



SBAM

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE AUDITORIA MÉDICA



ANAIIS



SBAM
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE AUDITORIA MÉDICA

IV CONGRESSO BRASILEIRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE AUDITORIA MÉDICA – SBAM

Transformação Digital na Auditoria Médica:
Estamos preparados?

ISBN: 978-65-999886-3-9

2025

**ANAIS DO IV CONGRESSO BRASILEIRO DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE AUDITORIA MÉDICA - SBAM**

2025

IV Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica - SBAM

Auditoria Médica em transformação: os desafios da equidade com qualidade

14 a 16 de agosto de 2025 - Salvador/BA

Responsável Técnico

Dr. Reynaldo Rocha do Nascimento Júnior – CRM BA 10090

Comissão Científica

Dra. Goldete Prizskulnik - CRM SP 41402

Dr. Jayme Malek - CRM SP 55578

Dr. Marcos Santos - CRM SP 94.143

Dra. Martha Oliveira - CRM RJ 52 0069396-0

Dr. Sérgio Dias - CRM SP 113170

Dr. Stephen Stefani - CRM RS 20675

Dr. Vanderlei Soares Moya - CRM SP 4548

Sr. Wilson Folador - CRF SP 10497

Anais do IV Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica - SBAM

14 a 16 de agosto de 2025 - Salvador/BA

ISBN: 978-65-999886-3-9

O conteúdo e conceitos emitidos nestes anais são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBAM.

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço: www.sbam.org.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Anais do IV Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica - SBAM [livro eletrônico] : transformação digital na auditoria médica : estamos preparados? / [responsável técnico Reynaldo Rocha do Nascimento Junior. -- Salvador, BA : Sociedade Brasileira de Auditoria Médica, 2025.
eBook

Vários autores.
ISBN 978-65-999886-3-9

1. Auditoria 2. Medicina 3. Medicina e saúde

26-330172.1

CDD-610.07

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina e saúde : Estudo e ensino 610.07

Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB -
SP-010133/O

1 - COBERTURA DA PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE: NOVAS PERSPECTIVAS JURÍDICAS E DESAFIOS PARA A AUDITORIA EM SAÚDE

Vitória Espíndola Leite Borges
Rayanne Ferreira Rufino de Figueiredo
Laercio Soares Gomes Filho
Rafael Horácio Lisboa
Andressa Rodrigues Coelho
Antônia Sebastiana Rodrigues

Introdução: A preservação da fertilidade é uma prática clínica fundamental para pacientes em idade reprodutiva submetidos a terapias gonadotóxicas, como quimioterapia, radioterapia ou cirurgias mutiladoras. Técnicas como a criopreservação de óvulos, embriões e tecido ovariano são recomendadas por diversas sociedades científicas como estratégias seguras e eficazes na preservação de fertilidade. No entanto, a cobertura desses procedimentos pelos planos de saúde tem gerado controvérsias legais, especialmente diante da ausência de previsão expressa no rol taxativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Jurisprudências recentes do Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm decidido favoravelmente à cobertura da criopreservação em contextos oncológicos, reconhecendo o direito à maternidade futura como uma extensão do tratamento. Tais decisões desafiam o papel da auditoria em saúde, que deve equilibrar os aspectos assistenciais, regulatórios e financeiros diante das novas interpretações legais. **Objetivos:** Analisar os desafios enfrentados pela auditoria em saúde frente às recentes decisões judiciais sobre a cobertura da preservação da fertilidade, e discutir os impactos assistenciais, jurídicos e econômicos envolvidos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, com levantamento de publicações científicas (UpToDate, American Cancer Society, Febrasgo), pareceres técnicos e decisões judiciais publicadas nos portais do STJ, Tribunais Federais de Justiça e da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA). Contemplando também análise das normativas Lei no 9.656/98 e RN no 465/22 da ANS. Os critérios de inclusão abrangeram conteúdos publicados entre 2018 e 2024 com foco em fertilidade, câncer, auditoria em saúde e judicialização. **Resultados e Discussão:** A criopreservação de óvulos e tecidos reprodutivos em pacientes oncológicos passou a ser reconhecida como parte integrante do tratamento, com base em diretrizes clínicas nacionais e internacionais. É recomendada a oferta de preservação da fertilidade antes do início da quimioterapia, como parte do cuidado integral. Jurisprudências recentes (STJ e Tribunais Federais de Justiça, 2020 - 2025) determinaram que planos de saúde devem custear a criopreservação até o fim do tratamento, mesmo sem previsão no rol da ANS, fundamentando-se na dignidade da pessoa humana e na continuidade terapêutica. Para a auditoria em saúde, isso impõe desafios como: reavaliação de protocolos internos, interpretação da taxatividade mitigada do rol da ANS, adequação de pareceres técnicos frente às decisões judiciais, e consideração da efetividade e razoabilidade do procedimento. Ao mesmo tempo, destaca-se a importância da auditoria como ponte entre o uso racional de recursos, a atualização normativa e a garantia dos direitos assistenciais. **Conclusão:** As novas perspectivas jurídicas sobre a cobertura da preservação da fertilidade exigem da auditoria em saúde uma atuação técnica e ética, capaz de conciliar

segurança jurídica, qualidade assistencial e sustentabilidade. A criação de diretrizes internas, capacitação das equipes, alinhamento com a jurisprudência vigente e individualização dos casos são estratégias fundamentais para garantir decisões assertivas e centradas no paciente.

Palavras-chave: Preservação da fertilidade. Auditoria em saúde. Judicialização.

2 - AVALIAÇÃO CRÍTICA DA INDICAÇÃO DO PICC: QUALIDADE, SEGURANÇA NO ATENDIMENTO E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

Vitória Espíndola Leite Borges
Rayanne Ferreira Rufino de Figueiredo
Laercio Soares Gomes Filho
Rafael Horácio Lisboa
Andressa Rodrigues Coelho
Antônia Sebastiana Rodrigues

Introdução: O cateter central de inserção periférica (PICC) tem se consolidado como uma alternativa segura e eficaz para o acesso venoso prolongado em pacientes hospitalizados e ambulatoriais em um cenário eletivo. Sua utilização, no entanto, deve ser baseada em critérios clínicos bem estabelecidos, considerando riscos, benefícios, qualidade assistencial e impactos econômicos. A escolha inadequada do PICC, bem como falhas na técnica de inserção, pode resultar em complicações clínicas, como infecções, trombozes, prolongamento da internação e elevação dos custos hospitalares. A auditoria em saúde atua como ferramenta estratégica para avaliar a pertinência da indicação e garantir a segurança do paciente, a sustentabilidade do cuidado e o uso racional dos recursos disponíveis, conforme destacam as normativas vigentes. **Objetivos:** Analisar a importância da indicação do PICC sob a perspectiva da auditoria em saúde, enfatizando a relação entre qualidade no atendimento, segurança do paciente e sustentabilidade financeira nos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa com análise técnico-científica de diretrizes nacionais e internacionais. Foram consultadas publicações científicas indexadas, documentos regulatórios da ANVISA, bases como UpToDate, SciELO, NCBI Bookshelf e PubMed. A legislação da saúde suplementar, como a Lei no 9.656/98 e a Resolução Normativa no 465/2022 da ANS, também foram consideradas nessa análise. A abordagem estrutura-se em três eixos: (1) indicações clínicas baseadas em evidências; (2) riscos e desfechos relacionados ao uso do PICC; e (3) impacto financeiro e papel da auditoria na saúde suplementar. **Resultados e Discussão:** O PICC é um material indicado em casos que exigem acesso venoso prolongado, infusões irritantes e vesicantes, nutrição parenteral e monitoramento hemodinâmico. A literatura destaca que a realização dentro dos critérios adequados reduz significativamente taxas de infecção de corrente sanguínea e complicações tromboembólicas. Contudo, a utilização inadequada aumenta o risco de eventos adversos e o desperdício de recursos, além de gerar desafios éticos e legais para as operadoras de planos de saúde. É estabelecido que uma análise prévia da necessidade real do PICC, com protocolos padronizados e auditoria clínica ativa, pode reduzir custos sem

comprometer a qualidade da assistência, quando se compara esse material a um cateter simples. AANVISA reforça, em seus cadernos técnicos, a importância da prevenção de infecções associadas à assistência como indicador crítico de qualidade. A auditoria, ao utilizar critérios clínicos e regulamentares, pode garantir a pertinência da indicação, o cumprimento de diretrizes sanitárias e a cobertura contratual adequada, respeitando os direitos dos beneficiários sem comprometer a sustentabilidade da Saúde Suplementar. **Conclusão:** A indicação assertiva do PICC, baseada em evidências clínicas e parâmetros técnicos, é essencial para garantir segurança, qualidade assistencial, gestão de custos na saúde e equilíbrio financeiro. O uso de critérios clínicos bem definidos e o cumprimento das diretrizes legais e técnicas minimizam riscos e otimizam recursos, promovendo uma assistência mais segura, eficaz e sustentável. A atuação da auditoria em saúde é essencial nesse contexto, garantindo a aplicação adequada das indicações e contribuindo para a sustentabilidade da saúde suplementar e para a melhoria contínua do cuidado.

Palavras-chave: PICC. Auditoria em saúde. Custo-efetividade.

3 - INCORPORAÇÃO EXTRA-ROL DO ONCOTYPE DX

Sara Regina Castanheira Fernandes
Stephen Doral Stephani
Ana Carolina Ribeiro Chaves de Gouveia
Giordano Bruno Marrelli Awazu de Baere

O Oncotype DX é uma ferramenta que estuda 21 genes na peça do tumor de mama com objetivo de estimar o risco de recorrência da doença. O resultado do exame oferece um escore de recorrência (RS) que ajuda a decidir se a quimioterapia adjuvante (QTA) agrega benefício ou não para pacientes com câncer de mama inicial, padrão imunohistoquímico HER2 negativo e receptor hormonal positivo, de acordo com os estudos TAYLORX e RXPONDER. Para aproximar e quantificar qual benefício em agregar quimioterapia adjuvante, o valor do RS, o período pré ou pós menopausa e a idade do paciente são levados em consideração. O exame custa R\$ 16.500,00 e não consta das coberturas obrigatórias previstas no ROL de procedimento da ANS. O objetivo do estudo foi de avaliar a custo eficiência e possível incorporação do ONCOTYPE DX na Unimed São José dos Campos. Através de uma ação conjunta das duas equipes de oncologia da cooperativa, com a auditoria médica foram desenvolvidos dois protocolos de inclusão (um para cada equipe com base em sua expertise). Um protocolo considerava apenas casos de câncer de mama com axila negativa e o outro protocolo incluía axila positiva até 3 linfonodos. O estudo pretendia estudar não apenas o desempenho econômico do teste, mas também o pragmatismo das equipes e dos pacientes em optar por um tratamento menos agressivo para o câncer de mama. Foram testadas 10 pacientes, entre 41 e 76 anos (média 56,6 anos). O resultado RS variou entre 4-26 (média=17,1). Com base no resultado do oncotype dx, 3 pacientes foram submetidas à QTA. Uma quarta paciente, iniciou tratamento antes do resultado do exame e suspendeu após o resultado. O valor médio em quimioterapia adjuvante foi de R\$ 77.668,00, considerado o

valor a base faturada, i.e., o valor total pago pela quimioterapia ao prestador. O protocolo utilizado foi o mesmo para todas as pacientes: seis ciclos de ciclofosfamida com docetaxel, associados a pegfilgrastim. O custo evitado em QTA foi de R\$ 543.676,35. Descontado o valor pago pelos testes, a economia foi de R\$ 380.676,35. Após este piloto, o exame foi incorporado para as usuárias locais e mantivemos o monitoramento. Com 18 meses de seguimento, analisando as pacientes da fase I, apenas uma tinha doença ativa (grupo QTA). Foram incluídas mais seis pacientes ao estudo, todas com RS baixo e nenhuma com indicação de QTA. Economia acumulada, apenas em quimioterapia foi de R\$ 748.884,65 para as 13 pacientes que evitaram QTA. O grupo sem QTA gastou menos em internação, média R\$ 10.854,00, em comparação ao grupo QTA média R\$ 21.493,00. Quanto ao custo em exames, radioterapia, hormonioterapia não houve diferença entre os grupos. Concluímos que esta ferramenta foi custo eficiente dentro da nossa realidade. O OncotypeDX pode ser utilizado pelas operadoras de saúde, diminuindo a morbidade envolvida na quimioterapia e até mesmo gerar economia de recursos para a operadora.

Palavras-chaves: ONCOTYPE DX, câncer de mama, saúde suplementar.

4 – EXPERIÊNCIA UNIMED MARINGÁ NA GESTÃO DE IMUNOBOLÓGICOS

Nathalia Satie Kido Gonçalves
Pamela Cristina Antoniassi Odebrecht
Marcelo Ferreira Pinto Rezende
Lucas Eduardo Savóia de Oliveira
André Luiz Palma Truzzi
Valderílio Feijó Azevedo

Introdução: A assistência em saúde tem passado por grandes transformações nos últimos anos. Inovações tecnológicas e progressos terapêuticos aliados ao aumento de sobrevida, envelhecimento populacional e alta demanda judicial trouxeram impacto financeiro significativo aos sistemas de saúde. A gestão eficaz dos medicamentos ambulatoriais é fundamental para sustentabilidade das operadoras. O desenvolvimento de estratégias visando a otimização dos recursos, aplicação da farmacoeconomia e rediscussão dos modelos de remuneração são pilares desse gerenciamento. A UNIMED Maringá, como operadora de saúde, iniciou ações objetivando otimizar a gestão dos medicamentos no ano de 2023; com resultados promissores. **Objetivos:** O presente trabalho tem por objetivo mensurar o impacto financeiro e relatar a experiência da UNIMED Maringá na gestão dos medicamentos de cobertura prevista nas diretrizes de utilização (DUT) no 65, no124 e no163 do anexo 2 do ROL da ANS. **Metodologia:** Foram levantados dados de consumo do centro de infusão da operadora de abril de 2023 a maio de 2025. Destes, selecionados os medicamentos imunobiológicos, inibidores da JAK e bifosfonato endovenoso direcionados às patologias das DUT's no 65, no124 e no163. Para anonimização, foram excluídos dados sensíveis como nome, código de pessoa física, cartão do segurado, números de requisições e números de notas fiscais. Os dados obtidos foram avaliados através de estatística descritiva em planilha de excel.

Resultados e discussão: Nos 26 meses, do intervalo analisado, foram registrados 14.735 atendimentos; representando um custo total acima de R\$ 90 milhões. Os atendimentos foram predominantemente do sexo feminino e a média de idade foi de 43,9 anos. As médias de atendimentos mensais foram de 488,7; 584 e 665,8 respectivamente em 2023;2024 e 2025. Quanto ao custo mensal houve um aumento de 24% de 2023 para 2024 e de 15% de 2024 para 2025. Perfazendo um incremento de 42% na média mensal de custo de 2023 para 2025. Já o custo médio do atendimento apresentou um aumento de 3% de 2023 para 2024 e de 1% de 2024 para 2025. O custo anual, após corrigidos os valores para intervalos de 12 meses, registrou um aumento de 23,6% de 2023 para 2024 e de 14,7% de 2024 para 2025. Foram realizados movimentos relacionados a monitorização de dados, gerenciamento de biossimilares, capacitação de equipe, elaboração de protocolos e linhas terapêuticas. Apesar do valor ainda seguir em crescimento, obteve-se redução do incremento de custo anual corrigido de 8,8%. Foi registrado aumento de volumetria, com consequente aumento do custo total anual, mas com manutenção do custo médio do atendimento. **Conclusão:** Considerando o cenário desafiador, os resultados demonstram efetividade em conter a evolução de custos. Perspectivas futuras incluem a estabelecimento de linhas terapêuticas com remuneração baseada em valor, contratos de gerenciamento de risco, maior interface com a indústria e direcionamento para a jornada do paciente.

Palavras-chave: Gestão. Medicamentos de alto custo. Imunobiológicos.

5 - TESTAGEM GENÔMICA COMO ESTRATÉGIA DE EFICIÊNCIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: IMPACTO ORÇAMENTÁRIO DA INCORPORAÇÃO DO ONCOTYPE DX® BREAST RECURRENCE SCORE NO CÂNCER DE MAMA HR+/HER2-

Andressa Braga
Carlos Magliano, Sergio Oliveira
Virginia Areal
Michael van Waes

Introdução: No Brasil, o câncer de mama é o tumor maligno mais comum entre mulheres, com mais de 73 mil novos casos estimados anualmente. A elevada incidência representa um desafio para a sustentabilidade da saúde suplementar, especialmente no manejo do subtipo mais prevalente: o câncer de mama HR+/HER2-. Atualmente, a definição sobre o uso exclusivo de terapia hormonal ou sua associação à quimioterapia baseia-se no risco de recorrência estimado por critérios clínico-patológicos, cuja acurácia é limitada. Essa limitação pode resultar na prescrição desnecessária de quimioterapia, gerando eventos adversos evitáveis, piora da qualidade de vida e aumento de custos assistenciais. O teste genômico Oncotype DX® Breast Recurrence Score é uma tecnologia baseada em evidência que estima o risco de recorrência em 10 anos e a magnitude do benefício da quimioterapia, por meio da análise da expressão de 21 genes no tecido tumoral. Essa estratificação permite direcionar a quimioterapia apenas às pacientes com maior risco de recorrência, maximizando

seu benefício clínico. **Objetivos:** Estimar o impacto orçamentário da incorporação do exame Oncotype DX® Breast Recurrence Score na saúde suplementar brasileira, com foco na seleção mais precisa das pacientes que devem receber quimioterapia adjuvante associada à terapia hormonal. **Metodologia:** Foi realizada uma análise de impacto orçamentário com modelo híbrido — árvore de decisão para a estratificação inicial e modelo de Markov para projeção de custos e desfechos ao longo de cinco anos —, sob a perspectiva da saúde suplementar. Comparou-se o cenário padrão (avaliação isolada dos critérios clínico-patológicos) a dois cenários com o exame Oncotype DX Breast Recurrence Score: (1) adoção progressiva (40% a 80%) e (2) testagem universal (100%). O modelo incluiu os seguintes estados de saúde: livre de recorrência, recorrência à distância, leucemia mieloide aguda e óbito. A população elegível foi estimada com base em dados epidemiológicos, e os custos diretos médicos incluíram tratamentos, exames e eventos adversos. As probabilidades de transição foram extraídas da literatura e validadas por painel com dez oncologistas atuantes na saúde suplementar. **Resultados e Discussão:** A incorporação do exame Oncotype DX Breast Recurrence Score, em comparação com a avaliação de risco clínico-patológica isolada, resultaria em economia de aproximadamente R\$ 95 milhões em cinco anos no cenário com adoção progressiva e de R\$ 130 milhões com testagem universal. A testagem genômica demonstrou ser uma intervenção eficiente, ao evitar quimioterapia desnecessárias e reduzir custos. **Conclusão:** A incorporação do exame Oncotype DX Breast Recurrence Score na saúde suplementar brasileira configura uma estratégia de gestão inteligente, ao aliar benefício clínico à otimização de custos. Trata-se de uma abordagem centrada em valor, que promove decisões terapêuticas mais assertivas, evita desperdícios e fortalece a sustentabilidade do sistema.

Palavras-chave: Medicina Baseada em Evidências. Recursos em Saúde. Gestão em Saúde.

6 - INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA À TRIAGEM DE SOLICITAÇÕES COM DUT: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA AUDITORIA TÉCNICA REGULATÓRIA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Deivid Donizete Borges

Elaine M. O. L. Borges

Nathalia Mendonça Costa Lima Simão

Introdução: As Diretrizes de Utilização Técnica (DUT) da ANS representam condicionantes obrigatórias para cobertura assistencial na saúde suplementar. A análise manual das solicitações clínicas com base nas DUTs exige tempo, domínio normativo e rigor técnico. A aplicação de inteligência artificial (IA) à auditoria médica surge como alternativa para triagem automatizada, padronização de condutas e suporte à decisão técnica. **Objetivos:** Relatar a experiência de implantação de uma ferramenta de IA para análise preliminar de solicitações médicas, estruturada para checar critérios técnicos exigidos pelas DUTs da ANS, promovendo agilidade, rastreabilidade e maior segurança

decisória na auditoria técnica regulatória. **Metodologia:** Foi desenvolvido um classificador automatizado, baseado em algoritmo de processamento de linguagem natural (NLP), estruturado para comparar diretamente o conteúdo textual de pedidos médicos com os critérios técnicos definidos nas DUTs em vigor. O sistema foi treinado com base em solicitações médicas reais, previamente analisadas por auditores experientes, incorporando terminologia clínica, variações semânticas e campos estruturados. A ferramenta permite a leitura do pedido, o reconhecimento dos termos cl... **Resultados e Discussão:** A ferramenta demonstrou utilidade prática ao padronizar a triagem documental e qualificar a análise técnica preliminar. Foi especialmente eficaz nos eventos regulados pela DUT 110, relacionada à genética médica, cuja redação extensa e linguagem específica frequentemente dificultam a avaliação manual. A IA destacou automaticamente solicitações com ausência de critérios clínicos mínimos, favorecendo exigências precoces e embasadas, e minimizando a liberação indevida de procedimentos sem respaldo técnico. A... **Conclusão:** A experiência mostra que o uso de inteligência artificial na triagem de solicitações reguladas por DUT é uma solução viável e replicável, capaz de ampliar a eficiência operacional e qualificar o processo de auditoria médica. A tecnologia, quando supervisionada por pareceristas experientes, agrega valor sem substituir o juízo clínico, sendo aliada estratégica para operadoras de saúde e instituições públicas.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Inteligência Artificial. Diretrizes de Utilização Técnica.

7 - BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA EM LACTENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA À LUZ DA AUDITORIA MÉDICA

Vitória Gomes Machado,
Laércio Soares Gomes Filho,
Rayanne Ferreira Rufino de Figueiredo
Rafael HorácioLisbõa
Marcelo Henrique Vaz de Lima
Darlene do Carmo Sousa

Introdução: A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é uma infecção respiratória de vias aéreas inferiores que acomete, predominantemente, crianças menores de dois anos, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o principal agente etiológico. A doença caracteriza-se por obstrução inflamatória dos bronquíolos, levando a hiperinsuflação pulmonar e dificuldade ventilatória, conforme evidenciado nas diretrizes da American Academy of Pediatrics e da European Respiratory Society. Os sinais e sintomas incluem coriza, febre geralmente inferior a 38,5°C, tosse seca e progressão para taquipneia com frequência respiratória maior que 60 irpm em lactentes menores de 2 meses e maior que 50 irpm entre 2 e 12 meses, uso de musculatura acessória, retrações subcostais, sibilância e estertores finos difusos, podendo apresentar saturação periférica de oxigênio $\leq 92\%$ em ar ambiente, episódios de apneia ou cianose, especialmente em prematuros e lactentes menores de três meses, sendo estes critérios de A Bronquiolite Viral

Aguda (BVA) é uma infecção respiratória de vias aéreas inferiores que acomete, predominantemente, crianças menores de dois anos, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o principal agente etiológico. A doença caracteriza-se por obstrução inflamatória dos bronquíolos, levando a hiperinsuflação pulmonar e dificuldade ventilatória, conforme evidenciado nas diretrizes da American Academy of Pediatrics e da European Respiratory Society. Os sinais e sintomas incluem coriza, febre geralmente inferior a 38,5°C, tosse seca e progressão para taquipneia com frequência respiratória maior que 60 irpm em lactentes menores de 2 meses e maior que 50 irpm entre 2 e 12 meses, uso de musculatura acessória, retrações subcostais, sibilância e estertores finos difusos, podendo apresentar saturação periférica de oxigênio $\leq 92\%$ em ar ambiente, episódios de apneia ou cianose, especialmente em prematuros e lactentes menores de três meses, sendo estes critérios de maior alerta clínico. Apesar da alta prevalência, a maioria dos casos de BVA apresenta curso clínico autolimitado e resposta favorável ao tratamento de suporte em unidades de enfermagem pediátrica. Entretanto, observa-se um número significativo de internações em unidades de terapia intensiva (UTI) sem critérios clínicos rigorosos que justifiquem essa indicação, o que levanta preocupações importantes no âmbito da auditoria médica. A literatura recente destaca critérios bem definidos para a admissão em UTI nesses casos, dado o alto custo envolvido, o risco de eventos adversos em ambientes de cuidados intensivos, e a escassez de leitos, senão vejamos os seguintes critérios de admissão em UTI Neo/Ped, consoante se depreende da Portaria MS no 895/2017, art.27, inciso I, alíneas “a”, “b”, “c” e “f” *in verbis*: Necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva em pacientes agudamente enfermos; Risco de falência respiratória e/ou obstrução de vias aéreas; Necessidade de suplementação de O₂ acima de 40% para manter saturação de O₂ acima de 92%; Necessidade de terapia broncodilatadora inalatória com intervalos menores que 3/3 horas ou em nebulização contínua. Dessa forma, este artigo visa discutir a elegibilidade real dos pacientes pediátricos com bronquiolite viral aguda para internação em leitos de alta complexidade à luz das evidências científicas e do ponto de vista da auditoria médica. Essa análise se torna particularmente relevante quando se considera que o uso inadequado da UTI pode representar não apenas má alocação de recursos, mas também expor o paciente a riscos desnecessários, ferindo princípios de eficiência e segurança assistencial. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a abordagem clínica da bronquiolite viral aguda (BVA) em lactentes, com foco nos critérios clínicos de internação, especialmente em unidades de terapia intensiva (UTI), e suas repercussões no contexto da auditoria médica. Buscou-se analisar a pertinência da indicação de leitos de alta tecnologia à luz das diretrizes clínicas nacionais e internacionais, avaliando práticas inadequadas como a acomodação em leito tecnológico de beneficiário inelegível do ponto de vista clínico para ele, e discutindo o papel da auditoria médica na promoção do uso racional de recursos. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases PubMed, SciELO, Cochrane Library, JAMA Pediatrics e outras fontes indexadas entre 2001 e 2025. Foram incluídos artigos de revisão, diretrizes clínicas, estudos observacionais e ensaios clínicos com foco em bronquiolite viral em menores de dois anos, recuperando-se 50 artigos que, após leitura acurada, e usando critérios de inclusão que contemplavam a relevância clínica e a potencial implicação no contexto da auditoria médica, restaram 25 artigos com pertinência temático com o assunto

em tela. **Resultados e Discussão:** Os achados mais relevantes da literatura indicam que o manejo clínico da BVA deve ser predominantemente de suporte. Há consenso sobre a ineficácia de broncodilatadores, corticosteroides e antibióticos na maioria dos casos. A internação em UTI se justifica apenas em casos graves, como desconforto respiratório severo, apneia ou comorbidades importantes. A literatura também destaca a eficácia moderada da nebulização com solução salina hipertônica e a importância do suporte nutricional. Do ponto de vista da auditoria médica, os principais indicadores discutidos nos artigos incluem: taxa de internação em UTI sem critérios clínicos claros, uso de antibióticos em pacientes sem infecção bacteriana, tempo médio de internação e uso desnecessário de exames de imagem. As evidências reforçam o papel estratégico da auditoria médica na análise da pertinência temática das internações, contribuindo para práticas mais custo-efetivas e alinhadas com a medicina baseada em evidências. A internação em unidade de terapia intensiva (UTI) de pacientes com bronquiolite viral aguda (BVA), quando realizada sem respaldo em critérios clínicos objetivos, representa uma distorção grave na alocação de recursos do sistema de saúde suplementar. A BVA, embora seja a principal causa de hospitalizações respiratórias em lactentes, apresenta, na maioria dos casos, evolução autolimitada e manejável em unidades de menor complexidade, conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020). No entanto, observa-se, na prática, uma tendência crescente de internação em UTI motivada por decisões defensivas ou ausência de protocolos institucionalizados, o que compromete a eficiência do sistema. Além do impacto assistencial, a alocação indevida de pacientes com BVA em UTI sobrecarrega financeiramente os planos de saúde, gerando custos desproporcionais ao quadro clínico apresentado. Dados da literatura demonstram que as hospitalizações por bronquiolite viral, sobretudo as associadas ao Vírus Sincicial Respiratório (VSR), representam um ônus econômico significativo. A elevação desses custos se potencializa quando a internação ocorre em ambiente de terapia intensiva sem que haja critérios clínicos que justifiquem tal conduta, uma vez que o custo-dia de um leito de UTI pode ser até cinco vezes superior ao de unidades de enfermaria ou observação. Por fim, deve-se considerar o risco assistencial intrínseco à internação inadequada em UTI, notadamente a exposição do paciente a patógenos multirresistentes, que são prevalentes nesse ambiente. Essa prática não apenas compromete a segurança do paciente com BVA, como também gera desfechos negativos, incluindo prolongamento da internação e risco de infecções nosocomiais graves. Ademais, o uso indevido do leito de terapia intensiva limita o acesso de pacientes com condições críticas e potencialmente reversíveis, configurando uma falha grave na gestão de recursos de alta complexidade dentro do sistema de saúde suplementar. **Conclusão:** Embora a bronquiolite viral aguda (BVA) seja responsável por expressiva taxa de hospitalizações pediátricas, as evidências científicas demonstram que a necessidade de suporte intensivo ocorre apenas em uma fração dos casos, predominantemente naqueles com falência respiratória grave ou apneia recorrente. Diretrizes internacionais reforçam que a maioria dos pacientes evolui de forma satisfatória com medidas de suporte em unidades de menor complexidade, como hidratação e oxigenoterapia convencional, sem necessidade de ventilação invasiva ou internação em UTI. Quando esse princípio é desconsiderado, observa-se um uso ineficiente dos recursos assistenciais, impactando negativamente o equilíbrio financeiro e logístico do

sistema de saúde complementar. Sob a ótica da auditoria médica, torna-se imprescindível adotar mecanismos rigorosos de avaliação da pertinência técnica das internações em UTI, especialmente em quadros de BVA, cuja evolução clínica geralmente permite manejo seguro fora do ambiente de alta complexidade 23. Além da elevação desnecessária dos custos, o ônus econômico associado às hospitalizações por bronquiolite e o uso indevido de leitos de terapia intensiva restringem o acesso de pacientes realmente críticos e expõe lactentes a riscos evitáveis, como infecções hospitalares e contato com germes multirresistentes, potencializando desfechos adversos. Portanto, a aplicação sistemática de protocolos clínicos baseados em evidências, associada à auditoria médica proativa e ao investimento em educação continuada das equipes, representa uma estratégia fundamental para otimizar o uso dos recursos em saúde (WHO, 2020). Além de promover a segurança do paciente, tal abordagem assegura que os leitos de alta complexidade permaneçam disponíveis para as condições que efetivamente demandam suporte intensivo, contribuindo para a sustentabilidade do sistema e o aprimoramento dos indicadores de qualidade assistencial.

Palavras-chave: bronquiolite; viral; aguda.

8 - AUDITORIA CONCORRENTE SISTEMATIZADA E SEUS EFEITOS NA REDUÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO EM PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO EM HOSPITAL CREDENCIADO A UM PLANO DE SAÚDE EM SERGIPE

Jéssica Figueredo dos Santos Gomes
Tharcys Duarte de Souza
Camylla Soares Tavares
Gledson Lima Alves Junior
Israel Azevedo Siqueira de Carvalho
Lucas Amorim Silva

Introdução: No contexto atual de crescente complexidade dos sistemas de saúde, a busca pela eficiência na gestão de recursos tornou-se imperativa. Nesse cenário, a auditoria em saúde desempenha um papel estratégico, não apenas como ferramenta de controle, mas também como instrumento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Dentre as modalidades da auditoria, destaca-se a auditoria concorrente, caracterizada pela avaliação simultânea à prestação do serviço, com intervenções em tempo real, resolutividade e prevenção de inconformidades. A auditoria concorrente é relevante à medida que as operadoras buscam agilidade, transparência e conformidade com os padrões assistenciais e regulatórios. Destaca-se na atuação imediata sobre os processos, sob estratégia eficaz para reduzir desperdícios, otimizar fluxos e garantir a segurança do paciente. **Objetivos:** Demonstrar o impacto da implementação de ferramentas de gestão na auditoria concorrente nos pacientes internados de longa permanência em uma unidade hospitalar credenciada a uma operadora de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, fundamentado na análise de

dados primários introduzidos por auditores concorrentes. Estes profissionais registraram diariamente informações das visitas feitas à beira leito dos pacientes de longa permanência — com tempo de internação superior a 10 dias — no período do último quadrimestre de 2024, na rede credenciada da operadora de saúde do estado de Sergipe. **Resultados e Discussão:** Observou-se redução progressiva no tempo médio de permanência hospitalar, que diminuiu de 32 dias em setembro para 10,7 dias em dezembro. Ao reduzir o tempo de internação, por meio da eliminação de entraves processuais e assistenciais, impacta positivamente a rotatividade de leitos, redução de custos operacionais e mitigação de riscos relacionados à hospitalização prolongada. Os resultados positivos podem ser atribuídos a fatores, entre os quais se destacam: o redimensionamento da equipe e a sistematização das informações por formulários padronizados de controle, garantindo uniformidade e confiabilidade dos dados; a criação de ferramenta específica para notificação de eventos adversos; o alinhamento com a equipe de assistência domiciliar, ao promover alta hospitalar vinculada ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), otimizando o tempo de captação em domicílio. Essas ações integradas demonstram que a combinação entre auditoria concorrente qualificada, gestão eficiente da informação e articulação com os demais níveis de atenção resulta em ganhos reais para a qualidade da assistência e para a sustentabilidade da operadora. **Conclusão:** Portanto, considera-se que a implementação de sistemáticas de gestão caracteriza uma estratégia eficiente, com possibilidades de baixo custo para otimizar a gestão do cuidado, oportunizar a desospitalização com maior brevidade e garantir a qualidade e a segurança na assistência prestada.

Palavras-chave: Auditoria Concorrente. Desospitalização. Gestão em Saúde.

9 - CUSTO EVITADO NA CONVERSÃO DE DIÁRIAS DE UNIDADE FECHADA PARA APARTAMENTO EM UM HOSPITAL DE ALTO PADRÃO PARA CLASSE A NO RIO DE JANEIRO – A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA AUDITORIA CONCORRENTE LOCAL ATRAVÉS DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Laércio Soares Gomes Filho
Rafael Horácio Lisbôa
Andressa Rodrigues Coelho
Erika Silva Gois Oliveira
Andrea Martins de Oliveira

Introdução: A sustentabilidade da saúde suplementar exige estratégias eficientes que integrem qualidade, segurança e racionalidade econômica. A auditoria concorrente, realizada em tempo real, tem demonstrado impacto significativo na redução de procedimentos desnecessários e recuperação de glosas (1). Além disso, a aplicação da medicina baseada em evidências (MBE) fortalece a análise objetiva da pertinência de internações em UTI, conforme critérios normativos brasileiros (2,3,4,5), promovendo a alocação responsável de recursos. **Objetivos:** Demonstrar como a auditoria concorrente, aliada à MBE e respaldada por normas vigentes, contribui para savings em operadoras,

assegurando pertinência clínica em internações em UTI. **Metodologia:** Estudo retrospectivo conduzido entre maio/2014 e Março /2025. As guias com solicitação de diárias em unidades fechadas (UTI, Semi-intensiva e Unidade Coronariana) foram analisados seguindo princípios da MBE, legislação e diretrizes vigentes. As conversão para diárias em apartamento foram registradas nas próprias guias e planilhadas após conciliação de divergências com o prestador. A diferença de valor entre as diárias foram subtraídas e somadas. **Resultados e discussão:** Durante o período foi alcançado um total de R\$ 3.068.542,13 relativos a custos evitados com a conversão de diárias em unidade fechada. Evidências apontam que a auditoria concorrente, quando aplicada com base em MBE, resulta em diminuição do tempo médio de internação, redução de custos assistenciais e recuperação financeira de glosas (6). A utilização de protocolos clínicos e escalas prognósticas, conforme Resolução CFM 2.156/2016, assegura decisões criteriosas de admissão e alta em UTI, otimizando o uso dos leitos críticos. O estabelecimento de um relacionamento baseado em confiança, transparência e profissionalismo com o prestador na análise de discordâncias também tem papel central, permitindo a sua resolução eficiente e pacífica. **Conclusão:** A auditoria concorrente, estruturada por MBE e ancorada na legislação vigente, é eficaz na geração de savings mensuráveis para operadoras de saúde suplementar, garantindo decisões clínicas mais seguras e apropriadas. A adoção sistemática de critérios objetivos para internação em UTI fortalece a governança clínica, promovendo valor e sustentabilidade assistencial.

Palavras-chave: Auditoria; concorrente; UTI.

10 - IMPACTO RELATIVO DO CONSENSO NA REDUÇÃO PREVISTA DE CUSTOS ASSISTENCIAIS

Gledson Lima Alves Junior
Israel Azevedo Siqueira de Carvalho
Rodrigo Ribeiro de Almeida
Camylla Soares Tavares
Lucas Amorim Silva
Tharcys Duarte de Souza

Introdução: Procedimentos eletivos representam parcela significativa dos custos assistenciais em operadoras de saúde suplementar. Sua classificação permite à operadora planejar estratégias regulatórias pautadas em evidência, visando segurança clínica, efetividade terapêutica e sustentabilidade econômico-financeira. Nesse contexto, a auditoria médica é reafirmada como mecanismo de qualificação, controle e uso racional dos recursos. A implementação de consenso médico torna-se ferramenta relevante em auditoria, funcionando como parâmetro de aprovação, negativa ou adequação de solicitações. Isso confere maior segurança, isonomia e transparência ao processo. Contudo, embora consensos sejam comumente usados em ambientes hospitalares e instituições públicas para padronização da conduta, estudos quantitativos sobre seu impacto direto nos custos assistenciais na saúde suplementar são escassos. Este resumo objetiva demonstrar o impacto da implementação do consenso nos

processos de auditoria prospectiva em uma operadora de saúde de Aracaju-SE. **Objetivo:** Identificar o impacto da implementação do consenso em auditoria prospectiva em uma operadora de saúde de Aracaju-SE em 2025. **Metodologia:** Estudo transversal e retrospectivo, baseado na análise de dados secundários de guias de procedimentos eletivos de beneficiários, extraídos do sistema de auditoria de uma operadora de saúde suplementar em 2025. Dados foram tabulados em Excel, no primeiro semestre de 2025 (janeiro-junho), extraindo-se especialidades mais requeridas, resultados de consenso e número de juntas médicas evitadas. **Resultados e Discussão:** A análise dos dados do primeiro semestre de 2025, referente a 235 guias tratadas em consenso em uma operadora de saúde de Aracaju-SE, evidenciou que a Ortopedia apresentou a maior quantidade de divergências entre solicitações médicas e pareceres de auditoria (cerca de 73% das guias). Neurocirurgia foi a segunda, com aproximadamente 8%. Nas intermediações, avaliaram-se códigos de procedimentos e OPMEs. O impacto primário foi a diminuição do acionamento de juntas médicas, visto que 82,55% das guias de consenso foram acatadas pelos médicos assistentes no primeiro semestre de 2025. Isso resultou em uma economia aproximada de R\$ 291.000,00 em acionamento de junta médica. Este valor não inclui o custo evitado de codificações e OPMEs excedentes. Mais estudos são necessários para abranger o real impacto financeiro do consenso médico em operadoras de saúde. **Conclusão:** A análise retrospectiva dos dados operacionais do primeiro semestre de 2025 demonstrou que a implementação do consenso atingiu cerca de 70% de êxito na tratativa das guias, culminando em significativa redução de encaminhamentos para junta médica e maior celeridade na avaliação de solicitações eletivas. Isso implica impacto financeiro positivo para a operadora e otimização da resolutividade assistencial aos pacientes.

Palavras-chaves: Auditoria Médica. Consenso. Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

11 - ANÁLISE DA AUDITORIA EM TERAPIAS PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA SAÚDE SUPLEMENTAR – ESTUDO DE CASO: SEGURADORA DE SAÚDE, 2024

Laércio Soares Gomes Filho
Rayanne Ferreira Rufino de Figueiredo
Rafael Horácio Lisbôa
Erik Sousa Araújo
Ana Clara Pugliese Barreto

Introdução: A atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) eliminou por meio da Resolução Normativa no 469/2021 a limitação de sessões de terapia para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Isso significa que planos de saúde agora devem cobrir todas as sessões necessárias, conforme indicação médica, sem restrições. Com isso o TEA, tem se destacado como uma das condições que mais demandam atenção na Saúde Suplementar. O crescimento exponencial

dos diagnósticos, somado à alta complexidade dos tratamentos multidisciplinares, impõe desafios tanto assistenciais quanto financeiros para operadoras de saúde. A gestão eficiente dos recursos, alinhada à realidade dos serviços prestados, torna essencial a atuação de auditorias específicas para acompanhamento das terapias destinadas a pacientes com tal transtorno. Assumindo então, a Auditoria um papel vital para sustentabilidade do Sistema.

Objetivo: Descrever os resultados das auditorias realizadas sobre os atendimentos de pacientes com TEA para uma Seguradora de Saúde em 2024, destacando os principais desafios operacionais, os indicadores quantitativos e qualitativos, bem como os impactos da auditoria na gestão da saúde suplementar.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, fundamentado na análise documental dos dados oriundos da auditoria de TEA para uma grande Seguradora de Saúde, entre abril e dezembro do ano de 2024, em 7 Unidades Federativas (UFs). As informações foram extraídas dos relatórios gerenciais da empresa de Auditoria responsável, que relatam os Dados Quantitativos (número de pacientes, guias, valores faturados e glosas) e também as avaliações qualitativas (motivos de glosa, conformidade documental e visita in loco). Além da análise dos relatórios, foram consultadas referências teóricas sobre auditoria em saúde, práticas terapêuticas no TEA e sustentabilidade na saúde suplementar, como suporte à discussão dos resultados.

Resultados e Discussão: Analisando o perfil Quantitativo dos Atendimentos, foram avaliadas regiões estratégicas do território nacional, destacando-se o volume expressivo de valores cobrados exclusivamente para as terapias de TEA. A análise revelou variações no percentual de glosas, decorrentes de não conformidades administrativas e assistenciais. Entre os principais motivos de glosa, destacaram-se: a cobrança da sessão mesmo com a ausência do paciente, falta de assinatura na guia de atendimento, divergência entre a terapia realizada e a autorizada, ausência de registro adequado no prontuário, evoluções com datas incompatíveis (posteriores ao atendimento) e ainda cobrança de terapias em grupo sem previsão contratual. Os resultados aqui descritos referem-se a 35 clínicas auditadas. Após as sinalizações quantitativas e qualitativas, 6 prestadores foram descredenciados (17%) e 3 outros estavam em processo de descredenciamento (8%). O aumento expressivo da demanda por terapias para o TEA reflete um fenômeno global. Dados da OMS (2023) indicam que cerca de 1 em cada 100 crianças possui diagnóstico de TEA. No âmbito da saúde suplementar brasileira, a Resolução Normativa no 539/2022 da ANS determina a obrigatoriedade da cobertura integral das terapias para TEA. Este contexto exige mecanismos robustos de auditoria, como forma de garantir a efetividade, a aderência às normas contratuais e o controle dos custos. A análise dos resultados demonstra que, além dos desafios operacionais, persistem dificuldades na conformidade documental e na aderência aos protocolos estabelecidos para esse transtorno. Motivos como ausência do paciente e falta de assinatura nas guias comprometem não apenas o faturamento, mas a análise real dos atendimentos. Por outro lado, a atuação da auditoria não se restringe à fiscalização. A Educação Permanente a partir dos resultados da auditoria, surge como estratégia, promovendo a qualificação dos prestadores, das condutas assistenciais e da cobrança real dos serviços prestados.

Conclusão: Diante da crescente demanda e dos elevados custos envolvidos, a atuação da auditoria se mostrou essencial não apenas para garantir a conformidade dos processos, mas também para assegurar a sustentabilidade econômica da operadora e a

qualidade do cuidado prestado. Fica evidente a necessidade de investimento em capacitação dos prestadores, melhoria dos registros e prontuários e ainda, fortalecimento de sistemas informatizados. Este estudo ressalta que a auditoria, quando pautada em princípios éticos e técnicos, contribui diretamente para a promoção da qualidade assistencial e para a defesa dos direitos dos pacientes.

Palavras-chave: TEA. Autismo. Auditoria.

12. DESFECHO PRÁTICO E REFLEXO DA AUDITORIA IN LOCO EM GRANDE PRESTADOR SITUADO EM BRASÍLIA – PROTOCOLO E MANEJO DA PNEUMONIA COMUNITÁRIA AGUDA: TODA INTERNAÇÃO É PERTINENTE?

Laércio Soares Gomes Filho
Rafael Horácio Lisbôa
Rayanne Ferreira Rufino de Figueiredo
Ana Clara Pugliese Barreto
Marcelo Henrique Vaz de Lima

Introdução: A pneumonia comunitária aguda (PAC) é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, afetando pacientes por todo o mundo e brasileiros em todo território nacional. A PAC é uma doença inflamatória e infecciosa aguda que acomete o parênquima pulmonar, acometendo a porção distal das vias aéreas, por vezes, envolve o interstício alveolar. Esse processo gera um infiltrado celular inflamatório no espaço alveolar, denominado consolidação, alterando as trocas gasosas. O sistema de defesa das vias aéreas é muito eficaz, protegido por barreiras mecânicas e anatômicas, imunidade celular e humoral - o mantendo estéril. O mecanismo fisiopatológico da PAC se inicia quando o sistema de defesa pulmonar é sobrecarregado por microorganismos patogênicos, que se depositam na superfície alveolar. Fatores genéticos como deficiências específicas no sistema de defesa, tabagismo, alcoolismo, imunossupressão e idade avançada podem prejudicar a funcionalidade do sistema e facilitar o aparecimento de pneumonia. Denominada PAC quando adquirida fora do ambiente hospitalar ou unidades de atenção à saúde, caso paciente seja internado, manifestando 48 horas após admissão. O diagnóstico é feito com base nos dados obtidos durante anamnese e exame físico, assim como, na interpretação de exames de imagem, laboratoriais e clínicos. A decisão de hospitalizar um paciente com PAC depende de muitas variáveis, incluindo gravidade da doença, comorbidades prévias do paciente, sinais de alarme, doenças psiquiátricas, alteração do nível de consciência, utilização de musculatura acessória, taquicardia, taquidispneia, hipotermia, falha terapêutica prévia, dentre outros. Nem sempre é fácil avaliar a gravidade da PAC e determinar o prognóstico para um determinado paciente, pois isso varia muito da experiência do médico e erros podem levar a um desfecho clínico desfavorável. Por todos esses motivos, há necessidade de índices prognósticos que permitam avaliar o risco real de um paciente com PAC, ao mesmo tempo, oferecer um tratamento eficaz, que não implique em um aumento exagerado na taxa de hospitalizações ou demanda por recursos de saúde, com gerenciamento

racional dos recursos e antibióticos prescritos. Muitos hospitais utilizam protocolos no pronto-socorro para auxiliar decisões de admissão e antibioticoterapia venosa, como CURB-65 e PSI, conquanto, pacientes acabam sendo internados e permanecendo dias realizando antibioticoterapia venosa, podendo terem sido conduzidos de forma ambulatorial e deixando o leito hospitalar para pacientes com estadiamento necessário. O CURB-65 é um índice prognóstico composto por cinco critérios: C – confusão mental ou desorientação; U – uréia no sangue (> 7 mmol/l ou > 50 mg/dl); R – frequência respiratória (maior igual a 30 incursões por minuto); B – baixa pressão arterial (sistólica < 90 mmHg ou diastólica menor ou igual a 60 mmHg) e 65 – idade igual ou superior a 65 anos. Cada critério do CURB-65 possui um ponto, caso presente, a presença contribui para uma pontuação cumulativa que varia de 0 a 5. 0 pontos: geralmente possuem um risco muito baixo de complicações graves e podem ser considerados para seguimento ambulatorial, podem ser tratados com antibioticoterapia via oral. 1-2 pontos: risco moderado de mortalidade e complicações (cerca de 3-9%), esses pacientes podem ser tratados no hospital ou, em alguns casos, ambulatorialmente, dependendo de outros fatores clínicos e sociais - a decisão deve ser baseada em uma avaliação minuciosa do paciente, incluindo sua capacidade de seguir o tratamento em casa e a presença de suporte social. 3-5 pontos: alto risco de mortalidade ($\geq 15\%$), requerem hospitalização. Pacientes com pontuação de 3 devem ser hospitalizados, aqueles com pontuação de 4 ou 5 devem ser considerados para admissão em unidades de terapia intensiva (UTI) devido à necessidade potencial de suporte ventilatório ou tratamento para sepse e suas consequências. O índice de severidade pneumônica (PSI) é mais abrangente que o CURB-65, levando em consideração uma quantidade maior de fatores. Estratifica os pacientes em classes de gravidade de I a V, prevendo maior risco de complicações e orientando sobre o local de tratamento (ambulatorial ou admissão em unidade hospitalar). Leva em consideração: idade, sexo, residência em casa de repouso, presença de câncer, doença hepática, insuficiência renal, doença cérebro vascular e/ou cardiovascular, insuficiência cardíaca congestiva, sensório alterado, FR > 30 , PA sistólica < 90 mmHg, temperatura axilar < 35 °C ou > 40 °C, pulso > 124 /min, ph $< 7,35$, ureia maior ou igual 30 mg/dL, sódio < 130 mEq/dL, glicemia > 250 mg, hematócrito $< 30\%$, PaO₂ < 60 mmHg ou saturação O₂ $< 90\%$, derrame pleural no raio-X. Classe I: baixo risco/mortalidade – não há comorbidades, sinais clínicos de alarme ou laboratório alterado. Classe II: baixo, ≤ 70 pontos. Classe III: baixo, 71-90 pontos. Classe IV: moderado, 91-130 pontos. Classe V: alto, > 130 pontos. PSI classe I ou II: abordagem preferencial é o tratamento em ambiente ambulatorial. Para alguns pacientes enquadrados na classe II do PSI, a utilização do suporte de saúde domiciliar pode ser considerada benéfica. PSI classe III As opções de tratamento incluem suporte de saúde domiciliar, tratamento ambulatorial ou observação ambulatorial por até 23 horas, dependendo do estado clínico do paciente, dos recursos disponíveis localmente e outros fatores. PSI classe IV ou V: Recomenda-se o tratamento hospitalar. Pacientes que necessitam de suporte hemodinâmico, ventilatório ou outras intervenções, incluindo drogas vasoativas, podem encontrar benefícios significativos ao serem admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Escores CURB-65 e PSI baixos são relacionados a menor gravidade, enquanto escores maiores, como CURB-65 3-5 e PSI > 91 pontos diretamente relacionados a maior gravidade. **Objetivos:** Elucidar o manejo clínico da pneumonia aguda

comunitária em hospitais, alocando pacientes da forma correta para seguimento ambulatorial ou admissão em unidade hospitalar, de modo que evite custos e internações hospitalares desnecessárias, utilizando a clínica do paciente associado aos protocolos CURB-65 e PSI na auditoria de senhas de internação de grande operadora de saúde. **Metodologia:** Análise de diversos estudos coletados na base de dados: Scielo, LILACS e PubMed a partir dos seguintes descritores: pneumonia, curb-65 e PSI. Para seleção utilizou-se o seguinte critério de inclusão: estudos datados de 2015 a 2025 e que abordassem os critérios de internação com base em repercussões clínicas de pacientes. O processo de auditoria senhas urgência é realizado diariamente em diversos prestadores para admissão em unidade hospitalar e se baseia na auditoria in loco diária referente às senhas de internação solicitadas após entrada do paciente em grande prestador situado em Brasília no período de dezembro de 2024. A validação das senhas de internação é um processo realizado diariamente para auxiliar na redução de custos da uma determinada operadora de saúde e é baseado na análise do prontuário eletrônico do paciente, visita beira leito e discussão técnica com médicos auditores e assistentes responsáveis pelo prestador. Para auxiliar na tomada de decisão em casos específicos referentes aos casos de PAC, utilizamos o CURB-65, PSI e discussão técnica com equipe assistente e auditoria do prestador. **Resultados e Discussão:** Os escores CURB-65 e PSI auxiliam em determinar risco de mortalidade, seguimento ambulatorial ou admissão em unidades de enfermaria/apartamento e terapia de unidade intensiva com pacientes diagnosticados com PAC. Porém, a clínica e experiência do médico assistente também são extremamente importantes na tomada de decisão. Após auditoria e análise minuciosa de 14 senhas de internação referentes a diversos casos de PAC em um período de 2 semanas no final de 2024, foi observado que 3 dos 14 pacientes analisados não possuíam falha terapêutica prévia (utilização de antibioticoterapia recente para tratamento de PAC), escore CURB-65 > 1 ou PSI > classe I, os 3 casos em questão, poderiam ter sido conduzidos de forma ambulatorial. Nos 3 casos, eram pacientes jovens, estáveis, afebris, com ausência de utilização de musculatura acessória, sinais vitais estáveis e exames laboratoriais inocentes. Em um dos casos, o paciente estava internado, e após auditoria e discussão técnica com o coordenador do pronto-socorro, foi decidido que a melhor conduta era alta com seguimento ambulatorial: realização de antibioticoterapia oral. Economizando assim custos hospitalares e possíveis infecções nosocomiais. Após auditoria e condução dos casos, foi acordado que seria realizado um novo treinamento com a toda a equipe médica do pronto-socorro referente especificamente a internações de PAC, assim como o estudo de internações desnecessárias e o risco de uma internação hospitalar para o paciente. O custo evitado foi extremamente alto, após introdução da auditoria diária e in loco, validação das internações, uma por uma. O CURB-65 e PSI demonstraram ferramentas extremamente úteis para auxiliar na auditoria de senhas de urgência referente aos casos de PAC. **Conclusão:** O reflexo da auditoria diária in loco auxiliou o prestador a nortear melhor internações relacionadas a PAC, reduzir custos desnecessários para a operadora de saúde, evitar possíveis infecções nosocomiais, evitar ocupações desnecessárias de leitos hospitalares, realizar treinamentos específicos relacionados a PAC com médicos responsáveis por atender pacientes no pronto-socorro e auxiliar no equilíbrio do ecossistema da saúde. O CURB-65 e PSI são eficazes no dia a dia e podem ser utilizados no PS

para auxiliar em tomadas de decisão referente aos casos de PAC. Em um período de 2 semanas, de 14 senhas de urgência solicitadas para PAC, foi realizado o cancelamento de 3 senhas, acatados pelo prestador, visto que não havia necessidade da admissão hospitalar e paciente poderia ter sido conduzido ambulatorialmente. Ferramentas eficientes para auxiliar na auditoria são cada vez mais necessárias, sendo o CURB-65 e PSI extremamente úteis nos casos de PAC.

Palavras-chave: pneumonia; curb-65; psi.

13 - IMPLEMENTAÇÃO DE GESTÃO BASEADA EM PROTOCOLOS VALIDADOS E CONSTRUÇÃO DA JORNADA DO PACIENTE: EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO PILOTO EM PROCEDIMENTOS BUCOMAXILOFACIAIS

Alberto Alves Junior
William Huang
Rafael Zanon Guerra de Araújo
Fausto da Costa Pereira Neto
Luciana Maria Bastos Macedo
Estela Shigueko Arakaki
Patricia Shu Kurizky

Introdução: O sistema de saúde brasileiro, à semelhança de diversos outros ao redor do mundo, enfrenta o desafio estrutural de conciliar a crescente demanda populacional por cuidados em saúde com a limitação dos recursos disponíveis. Nesse contexto, torna-se premente a adoção de modelos de gestão que promovam a alocação racional de recursos materiais, humanos e financeiros, sem perder de vista o objetivo central do sistema: a centralização do cuidado ao redor e direcionado ao valor para o paciente. A proposta de um modelo de atenção baseado em valor — Value-Based Health Care (VBHC) — representa uma mudança paradigmática na organização dos serviços de saúde. Ao deslocar o foco da remuneração por volume de procedimentos para a mensuração de desfechos clínicos relevantes em relação aos custos incorridos, o VBHC propõe uma abordagem centrada no paciente, na qual a qualidade do cuidado é avaliada a partir da efetividade clínica, da experiência do paciente e da eficiência do sistema. Nesse cenário, a construção da jornada do paciente e a implementação de protocolos clínicos validados emergem como estratégias fundamentais para a operacionalização do modelo de saúde baseada em valor. A jornada do paciente, compreendida como o conjunto de interações e experiências ao longo do ciclo de cuidado, permite identificar pontos críticos, otimizar fluxos assistenciais e promover a humanização do atendimento. Por sua vez, os protocolos clínicos, ao sistematizarem condutas baseadas em evidências, contribuem para a padronização do cuidado, a redução da variabilidade clínica e a melhoria dos desfechos. **Objetivo:** Analisar as alterações organizacionais e assistenciais necessárias à implementação de um modelo de gestão baseado em protocolos clínicos validados e na construção da jornada do paciente, a partir da experiência de um projeto piloto voltado à reestruturação do fluxo de solicitações de procedimentos bucomaxilofaciais em uma operadora de saúde.

Com base nos fundamentos teóricos do Value-Based Health Care (VBHC), busca-se discutir estratégias para a transformação do cuidado em saúde, com foco na entrega de valor, na sustentabilidade do sistema e na centralidade do paciente. **Métodos:** O estudo foi conduzido a partir da identificação e mapeamento dos principais entraves relacionados às solicitações de procedimentos bucomaxilofaciais, incluindo a complexidade dos pedidos, a alta volumetria, e os elevados índices de Notificações de Intermediação Preliminar (NIP) e de ações judiciais com concessão de liminares. Com base nesses achados, foi desenvolvido um projeto piloto de revisão do fluxo assistencial, implementado entre agosto e dezembro de 2024 na unidade da Bahia (BA), que apresentava os piores indicadores relacionados a esses eventos. As intervenções realizadas incluíram: Credenciamento de prestadores para atendimento referenciado; Elaboração conjunta de protocolos clínicos e cirúrgicos entre a operadora e os prestadores credenciados; Bloqueio sistêmico de solicitações oriundas de prestadores não habilitados; Cancelamento de autorizações emitidas para prestadores não credenciados e redirecionamento dos pedidos para a rede referenciada; Acolhimento e orientação técnica aos beneficiários sob o novo fluxo, com apoio das equipes locais e da central de atendimento; Transferência de pacientes para hospital referenciado em casos de urgência ou emergência. Durante o acolhimento até a execução do procedimento, a satisfação do beneficiário foi medida através do instrumento Net Promoter Score (NPS). **Resultados e Discussão:** Durante o período de implementação do projeto piloto, foram recepcionadas 66 solicitações de procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais pela operadora de saúde. Dessas, 82% (54) foram inicialmente negadas ou canceladas após análise técnica preliminar. Os casos foram então encaminhados para prestadores referenciados com o objetivo de obter uma segunda opinião especializada. Como resultado, 47 procedimentos foram considerados indevidos ou sem necessidade de abordagem cirúrgica no momento, representando uma redução de 71% no volume total de procedimentos inicialmente demandados e uma economia estimada de R\$ 14,8 milhões. Além da racionalização do cuidado, o projeto demonstrou impacto direto na redução de litígios e notificações regulatórias. O número de liminares caiu de 10 para 1, e as Notificações de Intermediação Preliminar (NIP) reduziram-se de 18 para 1 no período analisado. Esses dados indicam não apenas maior resolutividade do fluxo assistencial, mas também maior alinhamento entre operadora, prestadores e beneficiários, com consequente diminuição de conflitos judiciais e administrativos. Do ponto de vista assistencial, a iniciativa também promoveu avanços qualitativos, com a criação do serviço de acolhimento e *conciêrgeria*, chamado de Assessoria ao Participante. Esse serviço oferece orientação e acompanhamento do paciente, desde a abertura de uma solicitação eletiva até sua realização, com uma abordagem humanizada apoiada por um time multiprofissional. O cuidado centrado no paciente, focado na construção da jornada e experiência do paciente foi inspirado nos princípios de saúde baseada em valor (VBHC). A satisfação dos beneficiários foi avaliada por meio do Net Promoter Score (NPS), com escore médio de 4,65 (intervalo: 4,17–4,82) em escala de 1 a 5. O NPS, introduzido por Reichheld em 2003, tem sido amplamente utilizado por empresas e instituições de saúde para mensurar a fidelidade e a experiência dos usuários. Sua aplicação em serviços de saúde é crescente, com uso documentado em diversos países, incluindo Inglaterra, Holanda, Estados Unidos e Austrália. No Reino Unido, o

NPS foi incorporado ao programa Family and Friends Test (FFT) do NHS, com mais de 25 milhões de aplicações desde 2013, tornando-se a maior base de dados de experiência do paciente no mundo. No Brasil, o NPS foi incluído na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-C) do IBGE em 2022, consolidando-se como ferramenta relevante para avaliação da qualidade percebida em saúde. A análise dos resultados evidencia que a simples adoção de protocolos clínicos e fluxos padronizados pode gerar impactos significativos na eficiência do sistema e na qualidade do cuidado. No entanto, conforme argumenta Gray (2006), a transformação efetiva dos sistemas de saúde requer mais do que padronização: exige diretrizes adaptadas à diversidade dos pacientes e mensuração contínua de desfechos que realmente importam para eles. Persistem lacunas entre o conhecimento técnico disponível e sua aplicação prática, o que reforça a necessidade de estratégias que integrem evidência científica, experiência clínica e valores dos pacientes. A experiência relatada neste estudo aponta para a viabilidade de implementação de modelos de gestão baseados em valor mesmo em contextos complexos, como o das operadoras de saúde suplementar. A redução de procedimentos desnecessários, a diminuição de litígios e a melhoria da experiência do paciente são indicativos de que a adoção de protocolos validados e a construção da jornada do paciente contribuem para a sustentabilidade e a humanização do cuidado. Apesar dos resultados promissores, a avaliação da experiência do paciente ainda enfrenta desafios metodológicos. Não há consenso sobre a melhor ferramenta para mensuração, o que dificulta comparações entre instituições e contextos. Instrumentos como o HCAHPS (EUA) e o AHPEQS (Austrália) têm sido utilizados internacionalmente, mas sua aplicabilidade em diferentes realidades culturais e organizacionais ainda demanda investigação. Estudos futuros devem explorar a integração de múltiplas métricas de experiência e desfechos clínicos, com foco na personalização do cuidado e na efetividade das intervenções. **Conclusão:** A implementação do projeto piloto voltado à reestruturação do fluxo de solicitações de procedimentos bucomaxilofaciais demonstrou-se eficaz tanto do ponto de vista assistencial quanto econômico. A adoção de protocolos clínicos validados, o redirecionamento para prestadores referenciados e a construção de uma jornada do paciente mais estruturada permitiram uma redução significativa de procedimentos indevidos, com impacto direto na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Do ponto de vista financeiro, a iniciativa resultou em um desperdício evitado calculado em R\$ 14,8 milhões, evidenciando o potencial do modelo para promover sustentabilidade no sistema de saúde suplementar. Paralelamente, observou-se uma queda significativa nos litígios judiciais e nas notificações regulatórias, indicando maior resolutividade assistencial e alinhamento entre operadora, prestadores e beneficiários. A introdução de um serviço de acolhimento e *conciérgeria*, aliado à mensuração sistemática da experiência do paciente por meio do Net Promoter Score (NPS), reforçou o compromisso com um cuidado centrado no paciente e orientado por valor. A média de satisfação elevada (4,65 em escala de 1 a 5) corrobora a efetividade da abordagem humanizada e integrada. Os resultados alcançados conferiram ao projeto o status de caso de sucesso, justificando sua replicação em outras unidades da operadora. A experiência relatada reforça a relevância da gestão baseada em valor como estratégia estruturante para reorganização dos serviços de saúde, especialmente em contextos marcados por alta demanda e recursos limitados. A integração entre protocolos clínicos, mensuração de desfechos

relevantes e centralidade no paciente configura-se como um caminho promissor para a qualificação do cuidado e a sustentabilidade do sistema. A continuidade e o aprimoramento dessas iniciativas — sustentados por evidências científicas, escuta ativa dos pacientes e inovação organizacional — são fundamentais para consolidar um modelo de saúde mais eficiente, equitativo e centrado em valor.

Palavras-chave: Valor em saúde. NPS. Gestão em saúde. Acolhimento. Referenciamento. Mitigação de conflitos. Economia. Jornada do paciente.

14 - DOS DADOS À DECISÃO: ANÁLISE DE PERFIS ASSISTENCIAIS COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A AUDITORIA EM SAÚDE

Rodrigo Ribeiro de Almeida,
Filipe Matheus Barros de Araujo Freire
Bruna Martinez Yano Lima

Introdução: A análise de dados assistenciais é crucial para a sustentabilidade da Saúde Suplementar. Identificar perfis de utilização de serviços de urgência e eletivos permite que a auditoria médica atue de forma estratégica, otimizando recursos e garantindo a qualidade do cuidado, em conformidade com as diretrizes da operadora. **Objetivo:** Analisar o perfil quantitativo de procedimentos autorizados por uma operadora de saúde em Sergipe no ano de 2024, identificando os eventos de maior volume, tendências estatísticas e sazonais e implicações dos achados na prática da auditoria e gestão em saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Foram utilizados dois conjuntos de dados de uma operadora de saúde, detalhando os procedimentos autorizados em regime de urgência e eletivo ao longo de um ano. Os dados foram consolidados e submetidos a uma análise de frequência e de séries temporais. **Resultados e Discussão:** O total de eventos registrados é de 36.529, divididos em urgências (54,46%) e eletivos (45,54%). Na rede de urgência, verifica-se que a Internação por Regulação lidera com 2.792 casos, mantendo uma média elevada e constante de 232/mês. Este dado sinaliza uma pressão contínua sobre a rede credenciada, tornando a auditoria de processos de admissão e de giro de leito uma ação prioritária para garantir a eficiência. A sazonalidade é um fator chave, com picos de Internação Pediátrica (1.050 casos) em junho e de Tomografias (1.351) em julho, o que permite um planejamento antecipado de recursos humanos e de capacidade instalada para os períodos de maior demanda. Por fim, o volume de Partos Cesáreos (351 casos) classificados como urgência demanda uma auditoria analítica aprofundada para avaliar a adequação das indicações clínicas e evitar que procedimentos eletivos sobrecarreguem o sistema de emergência. Já no perfil eletivo, demonstra-se uma forte previsibilidade, concentrando-se em cirurgias programadas com um pico de demanda no segundo semestre. Há uma predominância clara de procedimentos ginecológicos, liderados pela Histerectomia (448 casos) e pelas Vídeo Histeroscopias diagnósticas e cirúrgicas (totalizando 614 casos). A concentração de agendamentos em agosto e setembro, observada também na Cirurgia de Varizes (233 casos), cria uma oportunidade valiosa para a gestão. Este padrão permite negociar pacotes com

fornecedores, otimizar a agenda de centros cirúrgicos e planejar a aquisição de materiais específicos, transformando dados assistenciais em inteligência para o negócio. **Conclusão:** A análise dos dados revela, portanto, dois perfis assistenciais marcadamente distintos, cujas características e sazonalidades fornecem subsídios diretos para uma atuação mais estratégica, permitindo o planejamento de recursos, a criação de protocolos para os procedimentos mais frequentes e, principalmente, direcionando o foco para a qualificação do grande volume de registros.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Serviços de Assistência Domiciliar. Gestão de Custos.

15 - AUDITORIA MÉDICA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO: OTIMIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E REDUÇÃO DE CUSTOS EM UM PLANO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

Filipe Matheus Barros de Araujo Freire
Rodrigo Ribeiro de Almeida
Danielly Izonias Matias Palmeira Dias

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade assistencial em franca expansão no Brasil, impulsionada pela transição demográfica e pela busca por um cuidado humanizado e seguro. Contudo, sua sustentabilidade exige uma gestão de custos eficiente. Neste cenário, a auditoria médica prospectiva emerge como uma ferramenta estratégica, alinhando a qualidade do cuidado à otimização de recursos. **Objetivos:** Relatar a experiência da reestruturação do programa de auditoria médica em AD da principal operadora de saúde de Sergipe e analisar seu impacto na gestão de custos entre 2022 e 2024. **Metodologia:** Trata-se de um Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda a transição de um modelo de auditoria reativo para uma abordagem prospectiva e padronizada. As principais mudanças incluíram: a) análise e ajuste de todos os planos terapêuticos antes do início ou renovação; b) implementação de auditoria prévia e concorrente; c) internalização de serviços e insumos, como negociação direta de dietas; e d) definição de protocolos clínicos e de elegibilidade. A mensuração dos resultados foi realizada por meio de indicadores de custo assistencial e custos evitados. **Resultados e discussão:** A implementação do novo modelo resultou em uma redução de 47,26% no custo assistencial mensal, caindo de R\$ 2.105.646,53 (agosto/2022) para R\$ 1.110.493,29 (agosto/2023). Tal resultado é ainda mais expressivo ao considerar um aumento de mais de 20% no número de beneficiários em AD no mesmo período. A eficácia do processo de análise foi confirmada por glosas que geraram uma economia de R\$ 250.161,66 entre maio e julho de 2023. Com os fluxos consolidados em 2024, a sustentabilidade do modelo foi mantida. Em julho do referido ano, por exemplo, a economia de R\$ 40.298,23 foi obtida principalmente pela adequação da modalidade assistencial (50% da economia) e pelo controle de materiais, medicamentos e curativos (25% da economia). **Conclusão:** Desta forma, a reestruturação do modelo de auditoria, com foco em uma abordagem prospectiva e criteriosa, demonstrou ser altamente eficaz. A experiência

comprova que é possível alcançar uma significativa otimização financeira e, ao mesmo tempo, coibir desperdícios e prevenir eventos adversos, assegurando a qualidade do cuidado centrado no paciente. O modelo representa uma estratégia de gestão indispensável para a sustentabilidade da Atenção Domiciliar.

Palavras-chaves: Auditoria Médica. Atenção Domiciliar. Gestão de Custos.

16 - IA PARA AUDITORIA AUTOMÁTICA DOS PACOTES E EXAMES DAS CLÍNICAS DE IMAGEM

Alex de Lima Campelo
Erico Folchini da Silveira
Marcelo Carvalho Naves Ribeiro

Introdução: A auditoria de contas é uma etapa crucial para garantir a conformidade técnica e financeira das contas médicas. No entanto, a verificação manual do uso de contraste em exames de imagem é trabalhosa, sujeita a falhas e pode gerar glosas indevidas e sobrecarga operacional. Para enfrentar esse desafio, foi desenvolvido um projeto utilizando Inteligência Artificial (Processamento de Linguagem Natural - NLP) na análise automatizada dos laudos médicos, visando mais eficiência, precisão e padronização na auditoria.

Objetivos: Automatizar a auditoria retrospectiva de exames de imagem, com foco na verificação do uso de contraste; integrar os sistemas Solus (gestão) e SLine (laudos e imagens) da Unimed Norte do Mato Grosso; • Reduzir o tempo de análise e aumentar a precisão na identificação de divergências entre procedimentos cobrados e laudos; Diminuir glosas manuais e inconsistências operacionais. **Metodologia:** O projeto foi executado em cinco etapas: 1) Importação de Dados - Leitura de arquivos XML no padrão TISS, com validação da estrutura e integridade. Dentre os dados extraídos estão: Procedimentos realizados; Dados do paciente, datas e profissional executante; Identificadores da guia de solicitação. 2) Recuperação do Laudo Médico - Integração via API com o sistema SLine para busca automática do laudo. Na ausência do laudo, o exame é automaticamente glosado por falta de documentação. 3) Análise com IA (NLP) - Modelo treinado em linguagem médica para análise textual dos laudos com o objetivo de: Detectar termos como “com contraste”, “gadólíneo”, “fase venosa”; classificar automaticamente o laudo (com contraste, sem contraste, indefinido/inconclusivo). 4) Revisão e Auditoria da Conta - Comparação entre o procedimento cobrado e o conteúdo do laudo: Concordância: aprovação automática; Divergência: glosa técnica; Resultado inconclusivo: encaminhado para auditoria manual; Ausência de laudo: glosa documental. 5) Geração de Parecer Técnico e Registro: Registro automático da auditoria no sistema Solus.

Resultados e discussão: Implementado em dois meses, o projeto gerou benefícios imediatos como: Redução significativa no tempo de auditoria; Maior precisão na identificação de inconsistências; Diminuição de glosas manuais; Padronização do processo, promovendo transparência e eficiência. A iniciativa marca um avanço no uso de IA na Gestão de Contas Médicas, com impacto direto na segurança assistencial e sustentabilidade do sistema. **Conclusão:** A aplicação de IA na auditoria automática de exames mostrou-se eficaz e

escalável. A automação otimizou recursos, aumentou a precisão, reduziu retrabalho e melhorou a rastreabilidade. O sucesso do projeto destaca o papel estratégico da tecnologia na modernização da gestão em saúde.

Palavras-chave: Inteligência Artificial; Auditoria; Laudos de Imagem.

17 - AUDITORIA EM TERAPIAS ESPECIAIS COMO VETOR DE SUSTENTABILIDADE: ANÁLISE DO CUSTO EVITADO EM UM PLANO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

Rodrigo Ribeiro de Almeida
Lucas Amorim Silva
Camylla Soares Tavares
Jéssica Figueredo dos Santos Gomes
Luciano da Costa Viana
Tharcys Duarte de Souza

Introdução: A crescente demanda de terapias especiais, caracterizadas pelo alto custo e longa duração, no âmbito da saúde suplementar impõe desafios significativos de gestão e sustentabilidade para as operadoras de saúde. Nesse contexto, a auditoria médica criteriosa, amparada por uma equipe multidisciplinar, torna-se um pilar de governança indispensável para a regulação e o controle de custos, garantindo a adequação dos serviços prestados sem comprometer a qualidade da assistência ao beneficiário. **Objetivos:** Analisar o impacto financeiro da auditoria técnica prospectiva na gestão de Terapias Especiais em um serviço de saúde suplementar de Sergipe, quantificando o custo evitado gerado pelas intervenções da equipe multidisciplinar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, que utilizou dados de um sistema de regulação em auditoria médica durante o ano de 2024. A coleta e análise de dados foram realizadas pela extração de informações do sistema, abrangendo as despesas solicitadas pelos prestadores (R\$ 20.888.486,21), os valores autorizados após a análise (R\$ 20.246.814,27) e o custo evitado resultante das intervenções. Os dados foram processados e analisados descritivamente para apresentar os indicadores de procedimentos com maiores glosas e o montante total do custo evitado. **Resultados e Discussão:** As ações da auditoria médica e da equipe multidisciplinar resultaram em um custo evitado total de R\$ 641.671,94 em 2024. A análise detalhada dos procedimentos demonstrou que as principais contribuições para essa economia vieram de glosas em: Sessão de Psicoterapia Individual (R\$ 133.922,02), Atendimento Fisioterapêutico Ambulatorial (R\$ 104.150,92), Terapias Fonoaudiológicas para Transtornos do Desenvolvimento (R\$ 94.959,41) e Sessões de Psicopedagogia (R\$ 93.525,81). Entre o quadrimestre de maio a agosto de 2024 (custo evitado de R\$ 78.191,88) e setembro a dezembro de 2024 (custo evitado de R\$ 699.833,88), houve um aumento percentual de 795,02%, evidenciando o momento de implementação da auditoria técnica no serviço. **Conclusão:** O estudo demonstra, portanto, a relevância e o impacto financeiro positivo da atuação da auditoria técnica na gestão de terapias especiais. A economia gerada reforça que um processo bem estruturado, com critérios

qualificados e atuação de equipe multidisciplinar, é um mecanismo fundamental para o uso racional dos recursos na saúde suplementar.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Saúde Suplementar. Custo Evitado.

18 - CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DE HEMODIÁLISE CONTÍNUA EM AUDITORIA MÉDICA - UMA ABORDAGEM RACIONAL

Edivaldo Aquino Sacramento Lobato Júnior

Rafael Horácio Lisbôa

Vitória Espíndola Leite Borges

Laércio Soares Gomes Filho

Ana Clara Pugliese Barreto

Vanessa Santos Nobre

Introdução: A Injúria renal aguda (IRA) é achado prevalente na Unidade de terapia intensiva, sendo que a escolha da modalidade de terapia renal substitutiva (TRS) impacta desfechos e custos. A TRS contínua (TRSC), também chamada de hemodiálise contínua, é uma modalidade de alto custo, cuja indicação correta é crucial para a auditoria médica, visando o uso racional de recursos e a segurança do paciente. **Objetivos:** Apresentar, com base em evidências científicas robustas, os critérios clínicos que justificam a indicação da TRSC em detrimento de terapias de hemodiálise intermitente (HDI), fornecendo um guia racional para a validação do procedimento em auditoria médica. **Metodologia:** Revisão da literatura, analisando meta-análises, ensaios clínicos randomizados e diretrizes de sociedades de especialidades, como as da *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO), para sintetizar as indicações e os desfechos comparativos entre TRSC e HDI. **Resultados e discussão:** A evidência demonstra que não há superioridade da TRSC sobre a HDI na redução da mortalidade geral em pacientes críticos com LRA. A validação da TRSC deve, portanto, basear-se em indicações específicas e bem fundamentadas. As principais indicações, com forte respaldo em diretrizes, são I) Instabilidade hemodinâmica/Choque: é a indicação primária. A remoção lenta de fluidos da TRSC evita a hipotensão induzida pela diálise em pacientes dependentes de vasopressores, sendo recomendada pelas principais diretrizes. II) Lesão cerebral aguda com Hipertensão intracraniana: a TRSC é mandatória para evitar flutuações osmóticas bruscas que podem agravar o edema cerebral e piorar o prognóstico neurológico. III) Sobrecarga hídrica grave: a TRSC permite um controle volêmico mais eficaz e previsível, sendo superior em quadros de congestão refratária a diuréticos, como na síndrome cardiorrenal. IV) Insuficiência hepática aguda: a TRSC é indicada para depuração de amônia e suporte hemodinâmico, associando-se à melhora da sobrevida livre de transplante. Indicações como sepse (para remoção de citocinas) e Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) são controversas ou emergentes e exigem análise criteriosa. Alguns estudos sugerem que a TRSC pode favorecer a recuperação da função renal, impactando a custo-efetividade a longo prazo. **Conclusão:** A auditoria da TRSC deve validar o procedimento não como uma terapia universalmente superior, mas como uma intervenção direcionada. A

autorização deve ser pautada na documentação clara de ao menos uma das indicações formais: instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana, sobrecarga hídrica grave ou insuficiência hepática aguda. A ausência desses critérios torna a indicação de TRSC questionável do ponto de vista da custo-efetividade e da alocação de recursos.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Medicina Baseada em Evidências. Terapia de Substituição Renal Contínua.

19 - APLICAÇÃO DE ESCALAS DIAGNÓSTICAS EM SAÚDE MENTAL COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA QUALIFICAÇÃO ASSISTENCIAL E APOIO À TOMADA DE DECISÃO EM AUDITORIA

Danilo Costa Pereira

Introdução: No contexto da saúde mental, a subjetividade dos sintomas e a variabilidade do curso clínico dos transtornos psiquiátricos representam um desafio à padronização do cuidado, à construção de linhas terapêuticas eficazes e à justificativa técnico-científica de tecnologias em saúde. A aplicação de escalas diagnósticas padronizadas tem se mostrado uma ferramenta relevante tanto para embasar decisões clínicas quanto para facilitar a compreensão dos casos por profissionais não especialistas, como os auditores médicos, especialmente diante de solicitações de terapias inovadoras e de alto custo. **Objetivos:** Relatar a experiência da incorporação sistemática de escalas psicométricas validadas na rotina de acompanhamento de pacientes com transtornos psiquiátricos graves em ambulatório especializado, visando qualificar o plano terapêutico, facilitar o diálogo técnico com auditorias médicas e apoiar a estruturação de linhas de cuidado custo-efetivas. **Metodologia:** Entre novembro de 2024 e maio de 2025, foram acompanhados 50 pacientes com diagnóstico de depressão resistente, transtorno bipolar ou esquizofrenia em serviço ambulatorial de saúde mental da rede suplementar. Foram aplicadas regularmente escalas como PHQ-9, CGI-S, GAF, BPRS e MADRS em momentos pré-estabelecidos. Os resultados foram incorporados aos prontuários e utilizados na elaboração de relatórios médicos, planos terapêuticos e pareceres técnicos direcionados às operadoras de saúde. A análise envolveu dados clínicos, econômicos e de desfecho funcional. **Resultados e Discussão:** A adoção das escalas proporcionou maior objetividade à avaliação clínica, facilitando o monitoramento da evolução do quadro e a definição de marcos terapêuticos. Observou-se aumento de 45% na taxa de aprovação de medicamentos de alto custo em primeira análise pelas operadoras, especialmente nos casos com documentação estruturada baseada em escalas. A padronização também contribuiu para otimizar o tempo clínico, reduzir reinternações e permitir a estruturação de uma linha de cuidado baseada em intensidade de sintomas, funcionalidade e resposta terapêutica, o que resultou em redução média de 20% dos custos indiretos relacionados à desorganização assistencial. Além disso, os auditores relataram maior clareza na análise documental, promovendo integração técnica entre psiquiatria e auditoria. **Conclusão:** A experiência demonstrou que o uso sistemático de escalas diagnósticas em saúde mental

favorece a qualificação do cuidado, a padronização do seguimento clínico e a interlocução técnica com os setores de auditoria médica. Trata-se de uma estratégia de gestão aplicável a diferentes níveis de atenção, com potencial de reduzir custos, promover maior previsibilidade terapêutica e consolidar linhas de cuidado eficientes, com foco em resultados clínicos e funcionais.

Palavras-chave: Saúde mental. Gestão clínica. Escalas diagnósticas

20 - OS DESAFIOS RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO E AO USO DE SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS PARA A AVALIAÇÃO PERIÓDICA DAS AUDITÓRIAS REALIZADAS PELO DENASUS/MS

Aparecida Dantas de Almeida Medeiros
Edna Magali de Oliveira Deolindo
José Renato Maia Thé
Antonia Ferreira Leite
Marta Batista Araujo
Josilene de Sousa Costa

Introdução: O Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) - ProQuali - foi instituído como uma ferramenta para assegurar que as auditorias sigam normas e padrões reconhecidos nacional e internacionalmente, contribuindo para a efetividade da avaliação dos processos de gerenciamento de riscos, controles e governança das políticas, programas, ações e serviços da gestão do SUS. Por meio da Portaria GM/MS no 3.130, de 30 de janeiro de 2024, o ProQuali estabelece atividades de caráter permanente para avaliar a qualidade, produzir informações gerenciais e promover a melhoria contínua das atividades de auditoria do DenaSUS. Essas avaliações abrangem tanto as avaliações de cada auditoria realizada quanto o nível mais amplo da função da auditoria interna. Para o alcance desse propósito, é necessária a realização de avaliações periódicas da qualidade das auditorias e a produção de informações gerenciais, processo que culminará na elaboração do relatório de avaliação periódica, a ser entregue anualmente à alta administração do Ministério da Saúde e ao controle social do SUS. Esse mecanismo de reporte demanda da unidade de auditoria uma nova forma de atuação, que envolve a automação de processos com vistas à maior eficiência, economia de tempo, redução de falhas e inconsistências nas análises, além de maior precisão dos dados. Segundo Costa, Azevedo e Souza (2024), "é crucial reconhecer que a automação vai além da simples substituição de processos manuais por tecnológicos; ela representa a utilização inteligente de ferramentas tecnológicas e a integração eficiente de sistemas e dados para aprimorar o controle e a eficiência operacional". Contudo, a conjuntura atual do DenaSUS apresenta limitações para o desenvolvimento do ProQuali no que se refere à execução dessas avaliações periódicas, em razão da ausência de uma solução tecnológica que suporte essa atividade. Nesse sentido, o presente artigo discute a importância e os desafios do desenvolvimento de uma solução tecnológica baseada em Inteligência Artificial (IA) para a realização das avaliações periódicas previstas no Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade

(ProQuali), destinadas à avaliação da qualidade das auditorias executadas.

Objetivo: analisar os desafios no desenvolvimento e uso de uma solução tecnológica e demonstrar como essa ferramenta pode auxiliar na análise, na sistematização e na consolidação referente às informações geradas em cada atividade de auditoria, promovendo maior otimização e exatidão das informações. **Método:** a metodologia construída visou apoiar a realização das avaliações, permitindo o processamento e a análise automatizada dos dados referentes ao cumprimento dos critérios estabelecidos no Manual do Programa. Para isso, será necessário viabilizar a comparação entre os critérios de conformidade das auditorias realizadas e os critérios definidos, identificar possíveis fragilidades nos processos de auditoria e gerar relatórios e dashboards. Além disso, busca-se garantir a interoperabilidade com o Sistema de Auditoria (SISAUD) ou qualquer outro que venha a ser incorporado, bem como com os formulários do Redcap, SharePoint, e-Doc e SEI. Inicialmente, foi realizado o mapeamento dos riscos dos processos, que avaliou o risco relacionado à “ausência de automação” como “extremo” para o alcance dos objetivos do ProQuali. As avaliações das atividades realizadas no período entre 2023 e 2024 foram executadas manualmente por uma equipe de quatro servidores, sendo um grande desafio concluir todas as análises dentro do cronograma previsto, sem o apoio de ferramentas automatizadas. Esse trabalho demandou considerável esforço para examinar todos os documentos das auditorias concluídas, analisar as respostas dos questionários e checklists, extrair e consolidar os dados em planilhas e elaborar os relatórios. A amostragem contemplou um total de 96 auditorias realizadas, o que sobrecarregou a equipe. Convém ressaltar que essas avaliações experimentais tinham como principal objetivo atender demandas internas do Departamento, tais como a adequação do fluxo do processo de auditoria e a implementação do monitoramento. Dessa forma, foram realizadas antes do primeiro ciclo de avaliação do ProQuali, previsto para os dois ciclos de 2025 e que se repetirá anualmente, conforme os fluxogramas do Programa. **Resultados e Discussão:** Esse processo manual gera uma contínua sobrecarga dos servidores, pois as avaliações periódicas ocorrem semestralmente e devem considerar vários itens de verificação, os quais estão destacados no Anexo F do Manual do Programa, disponível no link http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_programa_qualidade_auditoria.pdf, dentre os quais as análises referentes à fase do planejamento, da execução e comunicação dos resultados da auditoria. Esse processo exige que os avaliadores verifiquem os papéis de trabalho armazenados no sharepoint, os processos do SEI, o SISAUD, bem como respostas aos questionários e checklists do ProQuali, armazenados no Redcap - ferramenta licenciada ao Ministério da Saúde, para criação de formulários. No sentido de adequação às novas tecnologias, o uso da automação por meio da Inteligência Artificial já é utilizado na atividade de auditoria, conforme publicado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), na Revista TCU v.153 (2024), na qual relatou que "tem adotado a inteligência artificial (IA) para otimizar suas operações de auditoria e administrativas". Inclusive, conforme consta em seu site eletrônico, link <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-e-unica-instituicao-com-uso-avancado-de-inteligencia-artificial-generativa-segundo-a-ocde>, o TCU "foi apontado pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) como instituição de ponta no uso de inteligência artificial (IA)."

Conclusão: Sabe-se que o DenaSUS enfrenta alguns desafios nesse campo.

Entretanto, acredita-se que, com uma abordagem estratégica e articulada com o DATASUS, há uma oportunidade para a implementação de uma solução tecnológica para as atividades no âmbito do ProQuali, baseada em IA, como um Projeto-Piloto na auditoria do SUS. É fundamental destacar que, no campo acadêmico, há iniciativas de estudo sobre a importância da IA no processo de avaliação dos relatórios de auditoria. Foram evidenciados alguns estudos no curso de Especialização em Auditoria do SUS, oferecido pelo DenaSUS, em parceria com o Laboratório de Inovação e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (LAIS/UFRN), que apresentaram o potencial da tecnologia no apoio à qualidade da auditoria. Portanto, é possível avaliar que a utilização de IA pode representar uma grande inovação para a auditoria do SUS, com potencial para posicionar o DenaSUS entre os órgãos da administração pública que se destacam na inovação de processos e melhoria da qualidade.

Palavras-chaves: Auditoria do SUS; ProQuali; Soluções Tecnológicas.

21 - ATENÇÃO DOMICILIAR COMO FERRAMENTA DE SUSTENTABILIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR: EVIDÊNCIAS ECONÔMICAS E ASSISTENCIAIS

Sandra Amaral Rocco
Rogério Ferreira Silva
Jamile Grudzien Cavalheiro

Introdução: O envelhecimento populacional e a alta prevalência de doenças crônicas desafiam a sustentabilidade da saúde suplementar. Nesse cenário, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) representa uma alternativa estratégica para otimizar recursos e garantir cuidado centrado no paciente. **Objetivos:** Apresentar os resultados da implantação do PAD em uma autogestão nacional de aproximadamente 20.000 vidas, com análise dos custos, perfil assistencial e impacto econômico. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo-analítico, incluindo beneficiários admitidos no PAD entre janeiro de 2024 e maio de 2025. Foram avaliados dados demográficos, tipo de suporte (Assistência Domiciliar - AD e Internação Domiciliar - ID) e custos diretos. O tratamento estatístico incluiu média, mediana, desvio padrão e amplitude para idade e custos, estratificados por sexo e tipo de atendimento. Considerando a assimetria dos dados, foi aplicado o teste de Mann-Whitney que avaliou diferenças de custos entre grupos, considerando nível de significância de 5%. **Resultados e Discussão** Foram avaliadas 191 solicitações ao PAD, com 108 aprovações, 23 negativas e 60 cancelamentos. Predominaram casos em AD (76) e 9 em ID. A maioria era do sexo feminino (58,8%). A idade média das mulheres foi de 77,0 anos (mediana 75) e dos homens, 68,4 anos (mediana 72). Ao final do período, 21,3% receberam alta e 78,7% permanecem ativos. Os custos mensais médios foram de R\$ 4.103,07 para AD (mediana R\$ 2.385,00; desvio padrão R\$ 4.955,49; mínimo R\$ 787,50; máximo R\$ 24.114,00) e R\$ 29.138,39 para ID (mediana R\$ 27.201,30; desvio padrão R\$ 9.009,34; mínimo R\$ 19.442,00; máximo R\$ 42.001,03), com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($U=12,0$; $p<0,001$). O custo diário da ID correspondeu a 37,5% do custo hospitalar, gerando economia potencial de R\$ 1.616,38 por dia/paciente. Em AD, custos

mais altos estiveram associados à necessidade de procedimentos como antibioticoterapia e curativos de feridas. Em ID, os custos elevados estavam associados à complexidade clínica e ventilação mecânica. Não houve correlação significativa entre idade e custo. Os dados reforçam que modalidade de atendimento, intensidade do suporte multiprofissional e complexidade clínica são determinantes centrais dos custos. Além do impacto econômico, destaca-se a relevância do atendimento domiciliar para o conforto, autonomia e preservação de vínculos sociais do paciente, elementos fundamentais para a qualidade de vida. **Conclusão:** A implantação do PAD em autogestão nacional demonstrou ser uma estratégia eficaz para promover a sustentabilidade na saúde suplementar, reduzindo custos assistenciais frente à hospitalização e contribuindo para a humanização do cuidado. Limitações inerentes ao desenho descritivo e à realidade de uma autogestão restringem a generalização dos achados, recomendando-se estudos futuros que aprofundem a avaliação dos impactos do PAD na qualidade de vida e experiência do paciente.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Sustentabilidade; Saúde suplementar

22 - CUSTO EVITADO EM OPERADORA DE SAÚDE COM BASE NA LEI 14.454/2022 – UNIMED PORTO ALEGRE

Nelia Bueno Pinto Winckler
Rosemari Jung, Rene Jacobson Eilers
Suzana Maria Guedes Neves Toneto
Gladis Mari Semensato
Leticia Biscaino Alves

Introdução: A promulgação da Lei no 14.454, de 21 de setembro de 2022, ampliou as possibilidades de cobertura de tratamentos e procedimentos médicos, mesmo quando não incluídos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A nova legislação estabelece que a cobertura será obrigatória desde que o tratamento atenda aos critérios; (1) registro da tecnologia na ANVISA (2) evidências científicas de eficácia, segurança e efetividade ou (3) recomendação Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) ou órgão internacional equivalente. Nesse contexto, o conceito de custo torna-se estrategicamente relevante. A partir da vigência da Lei, os pareceres técnicos passaram a ser complementados com base nesses critérios. **Objetivo:** Avaliar o custo evitado baseado na Lei 14.454. **Metodologia:** Trata-se de estudo retrospectivo realizado no período de janeiro a maio de 2025. Foram analisados pareceres desfavoráveis emitidos pela auditoria médica da Unimed Porto Alegre, fundamentados em avaliações técnico-científicas elaboradas pelo Núcleo de Avaliação e Incorporação de Novas Tecnologias (NAIT) da Cooperativa. A análise considerou critérios estabelecidos na Lei 14.454/2022 que orienta a cobertura de procedimentos não incluídos no rol da ANS, com base em evidências científicas e recomendações de órgãos competentes. **Resultados e Discussão:** Foram analisados 101 pareceres desfavoráveis emitidos pela auditoria médica, referentes a solicitação de materiais sem cadastro na operadora cuja negativa se baseou na ausência de evidências científicas

robustas. Os custos evitados, distribuídos por especialidade foram os seguintes: R\$ 1.302.153,28 nas áreas de cardiologia, vascular e neurologia; R\$ 308.505,92 em ortopedia; e R\$ 294.324,00 nas demais especialidades. O total de custo evitado no período foi de R\$ 1.904.983,20. Este resultado evidencia a relevância da utilização de pareceres técnico-científicos como ferramenta de apoio à tomada de decisão na auditoria médica baseada em evidências científicas, promovendo maior segurança assistencial e eficiência na alocação de recursos. Conclusão: A aplicação da Lei no 14.454/2022 permitiu à Unimed Porto Alegre evitar um custo total de R\$ 1.904.983,20 no período analisado.

Palavras-chave: Custo evitado. Lei 14.454. Auditoria Médica

23 - CODIFICAÇÃO CIRÚRGICA CONFORME AS SOCIEDADES DE ESPECIALIDADE E O CONFRONTO COM AS INSTRUÇÕES GERAIS DA CBHPM - COMO O AUDITOR MÉDICO DEVE PROCEDER?

Rafael Horácio Lisbôa
Edivaldo Aquino Sacramento Lobato Júnior
Vitória Espíndola Leite Borges
Laércio Soares Gomes Filho
Ana Clara Pugliese Barreto
Vanessa Santos Nobre

Introdução: O auditor médico baseia-se nas instruções gerais da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) para avaliar a correta codificação de procedimentos médicos devidamente realizados e descritos. Isso ocorre em cenários onde o contrato entre o prestador e a operadora de plano de saúde não estipula outra forma de orientação. O subitem 4.5 das instruções gerais da CBHPM estabelece que "*Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal*". Trata-se de disposição clara, porém são feitos alguns questionamentos nesta interpretação, visando aumento da remuneração médica através da decomposição de procedimentos. Valendo-se deste cenário de necessidade de melhoria da remuneração médica, com a hipercodificação como um meio para isto, foram editados inúmeros manuais de diretrizes de codificação de sociedades de especialidades médicas valendo da premissa do subitem 7.2 da CBHPM: "*As interpretações referentes à aplicação desta Classificação de Procedimentos serão efetuadas com exclusividade pela Associação Médica Brasileira e suas Sociedades Brasileiras de Especialidade*". **Objetivos:** Discutir o modelo de codificação proposto pela CBHPM, as implicações do fenômeno de hipercodificação e o impacto na Saúde Suplementar. Demonstrar como a Auditoria Médica avalia, entende e mitiga excessos em relação à hipercodificação. **Metodologia:** Revisão da literatura médica e textos de fontes especializadas em Saúde Suplementar (não acadêmicas) acerca do fenômeno de hipercodificação associada à análise dos manuais de diretrizes de codificação das sociedades brasileiras de especialidades médicas. **Resultados e discussão:** Foram encontradas um total de 13 manuais de diretrizes de codificação de procedimentos médicos ou correlatos, com produção entre os anos de 2018 e 2023. A característica marcante destas orientações é o

ajuntamento de códigos de procedimentos que, muitas vezes, embora contribuam para o aumento do honorário médico, estão contidos no procedimento principal, não tem correlação com o referido procedimento ou, ainda, se realizados no contexto de um paciente geral poderiam causar dano sem benefício algum ao paciente. Embora exista a justificativa de que os subitens 4.5 e 7.2 sejam contraditórios, essa contradição só foi gerada por manuais de sociedades que não obedeceram às instruções gerais da tabela. **Conclusão:** Diante do cenário em que se tentam consertar desvios da remuneração médica ideal e valorização profissional, a hipercodificação constitui um vício de processo que não sana o procedimento principal e subverte as próprias regras instituídas pela CBHPM. Uma solução possível e que suplanta a argumentação de que uma sociedade “suplanta” o restante das normas da tabela é a criação de uma diretriz de codificação da área de atuação específica desta seara, a Auditoria médica. De qualquer modo, o debate será rico com esta contribuição.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Medicina Baseada em Evidências. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

24 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE CÂNCER NA UNIMED PARANÁ: ATUAÇÃO DA AUDITORIA PARA GESTÃO POPULACIONAL

Giuliana Jacomini
Dalila Emanuele Koteloki
Lucia Cristina Manoel de Macedo
Eduardo Röcker Ramos
Elizabeth Cristina de Paula Ribeiro
Fernando Poeck Gonçalves

Introdução: De acordo com o estudo do Global Cancer Observatory, no ano de 2020 ocorreram 19,3 milhões de novos casos de câncer no mundo, ou seja, um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida. No Brasil, a última década foi marcada por avanços significativos na disponibilidade e qualidade das informações epidemiológicas sobre neoplasias. A vigilância baseada em dados qualificados oferece suporte essencial para que os gestores em saúde monitorem e organizem ações voltadas ao controle do câncer, favorecendo a construção de estratégias assistenciais sustentáveis. **Objetivos:** O objetivo principal deste estudo é caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes em tratamento oncológico, com base nas análises técnicas realizadas durante a auditoria prospectiva de beneficiários da Unimed Paraná. Como objetivo específico, buscou-se evidenciar a atuação da auditoria técnica na qualificação de dados de mundo real e na estruturação de informações que subsidiam decisões estratégicas em saúde. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, epidemiológico, fundamentado em dados de mundo real, obtidos por meio das análises da auditoria prospectiva de tratamentos oncológicos não cirúrgicos, realizadas entre maio de 2024 e maio de 2025. Foram avaliadas mais de 12.000 guias de 1.560 pacientes submetidos a quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormonioterapia e transplante de medula óssea. A análise

considerou a interpretação, validação, qualificação e registro das informações clínicas contidas em documentos e laudos de exames, considerados dentro do contexto do processo de auditoria. **Resultados e Discussão:** O perfil dos pacientes demonstrou predomínio do sexo feminino (64%) e da faixa etária entre 71 e 80 anos. A neoplasia mais prevalente foi a de mama (42%), seguida pela de próstata (13%). Tratamentos com finalidade paliativa correspondem a 24,9% dos casos. Identificou-se que 33,1% das guias apresentaram campos obrigatórios não preenchidos pelos solicitantes. Quanto à distribuição geográfica, 90,2% dos pacientes estavam no Estado do Paraná, sendo 70,5% na cidade de Curitiba. A análise evidenciou que a auditoria técnica bem estruturada contribui para redução de retrabalhos e atrasos, além de favorecer maior previsibilidade no processo de autorização, promovendo segurança e eficiência na jornada assistencial do paciente oncológico. **Conclusão:** O estudo do perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos, obtido por meio da auditoria prospectiva qualificada, é um instrumento estratégico para aprimorar a gestão em saúde e promover a sustentabilidade da operadora. A análise técnica criteriosa permite padronizar informações, otimizar fluxos e garantir um cuidado mais seguro, eficiente e humanizado. A produção de dados de mundo real qualificados tem o potencial de subsidiar ações de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce, contribuindo para a redução de tratamentos iniciados tardiamente e com elevado impacto financeiro na saúde suplementar.

Palavras-chave: Auditoria prospectiva. Gerenciamento de dados. Tratamento oncológico.

25 - APROVAÇÃO ACELERADA DE MEDICAMENTOS NOS EUA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS DECISÕES REGULATÓRIAS DA FDA E DO BRASIL

Marcus Carvalho Borin
Mariana Michel Barbosa
Silvana Marcia Bruschi Kelles
Daniel Pitchon dos Reis
Lélia Maria de Almeida Carvalho
Sérgio Adriano Loureiro Bersan

Introdução: A via de Aprovação Acelerada (AA) da Food and Drug Administration (FDA) dos EUA proporciona acesso antecipado a terapias para condições graves ou com risco de vida, permitindo a aprovação com base em desfechos substitutos. Esse processo acelerado requer ensaios confirmatórios para validar os benefícios a longo prazo, mas também levou à retirada de medicamentos. **Objetivos:** Analisar o alinhamento entre os resultados da AA do FDA e as decisões regulatórias brasileiras, com foco nas discrepâncias e suas implicações para os sistemas de saúde. **Metodologia:** Os dados sobre a via de aprovação de medicamentos AA do FDA foram recuperados do repositório público do FDA em 7 de novembro de 2024. Cada medicamento foi categorizado por status de aprovação: Em andamento, Benefício Clínico Verificado, Retirado e Outros. Os medicamentos foram posteriormente analisados para decisões de

aprovação, cobertura e reembolso no Brasil, utilizando dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A análise se concentrou nas discrepâncias entre as decisões do FDA e da ANVISA e nas implicações para os sistemas de saúde brasileiros. **Resultados e Discussão:** Um total de 336 medicamentos foram analisados: 53% alcançaram benefício clínico confirmado, 12,8% foram retirados devido a preocupações com segurança ou eficácia e 30,7% ainda estão em ensaios confirmatórios. O tempo médio entre a AA e a retirada foi de 7,35 anos, evidenciando a exposição prolongada do paciente a terapias não verificadas. Dos 43 medicamentos retirados pela FDA, 12 mantiveram as indicações ativas da ANVISA. Essa defasagem regulatória impacta o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Suplementar por meio de potenciais ineficiências na alocação de recursos, principalmente para medicamentos retirados pelo FDA. **Conclusão:** As discrepâncias entre as decisões da FDA e da ANVISA ressaltam a necessidade de uma colaboração internacional mais forte em vigilância pós-comercialização e critérios harmonizados para aprovação de medicamentos. Para o Brasil, abordar essas lacunas poderia aumentar a segurança do paciente, otimizar os recursos de saúde e alinhar as práticas regulatórias para garantir uma tomada de decisão oportuna e baseada em evidências.

Palavras-chave: ATS. Medicamentos. Aprovação Acelerada

26 - IMPACTO DAS NOVAS INDICAÇÕES DO PEMBROLIZUMABE APÓS O REGISTRO INICIAL PELA ANVISA

Marcus Carvalho Borin
Mariana Michel Barbosa
Silvana Marcia Bruschi Kelles
Daniel Pitchon dos Reis
Lélia Maria de Almeida Carvalho
Sergio Adriano Loureiro Bersan

Introdução: A maioria dos novos medicamentos é testada inicialmente em estudos clínicos envolvendo uma população específica e limitada com o objetivo de obter o registro inicial. Como resultado, as indicações aprovadas para esses medicamentos são limitadas à população estudada. Em casos em que tratamentos alternativos para determinada condição não estão disponíveis, a introdução de novos medicamentos incorre em custos mais elevados. No entanto, não há um mecanismo estabelecido para reavaliar os preços dos medicamentos quando suas indicações são expandidas, o que pode levar a um impacto significativo nos sistemas de saúde. **Objetivos:** Avaliar o impacto da inclusão de novas indicações do pembrolizumabe após seu registro inicial na ANVISA. **Metodologia:** O estudo envolve o cálculo dos custos anuais associados ao tratamento de pacientes brasileiros com base nas indicações aprovadas durante o registro inicial do pembrolizumabe e aquelas que foram posteriormente adicionadas. As estimativas populacionais foram derivadas de dados epidemiológicos coletados nos ensaios clínicos do pembrolizumabe,

conhecidos como estudos KEYNOTE, e nas estimativas de câncer do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2023. Os custos foram calculados usando o valor de preço CMED-ANVISA, considerando uma dose de 200 mg a cada 3 semanas. **Resultados e Discussão:** Em 2016, o pembrolizumabe recebeu aprovação no Brasil com indicação limitada a pacientes com melanoma avançado. Até 2022, suas indicações haviam se expandido para abranger mais de 20 condições médicas adicionais, com estudos em andamento que podem levar a novas expansões. O número estimado de pacientes elegíveis ao pembrolizumabe aumentou de 1.796 para 99.544, resultando em um aumento substancial nos custos totais de R\$625.802.837 para R\$34.685.366.192. **Conclusão:** A ampliação das indicações do pembrolizumabe após sua aprovação inicial pode levar a um aumento considerável na carga financeira, comprometendo a sustentabilidade dos sistemas de saúde a longo prazo. No Brasil, onde os custos dos medicamentos não são monitorados regularmente, o reajuste anual da inflação é o único fator que causa a variação dos preços. Regulamentações são necessárias para reduzir os preços dos medicamentos de acordo com novas indicações, mudanças nas opções terapêuticas para a mesma condição e obsolescência.

Palavras-chave: Pembrolizumabe. ANVISA. Monitoramento de preços.

27 - A INTERCAMBIALIDADE DE BIOSSIMILARES EM UMA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR: PROTOCOLO, RESULTADOS E DESAFIOS

Dalila Emanuelle Kotelok
Giuliana Jacomini
Kelly Fernanda dos Santos Leite
Aliny de Freitas Rodrigues
Mariana Alves Carneiro da Silveira
Lúcia Cristina Manoel de Macedo

Introdução: A utilização de medicamentos biológicos é essencial no tratamento de diversas doenças crônicas e imunomediadas, porém seu elevado custo representa um desafio à sustentabilidade dos sistemas de saúde. Os biossimilares, por apresentarem eficácia, segurança e qualidade comparáveis aos medicamentos de referência, surgem como alternativas viáveis para ampliação do acesso e redução de custos assistenciais. No Brasil, no entanto, sua adoção ainda enfrenta barreiras, como o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde, resistência dos pacientes, e ausência de regulamentação específica sobre intercambialidade. **Objetivo:** Apresentar a estratégia adotada por uma operadora de saúde suplementar para viabilizar a intercambialidade de biossimilares subcutâneos autoinjetáveis, evidenciando os protocolos estruturados, os resultados alcançados e os principais desafios enfrentados. **Método:** Estudo descritivo com base em dados operacionais e administrativos da Unimed Paraná, referentes à implantação da intercambialidade de biossimilares entre janeiro e dezembro de 2023. A estratégia incluiu análise de custo-efetividade para padronização de biossimilares com fornecimento direto pela operadora, início da substituição em pacientes naïve (sem tratamento

prévio) e posterior ampliação para pacientes em uso contínuo dos medicamentos de referência. O processo envolveu auditoria técnica, comunicação estruturada com médicos, validação e orientação farmacêutica ao paciente, assim como protocolos formais para justificativa técnica ou recusa. Todas as ações foram monitoradas por equipe multidisciplinar com suporte jurídico, e os dados clínicos e administrativos registrados em sistema integrado. **Resultados e Discussão:** Durante o período analisado, foram intercambiados 130 pacientes para biossimilares subcutâneos autoinjetáveis, com custo evitado de R\$ 1.064.403,85. Houve três casos de manutenção do medicamento de referência por eventos adversos, devidamente justificados, e oito recusas infundadas por parte dos pacientes. Observou-se resistência inicial por parte de prescritores e usuários, exigindo ações educativas contínuas para mitigar o efeito nocebo e fortalecer a confiança na segurança e eficácia dos biossimilares. O acompanhamento sistemático demonstrou manutenção da adesão ao tratamento e ausência de impacto negativo nos desfechos clínicos. **Conclusão:** A experiência demonstrou que é possível implementar a intercambialidade de biossimilares com segurança e efetividade, mesmo diante da ausência de regulamentação específica no Brasil. O uso racional dessas tecnologias promove ganhos em sustentabilidade econômica e amplia o acesso dos beneficiários à terapêutica biológica, sem comprometer a qualidade assistencial. A adoção de protocolos bem estruturados, com envolvimento multiprofissional, transparência e monitoramento contínuo, é fundamental para o êxito da estratégia.

Palavras-chave: Biossimilares. Intercambialidade. Farmacoeconomia.

28 - PROGRAMA MÉDICO PRESCRITOR

Lucia Cristina Manoel de Macedo
Paulo Faria
Eloize Helena Bona Knaipp
Andreas Muller Dekker

Introdução: O aumento expressivo dos custos assistenciais, especialmente na propedêutica oftalmológica, tem pressionado a sustentabilidade da saúde suplementar. Análises indicam desvios significativos na solicitação de exames, sobretudo na rede credenciada, muitas vezes desalinhados das diretrizes clínicas. Fatores como medicina defensiva, pressão por tempo, ausência de histórico clínico, conflitos de interesse e expectativas dos pacientes influenciam essa prática, comprometendo a eficiência e a segurança do cuidado. **Objetivos:** Promover o uso racional dos recursos, assegurar a qualidade assistencial, fortalecer a autonomia médica e fomentar a sustentabilidade do sistema por meio da qualificação da conduta clínica dos cooperados. **Metodologia:** A Unimed Federação do Paraná implementou o Projeto Médico Prescritor, inicialmente na especialidade de Oftalmologia, com apoio de consultoria especializada e adesão das Unimeds do estado. A iniciativa é dividida em duas fases: (1) Diagnóstico Situacional, com análise dos principais desvios e apresentação dos dados à diretoria e aos médicos cooperados; (2) Auditoria Retrospectiva mensal das

solicitações de 27 exames oftalmológicos de baixo risco, com verificação da conformidade com as diretrizes do CBO, da ANS e com normativos internos. O feedback inicial é educativo, sem impacto financeiro. Após um período de sensibilização (dois meses), as singulares decidem sobre a aplicação de descontos na produção médica, com base nas análises realizadas retrospectivamente. **Resultados e Discussão:** A Unimed Paranavaí apresentou, em nove meses: redução de 34% na volumetria de exames e 36% na média de exames por consulta, economia de R\$ 236.475,02 (39%) e queda nas contestações de 61% para 14%. O investimento foi de R\$ 58.443,50, com R\$ 213.434,03 contestados. O projeto alcançou ainda as Unimed de Apucarana e Campo Mourão, com investimento total de R\$ 93.695,00 e R\$ 357.780,52 em valores contestados. A adesão crescente reforça sua efetividade na valorização das boas práticas clínicas e na gestão eficiente dos recursos. Além disso, os valores economizados podem ser revertidos aos médicos cooperados, conforme a política da singular, fortalecendo o engajamento. O projeto já está sendo expandido à especialidade de Cardiologia, atualmente em fase de estruturação com outra consultoria. **Conclusão:** O Programa Médico Prescritor demonstrou-se eficaz na redução de desperdícios e na qualificação do cuidado, integrando evidências clínicas à prática auditora. A estratégia se mostrou replicável, sustentável e alinhada às diretrizes regulatórias, promovendo a valorização do médico cooperado e a sustentabilidade do sistema Unimed.

Palavras-chave: Auditoria médica. Uso racional de recursos. Sustentabilidade assistencial.

29 - ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL, PRÓTESE ENDOVASCULAR PERSONALIZADA E ÓBITO EM MENOS DE 24H - O COMPROMISSO DA MEDICINA COM OS MEIOS E NÃO COM OS FINS E O PAPEL DA AUDITORIA MÉDICA PARA GARANTIR ESTA PREMISA

Ana Clara Pugliese Barreto
Edivaldo Aquino Sacramento Lobato Júnior
Rafael Horácio Lisbôa
Vitória Espíndola Leite Borges
Laércio Soares Gomes Filho
Marcelo Henrique Vaz de Lima

Introdução: O princípio de que a Medicina é a ciência que se compromete com os meios e não com os fins é colocado em discussão em cenários de alta complexidade e risco no âmbito da Saúde Suplementar quando falhas identificadas nos processos levam a questionamentos sobre desfechos, sendo o auditor médico um dos profissionais que apresenta capacidade e respaldo técnico para clarificar a discussão entre a operadora de saúde e o prestador de serviços hospitalares. **Objetivos:** Apresentar o caso clínico de uma paciente octogenária com um Aneurisma de aorta abdominal (AAA). Demonstrar como a Auditoria Médica, no exercício de sua função, avalia e valida o compromisso com o processo de cuidado ao paciente, distinguindo desfechos inerentes à gravidade do quadro clínico de falhas processuais, tanto na indicação de

intervenção quanto do uso de órteses, próteses e materiais especiais. Evidenciar o caráter de imparcialidade técnica que deve refletir na forma de atuação do auditor médico. **Metodologia:** Durante a auditoria concorrente da internação hospitalar da paciente foi realizada revisão do prontuário médico, revisão da literatura médica acerca das especificidades do caso clínico e discussão com especialistas em Cirurgia vascular e endovascular com especial enfoque no uso adequado de recursos, na morbimortalidade associada ao caso, nas intervenções indicadas e sobre qual foi um impacto de uma falha processual detectada na sobrevida da paciente. **Resultados e discussão:** Paciente de 88 anos, internada por fratura transtrocantérica de fêmur, foi diagnosticada incidentalmente com um AAA de 7,2 cm, com forte suspeita de ruptura contida, sendo indicada abordagem endovascular com uso de prótese customizada devido à anatomia complexa da paciente. Porém, houve um atraso de nove dias entre a indicação do procedimento e a solicitação da prótese à operadora de saúde. A paciente se manteve estável nesse ínterim, porém, em menos de 24h após a cirurgia, evoluiu com choque refratário e faleceu. O parecer da auditoria médica, embora entenda que a falha no processo possa ser fator confundidor para as causas concorrentes ao óbito, não associou, e nem devia, o desfecho à condição de validação dos meios empregados para o sucesso da empreitada. A discussão técnica com o prestador resultou na glosa dos custos do período de atraso como um acordo formal de compartilhamento de custos imprevistos, sem caráter punitivo. **Conclusão:** O auditor médico ao identificar desvios que podem comprometer a qualidade da assistência prestada ao paciente tem o dever ético de esclarecer, quando possível, os aspectos técnicos envolvidos, tanto atenuantes quanto agravantes, para que prestador e operadora corrijam eventuais falhas processuais sem penalizar resultados clínicos adversos e mantendo o princípio de comprometimento da Medicina com os meios empregados para um fim específico.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Medicina Baseada em Evidências. Implante de Prótese Vascular.

30 - EFETIVIDADE CLÍNICA E IMPACTO ECONÔMICO DA LITOTRIPSIA INTRAVASCULAR SHOCKWAVE® VERSUS ATERECTOMIA ROTACIONAL EM LESÕES CORONÁRIAS CALCIFICADAS: UMA ANÁLISE CRÍTICA PARA A AUDITORIA MÉDICA

Jaqueline Lourenço Gomes
Luiz Henrique Picolo Furlan
Eduardo Rocker Ramos
Janaina Cardoso Nunes Marinho
Ricardo dos Santos Simões
Julia Simões Correa Galendi

Introdução: A doença arterial coronariana (DAC) com lesões calcificadas representa um dos maiores desafios clínicos e técnicos para cardiologistas intervencionistas. Estima-se que entre 20% e 30% dos pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea (ICP) apresentem lesões com grau relevante

de calcificação. Esse perfil anatômico impacta negativamente o sucesso do procedimento, favorecendo expansão inadequada do stent, risco aumentado de trombose, necessidade de reintervenção e aumento na morbimortalidade a longo prazo. Dentre os dispositivos disponíveis para modificação da placa calcificada, a aterectomia rotacional (AR) é a técnica mais consolidada no Brasil. A tecnologia baseia-se em uma pequena broca metálica que realiza abrasão da placa, permitindo a posterior expansão do stent. No entanto, o procedimento está associado a risco não desprezível de complicações como perfuração arterial, embolização distal e dissecções, exigindo experiência do operador e disponibilidade de suporte hemodinâmico. Nos últimos anos, a litotripsia intravascular (LIV), representada pela tecnologia Shockwave®, tem sido amplamente estudada como alternativa adjuvante em lesões calcificadas. Seu princípio baseia-se em gerar ondas de choque acústicas através de um balão específico posicionado na lesão, provocando microfraturas controladas na placa calcificada, sem comprometer as estruturas adjacentes. A tecnologia Shockwave® já recebeu aprovação de agências regulatórias como a FDA e a ANVISA. No entanto, devido ao seu custo elevado em comparação com a AR, surge a necessidade de análises técnicas e econômicas detalhadas para fundamentar decisões de incorporação em sistemas de saúde, especialmente na saúde suplementar. **Objetivos:** 1) Avaliar comparativamente a eficácia e a segurança da litotripsia intravascular Shockwave® e da aterectomia rotacional no tratamento de lesões coronárias severamente calcificadas; 2) Estimar o impacto econômico da incorporação da litotripsia intravascular no sistema de saúde suplementar, considerando diferentes cenários de difusão da tecnologia; 3) Oferecer subsídios técnicos e econômicos para auditoria médica e análise de custo-efetividade na tomada de decisão regulatória e contratual. **Metodologia:** O conteúdo deste trabalho foi baseado no parecer técnico-científico elaborado pelo Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Unimed do Brasil (NATS-UB), em conjunto com o CATS/Federação Unimed Paraná, com suporte da área de Regulação e Auditoria Médica. A estratégia de busca utilizou os princípios PICO (População, Intervenção, Comparador, Desfecho) para selecionar estudos comparativos entre as tecnologias Shockwave® e AR. Foram incluídos dois ensaios clínicos randomizados (ECRs) e onze estudos observacionais (coortes e estudos retrospectivos). A qualidade metodológica foi avaliada pelas ferramentas RoB 2.0 (para ECRs) e ROBINS-I (para estudos não randomizados). Além disso, foi realizada análise de impacto orçamentário com base em dados de mercado das operadoras da saúde suplementar. **Resultados e Discussão:** Resultados Clínicos (Eficácia) - Os dois ECRs incluídos demonstraram não inferioridade da litotripsia em relação à aterectomia nos principais desfechos clínicos e angiográficos, como sucesso na implantação do stent, taxa de estenose residual e eventos cardiovasculares maiores (MACE). Nos estudos observacionais, observou-se: Maior sucesso técnico da litotripsia em pacientes com calcificações circunferenciais e lesões longas; Menor tempo de procedimento em alguns cenários; Redução na necessidade de dispositivos adicionais; Resultados semelhantes em termos de taxa de reestenose em 6 e 12 meses. Resultados Clínicos (Segurança) - A principal vantagem da litotripsia apontada nos estudos observacionais foi o perfil superior de segurança: Taxa de perfuração arterial significativamente menor com LIV (3,2%) em comparação à AR (9,5%); menor incidência de espasmo coronariano, embolização distal e dissecções graves; Redução no uso de suporte hemodinâmico adjuvante. Além

dos dois ensaios clínicos randomizados incluídos na análise, o parecer técnico avaliou 11 estudos observacionais comparativos, publicados entre 2019 e 2023, totalizando mais de 2.000 pacientes. A maioria dos estudos era retrospectiva, com amostras limitadas, variabilidade nos critérios de seleção dos pacientes e ausência de randomização, o que aumenta o risco de viés. A avaliação da qualidade metodológica, realizada com a ferramenta ROBINS-I, classificou grande parte desses estudos com risco moderado a alto de viés, principalmente nos domínios de seleção da amostra, controle de fatores de confusão e mensuração de desfechos. Ainda assim, os dados extraídos desses estudos fornecem evidências complementares úteis sobre desfechos de segurança, especialmente em cenários de prática clínica real, onde a litotripsia intravascular demonstrou taxas mais baixas de complicações mecânicas como perfuração e dissecação grave. Tais achados podem ser relevantes no contexto de auditoria médica, uma vez que perfurações e complicações mecânicas implicam em custos adicionais diretos (materiais, internação, UTI) e indiretos (judicializações), contudo é importante destacar que, embora a evidência disponível sugira vantagens potenciais da LIV, como menor risco de perfuração arterial e possível superioridade em determinados contextos clínicos, ainda são necessários estudos adicionais, preferencialmente randomizados e com amostras mais amplas, para consolidar essas observações e definir a estratégia ideal para diferentes perfis de pacientes. Apesar das limitações metodológicas, esses estudos reforçam o potencial da tecnologia Shockwave® em contextos específicos, e ressaltam a necessidade de estudos prospectivos mais robustos, com seguimento de longo prazo, para consolidar a evidência clínica e apoiar decisões de incorporação baseadas em custo-efetividade.

Análise Econômica e Projeção de Impacto Orçamentário Custo Unitário: Shockwave®: R\$ 18.000 a R\$ 22.000 por unidade; Aterectomia rotacional (Rotablator): R\$ 14.000; Custo incremental médio da litotripsia: R\$ 6.000 por procedimento.

População-alvo - Considerando uma população de 19,7 milhões de vidas cobertas por planos de saúde, estimou-se: Taxa de Intervenção Coronária Percutânea: 2,1/1.000 beneficiários; Pacientes com lesões calcificadas graves: ~4.129 por ano. Projeção de uso da tecnologia Shockwave® (2025–2029): 2025 (15% Uso Shockwave e 85% Uso AR), 2026 (25% Uso Shockwave e 75% Uso AR), 2027 (35% Uso Shockwave e 65% Uso AR), 2028 (45% Uso Shockwave e 55% Uso AR), 2029 (60% Uso Shockwave e 40% Uso AR).

Impacto Orçamentário Total (5 anos): Incremento acumulado: R\$ 44.507.589,60; Impacto por ano: média de R\$ 8,9 milhões/ano. Esse valor permitiria a realização de aproximadamente 3.185 procedimentos adicionais com AR, evidenciando a necessidade de critérios clínicos bem estabelecidos para justificar o uso da tecnologia Shockwave®.

Discussão: Embora os estudos não tenham mostrado superioridade clínica inequívoca da litotripsia sobre a aterectomia, o ganho em perfil de segurança, especialmente no contexto de perfuração coronariana, é relevante para operadoras e serviços de auditoria médica. O perfil técnico da litotripsia favorece o seu uso em: artérias de grande calibre com calcificações circunferenciais; stents subexpandíveis por calcificação não tratada; Pacientes com contraindicação à AR por instabilidade hemodinâmica. Por outro lado, a diferença de custo ainda não é compensada por ganho clínico robusto, o que exige moderação na adoção e incorporação. Implicações para Auditoria Médica: A auditoria médica deve estar atenta a: Indicações clínicas justificadas com documentação adequada; Registro de falha técnica ou impossibilidade de uso

da AR; Avaliação de risco pré-procedimento (ex: angiografia com OCT ou IVUS); Comprovação de benefício clínico individualizado no relatório médico. Além disso, recomenda-se a construção de protocolos assistenciais, com base em critérios clínicos, para autorizar o uso da tecnologia, minimizando o risco de sobreutilização e desperdício. **Conclusão:** A litotripsia intravascular Shockwave® é uma inovação com evidências crescentes de eficácia e segurança, especialmente em lesões de difícil tratamento. Contudo, seu uso irrestrito representa risco econômico importante para o sistema de saúde suplementar. Diante das evidências imaturas, a recomendação da LIV deve se restringir a casos específicos em que há limitação técnica para execução da aterectomia rotacional. Com base em opinião de especialistas, as indicações de litotripsia coronária seriam as seguintes: o tratamento de artérias de grande calibre (3,5mm ou mais) possui como justificativa, que o Rotablator não é disponível no Brasil para essas dimensões devido à falta de cateteres guia de grande calibre. A litotripsia, portanto, oferece uma opção para tratar artérias de maior calibre até que a aterectomia orbitacional esteja disponível no país ou que a Boston disponibilize a grade completa de rotablator; já o tratamento de stents mal expandidos devido a calcificação não tratada tem como justificativa, quando um stent é mal expandido devido a calcificação não tratada na lesão subjacente, o stent pode ficar com um calibre menor que o desejado, levando à reestenose. A litotripsia é eficaz para resolver esse problema, pois suas ondas de choque atingem camadas profundas da artéria, tratando o cálcio atrás do stent e permitindo a expansão adequada, sendo esta uma necessidade não atendida pelo Rotablator. A análise de horizonte tecnológico realizada no parecer identificou a litotripsia intravascular com Shockwave® como uma tecnologia emergente com tendência de expansão progressiva no mercado nacional. O monitoramento incluiu bases como ClinicalTrials.gov, WHO ICTRP e plataformas regulatórias da ANVISA e FDA, demonstrando crescimento consistente no número de estudos clínicos registrados e na aprovação regulatória em diversos países. A tecnologia já está registrada na ANVISA e disponível comercialmente no Brasil, com crescente adoção em centros privados e hospitais de referência. O parecer destaca que, embora a base de evidências clínicas ainda esteja em consolidação, especialmente no que tange ao seguimento em longo prazo e à comparação direta com outras estratégias, a rápida difusão observada reforça a importância de protocolos assistenciais bem definidos, acompanhamento de desfechos e avaliação periódica de custo-efetividade, especialmente em operadoras da saúde suplementar. As operadoras devem pautar decisões de incorporação em dados objetivos de custo-efetividade, segurança e impacto orçamentário, e a auditoria médica tem papel fundamental na regulação do uso responsável da tecnologia.

Palavras-chave: Litotripsia intravascular, aterectomia rotacional, saúde suplementar, auditoria médica, custo-efetividade, avaliação econômica, angioplastia, Shockwave

31 - ESCETAMINA INTRANASAL VS. CETAMINA INTRAVENOSA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO (DRT)

Jaqueline Lourenço Gomes
Luiz Henrique Picolo Furlan
Eduardo Rocker Ramos
Roberta Garcia Charello Ossoski
Luciana Biacchi Bond Honaister Bastos

Este parecer técnico analisou a segurança, eficácia e custo da escetamina intranasal (Spravato®) em comparação com a cetamina intravenosa para o tratamento de transtorno depressivo maior (TDM) resistente ao tratamento (DRT). A escetamina foi aprovada pela ANVISA para uso em TDM e ideação suicida, enquanto a cetamina IV permanece de uso off-label e não possui aprovação formal para tratamento de DRT. A revisão das evidências científicas incluiu ensaios clínicos, revisões sistemáticas e análises econômicas. Os resultados apontam eficácia semelhante entre escetamina e cetamina para remissão rápida dos sintomas depressivos, porém sem dados robustos sobre efeitos sustentados a longo prazo. Ambos os tratamentos demonstraram efeitos benéficos até 72h, mas sem manutenção consistente desses benefícios além desse período. O estudo de Brendle et al. (2022) indicou que a escetamina intranasal tem custo aproximadamente US\$ 176.000 mais elevado por ano que a cetamina IV. Para ser considerada custo-efetiva, a escetamina exigiria redução superior a 40% no preço por dose. Conclusões semelhantes foram encontradas em avaliações do NICE (Reino Unido) e CADTH (Canadá), que não recomendaram a escetamina por incertezas na modelagem econômica, nos benefícios clínicos sustentados e na ausência de dados de eficácia em subgrupos com psicose ou ideação suicida. No Brasil, a escetamina tem sido fornecida pelas operadoras de saúde mediante liminares, com impacto financeiro crescente. Entre 2022 e 2024, o custo total com Spravato® nas Unimed do Paraná ultrapassou R\$ 12 milhões. A cetamina IV, por outro lado, apresenta menor custo unitário, com infusões variando entre R\$ 850 e R\$ 1.200. No entanto, sua aquisição no Brasil é dificultada pela ausência de formulações registradas para uso humano, tendo como substituta a escetamina intravenosa anestésica. Além disso, sua aplicação clínica requer estrutura, supervisão anestésica e termo de consentimento. Em termos de perfil de segurança, ambos os medicamentos compartilham efeitos adversos como dissociação, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca. A escetamina possui mais dados de farmacovigilância regulatória, mas também registra notificações de eventos graves. Há risco potencial de abuso para ambos os compostos, embora com baixa qualidade de evidência. A ausência de protocolos padronizados, a carência de estudos comparativos de longo prazo e o alto custo da escetamina comprometeram sua recomendação para uso rotineiro. A análise conclui que, apesar de promissora, a escetamina não é custo-efetiva nas condições atuais, devendo seu uso ser restrito a casos selecionados com protocolo estruturado, acompanhados por reavaliação rigorosa e estratégias de negociação de preço.

32 - FATORES ASSOCIADOS A PARECERES TÉCNICOS DESFAVORÁVEIS DOS NÚCLEOS DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO (NATJUS): UMA ANÁLISE DE 109.357 NOTAS TÉCNICAS

Mateus Bringel Oliveira Duarte
Tiago Santana Nascimento
Abel Dib Rayashi

Introdução: Os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus) são importantes órgãos de apoios técnicos ao sistema judiciário brasileiro. Conduzimos uma análise com o objetivo de traçar um perfil epidemiológico e dos fatores associados às conclusões das notas técnicas de temas envolvidos em medicamentos no Brasil. **Objetivos:** Avaliar quais variáveis estão associadas a pareceres desfavoráveis emitidos pelos NatJus, e caracterizar um perfil epidemiológico em específico no tema Medicamentos. **Metodologia:** Estudo transversal observacional, com as notas técnicas emitidas pelo sistema e-NatJus entre 2018 e 2024. Foram analisadas variáveis relacionadas à caracterização demográfica, ao diagnóstico (CID-10), aspectos técnicos dos medicamentos (cobertura pelo SUS, recomendações da Conitec, evidência científica, caracterização de urgência e emergência), com o desfecho definido pelo parecer final emitido pelo NatJus responsável (favorável ou desfavorável). Utilizamos um modelo de regressão logística multivariada, com imputação por *bagged tree*, para análise final dos dados. **Resultados e Discussão:** Foram analisadas 109.357 notas técnicas. A região Sul representou 40,1% dos casos, e predominaram a faixa etária adulta (51,4%) e sexo feminino (54,7%). Neoplasias representaram 28,1% das condições analisadas. Apenas 19,4% das tecnologias foram consideradas como cobertas pelo SUS; 15,4% constavam em protocolos do Ministério da Saúde, 18,5% tinham recomendação favorável da Conitec, e 83% foram classificadas como com evidência. 56,2% dos casos receberam pareceres desfavoráveis, com os principais fatores associados: não classificação como urgência/emergência (OR: 6,91; IC 95%: 6,65-7,18), ausência de evidência científica robusta (OR: 2,56; IC 95%: 2,44-2,67) e não recomendação pela Conitec (OR: 2,52; IC 95%: 2,39-2,65). A alta taxa de pareceres desfavoráveis sugere que o judiciário tem sido utilizado para acesso a tecnologias sem adequado suporte em evidências ou aprovação regulatória, no entanto, o fato de 83% dos casos serem com pertinência técnica aliado a baixa prevalência de suporte de pareceres da Conitec ou de protocolos no SUS, reforça a necessidade do fortalecimento dos processos de avaliação de tecnologias em saúde e de aprimoramento das políticas de incorporação nos sistemas de saúde. **Conclusão:** Os pareceres dos NatJus demonstram significativa associação à caracterização técnica da tecnologia em análise.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Avaliação de tecnologias em saúde. Assistência farmacêutica. Sistema Único de Saúde. Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário.

33 - RETORNO SOBRE O INVESTIMENTO EM AUDITORIA IN LOCO: AINDA HÁ ESPAÇO EM UM ECOSISTEMA DIGITAL?

Rogério Ferreira da Silva
Eulina Damasceno Melo de Almeida
Paula Costa Drumond

Introdução: De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as despesas das operadoras cresceram acima da inflação médica em 2023, intensificando a necessidade de instrumentos de controle eficazes. A auditoria médica in loco permanece como prática consolidada para prevenir desperdícios e coibir inconsistências, promovendo a sustentabilidade do sistema. Nesse contexto, destaca-se também a ascensão da saúde digital, impulsionada por investimentos em interoperabilidade de dados e inteligência artificial. Embora a digitalização seja caminho inevitável, permanece o questionamento sobre a capacidade dessas tecnologias de substituir integralmente a análise técnica da auditoria presencial. **Objetivos:** Avaliar a efetividade financeira da auditoria in loco no período de 12 meses. **Metodologia:** Análise retrospectiva das atividades de auditoria in loco realizadas por uma operadora de saúde com uma carteira de 276 mil beneficiários, abrangendo auditoria concorrente em 16 estados brasileiros, no período de janeiro a dezembro de 2024. Os dados foram obtidos a partir de relatórios financeiros da auditoria, com ênfase nos seguintes indicadores: (i) valor total investido nas operações de auditoria in loco; (ii) valor total apresentado nas contas; e (iii) valor total glosado consensualmente. O cálculo do Retorno sobre o Investimento (ROI) considerou a razão entre o montante glosado consensualmente e o valor total investido pela operadora, utilizando a fórmula padrão: $ROI = (\text{Valor glosado consensual} - \text{Investimento na auditoria}) / \text{Investimento na auditoria}$. **Resultados e Discussão:** O investimento total realizado pela operadora para manter a estrutura de auditoria in loco foi de R\$ 3.752.999,12, frente a um volume de contas apresentadas que somaram R\$ 1.208.748.409,86 no período. A atuação da equipe de auditoria resultou em glosas consensuais de R\$ 65.937.501,76, o que representa 5,45% do total faturado. O Retorno sobre o Investimento (ROI) calculado atingiu aproximadamente 1.557%, fruto de glosas fundamentadas e acordadas entre operadora e prestadores. Esses resultados sugerem que a presença física ainda se mostra estratégica para mitigar riscos assistenciais e financeiros, sobretudo em internações de alta complexidade. **Conclusão:** A expressiva relação custo-benefício demonstrada pelo ROI obtido reforça a importância estratégica da auditoria presencial. Ferramentas como auditoria remota, análise preditiva via inteligência artificial ganham espaço, prometendo maior eficiência e redução de custos administrativos. Este estudo reforça que, apesar dos avanços tecnológicos, a auditoria in loco permanece estratégica, sobretudo em procedimentos complexos. A integração de soluções digitais com a auditoria presencial representa a abordagem mais promissora para aprimorar eficiência, qualidade e segurança nos processos de auditoria médica.

Palavras-chave: Auditoria in loco; Retorno sobre o investimento; Saúde digital.