



R

EDUÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO EM UMA OPERADORA DE SAÚDE: OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA

Recebido: 28/07/2018

Aprovado: 23/01/2019

1Josevane Aparecida Barbosa
2Deivid Nogueira Rafael
3Simone Aquino



Resumo

Uma das preocupações de operadoras privadas de planos de saúde é a diminuição do tempo de atendimento de seus clientes nas centrais de atendimento, regulamentado pela Agência Nacional de Telecomunicações. O presente relato técnico foi delineado como estudo qualitativo, exploratório, descritivo e de pesquisa participante. O processo de aprovação e agendamento do exame de ressonância magnética (RM) de coluna foi modificado desde a etapa da solicitação do beneficiário até a autorização final pela equipe médica. A implantação de um novo fluxo de tomada de decisão, a fim de reduzir ou eliminar as implicações que as lentidões do atendimento podem gerar na saúde dos pacientes, teve como base a inclusão de um *Checklist* durante as solicitações de RM de coluna. A partir da análise dos resultados, constatou-se que o tempo médio de atendimento com a implantação do *Checklist*, foi reduzido para 6 minutos. Gerou uma diminuição do tempo médio de atendimento por cliente de 10 para até 6 minutos, com ganho produtivo no processo, relacionado à maior eficiência da operadora e satisfação dos clientes, colaboradores e prestadores de serviços.

Palavras-chave: Tempo de atendimento. *Checklist*. Ressonância Magnética.

¹Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, (Brasil). E-mail: josy.gtn@gmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-7933-1210>

²Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, (Brasil). E-mail: deividnrafael@gmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-8475-8761>

³Centro de Tecnologia das Radiações do Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares - CTR-IPEN/CNEN, São Paulo, (Brasil). E-mail: siaq06@hotmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-0756-6544>

**AVERAGE SERVICE TIME REDUCTION ON A HEALTH CARE OPERATOR:
OPTIMIZATION OF THE AUTHORIZATION PROCESS FOR MAGNETIC
RESONANCE OF THE SPINE PROCEDURE**

Abstract

One of the concerns of private health care operators is the reduction of the service time in their service centers, as required per National Telecommunications Agency regulation. The present technical report was delineated as a qualitative, exploratory, descriptive and participant research study. The approval and scheduling process of the magnetic resonance (MR) imaging of the spine was modified from the beneficiary request until final authorization of the medical team. The implementation of the new decision-making flow to reduce or eliminate the impacts in patients health, was based on the inclusion of a checklist during the requests of MR of the spine. From the analysis of the results, it was found that the average service time was reduced to 6 minutes with the checklist. It generated a decrease in the average time of service per client from 10 to 6 minutes, with productive gain in process, related to greater operator efficiency and customers, employees and service providers satisfaction.

Keywords: Service time. Checklist. Magnetic Resonance.

Introdução

Segundo Mosadeghrad (2014), as pessoas estão constantemente à procura de produtos e serviços de qualidade e isso tem sido incorporado às empresas e organizações em todo o mundo, como um componente essencial de qualquer serviço e processo de produção. A qualidade é uma ferramenta diferenciadora estratégica para sustentar a vantagem competitiva e, melhorar a qualidade por meio da melhoria das estruturas e processos conduz a uma redução de desperdícios, retrabalhos e atrasos, custos mais baixos, maior quota de mercado e uma imagem positiva da empresa (Lagrosen, & Lagrosen, 2005; Rahman, 2001) e, como resultado, a produtividade e a rentabilidade melhoram (Alexander, Weiner, & Griffith, 2006). Na área da saúde não é diferente, principalmente para as prestadoras de serviços da saúde suplementar. No Brasil, a saúde suplementar viabilizou-se nos anos de 1970, a partir da crise do modelo médico previdenciário e pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa (Menicucci, 2011). Conforme a Constituição Federal (CF), a iniciativa privada tem direito de prestar serviços de saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde que estes estejam de acordo com as diretrizes e princípios do sistema público (CF, 1988). O aumento da parcela da população que utiliza planos e seguros privados de saúde aumenta a cada ano (Silva & Rodrigues, 2015).

Portanto, é importante definir, mensurar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, que neste caso, envolve o bem estar de seus clientes. Entretanto, os cuidados de saúde estão cheios de atrasos e, de acordo com o principal órgão consultivo do setor privado do governo americano chamado *Institute of Medicine* (IOM), a pontualidade foi identificada como um dos seis principais objetivos de melhoria em seu grande relatório sobre a qualidade da saúde em 2001. Isso foi em resposta à crescente evidência de atrasos significativos em toda a indústria de saúde e o impacto desses atrasos nos desfechos clínicos, visto a espera por dias ou semanas para obter um agendamento com um médico ou agendar um procedimento (Green, 2008). De acordo com Basu, Andrews, Kishore, Panjabi e Stuckler (2012), poucos estudos investigaram o tempo e a acessibilidade aos serviços médicos por si só, ou seja, a capacidade de acesso rápido aos serviços disponíveis. Entretanto, Brugha e Pritze-Aliassime (2003) apontaram que os tempos de espera para serviços médicos foram consistentemente mais curtos no setor privado do que no setor público. Um levantamento realizado em Gana pelo *World Bank* (2011) sugeriu que o tempo de espera de atendimento do setor público seria mais longo para a mesma condição clínica do paciente do que no setor privado, em uma ou duas horas.

Segundo a análise de Fonseca (2019), uma vez que o setor de planos de saúde possui tipos societários e de controle bastante heterogêneos (sociedades anônimas, empresas

limitadas, cooperativas, associações e empreendimentos filantrópicos), a agência reguladora setorial, conhecida como Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deve concentrar o seu interesse em aspectos transversais de governança corporativa. Nesse sentido, focar a supervisão no sistema de gestão de riscos e de controles internos é fundamental para o objetivo de proteger o interesse dos beneficiários de ter acesso à assistência à saúde oportuna e adequada quando precisar, por meio da garantia à sustentabilidade econômica da operação.

Além dos fatores apontados, no Brasil, existe uma grande preocupação do setor de saúde suplementar com o Tempo Médio de Atendimento (TMA) nas centrais de atendimento (*Call Centers*) das operadoras privadas de saúde, já que a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) estabelece que os clientes devam ser atendidos diretamente por um atendente em até 60 segundos quando for solicitado, em conformidade com a Portaria n. 2.014 (2008) e, caso haja descumprimento da Lei 8.078 (1990), que é regulamentada pelo Decreto n. 6.523 (2008), é previsto uma multa de três milhões de vezes o valor da Unidade Fiscal de Referência ao serviço infrator.

Um dos exames mais procurados nos diversos serviços médicos por meio de agendamento é a ressonância magnética (RM), que é um método de imagem que permite a aquisição de imagens multiplanares, com alta resolução, sem exposição à radiação, em crescente uso na prática médica. Por este motivo, diversos estudos têm apontado o exame de RM cada vez mais indicado para pacientes em nosso meio (Boaventura, Rodrigues, Silva, Beltrani, Melo, *et al.*, 2017; Ribeiro, Salata, Antunes, & Marchiori, 2015; Teixeira, Elias, Nogueira-Barbosa, Marchiori, & Santos, 2015; Guimaraes *et al.*, 2015; Almeida, Gomes, Barros, Fahel, & Rocha, 2016). O presente estudo foi realizado em uma operadora de plano de saúde, cujo *modus operandi* dos operadores de atendimento era crítico, uma vez que no recebimento das ligações, principalmente aquelas com solicitação emergencial de ressonância magnética de coluna, raramente procediam o registro completo de informações essenciais para a autorização médica, tais como: hipótese diagnóstica; classificação internacional de doenças (CID); indicação clínica; área anatômica do exame solicitado, etc. Mesmo sem o registro de informações complementares (altamente relevantes), as solicitações eram direcionadas ao setor de autorizações que, sem as informações pertinentes para a emissão do parecer, demandava de um tempo adicional para a análise do médico auditor, que confere a documentação assessória do histórico do cliente ou o mesmo retorna a solicitação para o setor de atendimento, para que sejam acrescentadas as informações que corroborem com a análise final para a autorização do exame, aumentando assim, o tempo de solicitação com a linha de atendimento do *Call Center* bloqueada.

Com a finalidade complementar as informações que chegam para o médico auditor e consequentemente reduzir o TMA das solicitações de ressonância magnética de coluna, na citada operadora de plano de saúde, e de forma que sejam cumpridos os preceitos legais estipulados pelos órgãos regulatórios, o presente relato técnico teve como objetivo descrever como foi alcançada a redução do TMA para o referido exame, mantendo a qualidade do atendimento, a eficiência do serviço e, consequentemente, a satisfação do cliente. Portanto, o relato pretende responder a seguinte questão de pesquisa: como uma operadora de saúde pode reduzir o tempo médio de atendimento no processo de agendamento de ressonância magnética de coluna, a fim de cumprir as determinações da ANS e Anatel?

O presente trabalho apresenta, além da introdução, um breve referencial teórico que busca elucidar as particularidades gerais de um *Call Center* de uma operadora de saúde e as leis vigentes que regulamentam os serviços de uma central de atendimento. A seção “metodologia” apresenta as etapas ou passo a passo da implantação e realização das mudanças necessárias para alcançar o objetivo proposto. Já a seção de resultados obtidos e análise, apresenta uma série de dados que permitem identificar as melhorias ocorridas após a implantação de uma lista de checagem de dados e mudança no processo de agendamento. Por fim, a seção de considerações finais assume as limitações do trabalho, foca no principal benefício alcançado, fornece sugestões práticas para organizações que desejem reduzir o TMA em um *Call Center* voltado para a saúde suplementar.

Referencial teórico

A Saúde Suplementar no Brasil conquistou oficialmente seu espaço por meio da Constituição Federal publicada em 1988 e teve seu marco regulatório estabelecido pela Lei n. 9.656 de 1998. Com o passar dos anos, já no ano de 2007, a receita para a Saúde Suplementar foi de mais de R\$ 51,8 bilhões para atender 47,8 milhões de beneficiários, e no mesmo período o Ministério da Saúde destinou verba de pouco mais de R\$ 32,7 bilhões para o atendimento de 136,2 milhões de brasileiros, ou seja, para cada beneficiário da Saúde Suplementar o setor arrecadou cerca de R\$ 1.083,00/ano, enquanto que a verba no serviço público para cada usuário foi de pouco mais R\$ 240,00/ano, indicando que a Saúde Suplementar possuía desde então, uma receita 4,5 vezes maior que o serviço público de saúde para cada usuário (Zirolto, Gimenes, & Castelo, 2013). Ainda segundo Zirolto, Gimenes e Castelo (2013) o Estado não tem condições de atender a demanda de assistência à saúde de toda a população brasileira. Para tal, era de se esperar que o Governo Federal, por meio de políticas de incentivo, favorecesse a Saúde Suplementar criando condições de mais pessoas aderirem aos planos de saúde ofertados pelo mercado privado.

O marco regulatório do setor suplementar de saúde ocorreu em 1998, com a publicação da Lei Federal n. 9656, que regulamentou os planos privados de saúde no Brasil. Em 2000, foi publicada a Lei Federal n. 9961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cuja finalidade institucional é desenvolver estratégias nacionais de regulação do setor suplementar (Silva & Rodrigues, 2015). Com a criação da ANS, o mercado da Saúde Suplementar ganhou um marco regulatório importante para um setor de mais alta importância como a Saúde. A regulação veio para normatizar coberturas assistenciais e formas de atendimento visando garantir à população pertencente à saúde suplementar seus direitos e estabelecer deveres para as empresas participantes do setor.

O sistema suplementar de saúde é composto pelos serviços prestados por seguradoras especializadas em seguros-saúde, empresas de medicina de grupo e odontologia de grupo, cooperativas médico-hospitalares e/ou odontológicas, entidades filantrópicas, companhias de autogestão e administradoras. Estas últimas são, segundo a ANS, “empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora”. As operadoras compram dos prestadores de serviços da área de saúde (médicos, laboratórios, clínicas, hospitais etc.) serviços como consultas, exames, internações, cirurgias, tratamentos, entre outros. Para tanto, dispõem de carteira de clientes (conveniados ou segurados) que, a partir de contratos, remuneram as operadoras de planos e seguros-saúde por meio de mensalidades (Oliveira & Kornis, 2017).

O contratante de plano de saúde tem a expectativa de que a operadora lhe garanta acesso a serviços de saúde com qualidade e rapidez quando precisar, o que é também uma relação agente-principal. A operadora é o agente cujas práticas devem estar alinhadas ao interesse do principal (o contratante do plano de saúde). Uma operadora com boas práticas de controles internos e de gestão de riscos precifica de forma adequada, reduz desperdícios e busca cumprir a legislação, por exemplo. Ao fim e ao cabo, essas boas práticas de governança corporativa se refletem em uma organização mais sólida e sustentável, fundamental para quem contrata um plano de saúde (Fonseca, 2019).

Neste âmbito, o esforço de influenciar na qualidade da atenção prestada na saúde suplementar pode ser traduzido pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Dentro desse programa, a avaliação do desempenho das operadoras é realizada pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela ANS, dentre os quais está incluso o cadastramento e monitoramento de projetos de promoção da saúde e prevenção de doenças junto à agência (Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Saúde [MS/ANS], 2010). Mas o principal foco da atenção regulatória é dirigido

ao rol de procedimentos obrigatórios, tais como o controle de preços dos planos e o tempo de espera para atendimento das demandas médico-hospitalares (Silva, Sena, Feuerwerke, Souza, Silva, & Rodrigues, 2013).

Os indicadores para o cálculo do IDSS são reunidos em quatro dimensões: Atenção à Saúde, Econômico-financeira, Estrutura e Operação, e Satisfação do Beneficiário. A dimensão *Satisfação dos Beneficiários* utiliza indicadores de permanência dos beneficiários nas operadoras como forma de avaliar a satisfação. Também mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras, além do índice de reclamações e o grau de satisfação dos beneficiários com suas operadoras (MS/ANS, 2010). Devido ao IDSS, o Tempo Médio de Atendimento (TMA) em uma operadora de planos de saúde é um objeto estratégico a ser analisado e melhorado constantemente, uma vez que está intrinsecamente ligada a qualidade do atendimento e a capacidade de resolução do serviço. Segundo o Portal da Educação (2018) é necessário considerar um limite mínimo para atender um cliente bem e com qualidade e, para isso deve se estabelecer regras de atendimento, procedimentos operacionais, escalação de especialistas.

O operador que atua numa central de serviços médicos deve estar preparado e seguro a respeito do seu objeto de trabalho para conseguir um tempo menor de atendimento. Entretanto, ao contrário de outros serviços, aumentar o número de atendentes não é suficiente, visto que a área de saúde exige a coparticipação de outra área de atuação (auditoria médica) e também exige uma riqueza de detalhes técnicos, afim de que a avaliação seja precisa e definitiva para a solicitação de autorização de um procedimento médico especializado. A espera por atendimento em horários críticos em uma central de atendimento pode durar até 20 minutos, sendo o TMA de aproximadamente 12 a 10 minutos. Tal situação descrita acarreta em um canal de atendimento ocupado, já que enquanto a solicitação não for avaliada e finalizada, aquela ligação não se encerra e, conseqüentemente, outro cliente que está tentando contato com a operadora não conseguirá ser atendido, o que demanda tempo na ligação, tornando o próximo cliente insatisfeito e, com isso, aumentando o risco de denúncia da operadora para a ANS e Anatel.

Com a necessidade de unificar a nomenclatura utilizada pela área clínica e melhorar a troca de informações entre operadoras de planos de saúde e ANS, a agência criou uma Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). A elaboração da tabela contou com auxílio da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS). A terminologia da TUSS tem como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) (ANS, 2016). A utilização da TUSS é uma obrigatoriedade para os prestadores de serviços em suas

solicitações de procedimentos médicos, como também para as operadoras de planos de saúde na operacionalização do trabalho (Pinochet, 2011).

A RM de Coluna é um método de diagnóstico, que se encontra no capítulo de “Procedimentos Diagnóstico e Terapêutico” da TUSS com a codificação n. 41101227 e nomenclatura “Ressonância magnética de coluna cervical, dorsal ou lombar”. É um método que está contemplado na relação da ANS, portanto de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde (ANS, 2016).

De acordo com a nomenclatura da CBHPM, o procedimento de RM de coluna, é um evento genérico (RM - Coluna cervical ou dorsal ou lombar), que se aplica a utilização para qualquer parte da coluna vertebral (CBHPM, 2014). Sendo assim, o médico solicitante, precisa especificar qual parte da coluna se destina o exame. Na prática profissional de atendimento ao cliente, não é incomum que as solicitações de RM de coluna não disponham de informações sobre a área anatômica específica, que deve ser avaliada e, nem tão pouco, o motivo ou razão clínica da solicitação. Tais dados são essenciais para uma rápida e eficiente avaliação médica e também garantem agilidade e qualidade de atendimento ao próprio usuário do serviço, que realizará o exame.

Neste sentido, instrumentalizar o operador que recebe a ligação (e tem como objetivo principal oferecer um atendimento rápido, com qualidade e altamente resolutivo), possibilita a melhoria na operacionalização do serviço por meio da implantação de uma lista de verificação de informações obrigatórias ou *Checklist*, como uma estratégia de aplicabilidade fácil e simples, contendo todas as informações necessárias ao médico. A lista de verificação ou *Checklist* é um método muito utilizado, já que este é rápido, de baixo custo, prático e de altos benefícios (Stedefeldt, Cunha, Silva, Silva, & Oliveira, 2013).

Por definição *Checklist* é uma palavra em inglês, considerada um americanismo que significa "lista de verificações". Esta palavra é a junção de *check* (verificar) e *list* (lista). Um *Checklist* é um instrumento de controle, composto por um conjunto de condutas, nomes, itens ou tarefas que devem ser lembradas e/ou seguidas e pode ser aplicado em várias atividades (Significados, 2018).

A utilização de um *Checklist* em outros cenários como determinante para garantir a qualidade do serviço pode ser considerada como ferramenta amplamente recomendada, visto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004 lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, para viabilizar o desenvolvimento de uma política para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde e, em 2008 a área escolhida pelo Brasil foi da segurança segura da assistência cirúrgica. A Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) adaptou o manual “Cirurgia Segura Salva Vidas” em um *Checklist* que foi

proposto para ser empregado em qualquer hospital do país (Freitas, Antunes, Lopes, Fernandes & Monte, 2014).

Corroborando com a ideia anterior, Losapio *et al.* (2011) demonstraram que é possível utilizar o *Aberrant Behavior Checklist* (ABC), como um instrumento capaz de avaliar eficácia de tratamento em pacientes com retardo mental. Segundo (Stedefeldt *et al.*, 2013) a utilização de uma *Checklist* para avaliar as boas práticas para unidades de alimentação e nutrição escolares é um instrumento que auxilia na tomada de decisões para o controle de qualidade, sendo útil e de grande significado, já que pode subsidiar diversos profissionais no campo da pesquisa e da prática. Além disso, o *Checklist* pode oferecer vantagens consideráveis na verificação de informações e auxílio na tomada de decisões e, com isso, entende-se que atrelar essa ferramenta ao sistema de regulação de ressonância magnética (RM) de coluna de uma operadora de planos de saúde, é uma medida capaz de melhorar o atendimento, frente à redução de tempo de ligações e qualidade de resposta, já que a relação de tempo de ligação num *Call Center* é um item medido e regulamentado pela Anatel, e passível de multa quando for detectado o descumprimento da legislação que regulamenta o setor, como já mencionado, devido à Lei n. 8.078 (1990).

Os *Checklists* são comuns em alguns campos médicos, e podem ser uma ferramenta eficaz para melhorar processos do cuidado e para reduzir a mortalidade e a morbidade (Haynes, Weiser, Berry, *et al.*, 2009; De Vries, Prins, Crolla, *et al.*, 2010). As listas de verificação também são mostradas como uma ferramenta útil em medicina pré-hospitalar e de emergência (Mayo, Hegde, Eisen, Kory, & Doelken, 2011; Mackenzie, French, Lewis, & Steel, 2009). No entanto, o desenvolvimento e a implementação de listas de verificação médicas compartilham alguns dos mesmos desafios que outros trabalhos de melhoria de qualidade na medicina, podendo ser um exercício complexo e exigente em recursos (Thomassen, Espeland, Sjøfteland, Lossius, Heltne, & Brattebø, 2011). Apesar da aceitação e disseminação aparentemente rápida do *Checklist* de cirurgia segura da OMS, há poucos estudos descrevendo o processo real de desenvolvimento e implementação desses instrumentos na atenção à saúde (Hales, Terblanche, Fowler, & Sibbald, 2008; Winters, Gurses, Lehmann, Sexton, Rampersad, & Pronovost, 2009).

Segundo o Instituto Brasileiro em Excelência em Saúde (IBES, 2018), a fim de melhorar a segurança assistencial, várias organizações de saúde copiaram os sistemas de organizações altamente confiáveis ou *High Reliability Organisations* (HROs) de outros setores, como energia nuclear, indústria química e operação militar. As HROs são bons exemplos que obtiveram sucesso quando adaptados à realidade de saúde e são referidas frequentemente na literatura médica porque executam operações perigosas e complexas com uma taxa excepcionalmente baixa da falha, como exemplos de HROs na indústria aeronáutica e aeroespacial, produção de

energia nuclear, combate a incêndios, operações militares e engenharia (Hales & Pronovost, 2006; Weick & Kathleen, 2001). HROs são uma fonte valiosa de exemplos para a aprendizagem e melhoria da segurança dos cuidados de saúde. Estas organizações têm décadas de experiência com o desenvolvimento e implantação de *Checklists*, que são comumente usados em HROs como auxiliares cognitivos, liberando a capacidade mental de pessoas para a operação em si (Thomassen *et al.*, 2011).

Metodologia

Este trabalho se caracteriza como um estudo qualitativo, descritivo e de característica exploratória, visto que a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema (Gil, 2008) e devido ao fato de que poucos estudos tenham associado o TMA para agendamento de exames de uma operadora de planos de saúde, a fim de atender o IDSS e normas relativas ao setor de saúde suplementar. Ainda segundo Gil (2008), uma pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinado fenômeno. Quanto à abordagem, a pesquisa pode ser classificada como qualitativa, visto que o foco é se aprofundar na compreensão da organização, explicando o porquê dos fatos (Gerhardt & Silveira, 2009). Foi realizado uma revisão bibliográfica sobre as legislações referentes ao sistema de saúde suplementar, bem como do método de trabalho de operadoras de planos de saúde e seus indicadores de desempenho, além do levantamento sobre o método de listas de verificação em operações da área de saúde.

Os instrumentos para a coleta de dados foram: transcrições das ligações de operadores para cálculo do tempo de atendimento, pesquisa documental a partir de dados registrados no setor de agendamento e observação participante da rotina de trabalho dos operadores e durante treinamentos de equipe. Este último foi realizado na central de atendimento para solicitações de RM de coluna, no período de janeiro a dezembro de 2016. O autor participante realizou o acompanhamento, treinamentos para 100 operadores e ações de implantação do *Checklist* de informações, na segunda etapa de avaliação do processo, para o cálculo de redução de tempo médio de atendimento, visto que, segundo Vergara (2000) na pesquisa participante, o pesquisador se torna parte do problema estudado, sendo a relação entre pesquisa – pesquisador estreita.

A operadora de saúde estudada é uma das mais antigas do Brasil e atua em todo território nacional e possui sua central de regulação localizada em São Paulo Capital. Tal operadora recebe em média 500 solicitações de procedimentos diagnóstico/dia, estimando-se que pelo menos 30% dessas solicitações referentes a RM de coluna. A operadora atua no setor de saúde suplementar desde a década de 40, cuidando dos funcionários, aposentados e pensionistas de certa instituição bancária. É a maior operadora de saúde na categoria de autogestão em número de vidas do país, atualmente assiste 715.659 beneficiários, contando com 41 mil prestadores de serviços em todo o país.

Para garantir a resolutividade da operadora, é preciso que as solicitações sejam feitas pelos prestadores de serviços e usuários, e que estes tenham minimamente alguns dados que garantam a avaliação adequada do que é solicitado. Observa-se que muitas informações relevantes são ocultadas nas primeiras solicitações, uma vez que o solicitante, em alguns casos, desconhece as etapas da autorização, ou mesmo o operador do plano de saúde (ao gerar uma guia de autorização) que não transcreve dados essenciais, por dificuldade em discerni-los. A solução proposta para agilizar o agendamento de exame de RM seria a implantação de um *Checklist* pré-elaborado pelos médicos, com perguntas referentes às informações complementares levantadas já no primeiro atendimento, para que na etapa de confirmação, o médico auditor tenha uma tomada de decisão rápida na autorização do exame. Antes da implantação do *Checklist* de informações, os operadores não tinham nenhum critério de abertura das solicitações, tampouco se considerava o que era importante a ser registrado na solicitação para avaliação do médico, o que gerava atrasos e retrabalho no agendamento. A Figura 1 representa o fluxo de solicitação de RM de coluna antes da implantação do *Checklist* de informações.

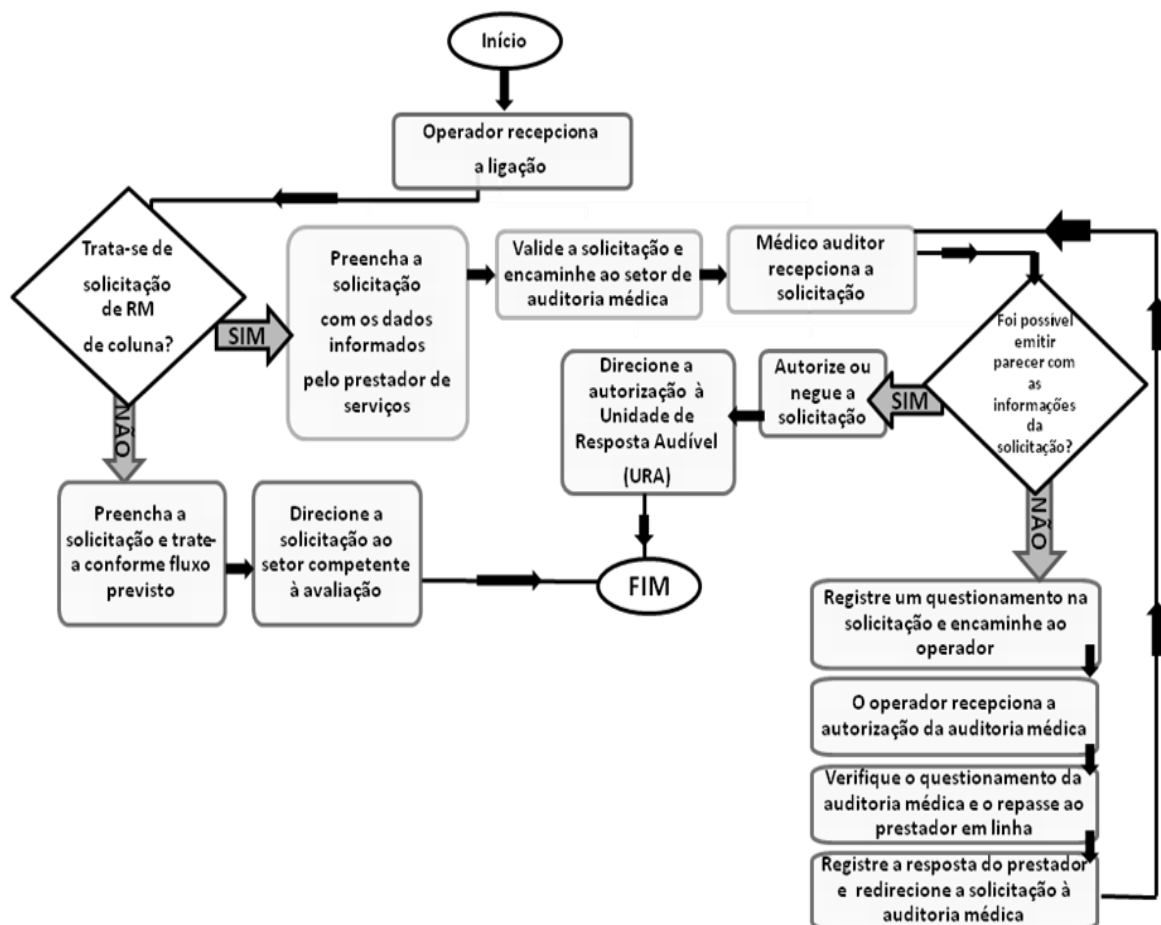


Figura 1: Fluxo de solicitação de RM de coluna, antes da implantação do *Checklist* de informações.

Nota. Fonte: Elaborado pelos autores.

Para iniciar o processo de implantação do *Checklist* de informação das solicitações de RM de coluna, foi elaborado um questionário com uma lista de verificação para os operadores

aplicarem ao abrirem uma solicitação de RM de coluna. Tais questões identificariam a área anatômica a ser estudada, o CID, indicação, objetivo da realização do exame, se foi realizado exames mais simples anteriormente e seus achados, e em caso de repetição do exame em menos de um ano, a solicitação deveria ser justificada pelo médico solicitante.

O *Checklist* foi validado pelo gerente médico e pelo supervisor médico que respondem pela área de regulação e auditoria médica. Tal lista de verificação contemplou informações essenciais mínimas para a avaliação das solicitações, de forma que ao visualizar as informações preenchidas pelo operador, o médico pudesse rapidamente concluir a avaliação e emitir seu parecer para autorização (ou não) da solicitação.

Após a validação, o *Checklist* foi amplamente divulgado ao setor de recepção de solicitações, foram realizados treinamento com grupos de operadores, com carga horária de 30 minutos em quatro turnos. Os operadores (n=100) foram treinados com o intuito de que estes estivessem familiarizados com a nova ferramenta e entendessem a importância da aplicação e preenchimento completo do *Checklist*. O treinamento consistia em uma roda de conversa onde foi mostrada a nova ferramenta aos operadores, com duas simulações de solicitações de RM de coluna como demonstrado na Figura 2:

Simulação 1	Simulação 2
Os operadores tiveram que simular a recepção de uma solicitação de RM de coluna, preencher a guia de solicitação, buscar no sistema operacional da empresa o <i>Checklist</i> e aplicá-lo. Foi simulada a impossibilidade do preenchimento de pelo menos três itens do <i>Checklist</i> e o operador teria que informar que, em virtude da insuficiência de informações, a solicitação não poderia ser gerada e que um comunicado com orientações dos dados necessário para abertura da solicitação seria encaminhado ao prestador por e-mail nos próximos minutos. Enquanto emitia a informação, o operador já encaminhava o e-mail com o <i>Checklist</i> completo ao prestador.	O operador recepcionou uma ligação com a solicitação de RM de coluna, preencheu a guia de solicitação, buscou o <i>Checklist</i> no sistema operacional da empresa, sendo possível o preenchimento de todos ou até três itens do <i>Checklist</i> , assim, enquanto o operador finalizava o preenchimento da guia de solicitação e do <i>Checklist</i> , ao mesmo tempo ele orientava o prestador que sua solicitação seria encaminhada à auditoria médica e que dentro de alguns instantes ele ouviria uma mensagem automática informando o número da autorização ou informando a não autorização da solicitação.

Figura 2. Simulação 1 e 2 aplicada aos operadores na implantação do *Checklist*.

Nota. Fonte: Elaborada pelos autores.

Resultados Obtidos e Análise

As simulações com a equipe de operadores foram repetidas, sendo que o tempo de cada situação foi cronometrado e logo após, foram discutidos os resultados como economia de tempo, além de dúvidas e sugestões para melhorias. Com a implantação do novo *Checklist* para solicitações de RM de coluna foi observada a redução do tempo médio de atendimento nas referidas solicitações. Tais resultados se deveram ao emprego da lista de verificação factível, no sentido de complementação de informações e, com isso, foi notada a redução do tempo necessário para realização das checagens, análises e autorização dos pedidos.

Anteriormente à mudança com a implantação do *Checklist* de informações complementares, uma solicitação de RM de coluna, desde o início da ligação pelo prestador de serviços até a finalização da ligação com o término da avaliação da auditoria médica, levava mais de 10 minutos,

no entanto, após a implantação as solicitações que não preenchiam os requisitos do *Checklist* eram finalizadas em até 4 minutos e as solicitações que contemplavam até três dos requisitos do *Checklist*, tinham um parecer de avaliação concluído em até 6 minutos (após o primeiro contato com o operador). Tal resultado denotou maior eficiência com a diminuição de tempo de atendimento e consequentemente, qualidade do serviço. O fluxo definitivo proporcionou ao serviço uma redução do tempo de agendamento de 10 para 6 minutos.

Após o treinamento, o *Checklist* foi incorporado ao sistema operacional da operadora, onde sua localização, aplicação e registro das informações coletadas eram feitos na abertura da solicitação, sendo um pré-requisito para geração da autorização o preenchimento de pelo menos três dos itens do *Checklist*. Após o preenchimento de acordo com o novo critério da lista de verificação, a autorização era transferida ao setor de auditoria médica, onde a avaliação era realizada. A ausência do preenchimento de algum item do *Checklist* acarretava o bloqueio da solicitação e a geração de um comunicado ao prestador com a solicitação de encaminhar as informações faltantes do *Checklist*. O fluxo completo do novo processo implantado está demonstrado na Figura 3.

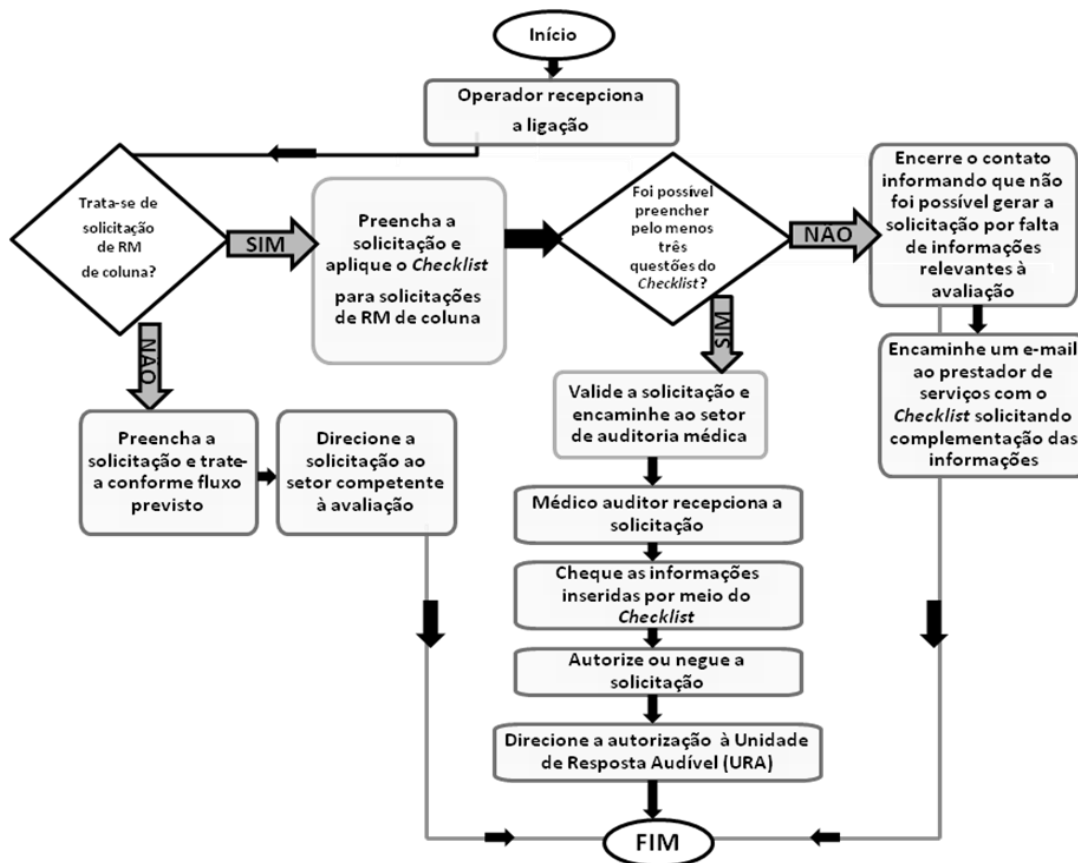


Figura 3: Fluxo de solicitação de RM de coluna após implantação do *Checklist* de informações. Nota. Fonte: Elaborado pelos autores.

Observa-se que é de interesse das operadoras de saúde manter a qualidade do serviço, já que a satisfação do usuário é um dos indicadores avaliados e divulgados pela ANS e, devido a isso, o setor de autorização é o primeiro canal de interface do usuário com a operadora e, desta forma, o setor deve trabalhar de forma eficiente e resolutiva, garantindo a satisfação dos seus

clientes e cumprindo as normas que regulamentam o setor de telefonia, que avaliam o desempenho da operadora pela ANS. Anteriormente a implantação do *Checklist*, o processo de autorização de dez RM de coluna poderia durar mais de 1 hora e 40 minutos, o que corresponde a quase um terço da carga horária diária de um trabalhador de *Call Center*, já que de acordo com a Portaria n. 09 (2007), o tempo de trabalho em efetiva atividade de *Call Center* não pode ultrapassar 6 horas diárias, totalizando não mais que 36 horas semanais. Com a implantação do *Checklist*, foi observado que dez RM de coluna poderiam ser autorizadas em até 60 minutos, o que corresponde a um ganho percentual de 40% do tempo anteriormente despendido. Previamente à implantação, um canal de atendimento (operador livre para atender uma ligação) era disponibilizado aproximadamente a cada 10 minutos, situação essa que acarretava ligações “em espera” por tempo prolongado. O tempo para o prestador conseguir o primeiro contato com o operador poderia ultrapassar 20 minutos em períodos críticos, com excesso de ligações. Já com a implantação do *Checklist* os canais eram desocupados a cada 4 ou 6 minutos, diminuindo assim o tempo das ligações em espera e aumentando consideravelmente a capacidade de atendimento da operadora.

De maneira geral, tanto o *Checklist* implantado na operadora de saúde como o utilizado na elaboração de pesquisas observacionais, possuem o mesmo objetivo: tornar a descrição precisa no sentido do que se é imprescindível tanto ao estudo científico como na avaliação de RM de coluna, de forma a corroborar com a crítica de revisores ou auditores médicos. Um resumo dos resultados obtidos com a implantação do *Checklist* de informação para aperfeiçoar o serviço e diminuir o tempo médio de atendimento de uma operadora de saúde pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1.

Tempo do processo de implantação do *Checklist* de informação para avaliação de RM de coluna.

Marcadores	Antes da implantação	Após a implantação
Tempo de atendimento	De 10 minutos a mais	De 4 a 6 minutos
Requisitos para solicitação de RM de coluna	Apenas pedido médico	Pelo menos três requisitos (área anatômica, CID, indicação e objetivo do exame, quadro clínico, exames recentes, relatório médico com justificativa).
Possibilidade de devolução da solicitação ao operador pela auditoria médica	Infinitas	Não existe
Possibilidade de devolução da solicitação ao prestador de serviços para adequação	Após de 10 minutos ou mais, após a avaliação da auditoria médica.	Imediato ao primeiro contato
Tempo para desocupação de um canal de atendimento	A partir de 10 minutos	Entre 4 e 6 minutos
Tempo gasto na avaliação de 10 RM de coluna	100 minutos a mais	60 minutos
Treinamento	Poucos colaboradores entendiam e conheciam a importância de dados relevantes à autorização de RM de coluna	Todos os colaboradores foram treinados e passaram a receber sistematicamente boletins de auto treinamento.

Nota. Fonte: Elaborado pelos autores.

Entretanto, os níveis de especialização e delegação de autoridade nos serviços de cuidados de saúde têm tradicionalmente uma estrutura hierárquica muito forte. Tal cultura pode desencorajar a troca de informações, resultando em ansiedade ou falta de vontade de fornecer o *feedback* sobre um *Checklist* (Gillespie, Chaboyer, Wallis, & Fenwick, 2010). O uso de simulação é um método preferido (padrão ouro) para treinamento de equipe em *Checklist* nos HROs. O treinamento em equipe é a chave para a implementação bem-sucedida da lista de verificação na assistência à saúde. O treinamento de equipe local com baixo custo e fidelidade técnica simples é um método viável para ensaiar operações complexas (Wisborg, Brattebo, Brinchmann-Hansen, Uggen, & Hansen, 2008). O sucesso na implementação da lista de verificação está mais atrelado na vontade, no entusiasmo e na competência organizacional do que do tempo disponível e dos recursos financeiros (Wisborg & Brattebo, 2008).

De maneira semelhante aos resultados obtidos por um estudo realizado por Malta, Cardoso, Bastos, Magnanini e Silva (2010) visando adaptar e introduzir um *Checklist STROBE Statement* com recomendações sobre o que deveria ser incluído em uma descrição mais precisa e completa, verificou-se que a utilização de uma lista de verificação demonstra ser uma estratégia importante, relacionada a melhoria da qualidade da descrição de estudos observacionais de processos.

Considerações Finais

A implantação do *Checklist* ao processo de solicitação e autorização de RM de coluna em uma operadora de saúde proporcionou uma melhora no atendimento realizado. Foi observado que a proposta de implantação do *Checklist* aproximou a operadora ainda mais ao cumprimento das normas previstas pela Anatel, já que a diminuição no tempo de avaliação do exame acarreta na disponibilização de canais de atendimento livres mais rapidamente e aumenta a capacidade de atendimento e eficiência do serviço. O acesso dos funcionários do *Call Center* (operadores) a um roteiro de verificações aplicáveis às solicitações de RM de coluna trouxe segurança, agilidade, melhor desempenho, diminuição do tempo de atendimento e, conseqüentemente, maior qualidade ao serviço.

A elaboração e aplicação de um *Checklist* de RM de coluna requerem o comprometimento de todos os atores envolvidos. No presente estudo esse comprometimento foi percebido durante a elaboração ou desenvolvimento, a revisão e validação do *Checklist*, pela área de auditoria médica, na efetiva capacitação de mão de obra, na geração de bons resultados analíticos, e no aumento da capacidade de atendimento em detrimento a diminuição do tempo médio de atendimento no que se refere à solicitação de RM de coluna.

Embora apresente os resultados decorrentes da implantação do *Checklist* em apenas um específico exame, esse Relato Técnico chama a atenção para a importância da criação de roteiros para abertura de solicitações de outros exames em operadoras de saúde. A sistematização do preenchimento de guias de solicitações garante maior previsibilidade, agilidade e resolutividade ao processo.

É importante salientar que o presente relato apresenta algumas limitações, dentre elas, ressalta-se a aplicação no *Checklist* em apenas a uma modalidade de solicitação, quando comparada a mais de 3.000 procedimentos válidos contemplados pelo rol da ANS (ANS, 2016), a utilização do *checklist* em apenas uma operadora de saúde, frente a 998 operadoras médico hospitalares em atividade no Brasil (ANS, 2015). Outra limitação é a não adequação do prestador de serviços no que tange as informações disponibilizadas à operadora, ou ainda, a falta de comprometimento dos operados no preenchimento das guias de solicitação e a não aplicação do *Checklist*. Outras situações limitantes potenciais, também reportadas por Souza e Santos Júnior (2016) é a rotatividade frequente de funcionários em unidades de *Call Center* e o déficit no treinamento, situações que comprometeriam com a manutenção e evolução da implantação.

Novos trabalhos que garantam a minimização dos referidos fatores limitantes poderão contribuir de maneira positiva em futuras propostas de avaliação da possibilidade de repetição dos resultados aqui relatados, quando aplicado em mais modalidades de solicitações recepcionadas por operadoras de planos de saúde. Haja vista as limitações assumidas, ainda assim, foi possível identificar melhorias no serviço e considerável redução do tempo de atendimento. Como proposta final, sugere-se a ampliação da presente proposta com a criação e a aplicação de novos *Checklists* em outros procedimentos frequentemente solicitados à operadora de saúde.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015). Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2015. 24 p. Recuperado em 18 agosto, 2018, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2015_mes12_caderno_informacao.pdf.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016). Recuperado em 05 junho, 2018, de <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2010-rol-de-procedimentos-e-terminologia-unificada-da-saude-suplementar>.

Alexander, J.A., Weiner, B.J., & Griffith, J. (2006). Quality improvement and hospital financial performance. *Journal of Organisational Behaviour*. 27, 1003–1029.

Almeida, J.R.M., Gomes, A.B., Barros, T.P., Fahel, P. E., & Rocha, M.S. (2016). Predictive performance of BI-RADS magnetic resonance imaging descriptors in the context of suspicious (category 4) findings. *Radiologia Brasileira*, 49, 137– 143.

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., David Stuckler D. (2012). Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLOS Medicine*. Recuperado em 28 de maio, 2019, de <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001244>.

Boaventura, C.S., Rodrigues, D.P., Silva, O.A.C., Beltrani, F.H., Melo, R.A.B., *et al.* (2017). Avaliação das indicações de ressonância magnética da pelve feminina em um centro de referência oncológico, segundo os critérios do Colégio Americano de Radiologia. *Radiologia Brasileira*, 50 (1), 1–6.

Brugha R., Pritze-Aliassime, S. (2003) Promoting safe motherhood through the private sector in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 81, 616–623.

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (2014). Recuperado em 05 junho, 2018, de <http://www.cremers.org.br/pdf/cbhpm.pdf>.

Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal. Recuperado em 29, maio, 2019 de https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

De Vries, E.N., Prins, H.A., Crolla, R.M., den Outer, A.J., van Anandel, G., van Helden, S.H., *et al.* (2010). SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *New England Journal of Medicine*, 363, 1928–1937.

Decreto n. 6.523, de 31 de julho de 2008 (2008). Regulamenta a Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC. Recuperado em 26 abril, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm.

Fonseca, L. (2019). A quem interessa uma boa governança corporativa nas operadoras de planos de saúde? *Jota Info - Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Recuperado em 28 de maio, 2019, de <http://www.ans.gov.br/sala-de-imprensa/ans-na-midia/4931-artigo-a-quem-interessa-uma-boa-governanca-corporativa-nas-operadoras-de-planos-de-saude>.

Freitas, M. R. D., Antunes, A. G., Lopes, B. N. A., Fernandes, F. D. C., Monte, L. D. C., & Gama, Z. A. D. S. (2014). Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. saúde pública*, 30(1), 137-148. Recuperado em 18 agosto, 2018 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=700170&indexSearch=ID>.

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., & Fenwick, C. (2010). Why isn't 'time out' being implemented? An exploratory study. *Quality and Safety in Health Care*, 19(2), 103-106.

Green, L. V. (2008). Using operations research to reduce delays for healthcare. *Tutorials in Operations Research: Informs*, 1-16. Recuperado em 28 maio, 2019 de https://www0.gsb.columbia.edu/mygsb/faculty/research/pubfiles/3874/OR%20in%20Healthcare_LindaGreen.pdf.

Guimaraes, M.D., Hochegger, B., Koenigkam-Santos, M., *et al.* (2015). Magnetic resonance imaging of the chest in the evaluation of cancer patients: state of the art. *Radiologia Brasileira*, 48, 33–42.

Hales, B., Terblanche, M., Fowler, R., & Sibbald, W. (2008). Development of medical checklists for improved quality of patient care. *International Journal of Quality in Health Care*, 20 (1), 22-30.

Hales, B.M., & Pronovost, P.J. (2006). The checklist—a tool for error management and performance improvement. *Journal of Critical Care*, 21 (3), 231-235.

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H., Dellinger, E.P., *et al.* (2009). Safe Surgery Saves Lives study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360, 491–499.

Instituto Brasileiro em Excelência em Saúde - IBES (2018). O que são as Organizações de Alta Confiabilidade (HRO) em saúde? Recuperado em 29, maio, 2019, de <http://www.ibes.med.br/o-que-sao-as-organizacoes-de-alta-confiabilidade-hro-em-saude/>.

Lagrosen, Y., & Lagrosen, S. (2005). The effects of quality management – a survey of Swedish quality professionals. *International Journal of Operations & Production Management*, 25, 940–952.

Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Recuperado em 20 abril, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm#art56.

Losapio, M.F., Silva, L.G., Pondé, M. P., Novaes, C.M, Santos, D. N, Argollo, N., Oliveira, I. M. S., Brasil, H. H., A. (2011). Adaptação transcultural parcial da escala Aberrant Behavior Checklist (ABC), para avaliar eficácia de tratamento em pacientes com retardo mental Partial cross-cultural adaptation of the Aberrant. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 909–923.

Mackenzie, R., French, J., Lewis, S., & Steel, A (2009). A pre-hospital emergency anaesthesia pre procedure checklist. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17(Suppl 3), O26.

Malta, M., Cardoso, L. O., Bastos, F. I., Magnanini, M. M. F., & da Silva, C. M. F. P. (2010). Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 559-565.

Mayo, P.H., Hegde, A., Eisen, L.A., Kory, P., & Doelken, P. (2011). A program to improve the quality of emergency endotracheal intubation. *Journal of Intensive Care Medicine*, 26, 50–56.

Menicucci, T. M. G. (2011). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil atores, processos e trajetórias* (1ª reimpressão). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (2010). *Programa de qualificação da saúde suplementar: qualificação das operadoras*. Rio de Janeiro, 2010. Recuperado em 28, maio, 2019, de http://www.ans.gov.br/images/stories/web_programas_qualificaca_setor.pdf.

Mosadeghrad, A.M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77–89.

Oliveira, D. F. de, & Kornis, G. E. M. (2017). *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27 (2), 207-231.

Pinochet, L. H. C. (2011). Tendências de tecnologia de informação na gestão da saúde. *Mundo saúde*, 35(4), 382-394.

Portal da Educação (2018). Recuperado em 21 maio, 2018, de <http://www.portaleducacao.com.br/administracao/artigos/40356/diminuir-o-tempo-medio-de-atendimento-x-tempo#!2>.

Portaria n. 09, de 30 de março de 2007 (2007). Aprova o Anexo II da NR-17 - Trabalho em Teleatendimento/Telemarketing. Recuperado em 19 junho, 2018, de http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariasst9_2007.htm.

Portaria n. 2.014, de 13 de outubro de 2008 (2008). Estabelece o tempo máximo para o contato direto com o atendente e o horário de funcionamento no Serviço de Atendimento ao Consumidor. Recuperado em 26 abril, 2018, de http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/Min_Div/MJ_Port2014_08.html.

Rahman, S. (2001). A comparative study of TQM practice and organisational performance with and without ISO 9000 certification. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 18, 35–49.

Ribeiro, B.N.F., Salata, T.M., Antunes, L.O., & Marchiori, E. (2015). Desmoplástico fibroma with perineural spread: conventional and diffusion-weighted magnetic resonance imaging findings. *Radiologia Brasileira*, 48, 266–267.

Significados. O que é Checklist. Recuperado em 03 junho, 2018, de <http://www.significados.com.br/checklist/>.

Silva, K. L., Sena, R. R., Feuerwerke, L. C. M., Souza, C. G., Silva, P. M., & Rodrigues, A. T. (2013). O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. Recuperado em 14 junho, 2019, de <https://www.scielo.org/article/sausoc/2013.v22n3/773-784/>.

Silva, K. L., & Rodrigues, A. T. (2015). Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. *Saúde & Sociedade*, 24 (supl.1), 193-204.

Souza, P. V. C., & dos Santos Júnior, C. R. (2016). Avaliação do tempo de espera nos serviços de call center de operadoras de telefonia celular. *ÚNICA Cadernos Acadêmicos*, 1(1), 1-10.

Stedefeldt, E., Cunha, D.T., Silva Jr., E.A, Silva, S. M. da, & Oliveira, A.B.A. de. (2013). Instrumento de avaliação das Boas Práticas em Unidades de Alimentação e Nutrição Escolar: da concepção à validação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(4), 947–953.

Teixeira, S.R., Elias, J. Jr., Nogueira-Barbosa, M.H., Marchiori, E., & Santos, M.K. (2015). Wholebody magnetic resonance imaging in children: state of the art. *Radiologia Brasileira*, 48(2), 111–120.

Thomassen, Ø., Espeland, A., Sjøfteland, E., Lossius, H. M., Heltne, J.K., & Brattebø, G. (2011). Implementation of checklists in health care; learning from high-reliability organisations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19 (53), 1-7.

Vergara, S. C. (2000). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Editora Atlas SA.

Weick, K., & Kathleen, M. (2001). *Managing the Unexpected-Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA, USA: JosseyBass.

Winters, B.D., Gurses, A.P., Lehmann, H., Sexton, J.B., Rampersad, C.J., & Pronovost, P.J., (2009). Clinical review: checklists - translating evidence into practice. *Critical Care*, 13 (6), 210.

Wisborg, T., & Brattebo, G. (2008). Keeping the spirit high: why trauma team training is (sometimes) implemented. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(3), 437-441.

Wisborg, T., Brattebo, G., Brinchmann-Hansen, A., Uggen, P.E., & Hansen, K.S. (2008). Effects of nationwide training of multiprofessional trauma teams in norwegian hospitals. *Journal of Trauma*, 64(6), 1613-1618.

World Bank (2011) Private health sector assessment in Ghana. Washington (District of Columbia). Recuperado em 28 de mai., 2019, de <http://documents.worldbank.org/curated/en/905281468030662869/Private-health-sector-assessment-in-Ghana>.

Zirolto, R.R., Gimenes, R. O. & Castelo, C., Jr. (2013). A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 37 (2), 216-221.

Para citar este artigo:

Barbosa, J., Rafael, D., & Aquino, S. (2019). Redução do Tempo Médio de Atendimento em uma Operadora de Saúde: Otimização do Processo de Autorização de Ressonância Magnética de Coluna. *Revista IPTEC*, 7(1), 16-35. <https://doi.org/10.5585/iptec.v7i1.140>