remuneração associada a desempenho (CISS,2005).

No momento em que o paciente tem alta, seu diagnóstico é catalogado de acordo com a décima edição da Classificação Internacional de Doenças e seus procedimentos segundo o Código Único de Procedimentos de Saúde, categorização nacional, a qual foi fundamental aprovar pela nona edição de Classificação Internacional de Doenças e Modificações Clínicas, pois o DRG utiliza esta versão de classificação (CORTÉS et al, 2016).

A característica mais importante dos DRGs é permitir a comparação do desempenho hospitalar. Essa qualidade da classificação, associada à facilidade na obtenção dos dados de hospitalização necessários, encontrados em resumos de saída hospitalares, é o que permite sua utilização para diversos propósitos dentro da grande área de gestão dos serviços hospitalares. Sua aplicação tem sido voltada para o pagamento de hospitalizações e para o planejamento e gestão do sistema de atenção hospitalar em seus diversos níveis. (Wiley,1992).

Existem dois tipos principais de extremos de padrões de pagamento de prestadores. O modelo fee-for-service, cujos pagamentos se referem ao volume e à intensidade de serviços médicos fornecidos, ou seja, não há moderação correta para os prestadores e os modelos de pagamentos prospectivos, como os Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRGs), nos quais os pagamentos são fixados prospectivamente por paciente, sem levar em conta a intensidade ou o custo dos serviços prestados (McClellan, 2011 apud REIS, 2017).

O estudo e implementação da classificação DRG podem proporcionar melhoria na eficiência médica dos hospitais, maior produtividade, aumento da transparência dos gastos hospitalares, diminuição de tratamentos excessivos, diminuição dos gastos do sistema de saúde (causando melhoras na economia do país), possibilidade de moldá-lo às características de cada país, além de não causar mudanças radicais nos tratamentos dos pacientes.

Segundo Porter e Tiesberg (2006), valor em saúde se resume a uma equação onde

valor é igual a qualidade dividida pelo custo ($V=Q/C$). Neste caso valor pode estar ligado tanto ao conceito de qualidade assistencial ou qualidade de vida como desfecho. Busca-se uma análise de correlação entre essas dimensões no aspecto ampliado do termo valor, inclusive com um retrato financeiro disso. Também, segundo os autores, o mercado de saúde trabalha basicamente considerando o cálculo de soma zero, ou seja, não importa qual será o resultado efetivo que trará ao paciente, mas sim de que maneira ocorrerá a capitalização sobre aquele processo de tratamento.

Passado algum tempo desde a publicação do conceito de cadeia de valor, Porter e Tiesberg (2006) propõem uma nova dinâmica teórica, a qual se traduz como saúde baseada em valor (em inglês, Value-Based Health Care). Tal teoria traz consigo duas grandes preocupações: custos mais acessíveis e melhores desfechos, ou em outras palavras resultados de qualidade aos pacientes. Assim se propôs, pela primeira vez, uma equação numérica para se atingir o resultado de valor, no qual custo é dividido por qualidade da entrega e o resultado de tal equação se traduz em valor.

Em um artigo publicado em 2010, Porter traz uma visão mais tridimensional a respeito da mensuração baseada em valor aplicada a saúde. Segundo o autor, uma vez que valor fica definido como os resultados em relação aos custos, automaticamente o resultado tem que ser eficiência.

Porter (2010) afirma que “a redução de custos sem levar em conta os resultados alcançados é perigosa e autodestrutiva, levando a falsas “economias” e potencialmente limitando o atendimento eficaz.” Neste mesmo artigo o autor traz o conceito de mensuração em valor, em que afirma que todas as atividades de cuidado ao paciente são interdependentes, e para pacientes que exigem assistência primária ou preventiva, o real significado de valor se constrói ao longo do tempo. Portanto, a única maneira de medir com precisão o valor é a acompanhar os resultados desse paciente de forma longitudinal e contínua (PORTER, 2010).

3.3 Desafios dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil

Durante muitos anos, o debate sobre gestão de saúde ou quais seriam as melhores práticas do mercado toma os centros das discussões no mundo. Isso se deve pela grande dificuldade que os executivos do segmento identificam para encontrar, além de novas soluções, profissionais qualificados para atender as novas demandas dos mercados. Tais questões envolvem áreas regulatórias, avanços tecnológicos, educação em saúde se moldando a nova realidade com a utilização cada vez maior de inteligência artificial e questões éticas no mercado da saúde.

Segundo a Revista Forbes (2013), existem cinco grandes desafios para o mercado da saúde pelos próximos anos, os quais são:

3.3.1 *Muitos cuidados desnecessários (too much unnecessary care)*

O uso excessivo e o cuidado desnecessário são responsáveis por um terço a metade de todos os custos de saúde, que equivalem a centenas de bilhões de dólares, além do meio trilhão de especialistas por ano atribuído à perda de produtividade e incapacidade.

(BINDER, 2013, p.1)

Corroborando tal asserção, uma pesquisa realizada por Cors e Sagin (2011) demonstra as possíveis principais razões do uso demasiado do cuidado. Os autores destacam os seguintes pontos:

- Metodologias de pagamento que incentivam o volume à qualidade;
- Demanda do consumidor por serviços;
- Um clima de negligência que encoraje a prática de medicina defensiva;
- Falta de dados de eficácia comparativa;
- Má comunicação e coordenação dos cuidados entre os provedores;
- Registros eletrônicos de saúde inadequados e registros eletrônicos como apoio à decisão;
- Cultura prática predominante na qual “mais é melhor” e valor elevado é colocado em intervenções tecnológicas. Uma ênfase na autonomia prejudica o uso de protocolos padronizados e adoção rápida de melhores práticas;
- Publicidade direta ao consumidor;
- Pressão de tempo nas interações do paciente com os médicos;
- Conflitos de interesse entre a comunidade médica e indústrias que vendem tecnologia médica e drogas.

3.3.2 *Danos evitáveis aos pacientes (Avoidable Harm to Patients)*

Este é um dos problemas mais comuns dos cuidados de saúde. As estatísticas são impressionantes. Veja um exemplo: um em cada quatro beneficiários do Medicare internados em um hospital sofre algum tipo de dano durante a estadia. Você entraria no seu carro se pensasse que tinha uma chance em quatro de dano durante a viagem?

(BINDER, 2013, p. 1)

Segundo Benedicto (2019), mesmo os profissionais da saúde agindo da forma mais adequada, o número de tecnologias que são lançadas diariamente, associadas a um tipo de “overdose” de tratamento aumentam os riscos de efeitos indesejáveis.

3.3.3 *Bilhões de dólares estão sendo desperdiçados (Billions of Dollars are Being Wasted)*

Um relatório do Institute of Medicine Health sugere que um terço ou mais dos custos de saúde são desperdiçados. O custo dessas entregas eletivas precoces e prejudiciais foi estimado em um estudo no American Journal of Obstetrics and Gynecology em quase US \$ 1 bilhão por ano.

(BINDER, 2013, p. 1)

Em sua pesquisa, Zucchi, Nero e Malik (2000) já traziam, no início desse século as principais causas dos aumentos significativos em saúde. Como primeira causa os autores colocam o crescimento exponencial dos preços de bens envolvidos diretamente com a saúde, tal fato sendo justificado pela melhora da tecnologia e (ou) do aumento da demanda de serviços de saúde, no qual é um dos itens que corroboram diretamente com a inflação médica.

A segunda causa se trata também de um aumento, mas agora no consumo de procedimentos relacionado diretamente com o aumento populacional.

Na terceira posição, os autores trazem em seu texto o conceito de oferta e demanda, em que aqueles que desejam adquirir bens encontram aqueles que os oferecem ao mercado e por sua vez, quanto mais dos lados dessa relação crescer de forma automática, traz o outro consigo (em crescimento ou diminuição do mercado).

De forma muito clara, como quarta razão os autores colocam os surgimentos de novas tecnologias (bens), medicamentos, etc. não somente em decorrência de pesquisas, mas sim de um processo natural de desenvolvimento setorial da saúde.

3.3.4 *Incentivos perversos em como pagamos pelos cuidados (Perverse Incentives in How We Pay for Care)*

Tradicionalmente, os planos de saúde, Medicare e Medicaid pagam provedores por quaisquer serviços que prestam, independentemente de o serviço realmente beneficiar o paciente.

(BINDER, 2013, p. 1)

Naidoo (2015), destaca os pontos principais para se evitar as denominadas “iniciativas perversas” do mercado de saúde. Em sua pesquisa, o autor traz à tona que o profissionalismo não depende somente das diretrizes, normas, políticas públicas ou regras das entidades representativas de categoria. Para se extinguir por definitivo tal prática do mercado, o melhor caminho é a auto regulação das pessoas, começando a compreender que todos os efeitos negativos que serão colhidos no futuro, foram plantados hoje através da sociedade.

3.3.5 Falta de Transparência (Lack of Transparency)

Temos muito mais informações disponíveis para comparar e selecionar um carro novo do que para escolher onde ir para cuidados de saúde que salvam vidas. A transparência estimula a mudança como nada mais.

(BINDER, 2013, p. 1)

Segundo texto publicado na Forbes (2018), com início em 2019 e para os próximos anos iremos enfrentar oito movimentos disruptivos na saúde que serão a base para a mudança desse dilema já descrito acima. Estes são:

- 1) Das empresas de cuidados com a saúde, em âmbito global, 15% irão despende recursos para modelos inovadores tendo como base projetos de valor em saúde;
- 2) Haverá uma ruptura no teto de gastos em investimento para inteligência artificial em saúde (ultrapassando os 1,7 Bilhões de dólares);
- 3) Número de tratamentos menos complexos, feitos em domicílio crescerá 30%;
- 4) A Ásia se transformará no mais novo local de concentração de desenvolvimento e tecnologias para a saúde, sobretudo de medicamentos e equipamentos médicos;
- 5) Análise de dados mudam de big data para informações menores e mais refinadas;
- 6) A saúde será um dos setores que mais utilizará sistemas baseados em voz no mercado digital;
- 7) Blockchain se torna finalmente uma realidade nas vidas das pessoas ou usuários de saúde;
- 8) Novos modelos em organizações de saúde irão mexer com mercado, especialmente com os pagadores, ou seja, as empresas.

É possível perceber que os temas abordados são questões complexas até o dia de hoje para a maior parte das estruturas de saúde no mundo, e que, independentemente do tempo, os desafios continuam sendo muito próximos.

3.4 Discussão sobre a situação atual e futura

Segundo O'connor e Neumann (2006), enquanto o pagamento dos hospitais e as estruturas de saúde forem realizados por sua atividade e não pelos desfechos que os mesmos trazem aos pacientes, nos manteremos nessa situação complexa. Mesmo considerando que tal pesquisa tenha sido realizada há mais de uma década atrás, percebe-se que o tema continua atual, pois, ao visualizar a efetividade dos gastos em saúde ao redor do mundo, nota-se que nem sempre os países com os maiores gastos são aqueles que trazem em seus resultados a maior eficiência.

Segundo Miller e Lu (2018) em artigo publicado pela agência Bloomberg, dados estatísticos recentes a respeito da eficiência dos gastos em saúde apontam que, entre os 56 países mais desenvolvidos do mundo, os Estados Unidos da América ocupa somente

a 54º posição, em que temos o Brasil ocupando a 51º posição e Hong Kong como líder, acompanhado de Singapura, e Espanha em terceiro lugar. Uma das maneiras para tentar equilibrar melhor essa balança sendo que custos e qualidade ainda não caminham juntos é a aplicação prática da teoria de sistema de saúde baseada em valor.

Atualmente, a saúde pública brasileira tem apresentado problemas de gerenciamento, o que resultam, por exemplo, na má distribuição dos recursos públicos aos hospitais. Portanto, existem evidências que indicam que se as prestadoras de saúde do país adotassem o DRG na rede de saúde, tanto pública como privada, poderiam controlar os gastos com a saúde e ajudar a aprimorar a documentação clínica e a qualidade da assistência nos hospitais.

Conforme Fetter (1980), o produto hospitalar refere-se a um conjunto específico de serviços e atividades fornecidos para cada paciente em função das suas necessidades no processo assistencial. Nesse sentido, as instituições de saúde teriam vantagens em mensurar e caracterizar o produto hospitalar através da avaliação de performance dos desfechos clínicos e dos custos envolvidos.

A implantação do Sistema Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG), nesta unidade, ocorreu em outubro de 2020, como elemento prospectivo para melhorar a eficiência operacional e a entrega de valor aos seus stakeholders.

Estudos demonstram que o sistema de pagamento prospectivo seria um grande aliado na contenção de gastos no sistema de saúde brasileiro, podendo ocorrer uma otimização de recursos e um sistema mais competente, auxiliando assim em sua economia (ANS, 2017).

Parte dos determinantes da longa permanência nos leitos de hospitais brasileiros pode ser explicadas por causas não biológicas, sendo necessárias mudanças no paradigma da gestão.

Diferentes fatores da complexidade assistencial influenciam mais que 70% da correlação de custos dos leitos, o que demonstra uma grande oportunidade para melhoria dos sistemas de saúde.

A gestão da mudança conceitual que migrará para um sistema de saúde sustentável deve ser estruturada em princípios que garantam a transparência, possibilidade de incorporação voluntária, preceitos técnicos sólidos e em consenso, mantendo a garantia de que não haverá perdas para nenhuma das partes.

Os desafios consistem em ajustar processos e educar staff garantindo a produção de prontuários com informações corretas para gerar os resultados esperados do sistema, com informações sobre o custo real e o nível de serviços prestados.

A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro pode ser desenvolvida com estímulo a políticas justas de remuneração de serviços de saúde, vinculadas ao incentivo da qualidade do desempenho assistencial, tendo como foco a saúde e não a doença.

4 | METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo analítico, transversal, com Profissionais da Gestão em Saúde, representando os tomadores de decisões estratégicas desta unidade que atuam na rede terciária de saúde como referência no atendimento a pacientes com indicação de procedimentos ortopédicos e reabilitação, com foco específico na reabilitação do paciente lesado medular. Localizada em Goiânia-Goiás.

5 | LOCAL DE ESTUDO

O estudo será realizado no campo da Associação de Gestão, Inovação e Resultados – AGIR, entidade gestora do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo-CRER.

6 | APRESENTAÇÃO DA EMPRESA /ENTIDADE /ORGANIZAÇÃO

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados – AGIR, entidade gestora do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo-CRER, que possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº 5.591/02, e reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual nº 15.503/2005, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social pelo Ministério da Saúde, Portaria MS nº 1.073/2018.

Com atuação consolidada no Estado de Goiás, em 2014, o CRER foi certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação como Hospital de Ensino. No ano de 2016, o CRER se tornou o primeiro hospital de reabilitação do País e o primeiro hospital público do Centro-Oeste com o certificado de Acreditado com Excelência – Nível 3 da Organização Nacional de Acreditação – ONA. Em 2018, o CRER foi recertificado pelo Instituto de Certificação Qualidade Brasil (ICQ – Brasil) na Norma ISO 9001 versão 2015.

O CRER como instituição de referência na atenção à pessoa com deficiência tem por missão: “Oferecer assistência à saúde da pessoa com deficiência, fundamentada no ensino e pesquisa”, tendo como os principais valores:

- Competência na busca do conhecimento e do aprimoramento das habilidades;
- Responsabilidade na adoção de postura social e ambiental que traduzam dedicação e respeito à vida;
- Ética no respeito às normas com ações que denotem lealdade e transparência;
- Renovação contínua das forças produtivas, objetivando a excelência.

A proposta de atuação desta unidade de saúde com capacidade instalada de

internação distribuída em 156 leitos, divididos em 4 postos, sendo eles: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Reabilitação, e 20 leitos UTI adulto, consiste em reforçar seu papel de referência hospitalar, fortalecendo progressivamente seu perfil assistencial de concentrar suas ações na atenção hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, sendo parte das redes prioritárias de atenção assistenciais, principalmente a rede de cuidado à pessoa com deficiência.

7 | POPULAÇÃO DO ESTUDO

É estimado que participem da pesquisa de 10 a 16 colaboradores do CRER, representantes de áreas estratégicas para tomada de decisão.

Como critério de inclusão para participar da pesquisa, foi estabelecido que os participantes devem atender aos seguintes critérios: serem trabalhadores que atuam na área de gestão, ou seja, que possuam cargos de gerentes, supervisores, encarregados ou responsável por serviços, todos em cargos de liderança sob forte demanda de inovações tecnológicas após aceite em participar voluntariamente da pesquisa.

Critérios de exclusão: não preenchimento de pelo menos 80% do questionário aplicado.

8 | PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Serão realizadas entrevistas individuais, a partir de um questionário estruturado, de resposta on-line visto o momento de pandemia e sessões de discussão coletivas caso necessário, que devem ser realizadas no horário de expediente e no local de trabalho. É importante salientar que os resultados serão apresentados em primeira versão para a instituição AGIR, assegurando que os participantes não terão seus nomes divulgados sendo completamente anonimizados, e que serão resguardados todos os princípios éticos na relação entre equipe de pesquisadores e Instituição pesquisada.

As variáveis elencadas do estudo foram:

1. Há quanto tempo atua na instituição?
2. Qual a função na instituição?
3. Qual o seu nível de conhecimento sobre DRG?
4. Qual o maior impacto para do DRG para o cliente interno (Pacientes, médicos, gestores e colaboradores)?
5. Qual a melhor forma de usarmos os dados gerados pelo DRG para tornar mais eficiente o sistema de saúde?
6. Pensando na eficiência processual do DRG, em qual ponto ela deve ser mais efetiva?
7. Qual melhor forma de usar DRG como modelo de remuneração, por valor ou

performance?

8. Qual desses aspectos tem maior correlação com entrega de valor?

- Qualidade assistencial
- Experiência do paciente
- Fidelização
- Pesquisa
- Marketing
- Redução de gastos
- Capacitação da equipe para atendimento
- Não sei
- Não tenho opinião

9 | ANÁLISE DE DADOS

O objetivo é fazer a caracterização atual desta unidade em relação ao conforto com o conceito DRG e quais expectativas deste grupo para utilização destas informações. Os resultados do questionário foram analisados por uma equipe com domínio dos conceitos de DRG.

A análise do questionário mostrou que o grupo gestor está há mais que 5 anos na instituição, compreendendo este perfil em mais de 60%, ou seja, são colaboradores com tempo institucional considerável, sendo que 50% deste grupo já está há mais de 10 anos na instituição. Do total 80% são gerentes ou supervisores e mais da metade dos respondentes consideram ter conhecimento básico sobre a metodologia, sendo aqui uma grande oportunidade para iniciar a preparação da equipe para a utilização das informações sobre o DRG.

Há correlação do DRG com os pilares de valor apresentados por Porter, sendo que mais de 50% associam a utilização destas informações com otimização de custos, segurança assistencial e impacto ao usuário final com melhora da experiência.

Para o questionamento “Qual a melhor forma de usarmos os dados gerados pelo DRG para tornar mais eficiente o sistema de saúde?” é notado um aspecto interessante quanto á possibilidade de utilização dos dados para maior transparência na análise de resultados e tomada de decisão estratégica, de fato o objetivo é evoluir para análises prospectivas e não demonstração de fragilidades processuais ou assistenciais. Sendo a correlação com maior performance a maior expressão disso, como demonstrado pelo resultado da pergunta em sequência, “Qual melhor forma de usar DRG como modelo de remuneração, por valor ou performance?”.

Por fim é possível a construção do modelo preditivo proposto para o DRG como

perspectiva na unidade pesquisada, uma vez que os colaboradores pesquisados já conseguem fazer associação com estas informações e agregação de valor nas dimensões custo, processo e percepção do cliente. Apesar da variabilidade grande do perfil gestor institucional há as premissas culturais necessárias para adequada utilização de uma metodologia de qualificação epidemiológica para maior eficiência do sistema de saúde, bem como a sustentabilidade.

10 | PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Nesse contexto, a pesquisa foi submetida ao Centro de Ensino da AGIR, onde houve aceite para a realização de um estudo de caso, sobre a percepção dos gestores sobre os impactos da implantação dos DRG em um hospital referência em reabilitação no Estado de Goiás.

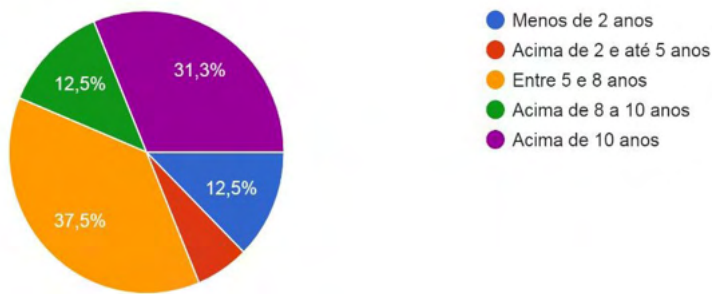
Será ainda, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição...

O objetivo desta sequência é reconhecimento do gestor e pertencimento das responsabilidades do cargo e, após municiamento com as novas informações sobre o DRG, como se sentem para tomadas de decisões estratégicas.

11 | RESULTADOS

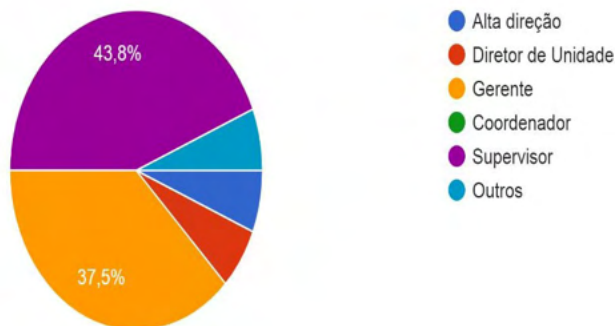
Há quanto tempo atua na instituição ?

16 respostas



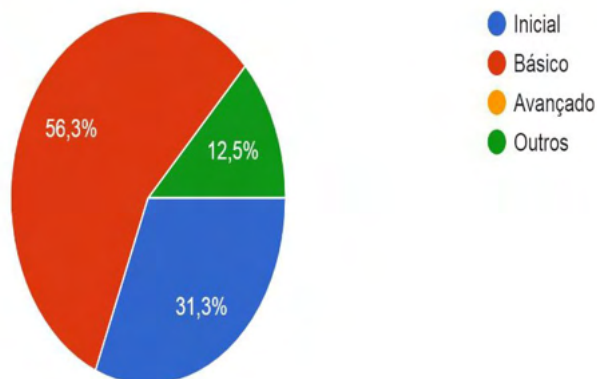
Qual a sua função na instituição?

16 respostas



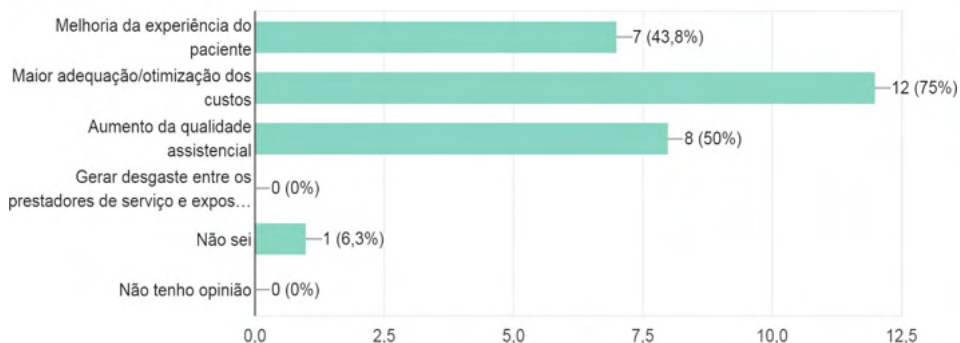
Qual o seu nível de conhecimento sobre o DRG?

16 respostas



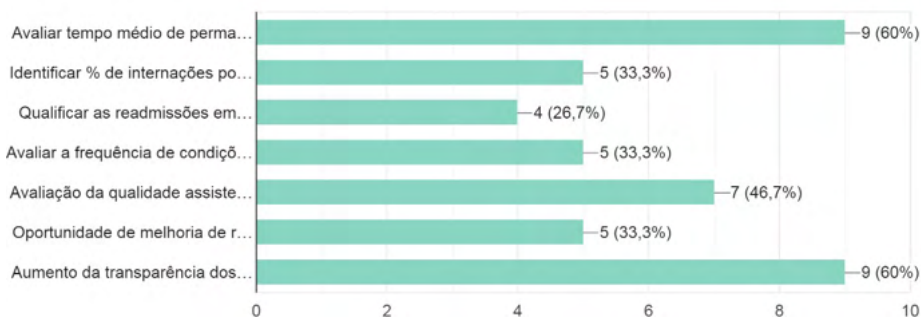
1- Qual o maior impacto do DRG para o cliente interno (Pacientes, médicos, gestores e colaboradores) ?

16 respostas



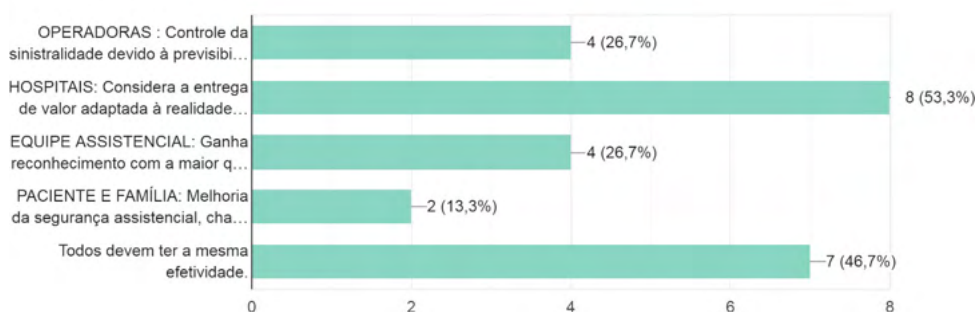
2-Qual melhor forma de usarmos dados gerados pelo DRG para tornar mais eficiente o sistema de saúde ?

15 respostas



3-Pensando na eficiência processual do DRG, em qual ponto ela deve ser mais efetiva?

15 respostas



4-Qual melhor forma de usar DRG como modelo de remuneração, por valor ou performance?16 respostas

Performance

Performance

Não tenho conhecimento sobre.

Com os ganhos baseados em um bom resultado no atendimento aos pacientes, a qualidade e eficiência tendem a aumentar.

Otimizar, identificar e tratar os processos, protocolos.

Entendo que todas são interligadas para garantir a qualidade do serviço

Associar os resultados a remuneração.

Não sei opinar

Valor

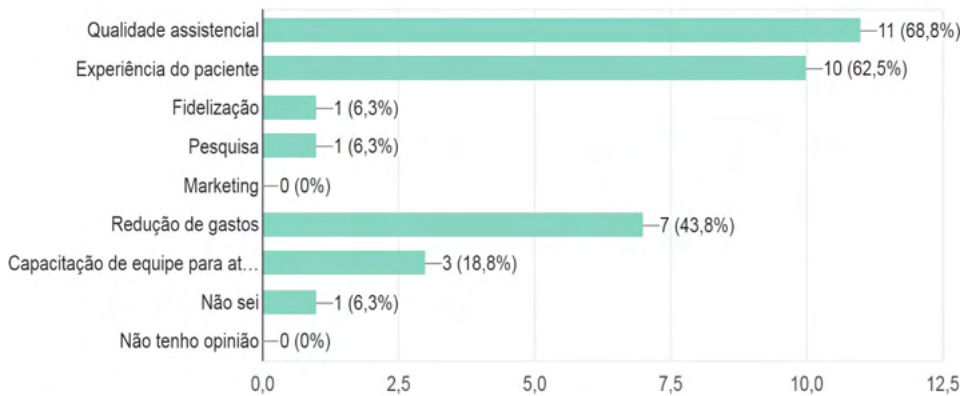
Por valor

Por performance

Performance

5-Qual desses aspectos tem maior correlação com entrega de valor?

16 respostas



12 | DISCUSSÃO

12.1 Conclusão

Contextualizando as questões relacionadas a sustentabilidade dos sistemas de saúde e o conceito de “Valor em Saúde”, amplamente discutido nos últimos anos, a heterogeneidade dos resultados encontrados na pesquisa com lideranças do Setor de Saúde, demonstra o desafio que ainda existe em transformarmos ações de qualidade e eficiência em ações de valor para todos os envolvidos na cadeia de cuidados. Os incentivos financeiros, através de novos modelos de negócio e de remuneração são um dos pilares para a mudança necessária, mas não deve ser o único.

Compreender os conceitos, mensurar e avaliar resultados, dar visibilidade aos envolvidos sobre os resultados e promover mudanças direcionadas constituem o caminho para a transformação necessária.

REFERÊNCIAS

1-<http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/284>

2-<https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>

3- <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-A2MJCX>

4- file:///C:/Users/rndrodrigues/Downloads/Manual_Desempenho_Geral- DRG.pdf

5- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO): World Health Statistics 2014. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/. Acesso em: 22/05/2018.

6- Smeraglio A, Heidenreich PA, Krishnan G, et al. Patient vs provider perspectives of 30-day hospital readmissions *BMJ Open Quality* 2019;8:e000264.

7- Serufo Filho S. Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia do Diagnosis Related Groups 145.710 altas em 116 hospitais. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina da UFMG; 2014

8- Couto RC; Pedrosa TMG; Roberto BAD; Daibert PB. DRG Brasil: transformando o sistema de saúde brasileiro e a vida das pessoas. Belo Horizonte: MG, 2018. Publicação digital (ePub). ISBN 978-85-471-0182-4.

9- Daibert, PB et.al. Os princípios da metodologia DRG. In: Couto RC; Pedrosa TMG; Roberto BAD; Daibert PB. DRG Brasil: transformando o sistema de saúde brasileiro e a vida das pessoas. Belo Horizonte, 2018. p.2857-3132. Publicação digital (ePub). ISBN 978-85-471-0182-4.

10- Berry JG, Gay JC, Joynt Maddox K, Coleman EA, Bucholz EM, O'Neill MR, Blaine K, Hall M. Age trends in 30 days hospital readmissions: US national retrospective analysis. *BMJ*, 2018; 360:k497

11- Dias M. Reinternação hospitalar como indicador de qualidade. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

12- Rice YB, Barnes CA, Rastogi R, Hillstrom TJ, Steinkeler CN. Tackling 30-Day, All-Cause Readmissions with a patient-centered transitional care bundle. *Population Health Management*. 2016, 19(1):56-62.

13- Gupta A, Allen LA, Bhatt DL, Cox M, DeVore AD, Heidenreich PA, et al. Association of the hospital readmissions reduction program implementation with readmission and mortality outcomes in heart failure. *JAMA Cardiology*. 2018; 3(1):44-53.

14- Shuster C, Hurlburt A, Tam P, Staples JA. Unplanned hospital readmissions in British Columbia. *BCMJ* 2018. 60(5):263-7.

15- Barnes S, Hamrock E, Toerper M, Siddiqui S, Levin S. Real-time prediction of inpatient length of stay for discharge prioritization. *JAMIA: Journal of the American Medical Informatics Association*. 2016; 23(e1):e2-e10.

16- Gupta S, Zengul FD, Davlyatov GK, Weech-Maldonado R. Reduction in Hospitals' Readmission Rates: Role of Hospital- Based Skilled Nursing Facilities. *Inquiry*. 2019;56:46958018817994.

17- Ryan A, Krinsky S, Adler-Milstein J, Damberg CL, Maurer KA, Hollingsworth JM Association between hospitals' engagement in value-based reforms and readmission reduction in the hospital readmission reduction program. *Jama Internal Medicine*. 2017; 177 (6):862-868

18- Thomas R, Nelson K. Métodos de pesquisa em atividade física. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

19- Wiley MM. Hospital financing reform and case-mix measurement: an international review. *Health Care Financ Rev* 1992; 13:119-33.

20- Fetter RB, Freeman JL. Case-mix definition by Diagnosis Related Groups. Med Care 1980; 18 Suppl:1-53.

21- CISS – Conferencia Interamericana de Seguridad Social: The Diagnosis Related Groups (DRGs) to adjust payment-mechanisms for health system providers; november, 2005.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente de trânsito 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101

Adesão à medicação 213, 214, 216, 219

Agroquímicos 166, 167, 169, 175

Assistência à saúde 65, 76, 125, 127, 133, 137, 158, 167, 200, 202, 205, 208

Atenção primária à saúde 109, 110, 114, 115, 116, 156, 159, 163, 166, 167, 168, 169, 197, 200, 201, 203, 204, 209, 210, 212, 217, 221, 224, 227, 228, 229, 231, 232, 236, 254, 264

C

Capacitação profissional 12

COVID-19 13, 108, 116, 121, 122, 124, 212, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 282, 286, 289, 290

Criolipólise 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62

Crise psicótica 279

Cuidados paliativos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 36, 41, 106, 108, 112, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154

D

Dashboard 231, 232, 233, 234, 235, 236

Desfibriladores implantáveis 43, 44, 51

Diagnosis Related Groups 63, 64, 83, 84

Doenças crônicas 1, 3, 4, 6, 8, 64, 115, 116, 120, 158, 175, 197, 206, 209, 245

Dor 1, 2, 3, 7, 9, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 86, 87, 88, 91, 92, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 129, 130, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 171, 173, 176, 238, 250, 257, 259, 261

Dor oncológica 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 109, 110, 147, 150

E

Educação médica 119, 211, 281, 282, 285, 287, 288, 290

Emergência 41, 49, 106, 200, 201, 202, 204, 205, 208, 209, 211, 212, 219, 250, 279, 280

Emergência psiquiátrica 279

Enfermagem perioperatória 126, 139

Epidemiologia 98, 101, 186, 189, 191, 211, 237, 238, 247, 248

Escalas 31, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 147, 150

Espiritismo 291, 292, 294, 296, 297, 298, 299, 301, 302

Espiritualidade 249, 252, 254, 255, 259, 260, 261, 265, 296, 299, 301

F

Família 2, 25, 27, 29, 39, 114, 115, 164, 193, 197, 200, 201, 203, 205, 208, 210, 211, 212, 218, 222, 226, 229, 232, 255, 258, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278

Ferida cirúrgica 130, 132, 138

G

Genética médica 121, 122, 123, 124

Gestão 15, 16, 17, 20, 21, 22, 27, 29, 63, 68, 70, 71, 75, 76, 77, 95, 100, 106, 113, 136, 146, 147, 149, 150, 151, 153, 186, 200, 202, 203, 206, 207, 208, 211, 212, 213, 228, 229, 232, 236, 250, 274, 281, 283, 284, 285, 286

H

Hepatite B 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164

Hipertensão arterial 213, 214, 216, 218, 219, 222, 223, 228, 229, 230

I

Idoso 9, 21, 22, 29, 34, 37, 41, 141, 142, 143, 152, 153, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 225, 227, 228

Infecções por Coronavirus 249, 252

Inovação em educação 281

L

Lipodistrofia 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62

M

Marcapasso 44, 45, 46, 47

Mediunidade 291, 292, 293, 294, 295, 297, 298, 299, 301

Métodos de ensino-aprendizagem 281, 287, 288

P

Pé diabético 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

Pessoal da saúde 156, 159

Processo de cuidado 1

Processo de enfermagem 39, 249, 250, 251, 252, 254, 256, 263, 264

Promoção da saúde 65, 110, 114, 121, 124, 173, 199, 201, 203, 210, 229, 301

Psicanálise 266, 269, 270, 276, 277

Psicose 273, 275, 279

Q

Qualidade de vida 1, 3, 5, 6, 17, 21, 22, 31, 36, 38, 39, 40, 48, 49, 53, 71, 109, 110, 111, 112, 113, 122, 142, 214, 215, 222, 228, 237, 238, 239, 246, 260, 295, 296

Qualidade dos cuidados de saúde 11, 12, 13, 16

R

Redes sociais 121, 124, 287

S

Saúde mental 255, 265, 266, 267, 268, 269, 275, 276, 277, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 291, 292, 293, 294, 296, 297, 298, 299, 301

T

Tecnologias de cuidado 188, 189, 190, 191, 195, 196, 198

Telessaúde 115, 116, 119, 182

Tuberculose 3, 134, 231, 232, 233, 234, 235, 236

U

Unidade de terapia intensiva 94, 95, 101, 155, 179, 254





Urgência 29, 41, 106, 200, 201, 202, 204, 205, 208, 209, 211, 212

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022

Serviços e cuidados
NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Atena
Editora
Ano 2022

Serviços e cuidados
NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

