

## **Inclusão do sequelado grave estável no ambiente familiar: novos caminhos de gestão humanizada de serviços de saúde em um hospital de reabilitação de pacientes crônicos, sequelados, vítimas de grandes traumas**

### **Carmen Teresinha Mazzilli**

Médica Especialista em Infectologia e Acupuntura, Diretora do Hospital Cristiano Machado – FHEMIG.  
Email: hcm.direcao@fhemig.mg.gov.br

### **Eduardo Liguori Cerqueira**

Médico Especialista em Clínica Médica – Diretor do Hospital João XXIII – FHEMIG.  
Email: hps.ouvidoria@fhemig.mg.gov.br

### **Maria Cecília de Souza Rajão**

Médica Especialista em Clínica Médica – Gerente Assistencial do Hospital Cristiano Machado – FHEMIG.  
Email: cecilia@claves.fiocruz.br

## 1 INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2006, a direção da rede Fhemig definiu uma nova missão para o Hospital Cristiano Machado (HCM), que é a prestação de serviços assistenciais diferenciados ao paciente crônico, portador de seqüelas neurológicas graves provenientes principalmente de traumas e que necessitam de internação de longa permanência. O objetivo é a estabilização clínica, reabilitação e a reinserção social. Com este perfil o HCM vem se especializando no campo da medicina de cuidados paliativos, com ênfase na preservação da dignidade humana, dizendo “não à segregação”. Conta com uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais.

São disponibilizados 40 leitos para os pacientes crônicos, no primeiro andar do HCM, sendo que quatro deles são ocupados por pacientes chamados asilares, remanescentes da antiga colônia de hansenianos, fundada em 1944. Os quatro são pessoas internadas compulsoriamente, com nenhum ou poucos vínculos familiares, idosos com incapacidades físicas graves e que receberam alguma indenização do governo. É caracterizada como uma população residual, com tendência a progressiva diminuição, até o desaparecimento. Recebem integrada de equipe multiprofissional.

Os 36 leitos restantes são ocupados por pacientes provenientes do Hospital de Pronto Socorro João XXIII da rede FHEMIG, que necessitam de cuidados intermediários à saúde, vítimas de grandes traumas e com seqüelas neurológicas graves, por terem acesso aos avanços das tecnologias existentes, sobrevivem, pois, sem eles teriam morrido. No HCM investe-se desde o início da internação na estabilização, na melhor reabilitação possível e no reforço do vínculo familiar e social, visando o preparo precoce da desospitalização responsável. São desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, ações de formação de cuidadores dentro da família e nos círculos de amizade no nível do território da Atenção Básica. Entretanto, uma fatia considerável desta população de pacientes dependentes não possui famílias e outros vínculos sociais e acaba ficando institucionalizada, impactando e ocupando, indevidamente, um leito hospitalar. Cria-se uma estrutura asilar/ hospitalar.

Assim, institui-se um perfil de pacientes do HCM que representa 40% da clientela de crônicos: Trata-se daquele paciente com maior ou menor nível de dependência, que não demanda uma internação hospitalar por estar clinicamente estável, (inclusive muitas vezes em uso de medicamentos sintomáticos administrados por sondas) mas que requer cuidados especializados que exigem treinamento. Entretanto, não têm familiares disponíveis para se co-responsabilizarem com os profissionais de saúde em ambiente não hospitalar.

Vive-se um momento de muita violência doméstica e urbana quer seja relacionada a questões de tráfego desorganizado e congestionado, quer seja por questões sócio culturais.

Parece que, se não houver uma reversão rápida desta situação, ter-se-á, cada vez mais uma população de sequelados crônicos. Assim, justifica-se repensar a assistência à saúde de maneira responsável, competente e humanizada para esse perfil de pacientes.

## 2 AS PARTICULARIDADES DO PACIENTE DO HCM.

O paciente do HCM é, na sua maioria, composto por pessoas do sexo masculino, principalmente adultos jovens na faixa etária de 15 a 49 anos de idade, com condição sócio-econômica muito precária, todos provenientes do Hospital de Urgência/Emergência João XXIII. Têm seqüelas neurológicas graves, sendo que uma média de 60% deles encontra-se em estado vegetativo persistente ou são alertas, mas com baixo nível de consciência. Para classificá-los, usa-se a escala de Jouvart<sup>13</sup> modificada. Estão quase sempre em estado de desnutrição grave, alimentam-se por sonda naso-entérica ou sonda de gastrostomia, necessitam do uso de traqueostomia que, muitas vezes, é definitiva por complicações relacionadas à ventilação mecânica prolongada, pedem assistência fisioterápica efetiva e frequente

A assistência psicológica e social é feita especialmente junto às famílias e, para aqueles pacientes que estão mais conscientes. Utilizam-se ainda os cuidados de uma terapeuta ocupacional. A grande maioria deles apresenta uma ou mais úlceras de pressão. Essas têm sido grande motivo de sofrimento para os pacientes, além de impactarem a desospitalização e aumentarem em muito o custo hospitalar.

O silêncio do nosso paciente tem algo de singular: sua história clínica é contada por meio de relatórios médicos e a avaliação médica é feita por meio da observação cuidadosa, exame clínico bem feito e alguns exames laboratoriais menos complexos.

Em se tratando de pacientes com particularidades tão específicas, o cumprimento de protocolos clínicos implantados na rede, o monitoramento e a avaliação das ações, em cumprimento de acordos de resultados, são desafios constantes, exigindo muita criatividade para se descobrir caminhos possíveis.

### 3 AS PARTICULARIDADES DO PROFISSIONAL DO HCM.

O investimento na relação profissional de saúde-paciente, apesar de logicamente impossível, é de fundamental importância. Há que se usar todos os sentidos humanos na relação com esta pessoa que estamos cuidando, para que se consiga perceber suas reais necessidades. Toda a equipe, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem, deve estar mobilizada, estimulando o diálogo, o protagonismo, a co-responsabilização e a formação de vínculos entre seus membros, o paciente e o seu círculo familiar e social. A participação da família, por meio de acolhimento, escuta, ações de capacitação do cuidado em todas as áreas, além da recuperação da história de vida do doente, trazendo aspectos diferentes e diferenciados para cada caso é alicerce do processo. A visita aberta, 24 horas por dia, é estimulada.

Os desafios são muitos. Iniciam-se por exigirem uma educação permanente de todos os profissionais envolvidos para uma mudança de uma visão centrada na doença para aquela centrada na pessoa doente. Além do mais, esse aprendizado deve ser coletivo para que se consiga integrar a assistência médica e a dos demais membros da equipe multidisciplinar, com vistas a desfragmentação do trabalho, a uniformização da linguagem e da conduta dos profissionais. O trabalho multidisciplinar deve vir acompanhado também da transdisciplinaridade, tão difícil de ser assimilada na nossa cultura, mas essencial para que se consiga cumprir um dos princípios mais desafiadores do SUS que é a Integralidade das ações de saúde.

### 4 O PLANO TERAPÊUTICO

O trabalho médico no HCM é feito em regime de plantão semanal. O médico trabalha na posição de liderança da equipe pela própria formação profissional. Não é o soberano. Como não há um profissional que possa fazer a ligação das condutas e evoluções diárias dos pacientes, foi criado, em 2006, pelo antigo diretor da Unidade, Dr. Eduardo Liguori Cerqueira, um Plano Terapêutico Individual, que é discutido e modificado diariamente junto à equipe multiprofissional nas reuniões clínicas, garantindo a horizontalidade, a uniformização de condutas e a participação de todos.

Trata-se de uma planilha que contém os seguintes campos com dados do paciente:

1. Campos de Identificação: Nome e idade, data da internação no hospital de origem e no HCM o que possibilita uma ideia de prognóstico pelo tempo de doença e de incapacidade.
2. Campo de Nível de consciência: que deve ser reavaliado diariamente de acordo com a escala de Jouveit.
3. Campo de Diagnóstico à internação: feito de acordo com os relatórios médicos recebidos do hospital de urgência de origem.
4. Campo Plano Terapêutico: Metas de tratamento são traçadas e acompanhadas, incluindo avaliação e conduta médica, fisioterápica e nutricional.
5. Campo de avaliação psicológica e social do indivíduo e da família: orienta a conduta psicossocial adequada à necessidade do paciente e família, aponta riscos e vulnerabilidades e orienta o processo de desospitalização.
6. Campo de uso de antimicrobianos, com data de início e término: possibilita um melhor controle do uso destes medicamentos e, conseqüentemente, melhoria dos índices de infecção hospitalar.
7. Campo de informação clínica sobre a possibilidade de alta hospitalar: visa alertar para o momento da desospitalização responsável do paciente.
8. Há ainda um espaço em branco para que o médico, diariamente, informe a evolução do paciente e as mudanças necessárias ao seu acompanhamento.

Todas as informações e condutas são individualizadas e permitem fazer uma discussão competente, madura e humanizada de cada paciente, refletindo diariamente sobre a questão do sofrimento, da morte e do morrer com dignidade. A distanásia ou obstinação terapêutica, muitas vezes praticada em instituições de saúde com tecnologia de ponta, são motivo de discussões inflamadas entre a equipe, vindo de encontro à proposta de humanizar e cuidar.

A terapia paliativa tem sido o norte da assistência e o conceito de investimento na saúde modificou, perdendo o caráter puramente tecnológico para ações humanizadas de CUIDADO.

Pela completude de informações, a planilha, além de ser um método de assistência individualizada e humanizada, funciona como uma ótima ferramenta de gestão hospitalar, uma vez que nos dá a fotografia diária de todo o hospital. Deste conhecimento macro do hospital, captamos informações que nos permitem conhecer mais de perto, outras ações muito importantes e fundamentais na gestão hospitalar. Desta planilha geral saem planos como:

1. Mapa de Feridas para acompanhamento da evolução das úlceras de pressão;
2. Mapa de Desospitalização para norteamiento das ações necessárias à desospitalização e classificação dos fatores limitadores da alta hospitalar;
3. Mapa de Humanização das Ações de Saúde informando a percepção dos profissionais, especialmente técnicos de enfermagem, em relação aos sentimentos dos pacientes hospitalizados, procurando melhoria nas ações de assistência;
4. Mapa de Auditoria de Uso de Antimicrobianos Hospitalares para controle das infecções.
5. Mapa de Custos individualizado de cada paciente.

## **5 A VOLTA PARA CASA: DESOSPITALIZAÇÃO - "O SUS QUE DÁ CERTO"**

A família é parte ativa do processo de desospitalização desde a chegada do paciente ao hospital. É acompanhada pelo serviço social e de psicologia, buscando o preparo emocional de cada familiar para a realidade do paciente. Em determinado momento ela é convidada ao treinamento para o cuidado, que é feito por toda a equipe multidisciplinar. Um documento comprobatório da conclusão desta capacitação é construído.

Para que este processo de alta hospitalar se faça de maneira responsável, além da base estrutural familiar, é de fundamental importância a parceria com a Rede de Atenção Básica dos municípios de origem dos pacientes do HCM, garantindo um vínculo entre o ambiente domiciliar e os serviços de saúde.

A equipe de desospitalização do HCM busca o vínculo com a rede básica antes da alta hospitalar, não só com as Secretarias de Saúde dos municípios de origem, como também com a rede local de saúde que atende a área da residência do paciente. Naquelas cidades que têm o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de saúde pública, as equipes de PSF estão se responsabilizando juntamente com a família e garantindo o cuidado pós-alta hospitalar do paciente egresso do HCM. Nos municípios em que o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) está atuante, exemplo de Belo Horizonte, ele tem funcionado como agente mediador entre a rede básica e hospitalar e como facilitador para o PSF.

Assim, o HCM está concretizando no SUS, a prática da Saúde Integral ("o cuidar com vínculo e responsabilização nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária). A humanização da assistência e a integralidade das ações passam a ser uma prática conjunta no momento da alta hospitalar e se concretiza no "SUS que dá certo". Sem dúvida, este processo tem interferido na diminuição da média de permanência hospitalar.

## **6 A PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DE LEITOS DO HCM**

Entretanto, conforme já descrito anteriormente, há um número significativo de pacientes prontos para a alta há vários meses, mas que não têm cuidadores para se responsabilizar por eles. Ou eles não têm família ou ela não quer se responsabilizar. Encaixam-se no perfil de serem altamente dependentes e de demandarem cuidados especiais que pessoas treinadas poderiam executar em casa, desde que mobilizadas para tal. Assim, sua permanência no hospital causa um impacto importante na oferta de leitos para otimizar aqueles de maior complexidade do Hospital João XXIII. Sem dúvida, todos eles se beneficiariam com a alta hospitalar.

**Tabela 1 - Pacientes sem perspectiva de desospitalização X tempo de permanência após alta clínica, no Hospital Cristiano Machado – Maio de 2011**

Paciente	Idade	Até 3 meses	Até 6 meses	Até 9 meses	1 ano	Até 3 anos	4 anos	7 anos
MAS	26					X		
FTN	30		X					
EGS	42				X			
JVF	64					X		
ARB	47		X					
MMC	58			X				
CMM	30					X		
RCL	34			X				
NI	??	X						
L	??					X		
FJE	52					X		
V	??							X
RMJ	52					X		
AAS	43					X		
JJS	52						X	

Para resolver este problema, a direção dos hospitais (Hospital João XXIII e HCM) sugere três medidas que devem ser valorizadas, não somente pelo custo/benefício que representam, mas também pelo grande reflexo na oferta de leitos de urgência para a população mineira.

As ações propostas se complementam

1. Criação de ambiente residencial para os ex-hansenianos dentro das dependências do HCM, mediante a responsabilização de cuidadores bem capacitados, remunerados por meio das pensões e/ou indenizações recebidas em função do abuso das internações compulsórias no passado e complementados por recursos governamentais.
2. Sensibilização e capacitação de hospitais de média complexidade dos municípios nas diversas regionais do Estado de Minas Gerais para receber o seu município já com quadro clínico estabilizado para reintegrá-lo à família e à sociedade. Seria instituída parceria entre as Secretarias dos municípios e a rede FHEMIG, garantindo-se o atendimento de alta complexidade no momento da urgência, no Hospital João XXIII e, após estabilização, nos hospitais locais. Esta proposta abre uma via de mão dupla construindo-se uma grade de complexidade favorecendo a liberação de leitos de suma importância para o grande trauma do Estado de Minas Gerais.

Essa proposta é reforçada quando se analisa a clientela hoje atendida no HCM. Ela é representada atualmente por:

- Residentes em Belo Horizonte: 29,41 %
- Residentes em outros municípios: 55,88 %
- Sem endereço: 14,70 %

Para a formação de recursos humanos desses hospitais, na área de atenção a pacientes altamente dependentes, desnutridos, portadores de úlceras de pressão, usuários permanentes de ostomias, o HCM pode se disponibilizar, dentro de suas instalações físicas, em função da alta experiência adquirida durante todos estes anos.

As direções dos dois hospitais estabeleceriam critérios de transferência para garantir que a remoção para hospitais de pequeno porte, seja sem riscos para os pacientes.

3. Residência de cuidados fora da área física do hospital para os pacientes sequelados, vítimas de trauma, já internados no HCM em caráter permanente. (ver Tabela I). Entende-se nesse grupo, pacientes estáveis que não puderam ser desospitalizados por total ausência de vínculos familiares. Somam hoje 15 pacientes que representam quase 40 % dos leitos. Há que se criar uma estrutura adequada de cuidados humanizados para estes pacientes. Sugere-se um novo modelo de Residência de Cuidados. No contexto da desospitalização e da humanização da assistência estamos propondo que o paciente seqüelado como o do HCM, quando se estabiliza do ponto de vista clínico e que não possui referência familiar, seja acompanhado em um ambiente não hospitalar, fora da área da instituição, sob a supervisão da Atenção Básica do SUS em parceria com a sociedade civil.

Aponta-se para os elevados custos e a ineficácia do sistema hospitalar para o cuidado desses pacientes, uma vez que eles são expostos a um contexto de stress permanente, sem contar os riscos inerentes de contaminação do ambiente hospitalar.

A sustentabilidade desta casa de cuidados será motivo de legislação posterior, podendo-se seguir os modelos propostos para as casas de apoio para pacientes portadores de HIV/AIDS ou Serviços Residenciais Terapêuticos do Programa Nacional de Saúde Mental (Luta Anti-manicomial).

## 7 CUSTOS HOSPITALARES:

Relacionamos abaixo o custo dos dois perfis de pacientes crônicos internados no HCM, ou seja, aquele que realmente tem indicação de internação hospitalar e aquele que tem condições de alta clínica, mas não tem referência familiar para a desospitalização.

**Tabela 2 – Perfil diário de pacientes sob cuidados prolongados – Hospital Cristiano Machado.**

	CUSTO MÍNIMO DIÁRIO	CUSTO MÁXIMO DIÁRIO	REPASSE SUS DIÁRIO	REPASSE X CUSTOS	
				%	%
PERFIL COM CONDIÇÃO DE ALTA	262,6387	563,6024	70,6100	12,53%	26,88%
PERFIL SEM CONDIÇÃO DE ALTA	321,1934	1.542,0973	70,6100	4,58%	21,96%

  

	CUSTO MÍNIMO MENSAL	CUSTO MÁXIMO MENSAL	REPASSE SUS MENSAL	REPASSE X CUSTOS	
				%	%
PERFIL COM CONDIÇÃO DE ALTA	7.879,1596	16.908,0711	2.118,3000	12,53%	26,88%
PERFIL SEM CONDIÇÃO DE ALTA	9.635,8018	46.262,9182	2.118,3000	4,58%	21,98%

\* Remuneração SUS baseado no procedimento 3031 30059 – TRATAMENTO DE PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS POR ENFERMIDADES NEUROLÓGICAS

Fonte: Elaborada pela Equipe de Custos da DIEST/FHEMIG

Observa-se, comparando os gastos de um hospital com os de uma estrutura residencial, organizada para atenção humanizada destes pacientes (Ver tabelas III e IV), que o custo é muito menor na residência terapêutica, sem os riscos inerentes ao tratamento hospitalar. Obviamente, deve-se levar em consideração que este perfil de pacientes necessita de alguns procedimentos diferenciados, como, por exemplo, o tratamento de escaras por meio de curativos específicos. Entende-se que a parceria entre a sociedade civil para cuidar do processo com o poder público por meio dos aparelhos do SUS resolveria esta situação.

**Tabela 3 - Custo mensal de uma Residência Terapêutica em Belo Horizonte (dados cedidos pela Coordenação de Saúde Mental da SMSA – BH)**

<b>CASA TERAPEUTICA A EM BELO HORIZONTE</b> (perfil de atenção a pacientes idosos, sendo alguns sequelados) (atende a 10 pessoas e possui 2 cuidadores -1 cuidador para cada 5 pessoas) <b>DEMONSTRAÇÃO DE CUSTOS – 01/01/2011 A 31/01/2011</b>	
CONTAS	JANEIRO
ÁGUA	0,00
LUZ	0,00
TELEFONE	120,95
FOLGUISTAS	340,00
REPASSE SEMANAL	886,00
GÁS	43,00
BOLSA DESOSP.	100,00
MEDICAMENTOS	
TAXI	
VALE SOCIAL	122,50
MAT. PROCEDIMENTOS	
PREST. DE SERVIÇOS	290,00
INGRESSOS DE CINEMA	50,00
SALÁRIO	5844,96
VALE TRANSPORTE	784,00
ENCARGOS	860,70
BOLSA ESTÁGIO	560,00
BOLSA TRANSPORTE	338,10
TOTAL	13340,21

<b>CASA TERAPEUTICA B EM BELO HORIZONTE</b> (perfil de atenção a pacientes idosos, sendo alguns sequelados) (atende a 10 pessoas e possui 2 cuidadores -1 cuidador para cada 5 pessoas ) <b>DEMONSTRAÇÃO DE CUSTOS -01/01/2011 A 31/01/2011</b>	
CONTAS	JANEIRO
ÁGUA	1200,61
LUZ	234,64
TELEFONE	327,10
FOLGUISTAS	390,00
REPASSE SEMANAL	893,00
ALUGUEL	1105,96
SEGURO/CAUÇÃO	
GAS	86,00
BOLSA DESOSP.	
VALE SOCIAL	122,50

MAT. PROCEDIMENTOS	
PREST. DE SERVIÇOS	200,00
INGRESSOS DE CINEMA	50,00
MEDICAMENTOS	
TAXI	
FRALDAS GERIÁTRICAS	447,85
MAT. PERMANENTE	
SALÁRIO	5844,96
VALE TRANSPORTE	784,00
ENCARGOS	860,70
BOLSA ESTÁGIO	420,00
BOLSA TRANSPORTE	205,80
TOTAL	13173,12

## 8 CONCLUSÃO:

Com este trabalho, temos a proposta de mostrar que, de maneira individualizada e humanizada, é possível cuidar de pessoas com o perfil descrito, sem grandes recursos tecnológicos.

De modo responsável e com uma ação em rede, cuidam-se de pessoas, sem permitir a segregação e o preconceito, utilizando-se os aparelhos oferecidos pelo SUS e cumprindo-se os seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação da sociedade.

## AGRADECIMENTOS:

Agradecemos toda a equipe de profissionais do Hospital Cristiano Machado e da Administração Central da FHEMIG que tem tornado possível a assistência de qualidade aos nossos pacientes. Um agradecimento especial deve ser feito à equipe de custos da Administração Central pelo apoio e incentivo à publicação deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

- SIQUEIRA, J.E. Simpósio: Arte Perdida de Cuidar....
- LOMBARDI, C et al. Definição de Diretrizes para os Hospitais de Dermatologia Sanitária (Relatório do Grupo de Trabalho constituído pela Resolução SS nº 27 de 19/02/1988).
- GORZONI, M.L. PIRES, SL. Aspectos Clínicos da Demência Senil em Instituições Asilares. Revista de Psiquiatria Clínica,....
- DIAS, R.J.O., DIAS V.L., PEDROSO, E.R.P. – Estigma e Mal de Hansen: avaliação de 237 pacientes asilados e hospitalizados na Casa de Saúde São Francisco de Assis, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Bambuí, Brasil, de 1943 a 1998. Revista da Associação Médica de Minas Gerais 2008; 18(2):77-81
- CARNEIRO, N.G.O, ROCHA, L.C. O Processo de Desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. Psicologia: Ciência e Profissão v 24, nº3, Brasília, set 2004
- Portaria GM/2529, de 19/10/2006, que estabelece as diretrizes para a Assistência Domiciliar no Brasil.
- ANVISA- Resolução nacional de nº11, de janeiro de 2006, que normatiza o serviço público e privado de Atenção Domiciliar no Brasil.
- SMSA-BH – 2004, Diretrizes para a Atenção Domiciliar no município de BH-MG
- RAJÃO, MCS et al. Assistência Integral ao paciente do Hospital Júlia Kubistchek em BH no momento da Desospitalização. Rev. de Melhores Práticas FHEMIG - 2009

- Portaria GM/1824 e 02 de setembro de 2004: dispõe sobre normas relativas aos recursos adicionais aos Estados, Municípios e Distrito Federal para ações desenvolvidas por Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/AIDS
- Portaria GM/106 de 11 de fevereiro de 2000: cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental no âmbito do SUS.
- JOUVERT, M. Coma and other disorders of consciousness. In: VINKEN, P. J.; BRUYN, G.N. Handbook of clinical neurology. Amsterdam, North Helland Publishing Company, 1969. v.3, cap.5, p.62-79.
- MUNIZ, E.C.S. et al. Utilização da escala de coma de Glasgow e escala de coma de Jouvett para avaliação do nível de consciência. Rev.Esc.Enf.USP, v.31, n.2, p.287-303, ago. 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – WWW.saude.gov.br – Humaniza SUS em 06 de março 2011 - Cartilha Humaniza SUS – 1º edição – 2009 - Clínica Ampliada e Compartilhada - MS/SAS/Núcleo Técnico da PNH
- PESSINI, L, BERTACHINI, L. Cuidar do Ser Humano: Ciência, Ternura e Ética. – São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2009