

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALESSANDRA DO NASCIMENTO COSTA

ANÁLISE DA LIBERAÇÃO DAS GUIAS DE AUTORIZAÇÃO EM UMA  
OPERADORA DE SAÚDE EM JOINVILLE-SC

Joinville

2019



ALESSANDRA DO NASCIMENTO COSTA

ANÁLISE DA LIBERAÇÃO DAS GUIAS DE AUTORIZAÇÃO EM UMA  
OPERADORA DE SAÚDE EM JOINVILLE-SC

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Câmpus Joinville do Instituto Federal de Santa Catarina para a obtenção do diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra.  
Kellianny Oliveira Aires

Joinville

2019

Costa, Alessandra Do Nascimento da.

Análise da Liberação das guias de Autorização em uma Operadora de Saúde em Joinville-Sc / Alessandra do Nascimento da Costa.– Joinville, SC, 2019.

57p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Instituto Federal de Santa Catarina, Câmpus Joinville, Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville,2019.

Orientadora: Professora Dra. Kellianny Oliveira Aires

1. Operadora de saúde. 2. Autorização de guias. 3. ANS.4. Comunicação.
- I. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. II.

Título.

ALESSANDRA DO NASCIMENTO COSTA

ANÁLISE DA LIBERAÇÃO DAS GUIAS DE AUTORIZAÇÃO EM UMA  
OPERADORA DE SAÚDE EM JOINVILLE-SC

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

**Joinville, 29, novembro de 2019.**

---

**Kellianny de Oliveira Aires**  
**Presidente**

---

**Avaliador**

---

**Avaliador**

Dedico este, bem como todas as minhas demais conquistas, à minha mãe que mesmo não estando mais entre nós, sempre me ensinou a não desistir. Agradeço também ao meu esposo, IVONEI DA COSTA, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, quero agradecer também às minhas filhas, Daiani e Eduarda, que são presentes de Deus e orgulho da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida e por ter-me proporcionado saúde.

A minha família por toda paciência e compreensão.

A minha orientadora Dra.Kelliany Oliveira Aires, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

As minhas amigas, em especial Ana Leticia Pereira, que sempre me deu apoio.

Agradeço imensamente as profissionais da instituição. A pedagoga Luciana Maciel de Souza e Maríndia Anversa Viera. Que sua dedicação e empatia com minha pessoa, me deram forças para percorrer esse caminho.

O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano.  
(Isaac Newton,2005)

## RESUMO

O presente estudo de caso analisou o processo de autorização de guias para exames, procedimentos e consulta, em uma operadora de planos privados de saúde da cidade de Joinville-SC. Logo, buscou-se observar o processo que os analistas e auditores utilizam para autorizar as guias e o que pode ser feito para melhorar o processo e o cumprimento dos prazos da ANS. A metodologia utilizada, quanto à abordagem foi quantitativa e o procedimento estudo de caso, onde realizou o levantamento de dados, do sistema interno da operadora sobre números de protocolos aberto, atendidos e pendentes, no período de seis meses do ano 2019. Os resultados obtidos mostraram a importância da comunicação interna na organização e treinamento, deixando claro que se devem alinhar os setores para que sejam realizados os processos, conforme as normas vigentes, sem que haja divergências. Sendo assim, as sugestões proposta para a operadora, foi aperfeiçoar o recrutamento, a comunicação interna e treinamentos constantes, para os colaboradores do setor de Regulação e OPME.

Palavras-Chave: Operadora de saúde. Autorização de guias, ANS, Comunicação.

## **ABSTRACT**

The present case study analyzed the process of authorization of guide for examinations, procedures and consultation, in an operator of private health plans in the city of Joinville-SC. Logo, we sought to observe the process that analysts and auditors use to allow the guides and what can be done to improve the process and compliance with the ANS deadlines. The methodology used, regarding the approach was quantitative and the case study procedure, where it carried out the data collection, of the operator's internal system on open protocol numbers, attended and pending in the six months of 2019. The results obtained showed the importance of internal communication in the organization and training, making it clear that the sectors should be aligned so that the processes are carried out, according to the current standards, without divergences. Thus, the suggestions proposed to the operator, was to improve recruitment, internal communication, and training sifts.

Keywords: Health operator. Authorization of guides, ANS, Communication.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dados utilizados para liberação de guias no sistema Solus®.....	24
Figura 2 – Caminho metodológico para coleta e análise dados.....	27
Figura 3 – Quantidade de solicitações de consultas.....	29
Figura 4 – Quantidade de solicitações de exames.....	31
Figura 5 – Quantidade de solicitações de internação/cirurgia.....	33
Figura 6 – Sugestões para treinamento.....	38
Figura 7 – Dados necessários para emissão de guia no prestador.....	40

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AUD - Auditoria

CRM - Conselho Regional de Medicina

GIH - Guias de Internação Hospitalar

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFSC - Instituto Federal de Santa Catarina

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

MS - Ministério da saúde

NIP- Notificação de Intermediação Preliminar

OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

RH - Recurso Humano

SAMHPS - Sistema de Assistência Médica da Previdência Social

SADT - Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Problemas da pesquisa.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Objetivos .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Objetivo geral.....	14
1.3.2 Objetivos específicos .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Histórico da auditoria .....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Histórico da auditoria no Brasil .....	17
2.1.3 Auditoria em instituições de saúde.....	19
2.1.4 Auditoria como ferramenta de qualidade .....	19
<b>2.2 Qualidade no atendimento.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 Clima Organizacional .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 Regulações.....</b>	<b>23</b>
2.4.1 Opções para o regulador .....	23
<b>2.5 Sistemas de gestão de operadoras de planos de saúde.....</b>	<b>24</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Tipo de Pesquisa .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 Local da pesquisa.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3 Coleta e análise de dados .....</b>	<b>26</b>
<b>3.4 Éticas na pesquisa.....</b>	<b>27</b>
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Liberações de guias pelo setor de regulação. ....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 Guia de consulta.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3 Guia de exames ou guia SADT (Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia)</b> <b>.....</b>	<b>30</b>
<b>4.4 Guias de internação/cirurgia .....</b>	<b>32</b>
<b>4.5 Análises das guias pelo setor de auditoria .....</b>	<b>35</b>
<b>4.6 Sugestões de melhoria do processo de liberação das autorizações de guias .....</b>	<b>36</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE A – Documento para Liberação de Coleta de Dados para TCC.</b>	

.....	47
<b>ANEXO A – Guia de Consulta .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO B – Guia de Exames e Procedimentos /SADT .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO C – Guia de Internação .....</b>	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em 1930 foi criada pela Constituição a assistência médica apenas para os trabalhadores (CARVALHO; CECÍLIO, 2006). A partir de 1988 a Constituição brasileira, promulga o art. 196 que defende a saúde como direito de todos e dever do Estado, tais deveres devem ser garantidos por meio de políticas sociais e econômicas, visando à redução dos riscos de doenças e enfermidades. Além de assegurar acesso universal e igualitário a todos os cidadãos com foco em sua proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em 1998 houve a regulamentação dos planos de saúde com a aprovação da Lei 9.656/98 e aprofundou-se com a lei 9.661/00 que deu origem a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 1988). A Lei dos Planos de Saúde número 9.656/98 que dispõe da regulamentação da prestação de serviços e a informação mercantilista entre a assistência médica suplementar e consumidores, visando um maior controle da assistência prestada pelas operadoras de planos de saúde (ALVES; BARROSO, 2008).

O setor de saúde suplementar, também conhecido como plano de saúde, assim definido devido à escolha de se pagar para ter acesso a assistência médica (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2007). Segundo Cechin (2008), os planos privados de saúde possuem o dever de cumprir as normas e ações necessárias à prevenção de doenças, conforme a Lei 9.656/98 determina.

Sabe-se que a saúde suplementar tem aumentado gradativamente, com isso as regulamentações para esse serviço também. Hoje o cliente desse serviço tem como principal defensor o Código de Defesa do Consumidor, entre outras regulações definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As organizações que formam o setor de saúde suplementar tiveram de se adequar e cumprir a regulamentação estabelecida. Ademais, para manter posição competitiva no mercado, precisaram se reorganizar e reestruturar, passando por uma série de transformações que permitissem sua adaptação aos novos processos de trabalho (MOTTA; LEÃO; ZAGATTO, 2005 apud SANTOS; BARCELOS, 2009, p. 4).

A regularização trouxe avanços, tornando os serviços de planos de saúde mais leais a seus clientes do que antes, com isso o valor que o cliente tem que atribuir aos serviços também aumentou. Focada nessa nova perspectiva, a regulação da ANS

passou a dar ênfase à qualificação de todos os envolvidos no processo, como operadoras, prestadores de serviços, beneficiários e órgão regulador.

Oportunizando a qualificação, a ANS procura significar o setor de saúde suplementar como local de produção de saúde, conduzindo as operadoras de planos de saúde a transformarem-se em gestores de saúde, os prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde. Nesse contexto, a auditoria busca verificar os procedimentos realizados, dentro das organizações de saúde e operadoras. (SANTOS; BARCELOS, 2009 p. 5).

A auditoria entre outros deveres tem a responsabilidade dentro das operadoras de saúde, de examinar as guias de autorização que não são liberadas no ato que o prestador solicita. Cabe ressaltar, que a burocracia e a lentidão para avaliação e apresentação de um parecer sobre as guias de autorização, conflitam com os prazos que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está vinculado ao Ministério da Saúde (MS) que tem a responsabilidade de normatizar, regular, fiscalizar e controlar a qualidade da assistência à saúde suplementar, garantindo os interesses de seus clientes (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

A ANS estabelece que as operadoras respeitem o prazo de liberação para cada guia solicitada. Segundo o Brasil (2000), quando esse prazo não é cumprido e o beneficiário não recebe nenhuma justificativa da parte da operadora, o mesmo pode recorrer à ANS e abrir uma Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

A NIP é uma ferramenta que tem o objetivo de solucionar conflitos entre as operadoras de planos de saúde e seus beneficiários, de acordo com a quantidade de cadastro nos portais de atendimento da ANS feito pelos clientes, a operadora recebe notificações via telefone, na qual fica determinado um prazo de 10 dias úteis para a resolução do problema (BRASIL, 1998).

## **1.1 Justificativa**

A lentidão do sistema e a burocracia na liberação de pareceres médicos pode se tornar um grande problema, para aqueles que querem receber diagnóstico o mais rápido possível e iniciar o tratamento. A agilidade da liberação de guias é de grande relevância, para que o beneficiário do plano de saúde não tenha seu quadro clínico prejudicado pela demora, gerando assim um desconforto entre a operadora e os

beneficiários.

As instituições e agências credenciadas de saúde devem então criar mecanismos, que possam agilizar as autorizações das guias de consultas, exames e procedimentos de forma mais rápida e eficiente, a fim de não causar prejuízos aos pacientes e cidadãos que procuram os serviços da rede suplementar de saúde.

Ao realizar a presente pesquisa busca-se analisar a razão e causa na demora da liberação da autorização para exames, consultas e procedimentos, visando evidenciar onde o processo pode ser melhorado.

## **1.2 Problemas da pesquisa**

Devido à demora na liberação de autorização para realizar exames, procedimentos e cirurgias, os beneficiários estão cada vez mais procurando a ANS, para conseguir a liberação das guias dentro dos prazos estipulados pela legislação, através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) ou registro de reclamação do beneficiário.

Tendo em vista que a lei 9.656/98 determina prazos limites para ser liberada a guia para o beneficiário realizar seu procedimento, exame ou consulta. Portanto, o que impede a operadora de realizar as autorizações das guias dentro os prazos determinados pela Agência Nacional Saúde Suplementar (ANS)?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo geral**

Analisar as causas decorrentes na demora da liberação das guias de autorização para exames, consultas e procedimentos em uma operadora de saúde.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar o tempo médio de autorização das guias de consultas, exames e procedimentos, no período de janeiro a junho de 2019.
- Comparar o tempo de liberação das guias com o prazo determinado pela ANS.

- Apresentar propostas para a melhoria do processo de liberação das autorizações de guias.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) em artigo publicado no ano de 2013, a regulamentação do setor possibilitou grandes saltos na área da saúde suplementar, conforme a lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Ocorreram diversos avanços expressivos com a aprovação da lei, que em suma, trouxe melhor controle e fiscalização nos planos privados de assistência à saúde no Brasil.

Após a sanção e estabelecimento da lei 9.656/98 pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, as operadoras de planos de saúde tiveram que se adequar às novas exigências que possibilitaram um melhor acesso e atendimento aos seus beneficiários e dependentes. Considerado um divisor de águas na assistência médica suplementar, o estabelecimento da nova lei proibiu diversas ações praticadas pelas operadoras, como a quebra de contrato por parte da operadora em casos excepcionais, o aumento excessivo e abusivo dos valores dos planos, os períodos de carência estipulados e ainda as diversas restrições de internação impostas aos pacientes com enfermidades com custo elevado (ANS, 1998). Dessa forma, os planos de saúde devem garantir, não somente o atendimento aos beneficiários de planos de saúde, mas também assegurar uma abrangência maior para acesso à saúde de qualidade, o que significa na realidade, ampliar a qualidade dos serviços prestados.

Segundo Santos e Barcellos (2009, p. 5) “A ANS tem suas competências relacionadas à fiscalização da atividade que garantam a assistência suplementar de saúde”. Para os autores a entidade regulatória tem o dever e obrigação de fiscalizar os serviços relacionados à saúde assistencial, dessa forma é importante descrever como a auditoria em saúde se iniciou no Brasil.

### 2.1 Histórico da auditoria

Santos e Barcellos (2009) relatam que a auditoria em saúde se iniciou nos Estados Unidos, baseada no trabalho do médico George Gray Ward em 1918, quando este verificava a qualidade da assistência médica prestada aos pacientes por intermédio dos registros em seu prontuário (PEREIRA e TAKAHASHI, 1991).

Para Zanon (2001) a auditoria médica teve seu início em 1943 nos trabalhos de Vergil N. Slee. O conceito de auditoria em saúde foi, inicialmente, proposto por

Lambeck em 1956, sendo que uma das características iniciais eram a pura observação e registro do histórico clínico do cliente. Para Santos e Barcellos (2009) até meados de 1960, a política de saúde encontrava-se a cargo das instituições de assistência à saúde, que basicamente atendiam a associados e empregados de um determinado setor industrial, após este período, estas instituições foram agrupadas a fim de atender novas demandas da população.

### 2.1.1 Histórico da auditoria no Brasil

No Brasil, as atividades de auditoria em saúde iniciaram por volta de 1976 em hospitais públicos, tendo o então (INP) Instituto Nacional de Previdência Social. Nesta época a auditoria era realizada pelos supervisores de saúde, com base em apurações de prontuários médicos e em contabilidades hospitalares (SANTOS e BARCELLOS, 2009).

Posteriormente, em 1978 as contabilidades hospitalares foram transformadas em Guias de Internação Hospitalar (GIH), sendo estas as ferramentas de controle e internação das unidades hospitalares. No ano de 1978, foi criada a Secretaria de Assistência Médica, subordinada ao Instituto Nacional de Assistência Médica, sendo esta, subordinada ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Em meados de 1983, percebeu-se que as (GIH) estavam desatualizadas e por isso criou-se a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), no Sistema de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS) e ainda no ano de 1983 reconheceu-se o cargo de auditor médico, sendo que as auditorias eram de responsabilidade dos próprios hospitais (SANTOS e BARCELLOS, 2009).

Já em 1990 criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que de acordo com os órgãos governamentais, instituiu o acesso universal e igualitário às ações de serviço de saúde, com regionalização e hierarquização, estabelecendo única direção e participação da comunidade no atendimento geral com prioridade a assistência médica.

Em 1993 foi criado o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) que visava a consolidação das ações criadas pelo SUS, em busca de melhores tomadas de decisões e ainda minimizar a carência de recursos financeiros escassos (SANTOS e BARCELOS, 2009). O SNA possui como objetivo melhorar avaliação técnica,

científica, contábil e patrimonial do SUS, sendo sua ação executada de maneira descentralizada pelos órgãos estaduais, municipais e federais.

### 2.1.2 Definições de auditoria

De acordo com Crepaldi (2002), de forma bastante simples, pode-se definir auditoria como o levantamento, estudo e avaliação sistemática das transações, procedimentos, operações, rotinas e das demonstrações financeiras de uma entidade. Assim, subentende-se que a auditoria está cada vez mais dirigida para uma prática, que tem como finalidade uma adequação dos processos, dessa forma evitando fraude, desperdício obtendo eficiência e eficácia dos resultados.

Remor (2010, p. 57) conceitua auditoria como:

Processo sistemático, documentado e independente para obter o registro, apresentação de fatos ou outras informações pertinentes e avaliá-los objetivamente para determinar a extensão na qual o conjunto de políticas, procedimentos ou requisitos são atendidos.

Marques (2015, p. 15) reporta que:

No ano de 1990, a Lei 8080 estabelecia o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que este ficasse responsável pela sua avaliação técnica e financeira nacionalmente, sendo uma auditoria bem específica, pois se tratava de saúde, tendo como alicerce leis que configuram tais como a lei 8.689/93 (Art. 6) e o decreto 1.651/95.

A auditoria em saúde pode ser aplicada e acompanhada em várias frentes e departamentos de uma unidade hospitalar, por exemplo, na melhoria do atendimento, na redução de despesas de determinado setor, na redução do tempo de atendimento da unidade hospitalar ou em uma instituição de saúde privada.

Entretanto, os reflexos e resultados da auditoria são somente verificados se ocorrer um processo de acompanhamento e de melhoria contínua, onde as ações são constantemente verificadas e acompanhadas. Crepaldi (2002) destaca que sem o devido acompanhamento a auditoria se mostra uma ferramenta inútil e ineficaz na melhoria do atendimento nas instituições de saúde.

Motta, Leão e Zagatto, (2005, p. 220) relatam que:

Auditoria em saúde pode ser executada em vários setores e pelos mais diversos profissionais, caracterizando-se por uma sequência de ações administrativas, técnicas e observacionais, com o objetivo de analisar os serviços prestados a fim de assegurar seu melhor desempenho e resolubilidade.

Segundo Santos e Barcellos (2009) a auditoria em saúde pode ser desenvolvida em vários setores e por diferentes profissionais, destacando-se entre elas a auditoria médica que é caracterizada por ações administrativas, técnicas e observações com o objetivo de analisar a qualidade dos serviços prestados para garantir o melhor desempenho da unidade hospitalar.

### 2.1.3 Auditoria em instituições de saúde

Os procedimentos de auditoria podem ser utilizados em qualquer instituição, sendo pública ou privada. Nas instituições de saúde, a auditoria é prevista nos casos, por exemplo, em que os procedimentos burocráticos desviam da normalidade. A auditoria interna tem o propósito de “examinar e avaliar as atividades da organização e fornecer análises, avaliações, recomendações, conselhos e informações sobre as atividades analisadas (MOTTA; LEÃO; ZAGATTO, 2005 p. 53)”.

Para Prado (1998, p. 6) auditoria dentro da organização de saúde deve avaliar os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos serviços em saúde.

Remor (2010, p. 130) argumenta que:

A regulação na assistência da saúde tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, procurando atingir a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas e contratada pelo usuário.

A auditoria é responsável muitas vezes pela regulação de protocolos, onde neles são registrados a solicitação de liberação das guias para realizar exames, consultas e procedimentos.

### 2.1.4 Auditoria como ferramenta de qualidade

A auditoria pode ser considerada como uma ferramenta da qualidade, quando

se busca investigar as causas de irregularidade ocorridas nas instituições privadas. Nem sempre é bem vista pelos colaboradores, pois emprega métodos e ferramentas que visam restringir ou monitorar os procedimentos técnicos e operacionais das empresas. Embora, a auditoria pertença ao ramo da controladoria, sua função consiste, basicamente, em determinar uma não conformidade em um processo ou procedimento interno, que em muitas vezes pode trazer irregularidades no funcionamento da instituição.

Prado (1998) divide os objetivos da auditoria em analítica e operativa conforme descrito a seguir:

- a) determinar a conformidade de elementos de um sistema ou serviço;
- b) análise crítica da eficácia do sistema ou serviço;
- c) verificação da eficácia, eficiência e legalidade dos serviços;
- d) verificar o cumprimento da legislação federal, estadual e municipal em uma instituição;
- e) avaliar o desenvolvimento das atividades e processos;
- f) promover a oportunidade do auditando aprimorar, melhorar os seus processos e serviços;
- e) avaliar a qualidade na assistência dos serviços.

Observa-se que os objetivos da auditoria focam em muito na atitude e a organização da instituição. Entidades regulatórias como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ANS têm o dever e a obrigação de fiscalizar as etapas e os processos que visem atingir um nível de qualidade em assistência à saúde, dessa forma é importante acompanhar o trabalho dos reguladores nas instituições de saúde a fim de respaldar um melhor fluxo de trabalho.

## **2.2 Qualidade no atendimento**

Segundo Costa, Santana e Trigo (2015) a qualidade no atendimento é o principal fator para a sobrevivência das organizações. Considerando que o mercado atual se torna, cada vez mais, competitivo e disputado o atendimento ao cliente deve ser melhorado e destacado.

Pertence e Melleiro (2010) relatam que as instituições de saúde devem possuir

como meta o atendimento das necessidades e expectativas de seus usuários, seja no setor público ou privado. Os conceitos e definições acerca de qualidade são muitos, e no setor de saúde estão relacionados com o elevado padrão de assistência médica. O processo de melhoria contínua não é realizado em uma só etapa, deve-se ter consciência de que construir todo o processo de qualidade é exaustivo e extremamente detalhista. Uma das primeiras ações é definir os objetivos, tais como a melhoria no atendimento ou na assistência médica como um todo, em seguida, deve-se utilizar uma ferramenta de qualidade que se adeque a realidade da organização.

Para Albrecht e Bradford (1992), o cliente é considerado a pessoa mais importante no negócio, sendo o propósito principal do trabalho de qualquer empresa ou companhia. Para os autores, se a empresa almeja prestar um atendimento de qualidade, deve atender e entender bem os seus clientes.

Para que ocorra um atendimento de qualidade, deve-se conhecer a fundo os clientes, deve-se entender as suas necessidades, que para muitos é um desafio a ser vencido nas empresas, pois se torna uma constante busca na fidelidade dos clientes.

Albrecht e Bradford (1992) destacam que muitas pessoas que procuram as instituições de saúde reclamam, prioritariamente, na indiferença no atendimento, o que faz com que as pessoas não se sintam importantes no momento da abordagem. Em segundo lugar, pode-se destacar que o não retorno a uma instituição, se deve também ao mau atendimento, que ironicamente deveria ser a principal causa da queda de qualidade. Para se instalar um vínculo de confiança entre o profissional de saúde e o paciente, deve-se ter empatia profissional com o paciente. Em muitos casos, as pessoas que são atendidas nas instituições de saúde ou agências credenciadoras de saúde, demonstram descrédito do atendimento devido à demora aos reflexos e à abordagem no momento do atendimento.

Outro ponto a considerar, é a quantidade de procedimentos burocráticos como, formulários, entrevistas e outras análises, que fazem com que as liberações de autorizações para exames se tornem um tormento para o beneficiário no ato da solicitação.

A qualidade é definida como, a “busca pela perfeição com a finalidade de agradar clientes, cada vez mais consciente das facilidades de consumo e variedades de empresas a oferecer produtos e também serviços” (ARAÚJO, 2001, p. 211).

Segundo Tenon (2015), para ampliar a qualidade no atendimento, alguns

fatores devem ser observados e aprimorados, dentre eles cita-se:

a) Análise Frequente Para Melhorias - Observação dos aspectos tangíveis que podem ser melhorados;

b) Agilidade - Buscar dar aos processos a máxima rapidez seja através de treinamento, revisão de processos ou da introdução de tecnologias;

c) Descentralização - Quando muitas fases do atendimento dependem de uma única pessoa ou poucas pessoas, o processo pode ficar lento e burocrático. Buscar descentralizar as atividades, pode conferir mais rapidez e trazer satisfação ao cliente.

### **2.3 Clima Organizacional**

Para Costa, Santana e Trigo (2015), o clima organizacional está associado a relação entre a equipe de líderes e seus colaboradores e, podem impactar diretamente no atendimento burocrático das organizações, inclusive nas instituições de saúde. O aspecto principal a ser considerado nas empresas, traz à tona outros fatores como o pacote de benefícios, o salário e até a estrutura oferecida pela empresa ao colaborador. Costa, Santana e Trigo (2015), destacam também, que em etapas mais avançadas de um ambiente com clima organizacional ruim, a motivação para a continuidade na instituição pode vir a falhar, o que de certa maneira impacta no atendimento ao público.

Albrecht e Bradford (1992) afirmam que, apesar de variáveis contrárias no funcionamento das instituições de saúde, o cliente ainda deve ser o centro das atenções fazendo que a instituição perpetue a sua continuidade na prestação de serviços.

Pode-se destacar que, o clima interno da organização auxilia a equipe a realizar com mais eficiência o processo de análise de guias de consultas, exames e procedimentos, desta forma, o comprometimento e a comunicação da equipe faz toda a diferença para impedir as falhas internas, como, por exemplo, negar uma guia ou cancelar indevidamente, por não entender o processo e não consultar outro colaborador ou Líder. “Se existirem boas relações interpessoais dentro de uma empresa, haveria melhor saúde e bem-estar do indivíduo e aumentaria a sua capacidade de envolvimento no trabalho” (VAZ, 1999, p. 495).

## 2.4 Regulações

Ao analisar cada protocolo deve-se seguir as normas e prazos para liberação de guias, conforme a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) determina. Prado (1998) cita que no processo de análise dos protocolos pendentes que são direcionados ao setor de regulação, o regulador não vê o paciente nem a sua família para tirar conclusões.

Para o autor, a central de regulação tem que fazer com que os pedidos de solicitações sejam dinâmicos, com o compromisso de:

- a) evitar que os pacientes sejam aliciados para outra operadora;
- b) evitar o colapso da rede prestadora com beneficiário;
- c) identificar irregularidades recorrentes e informar ao gestor;
- d) tentar evitar demandas judiciais, como abertura de NIP (Notificação de Intermediação Preliminar),
- e) a regulação deve ser rígida e imparcial.

### 2.4.1 Opções para o regulador

De acordo com o manual de operação do sistema informatizado de gestão e controle das operadoras de saúde (SOLUS®), é permitido ao regulador quatro opções de atuação que devem ser bem compreendidas.

1 - Quando o caso clínico apresentado apresentar incompatibilidade, o processo deve ser negado, a fim de não mais permanecerem na lista de espera ou pendentes para regulação. O motivo da negativa deverá sempre ser justificado pelo regulador e encaminhado para o beneficiário.

2 - No caso de falta de informações ou documentos (laudo ou prescrição médica), devolve-se ao regulador o processo solicitado. Neste caso, o solicitante recebe uma informação da devolução e pode complementar a indicação.

3 - Como forma de adequação, o paciente permanece na lista de casos pendentes para regulação, porém até que haja a complementação dos dados, as informações permanecem invisíveis para o regulador.

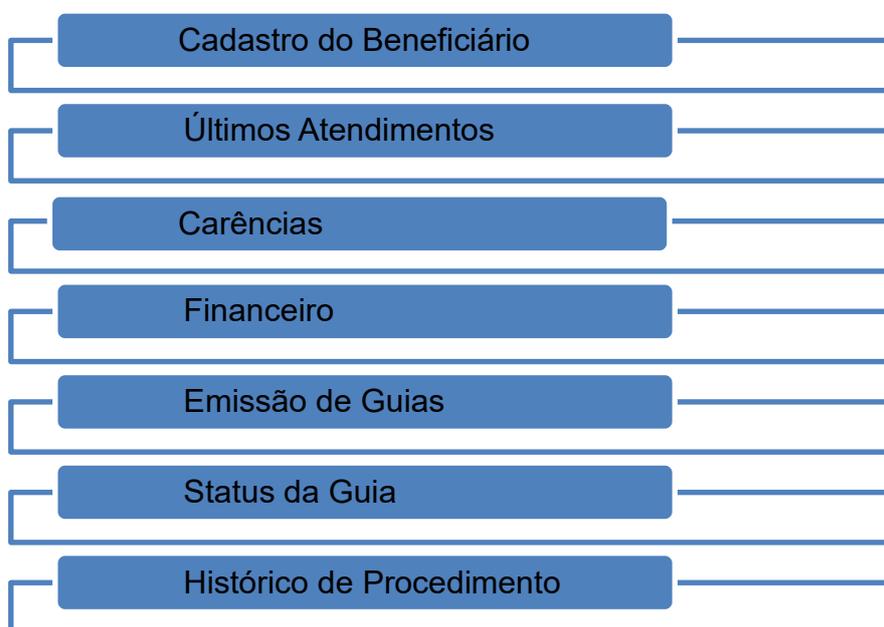
4 - Por fim, quando a situação é alterada para “autorizado”, o regulador autoriza o beneficiário a realizar o procedimento solicitado (SOLUS®), (2012).

## 2.5 Sistemas de gestão de operadoras de planos de saúde

A operadora de saúde, objeto deste estudo, utiliza desde 04 de junho de 2012, o sistema de gestão de operadoras de planos de saúde, denominado Solus®, que tem por objetivo atender a “necessidades do plano de saúde, de estar dentro dos padrões da ANS, e por isso possui uma estrutura dentro das normas nacionais” (SOLUS, 2012).

O Solus® é um sistema moderno e seguro que auxilia no processo de autorização de guias, que dispõe de dados necessários para realizar a liberação dos exames, consultas e procedimentos. A Figura 1 apresenta os dados utilizados para liberação de guias pelo sistema.

Figura 1 – Dados utilizados para liberação de guias no sistema Solus®



Fonte: Adaptado de <http://www.solus.inf.br/index.php#anc-solução> (2019).

Nas opções disponíveis na Figura 1, o regulador pode verificar todo o histórico do beneficiário, no período que for necessário para finalizar o processo de análise dos protocolos abertos, solicitando a autorização das guias.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de Pesquisa

A temática escolhida para estudo buscou levantar informações referentes à quantidade de protocolos abertos, para liberação de guias para realização de exames, consultas e procedimentos, bem como a realização de um estudo quantitativo em uma operadora de saúde no período de janeiro a junho de 2019.

Segundo (Ramos, P., 2005); (Ramos, M., 2005) e Busnello (2005) o estudo quantitativo está relacionado com tudo que pode ser mensurado em números, podendo ser, posteriormente, classificados e analisados.

A natureza da pesquisa será aplicada, pois busca novos conhecimentos para a solução de problemas específicos de interesse local, uma vez que as informações são delimitadas a uma operadora de saúde privada (SILVA e MENEZES, 2005). Para Gerhardt e Silveira (2009, p. 35) a pesquisa aplicada, objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos, envolve verdades e interesses locais.

Quanto à classificação da pesquisa, a natureza é descritiva, pois será realizado um levantamento de dados, seguido da análise e descrição das informações obtidas através dos sistemas e da documentação pesquisada. Vergara (2004), explica que a pesquisa descritiva apresenta as características de uma determinada população ou de determinado fenômeno.

O procedimento técnico de pesquisa a ser desenvolvido, trata-se de um estudo de caso em uma instituição de saúde privada. Segundo Yin (2001), o estudo de caso é o método que tem por objetivo compreender fenômenos sociais complexos, preservando as características significativas dos eventos da vida real.

Leopardi (2002, p. 116) define estudo de caso como “[...] uma investigação sobre um único evento ou situação (caso), em que se busca um aprofundamento dos dados [...]”.

Para Canzonieri (2011) o estudo de caso se “caracteriza pelo estudo de um ou de poucos objetos, permitindo uma investigação mais ampla e detalhada do conhecimento”.

### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Setor de Regulação, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e Auditoria de uma operadora de planos privados de saúde com sede em Joinville-SC.

A escolha da operadora para realizar a pesquisa foi pela proximidade em coletar os dados da organização, também por se tratar de uma operadora de destaque no mercado da saúde suplementar que possui 300 mil beneficiários e aproximadamente 470 colaboradores, conquistando uma posição consolidada entre as 50 maiores operadoras do Brasil. Dos 470 colaboradores, cerca de 30 estão alocados no setor de Regulação, OPME e Auditoria (BIDU, PLANO DE SAÚDE, 2019).

### **3.3 Coleta e análise de dados**

A coleta de dados foi iniciada após obtenção da autorização da organização, disponível no apêndice A. A permissão foi concedida para acessar o sistema interno do software Solus® da operadora e retirar as informações, conforme descrito no termo de autorização.

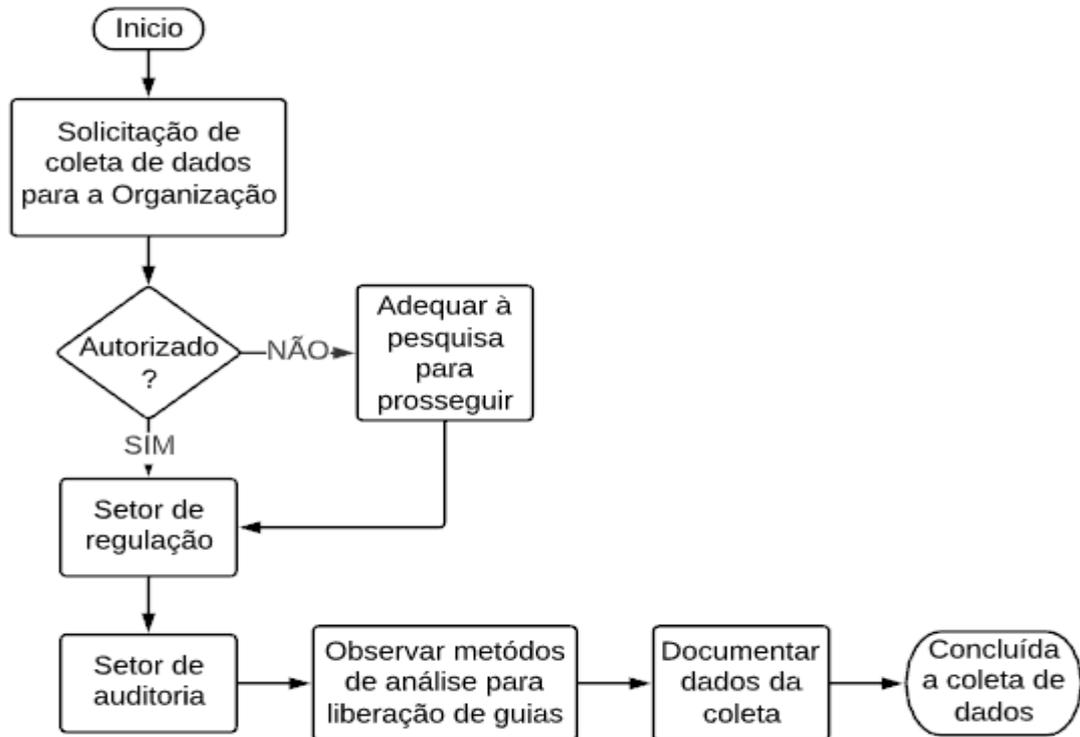
Os dados coletados foram referentes aos números de protocolos abertos pelos beneficiários, solicitando autorização de guias para realização de exames, consultas e procedimentos. Com objetivo de identificar quantos protocolos foram atendidos dentro das normas da ANS e quantos permanecem pendentes ultrapassando o limite para liberação da guia.

O período de levantamento das informações ocorreu de janeiro a junho de 2019. Para compor as informações coletadas do sistema Solus® foi observado o método que os analistas utilizam no setor de Regulação, OPME e Auditoria, para liberar as guias de exames, procedimentos e consultas em uma operadora de saúde de Joinville. “Como técnica, a observação pode ser um meio de coleta de dados, quando o pesquisador entra em contato com a realidade que deseja conhecer “olha” para ela e anota tudo o que considerar pertinente à sua pesquisa” (LEOPARDI, 2002).

Através destes dados, foi possível saber o tempo médio para obtenção das guias de autorização para consultas, exames e procedimentos com o propósito de comparar os dados coletados com as normas da Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS). A Figura 2 ilustra o caminho metodológico para coleta e análise dos dados.

Figura 2 - Caminho metodológico para coleta e análise dados



Fonte: Autora (2019)

### 3.4 Éticas na pesquisa

A permissão para realização da pesquisa foi concedida através do termo de consentimento, assinado pela operadora (Apêndice A), para que assim fosse possível o acesso ao sistema operacional - Solus®.

A pesquisa em si, não tem conexão direta aos serviços assistenciais à saúde e sim aos processos administrativos para liberação das guias.

De acordo com a Resolução n. 466/12 do Ministério da Saúde (2012) é considerada uma pesquisa que envolva seres humanos quando, individual ou coletivamente, haja a colaboração do indivíduo, e que implique a sua participação direta ou indireta, sendo por meio de seus dados, informações ou materiais biológicos. Considerando a afirmação da Resolução 466/12 o trabalho de conclusão de curso não teve a necessidade de ter aprovação do Conselho de Ética.

## **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **4.1 Liberações de guias pelo setor de regulação.**

As guias, geralmente, devem ser liberadas no ato da solicitação pelos prestadores de serviços (Laboratórios, Hospitais, Clínicas ou Consultórios) ou setor de autorização da operadora via 0800 ou ainda, o beneficiário pode ir à agência mais próxima para solicitar a autorização.

Quando uma guia não é liberada no ato da solicitação, esta é encaminhada automaticamente, via sistema ao setor de regulação da operadora, para que sejam efetuadas as análises cabíveis e a situação da guia ao prestador é apresentada como “guia em auditoria”.

O setor de regulação precisa fazer que as solicitações recebidas sejam analisadas dinamicamente, para que não haja conflito de informações e que seja cumprido o prazo estabelecido. A equipe da regulação na operadora de saúde estudada é formada por cinco analistas que são classificados em duas subdivisões, guias eletivas e de urgência/emergência.

A subdivisão de guias eletivas é composta por quatro analistas, dos quais devem começar a análise pelas guias mais antigas, ou seja, a guia que entrou primeiro, a fim de cumprir o prazo de até 10 dias úteis para liberação, conforme estabelecido pela ANS. A subdivisão de urgência e emergência é composta por um analista que deve respeitar o prazo de 24 horas para liberação da guia. Este também deve seguir a ordem de entrada das guias, ou seja, a guia que entrou primeiro no sistema deve ser encerrada.

Assim, é necessário que o prestador tenha ciência dos tipos de guias e em qual delas deve lançar determinado serviço, além de conhecer os prazos de retorno da operadora com o prestador.

### **4.2 Guia de consulta**

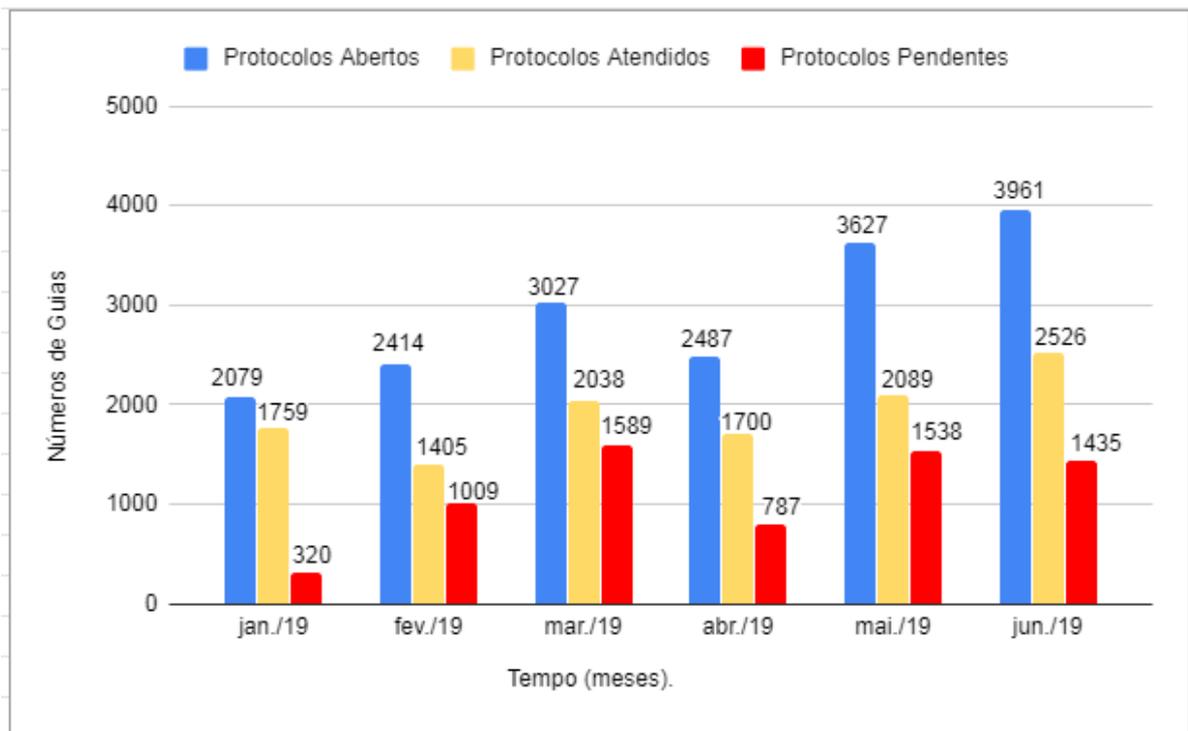
A guia de consulta é um documento utilizado, exclusivamente, na execução de consultas eletivas com o código atual de número 10101012, constituindo-se de um documento padrão para solicitação do pagamento ao prestador de serviço (ANS,

2013).

Recentemente, a operadora enfrenta alguns desafios com seus prestadores de serviços, fazendo com que algumas consultas sejam eventualmente morosas para agendamento. Diante disso, o beneficiário entra em contato com a operadora por meio do 0800 e abre um protocolo para agendamento da consulta desejada. A operadora de saúde deve, por sua vez, agilizar o atendimento ao beneficiário e retornar ao mesmo em até 07 dias úteis, com o dia, horário e local agendado para a consulta do beneficiário.

A Figura 3 demonstra que entre os meses de fevereiro a junho de 2019, o número de protocolos abertos para consulta cresceu de forma significativa, causando um maior aumento nos números de protocolos pendentes.

Figura 3 - Quantidade de solicitações de consultas.



Fonte: Autora (2019)

No início do ano, em janeiro de 2019, havia 2079 protocolos abertos, no qual já representa um valor exacerbado, nesse mês foram finalizados 1759, onde desta forma 320 permaneceram pendentes, porém, nos meses seguintes houve bastante oscilação de protocolos abertos. No mês de maio, os protocolos de consultas abertos chegaram à 3627, onde foram atendidos 2089 protocolos e 1538 permaneceram

pendentes.

Em junho os números voltaram a alterar, 3961 foram abertos e 2526 atendidos, porém, 1435 permaneceram pendentes. Esses protocolos permaneceram pendentes por ter ocorrido o descredenciamento dos prestadores principalmente, na especialidade de Obstetrícia, onde existe um grande número de gestantes realizando pré-natal, que necessitam de consultas todo mês.

Contudo, esses números são inadequados para ANS, pois, a mesma determina que seja liberado guia de consultas em sete dias úteis. Essa demora de retorno ao beneficiário que precisa de atendimento, causa descontentamento pelo plano e em alguns casos pode levar ao cancelamento do contrato.

#### **4.3 Guia de exames ou guia SADT (Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia)**

A guia de exames ou guia SADT é um documento utilizado no atendimento a consulta de urgência, exames, terapias, pequena cirurgia ou atendimento domiciliar (ANS, 2013). Das guias SADT, que foram encaminhadas para análise de auditoria, a operadora tem até dez dias úteis para comunicar o parecer da guia ao beneficiário. Ao receber a guia o analista, inicialmente, deve observar a quantidade de exames solicitados e, se eles são necessários para o diagnóstico que foi apresentado ao beneficiário ou se o beneficiário já utilizou a quantidade contratada para uso no seu plano. Após a verificação inicial, a análise para liberação do exame/procedimento percorre da seguinte forma:

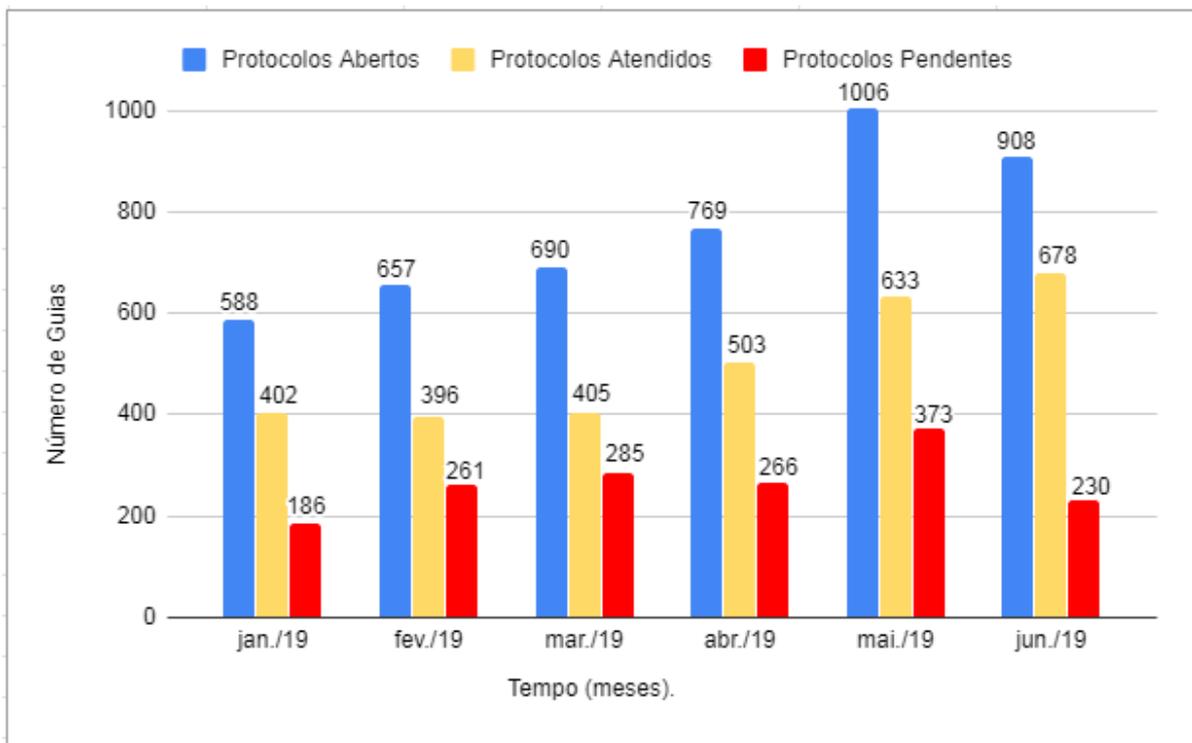
1. O analista verifica se está anexado o pedido médico, caso não esteja é solicitado via central de atendimento o documento faltante e o *status* da guia passa a ser “aguardando autorização”.
2. Após o recebimento do pedido médico é verificado o local de atendimento, especialidade médica (se confere com a especialidade do local de atendimento), no qual é conferido o CRM - Conselho Regional de Medicina junto com a assinatura do profissional é conferido o nome do beneficiário na prescrição com a guia gerada em sistema, checado o procedimento/exame e, por fim é conferido o período de carência do beneficiário e se o mesmo tem

alguma pré-existência que são: doenças em que o cliente já saiba possuir antes de contratar um plano de saúde.

3. Após essas averiguações, se estiver tudo de acordo, a guia é liberada ao prestador de serviço, para que o beneficiário possa consumir o exame/procedimento necessário.

Conforme ilustrado na Figura 4, em nenhum mês a operadora conseguiu zerar os protocolos abertos, pois os números de protocolos pendentes para solicitação de exames cresceram, agressivamente, no primeiro semestre de 2019, causando demora de retorno ao cliente e, por consequência várias NIP's foram geradas a operadora.

Figura 4 - Quantidade de solicitações de Exames.



Fonte: Autora (2019).

No início do ano, observa-se que o número de protocolos pendentes em janeiro era de 588 abertos, 402 atendidos e 186 permaneceram pendentes.

No mês de maio os números dispararam para 1006 protocolos abertos, onde 633 foram resolvidos e 373 não foram atendidos. O mês de junho foi o segundo mês do primeiro semestre de 2019, em que a operadora conseguiu baixar os números

de protocolos abertos, chegando em 908 abertos e 678 atendidos ficando ainda 230 pendentes. Uma das causas observadas para o número de protocolos pendentes foi falta de documentos nas guias, que ocasiona o retrabalho e atraso na autorização. Desta forma, a operadora não consegue cumprir as normas da ANS, pois a mesma estabelece que seja concluída a quantidade protocolo abertos durante determinado mês.

#### **4.4 Guias de internação/cirurgia**

A guia de internação/cirurgia pode ser emitida em caráter eletivo ou de urgência/emergência, sendo utilizado para solicitação, autorização ou negativa, de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar (ANS, 2013).

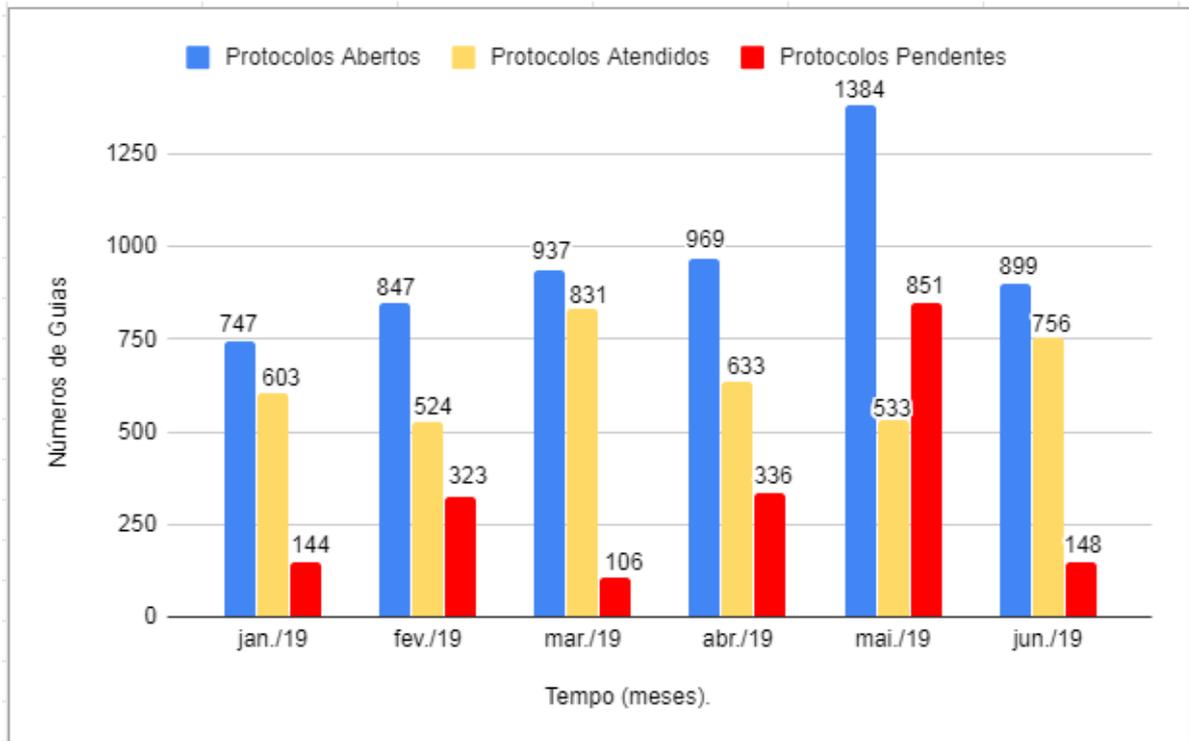
Nas guias de internação é possível realizar a cobrança de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), caso seja utilizado. Logo, o setor responsável por essa auditoria é o setor de OPME's, que devem seguir um roteiro pré-definido para liberação. Neste setor, as guias são distribuídas em caráter emergencial (hospitais) e eletivo. No caráter emergencial, há os analistas encarregados de verificarem os dados recebidos e estes têm o prazo para liberar as guias dentro de 24 horas, quando as carências e procedimentos estiverem de acordo com o plano.

No caráter eletivo, o processo é mais burocrático, pois as guias são subdivididas em especialidades (cardiovascular, ortopedia, neurologia, buco maxilo, oftalmologia e oncologia) e são encaminhadas para uma empresa terceirizada, contratada a fim de aperfeiçoar o processo de liberação das guias, dos quais se tratam de materiais com um maior custo.

A empresa terceirizada tem como objetivo analisar o pedido médico com a guia gerada e realizar três orçamentos das OPME's, que serão utilizadas no decorrer da internação. Em seguida, a empresa deve devolver em até 10 dias para o setor de OPME os orçamentos via sistema, do qual o setor precisa realizar a conferência das quantidades solicitadas, com o processo que será realizado na cirurgia. Posteriormente, se estiver tudo correto é encaminhado para o setor de auditoria liberar o pagamento para fornecedor. Caso seja encontrada alguma irregularidade, o setor de OPME devolve, imediatamente, para a empresa terceirizada os orçamentos, para que realizem as devidas correções e possam retornar em tempo hábil para a

operadora. Após as guias serem analisadas e liberadas pelos setores de regulação e OPME as guias são alteradas, é inserido o nome do analista responsável pela guia e, então, são encaminhadas para setor de auditoria. A Figura 5 ilustra a quantidade de solicitações de internação/cirurgia durante o primeiro semestre de 2019.

Figura 5 - Quantidade de solicitações de internação/cirurgia.



Fonte: Autora (2019).

Observou-se que para as guias de internação o número de protocolos abertos foi elevado. O mês de maio/19 foi o mais preocupante para a operadora, chegando em 1384 protocolos abertos, 533 atendidas e 851 de guias não atendidas, ou seja, o número de protocolos pendentes superou o de protocolos atendidos causando também muitas NIP's.

A situação das guias de internação/cirurgia se torna a mais preocupante, pois grande parte dessas guias é de urgência/emergência, podendo colocar em risco de vida o beneficiário pela demora da liberação da guia.

Atualmente, existe na operadora um indicador de quantos protocolos são abertos e fechados durante o dia, mas, estes não são observados de qual maneira são encerrados. Caso o protocolo seja fechado de maneira indevida pelo o analista, o beneficiário entra em contato novamente com a operadora e este protocolo que está

com o *status* de fechado, passa a ser classificado como protocolo pendente. A Tabela 1 apresenta o tempo em que a operadora deveria entregar as guias, de acordo com os prazos da ANS, e o tempo real de entrega das guias pela operadora.

Tabela 1: Tempo de retorno da operadora das guias.

	Tempo estabelecido pela ANS	Tempo cumprido pela operadora
Consultas	7 dias	12 à 15 dias
Exames	10 dias	20 dias
Internação/Cirurgia	21 dias	30 à 60 dias

Fonte: Adaptado do sistema informatizado SOLUS (2019).

A ANS determina o prazo máximo de liberação de até 7 dias úteis para as guias de consultas, porém, nesta operadora de planos de saúde, o retorno de liberação acontece entre 12 a 15 dias úteis após aberto o protocolo.

As guias de exames estão levando em média 20 dias úteis para serem liberadas, porém a ANS determina que este tipo de guia deve ser liberado em até 10 dias úteis. O caso mais preocupante é as guias de internação/cirurgia, pois a operadora está levando em média de 30 a 60 dias para liberação, sendo que a ANS determina o prazo máximo de até 21 dias úteis após aberto o protocolo de atendimento.

Quando o atendimento é de urgência/emergência, ou seja, coloca em risco a vida do paciente, o prestador de serviço, neste caso Hospital, imediatamente atende ao beneficiário com todos os cuidados necessários e, posteriormente, este prestador, entra em contato com a operadora para negociar o pagamento. Portanto, as guias de urgência/emergência estão em dia, devido essa negociação com os Hospitais.

Ao analisar os setores de regulação, auditoria e OPME, foi observado que a falta de treinamento, comunicação e o clima organizacional influenciam nas tomadas de decisão dos atendentes e analistas.

No setor de regulação, passam diversas informações e a maioria desnecessárias vindo dos demais setores, as quais poderiam ser solucionadas no início do atendimento. Quando o beneficiário abre o protocolo apenas com análise preliminar, esta situação ocasiona a demora nas liberações de guias, onde o retrabalho consome tempo e risco desnecessário. Uma vez que, qualquer protocolo aberto com especialidades e setores incorretos pode ultrapassar o período de

liberação permitido pela ANS e receber NIP, com valores que hoje podem variar de 60 a 200 mil reais, essa ocorrência impacta diretamente no setor financeiro da organização.

Outro ponto importante observado é que as informações não são passadas corretamente entre os atendentes e analistas, cada um realiza o processo conforme foi repassado dentro do seu setor, sendo que o processo se inicia ao abrir o protocolo e finaliza ao liberar a guia, passando muitas vezes por mais de um setor.

Pode-se relatar também, o grande número de prestadores que estão se descredenciando da operadora, por não ter o atendimento que lhe foi ofertado ao assinar o contrato. Suporte para emitir as guias e treinamento para os profissionais responsáveis pela autorização são uns dos pontos que deixam a desejar quando o prestador necessita de auxílio, gerando assim a insatisfação com o serviço prestado pela operadora.

#### **4.5 Análises das guias pelo setor de auditoria**

O setor de auditoria analisa as guias utilizando as informações que os analistas da regulação e do setor de OPME lançaram no campo observações. Nessa etapa, a análise é mais crítica, dos quais todos os procedimentos lançados devem estar de acordo com os documentos anexados na guia do beneficiário. Podendo ocorrer quatro situações com as guias, sendo elas:

1. **Guias favoráveis:** são aquelas que constam todos os documentos e não necessita de uma junta médica, sendo liberadas normalmente dentro do prazo da ANS. Logo, o prestador de serviço recebe uma comunicação automática via *e-mail* informando da liberação da guia.
2. **Guia sob junta médica:** a guia sob junta médica poderá ser solicitada pelos auditores por dois motivos:
  - Beneficiário estar realizando segunda cirurgia em curto prazo de tempo e;
  - O plano não cobre o procedimento, porém, o beneficiário precisou realizar na emergência, do qual foi atendido por seu quadro clínico ser de risco.
3. **Guia com divergência:** são guias que estão faltando algum documento e estas são encaminhadas, novamente, para os setores responsáveis pela

análise (regulação ou OPME). Quando se trata de OPME's é comunicado ao beneficiário e médico solicitante do *status* da guia. A guia permanece em auditoria e o analista é responsável por acompanhar quando o prestador anexa às documentações solicitadas na guia para liberá-la.

4. **Guia negada:** é quando a operadora de saúde não permitiu a realização de determinado serviço, de acordo com o contrato do beneficiário. Essas guias são encaminhadas para setor de devolutivas.

Quando a guia é negada, ela segue para o setor de devolutivas, que é quando a operadora ou indivíduo deve dar um parecer de uma atividade ou autorização, como o caso das guias para realização exames, consultas e procedimentos.

Na operadora de saúde que realizou a pesquisa para esse TCC, o setor de devolutivas elabora uma carta descrevendo o nome do beneficiário, número da carteirinha, nome do médico solicitante, data da solicitação, código do procedimento solicitado, motivo da negativa e data da negativa.

Essa carta é enviada via *e-mail* e por correspondência, quando se trata de procedimento de urgência é comunicado também via telefone ao beneficiário e local de atendimento.

#### **4.6 Sugestões de melhoria do processo de liberação das autorizações de guias**

Toda organização tem um objetivo, ser rentável gerando lucros e alcançando suas metas de acordo com plano estabelecido pela direção e os gestores. É de grande importância que os setores da empresa estejam alinhados de acordo com as normas da mesma, sendo elas internas e vigentes sobre as autorizações de guias e direito do beneficiário, com o intuito de não haver divergência nas informações entre os setores.

Dentro da operadora de plano de saúde privado, todos os setores são importantes, porém o setor RH (Recursos Humanos), se destaca por ser a porta de entrada para colaboradores em geral. Por essa relevância os profissionais que ocupam as vagas de recrutadores têm o desafio de recrutar candidatos com o perfil adequado para compor a equipe.

Ao observar analistas e atendentes algumas melhorias foram sugeridas para a operadora como:

O primeiro contato com o beneficiário acontece no presencial pelo 0800, ou no SAC (Serviço de Atendimento ao Consumidor), onde se sugere-se na entrevista, criar um diálogo via telefônica, onde a pessoa do outro lado da linha, que irá se passar por beneficiário, irá questioná-lo, mostrando-se extremamente irritado. O objetivo da ligação será verificar se o candidato consegue trabalhar, sobre pressão e sua agilidade para resolver a situação.

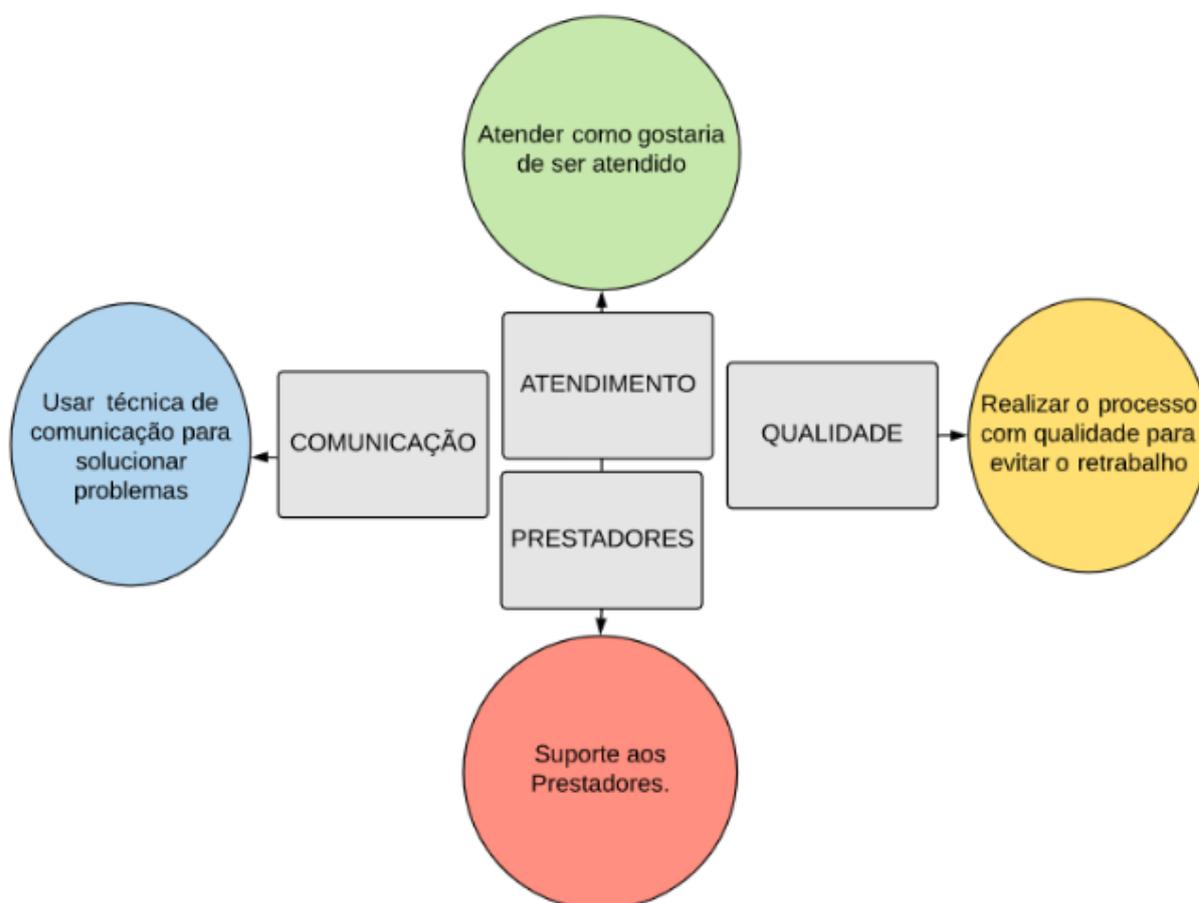
Outra sugestão é uma sala com computador, para informar o que faz cada ícone do sistema ao novo colaborador. Visando a importância de o colaborador conhecer o sistema, para que seja solucionado o problema do beneficiário na hora que está abrindo o protocolo, desta forma, pode-se localizar as informações corretamente para atender beneficiário, agilizar o atendimento e diminuir números de protocolos pendentes aguardando a regulação.

Para o setor de regulação, normalmente, os colaboradores vêm de outros setores, foi identificada uma grande necessidade de conhecimento do processo do novo setor. Recomenda-se, que ao trocar de setor o colaborador passe pelo setor de autorização de guias, para obter conhecimento do processo de emissão de guia ou elaborar uma cartilha descrevendo o passo a passo da emissão, esse procedimento tem o propósito de alinhar os setores na comunicação interna.

Propõe-se também adicionar a meta, uma bonificação, onde possam ser separadas as equipes por especialidades, para ter um melhor controle dos protocolos encerrados. Pode ser adotado por regra números de protocolos abertos e encerrados no período de 30 dias, dentro do prazo da ANS, sem retorno. A equipe que atingir a meta, ganha a bonificação, essa bonificação pode ser em vales presente, voucher ou tickets.

Finamor et al. (2010, p. 41), evidencia que “A eficácia de desempenho se relaciona ao cumprimento de metas em termo de quantidade e qualidade,” visto que influenciará no atendimento das necessidades do beneficiário, evitando assim o retrabalho. Podem-se incluir no treinamento da operadora, que hoje é realizado em forma de slide, as sugestões contidas na Figura 6.

Figura 6 - Sugestões para treinamento.



Fonte: Autora (2019).

A Qualidade, para Campos (1992 apud Borba, 2007, p 160) pode se descrever “um produto ou serviço que atenda perfeitamente, de forma confiável, acessível, segura e no prazo correto as necessidades do cliente”. Assim, para medir a qualidade recebida, é necessário que seja colocada em pratica a técnica da comunicação. A operadora desse estudo, dispõe de dois aplicativos gratuitos: Hangouts e Whatsapp, que revolucionaram a forma de se comunicar no mundo.

E dentro, da operadora facilita a comunicação tornando-a mais ágil, para os atendentes, analistas da regulação e prestadores. Nas palavras de Finamor et al. (2010, p. 54), “Em suma, o compartilhamento e a distribuição do conhecimento estão fortemente ancorados nos processos de comunicação”.

Portanto, para melhorar a comunicação entre os colaboradores sugere-se incluir nas normas internas o uso dos aplicativos. Observou-se na operadora, que mesmo tendo o acesso livre em cada setor para utilizar os aplicativos, os

colaboradores ao se confrontar com decisões que não tem segurança para realizar o atendimento, não possuem o hábito de tirar dúvidas com outro profissional de outro setor através dos aplicativos.

Moura (2008, p. 47), enfatiza a importância que os “profissionais estejam empenhados em um objetivo comum e que tenham um comportamento, compatível com o objetivo principal da organização”.

A grande parte de guias pendentes é resultado da falta de comunicação dentro da operadora e com os prestadores de serviço. Algumas vezes, ao preencher as guias de consulta, exames ou procedimentos, conforme anexos A, B, C, não ocorre a autorização imediata, como deveria ser via sistema. Quando ocorre essa situação, o prestador recorre à operadora, pois ao fechar o contrato com a operadora um dos serviços oferecidos é o suporte ao prestador, na hora de autorizar as guias de consultas, exames e procedimentos.

Segundo Spiller et al. (2009, p.84) “o prestador de serviços (operadoras de planos de saúde, clínicas, hospitais, laboratórios e outros) são escolhidos pela qualidade dos resultados que apresenta”. Nos protocolos abertos que solicita suporte para autorizar as guias, ficou evidenciado que ainda existe certa dificuldade, por parte dos profissionais e dos prestadores ao realizarem esse processo. Hoje, a operadora realiza um treinamento de 4 horas, para os profissionais, demonstrando como autorizar as guias. Deste modo, aconselha-se a operadora fazer uma cartilha e no final do treinamento deixar com os prestadores, como auxílio na hora de autorizar, explicando melhor o que precisa ser feito para autorizar as guias, pois o tempo de treinamento é insuficiente para obter toda a informação necessária.

A Figura 7, apresenta alguns dados indispensáveis para autorização das guias, que na cartilha pode indicar os campos que devem ser preenchidos com esses dados.

Figura 7 - Dados necessários para emissão de guia no prestador.



Fonte: Autora (2019).

A cartilha sugerida tem a finalidade de diminuir os números de protocolos que os prestadores abrem com os atendentes da operadora, e os atendentes por não entenderem do processo abrem protocolos para outros setores resolverem, deixando a guia pendente, e sem a realização do atendimento que foi ofertado ao prestador. O treinamento deve ser constante no processo de autorização, pois juntamente com a comunicação são a base para se obter um atendimento de qualidade. Para

Chiavenato (2010, p. 60), a qualidade, “é um processo educacional através do qual as pessoas aprendem conhecimentos, habilidades e atitudes para o desempenho das atividades”.

Um bom atendimento começa com empatia e entendimento do processo que está sendo realizado. As ações comentadas oferecem à operadora a compreensão da sua realidade e auxilia no processo de admissão para colaboradores dos setores de regulação e OPME. Essas ações podem ajudar também para que a operadora se mantenha entre as melhores em termos de qualidade nos serviços prestados.

## 5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que um dos pontos que ocasiona a demora da liberação de guias é a falta de conhecimento do processo de emissão e de análise das guias. Outro fator que também contribui para o atraso das mesmas é o envio da documentação incompleta para o setor de regulação e auditoria. Para emitir a guia de consulta, às clínicas, hospitais e a organização contam com o sistema Solus® que auxilia no processo de autorização de guia e que dispõe de dados necessários para realizar a liberação de guia para consulta. Porém, a falta de conhecimento do processo de emissão, dos prestadores e colaboradores internos da operadora, contribui para o não cumprimento dos prazos determinados pela ANS.

O mesmo ocorre para guia de exame ou guia SADT (Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia), após os analistas verificarem que existem documentos pendentes, a guia não é liberada ao prestador de serviço e permanece status em auditoria. Assim, fica em evidência que a comunicação dos atendentes e analistas se torna primordial, principalmente, quando ocorre a falta de documentação nas guias, evitando assim a demora na liberação e o retrabalho.

Durante a compilação dos resultados, observou-se que guias de internação/cirurgia, mesmo contando com apoio de uma empresa terceirizada, a operadora não consegue cumprir os prazos conforme ANS, onde a situação é mais complexa, pois o descredenciamento dos hospitais e o retrabalho dentro dos setores elevam o número de cirurgias em atraso.

O setor de auditoria por sua vez, analisa as guias utilizando as informações que os analistas da regulação e do setor de OPME lançaram na guia, no espaço “observações”. Portanto, as guias só deveriam ser enviadas ao setor, quando o analista obtiver toda a documentação, conforme normas internas.

Esse processo por muitas vezes não ocorre e, como o auditor somente tem contato com os dados lançados em sistema, o mesmo finaliza com status “guia em auditoria”. Essa situação se repete muitas vezes ao decorrer do mês, com esse atraso de autorização os números de guias pendentes crescem e a operadora fica vulnerável, podendo receber NIP's.

Os resultados mostraram a importância da comunicação interna e do treinamento na organização, deixando claro que se devem alinhar os setores para que

sejam realizados os processos conforme as normas vigentes, sem que haja divergência.

Desta forma sugere-se a continuação do estudo na área da comunicação interna e treinamento dentro da organização e também a análise para captação de novos prestadores, visto que os números de descredenciados são preocupantes, e os que são credenciados, apresentam certa dificuldade ao solicitar autorização de guias.

## REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, K.; BRADFORD, L. **Serviço com Qualidade: A Vantagem competitiva**. São Paulo: ATLAS, 1992. Acesso em: 18 de março de 2019.
- ALVES, Danielle Conte; BARROSO, André Feijó. **O Papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil 2008**. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000200006&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000200006&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 17 de Março de 2019.
- ARAUJO, Luís César. **Tecnologias de Gestão Organizacional**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- BIDU, Plano de saúde. **História**. 2019. Disponível em: <<https://www.bidu.com.br/plano-de-saude> >. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.
- BORBA, Valdir Ribeiro (Org.). **Marketing de relacionamento para organizações de saúde: fidelização de clientes e gestão de parcerias**. SÃO PAULO: Atlas, 2007. 299 p.
- BRASIL. **ANS- Lei 9.656 de Junho de 1998**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2107-lei-no-965698-completa-15anos> > Acesso em: 30 de Janeiro de 2019.
- BRASIL. **ANS- Lei 9.661 de Janeiro de 2000**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm) >. Acesso em: 3 de Maio de 2019.
- BRASIL. **ANS- 2013**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1251-periodo-de-utilizacao-do-plano-e-prazos-maximos-de-atendimento> >. Acesso em: 18 setembros de 2019.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: < <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao-cns> > Acesso em: 01 julho de 2019.
- CANZONIERI, Maria Ana. **Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.
- CARVALHO, Eurípedes Barsanulfo; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: **A reconstrução de uma história de disputas**. 2006 Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n9/2167-2177/pt>>. Acesso em: 17 de Março de 2019.
- CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde Suplementar: 10 anos de Regulação**. 1. ed São Paulo: Saraiva 2008. 302 p.

COSTA, A. de S. C.; SANTANA, L. C. de; TRIGO, A. C. **Qualidade no Atendimento aos Cliente: Um Grande Diferencial Competitivo para As Organizações** – Revista de Iniciação Científica – Cairu: RIC, 2015.

CHIAVENATO, Idalberto. **Iniciação à administração de recursos humanos**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2010. 60 p.

CREPALDI, S. A. **Auditoria Contábil: Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas Editora, 2002.

FINAMOR, Ana Lúcia. Nunes. et,al **Gestão de pessoas em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.54 p.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa – Universidade Aberta do Brasil** – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

LEOPARDI, Maria Tereza, et al. **Metodologia da Pesquisa da Saúde**. 2 ed.rev.e atual. Florianópolis. UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002, p.290.

MARQUES, Sueli Maria Fernandes. **Manual de Auditoria de Contas**. Rio de Janeiro, 2015.

MOTTA, Carnevalli Letícia Ana; LEÃO, Edmilson; ZANATTO, Roberto José. **Auditoria médica no sistema privado: abordagem prática para organizações de saúde**. São Paulo: Iátria, 2005, p. 220.

MOURA, Anísio de; Viriato Airton. **Gestão hospitalar: da organização ao Serviço de apoio Diagnóstico e Terapêutico**. BARUERI, SP: Manole, 2008. 47 p.

PEREIRA, L. L.; TAKAHASHI, R. T. **Auditoria em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

PERTEUCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. **Implementação de Ferramenta de Gestão da Qualidade em Hospital Universitário**. Ver. Esc. Enf. USP. São Paulo: HUSP, 2010.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor, 2007**. Disponível em: <  
<https://www.scielo.org/article/physis/2008.v18n4/767-783/pt/>. Acesso em: 18 de Março de 2019.

PRADO, D. de O. **Manual de Normas de Auditoria/Diretoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Acesso em: 18 de Março de 2019.

RAMOS, P.; RAMOS M. M.; BUSNELLO, S. J. **Manual Prático de Metodologia de Pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese**. Blumenau: Acadêmica, 2005.

REMOR, Lourdes de Costa. **Auditoria de Conhecimento em Saúde**. Florianópolis: Papa - Livro, p.130, 2010.

SANTOS, Costa Leticia; BARCELOS, Valéria Figueiredo. **Auditoria em Saúde: uma ferramenta de gestão**. 2009, p. 5.

SPILLER, Eduardo Santiago. Et, al **Gestão Dos Serviços Em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, **2009**. P.84.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **\*Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4 ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p. Disponível: Acesso em: 09 maio 2019.

SOLUS®, **Sistema operacional 2012**. Disponível em:  
<[https://pt.wikipedia.org/wiki/solus\\_\(sistema\\_operacional\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/solus_(sistema_operacional))> : Acesso 10 novembro 2019.

TENON, Amanda, Lima. **Técnicas de atendimento e vendas . In: Apostila Escriturário Banco do Brasil 2015**. São Paulo: Casa do Concurseiro, 2015.

VAZ. Adriano, Serra. **A importância da comunicação no contexto organizacional** 1999, p. 495.

VERGARA S .C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 5 ed. São Paulo: Editora ATLAS, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso – Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Editora Bookman, 2001.

ZANON, U. **Qualidade da Assistência Médico Hospitalar**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

## APÊNDICE A – Documento para Liberação de Coleta de Dados para TCC.

Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
**INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Joinville, 24 de Junho de 2019.

A/C Agemed Saúde S/A  
RH – Área da Regulação

Prezados,  
Cumprimentando-os cordialmente, comunicamos que as alunas **ALESSANDRA DO NASCIMENTO DA COSTA**, devidamente matriculada no Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar desta Instituição de Ensino, pretendem desenvolver uma pesquisa para seu Trabalho de Conclusão de Curso, com o seguinte tema: "AVALIAÇÃO DA LIBERAÇÃO DAS GUIAS DE AUTORIZAÇÃO EM UMA OPERADORA DE SAÚDE EM JOINVILLE-SC".

A pesquisa tem por objetivo avaliar as causas decorrentes na demora da liberação das guias de autorização para exames e consultas em uma operadora de saúde. Especificamente, pretende-se identificar o tempo médio de autorização das guias de consultas e exames em uma operadora de saúde, no período de janeiro a junho de 2019.

Como objetivos específicos tem-se [A] a necessidade de comparar o tempo de liberação das guias com o prazo determinado pela ANS; [B] avaliar as causas decorrentes na demora da liberação das guias de autorização e; [C] apresentar proposta para a melhoria do processo. Segue anexo o projeto da pesquisa.

Neste sentido, solicito autorização para que as referida aluna possa realizar a coleta de dados, em datas e horários previamente agendados com a coordenação local. Destaca-se que a disponibilidade dos dados necessários para a pesquisa foi verificada previamente junto ao setor responsável da operadora, conforme informação anterior da própria aluna.

Na qualidade de orientador da pesquisa, desde já agradeço pela sua atenção e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos por meio do telefone (47) 3431-5671 e do e-mail marcelo.pezzi@ifsc.edu.br.

Atenciosamente,

  
 Marcelo Pezzi Pezzi, M.Sc.  
 Docente do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar IFSC

Elizete dos Santos de Silva  
 Gerente Recursos Humanos  
 Agemed Saúde S.A.  
 02 933 220/0001-011

**Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Joinville**  
 Rua Pavão, 1377 | Costa e Silva | CEP 89220-618  
 Fone: (47) 3431-5600



## ANEXO B – Guia de Exames e Procedimentos /SADT

Logo da Empresa		<b>GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT</b>				2- Nº Guia no Prestador: <b>12345678901234567890</b>					
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal									
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
<b>Dados do Beneficiário</b>											
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde					
12 - Atendimento a RN											
<b>Dados do Solicitante</b>											
13 - Código na Operadora			14 - Nome do Contratado								
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>											
21 - Cessão do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.				
1											
2											
3											
4											
5											
<b>Dados do Contratado Executante</b>											
29 - Código na Operadora			30 - Nome do Contratado			31 - Código CNES					
<b>Dados do Atendimento</b>											
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Valor Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1											
2											
3											
4											
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>											
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional			52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho		54 - UF	55 - Código CBO	
<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>											
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1	2	3	4	5	6	7	8	9			

## ANEXO C – Guia de Internação

Logo da Empresa		<b>GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO</b>		Z. Nº: <b>123456789012</b>	
1 - Projeto nº 00	2 - Data de Publicação	3 - Saúde	4 - Data Nulidade do Saúde	5 - Data de Entrada de Saúde	
<b>Banco de Beneficiários</b>					
7 - Nome e sobrenome			8 - Sexo	9 - Validade do Cartão	
10 - Nome					
11 - Nome e sobrenome do Estado					
<b>Banco de Cartão de Beneficiário</b>					
12 - Código de Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado		14 - Código CBO	
15 - Nome do Profissional Contratado			16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF
19 - Código CBO S					
<b>Banco de Cartão de Beneficiário - Dados de Internação</b>					
20 - Código de Operadora / CNPJ / CPF			21 - Nome do Paciente		
22 - Nome do Internado					
23 - Tipo de Internação					
<input type="checkbox"/> 1 - Saúde <input type="checkbox"/> 2 - Urgência/Emergência <input type="checkbox"/> 3 - Clínica <input type="checkbox"/> 4 - Cirurgia <input type="checkbox"/> 5 - Distância <input type="checkbox"/> 6 - Pediatría <input type="checkbox"/> 7 - Psiquiatria					
24 - Regime de Internação					
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar <input type="checkbox"/> 4 - Outros					
25 - Indicação Clínica					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
<b>Medicamentos Utilizados</b>					
26 - Tipo de Remédio		27 - Quantidade de Remédio Utilizado por Paciente		28 - Substância Ativa	
<input type="checkbox"/> 1 - Capta <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input type="checkbox"/> 3 - Outros <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Outros		<input type="checkbox"/> 1 - Sem <input type="checkbox"/> 2 - Sem <input type="checkbox"/> 3 - Sem <input type="checkbox"/> 4 - Sem <input type="checkbox"/> 5 - Sem <input type="checkbox"/> 6 - Sem		<input type="checkbox"/> 1 - Presente no diagnóstico relacionado ao Trabalho <input type="checkbox"/> 2 - Trabalho <input type="checkbox"/> 3 - Outros	
29 - Data de Início		30 - Data de Término		31 - Data de Término	
<b>Procedimentos Substanciais</b>					
32 - Código	33 - Código de Procedimento	34 - Descrição		35 - Data de Início	36 - Data de Término
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>CPM Substanciais</b>					
37 - Código	38 - Código do CPM	39 - Descrição CPM	40 - Data de Início	41 - Data de Término	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Dados de Publicação</b>					
42 - Data de Publicação do Atendimento Hospitalar		43 - Ordem de Serviço Autorizada		44 - Tipo de Autorização Autorizada	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	