

AUDITORIA EM SAÚDE

Prof.^ª Mariane Soligo



2016



Copyright © UNIASSELVI 2016

Elaboração:

Prof.^a Mariane Soligo

Revisão, Diagramação e Produção:

Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI

Ficha catalográfica elaborada na fonte pela Biblioteca Dante Alighieri
UNIASSELVI – Indaial.

657.45

S686a Soligo, Mariane

Auditoria em saúde/ Mariane Soligo. Indaial : UNIASSELVI, 2016.

167 p. : il.

ISBN 978-85-7830-954-1

1. Auditoria.

I. Centro Universitário Leonardo Da Vinci.

APRESENTAÇÃO

Olá acadêmico(a)!

A auditoria nas instituições de saúde é uma importante ferramenta de gestão, monitoramento e avaliação dos serviços prestados. Com esta perspectiva traremos nesse Caderno de Estudos conceitos e temas relevantes relacionados a este processo/procedimento.

A Unidade 1 trará para você, acadêmico, a história da auditoria e seus aspectos principais. Da mesma forma serão objetos de estudo os princípios que devem ser observados para a execução do trabalho do auditor. Completando os conteúdos desta unidade traremos temas que fortalecem sua compreensão acerca do conceito e prática da auditoria hospitalar.

Na continuidade de seus estudos teremos como temas os processos do trabalho de auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS, apresentaremos a sistematização e operacionalização do trabalho do auditor do SUS, bem como, o processamento e armazenamento da informação do atendimento no SUS.

Encerrando o Caderno de Estudos, na Unidade 3, compreenderemos o contexto da gestão hospitalar relacionada diretamente aos custos hospitalares. Estudaremos ainda a importância das glosas e cálculos de impugnações nos processos de auditoria, suas formas de executá-las, posicionando no tópico final a assertiva de que a auditoria é instrumento vinculado à excelência da gestão em unidades e serviços de saúde.

Seja bem-vindo(a) ao estudo desta disciplina, que lhe auxiliará na construção de suas habilidades e competências como futuro tecnólogo em gestão hospitalar.

Sucesso em sua caminhada!



Você já me conhece das outras disciplinas? Não? É calouro? Enfim, tanto para você que está chegando agora à UNIASSELVI quanto para você que já é veterano, há novidades em nosso material.

Na Educação a Distância, o livro impresso, entregue a todos os acadêmicos desde 2005, é o material base da disciplina. A partir de 2017, nossos livros estão de visual novo, com um formato mais prático, que cabe na bolsa e facilita a leitura.

O conteúdo continua na íntegra, mas a estrutura interna foi aperfeiçoada com nova diagramação no texto, aproveitando ao máximo o espaço da página, o que também contribui para diminuir a extração de árvores para produção de folhas de papel, por exemplo.

Assim, a UNIASSELVI, preocupando-se com o impacto de nossas ações sobre o ambiente, apresenta também este livro no formato digital. Assim, você, acadêmico, tem a possibilidade de estudá-lo com versatilidade nas telas do celular, *tablet* ou computador.

Eu mesmo, UNI, ganhei um novo layout, você me verá frequentemente e surgirei para apresentar dicas de vídeos e outras fontes de conhecimento que complementam o assunto em questão.

Todos esses ajustes foram pensados a partir de relatos que recebemos nas pesquisas institucionais sobre os materiais impressos, para que você, nossa maior prioridade, possa continuar seus estudos com um material de qualidade.

Aproveito o momento para convidá-lo para um bate-papo sobre o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes – ENADE.

Bons estudos!



BATE SOBRE O PAPO ENADE!



Olá, acadêmico!

Você já ouviu falar sobre o **ENADE**?

Se ainda não ouviu falar nada sobre o ENADE, agora você receberá algumas informações sobre o tema.

Ouviu falar? Ótimo, este informativo reforçará o que você já sabe e poderá lhe trazer novidades. ✓✓



Vamos lá!

Qual é o significado da expressão ENADE?

EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES

Em algum momento de sua vida acadêmica você precisará fazer a prova ENADE. ✓✓



Que prova é essa?

É **obrigatória**, organizada pelo INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Quem determina que esta prova é obrigatória... O **MEC – Ministério da Educação**.

O objetivo do MEC com esta prova é o de avaliar seu desempenho acadêmico assim como a qualidade do seu curso. ✓✓



Fique atento! Quem não participa da prova fica impedido de se formar e não pode retirar o diploma de conclusão do curso até regularizar sua situação junto ao MEC.

Não se preocupe porque a partir de hoje nós estaremos auxiliando você nesta caminhada.

Você receberá outros informativos como este, complementando as orientações e esclarecendo suas dúvidas. ✓✓



Você tem uma trilha de aprendizagem do ENADE, receberá e-mails, SMS, seu tutor e os profissionais do polo também estarão orientados.

Participará de webconferências entre outras tantas atividades para que esteja preparado para #mandar bem na prova ENADE.

Nós aqui no NEAD e também a equipe no polo estamos com você para vencermos este desafio.

Conte sempre com a gente, para juntos mandarmos bem no ENADE! ✓✓



SUMÁRIO

UNIDADE 1 – HISTÓRIA, PRINCÍPIOS E CONCEITOS DE AUDITORIA HOSPITALAR.....	1
TÓPICO 1 – HISTÓRIA DA AUDITORIA E PRINCIPAIS ASPECTOS DA CONTEXTUALIZAÇÃO.....	3
1 INTRODUÇÃO.....	3
2 AUDITORIA EM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	4
3 AUDITORIA EM SISTEMAS DE SAÚDE PRIVADOS.....	7
4 HOSPITAL: INSTITUIÇÃO PRESTADORA DE SERVIÇO EM SAÚDE.....	9
RESUMO DO TÓPICO 1.....	13
AUTOATIVIDADE	14
TÓPICO 2 – PRINCÍPIOS NA EXECUÇÃO DO TRABALHO DO AUDITOR.....	15
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 DIREITOS E DEVERES DO AUDITOR	16
3 PAPEL DA AUDITORIA INTERNA.....	17
RESUMO DO TÓPICO 2.....	26
AUTOATIVIDADE	27
TÓPICO 3 – ENTENDIMENTO DO CONCEITO E PRÁTICA DE AUDITORIA HOSPITALAR.....	29
1 INTRODUÇÃO.....	29
2 TIPOS DE AUDITORIA.....	29
2.1 AUDITORIA PROSPECTIVA OU PRÉ-AUDITORIA	30
2.2 AUDITORIA CONCORRENTE.....	32
2.3 AUDITORIA RETROSPECTIVA.....	34
3 AUDITORIA OPERATIVA HOSPITALAR.....	36
3.1 AUDITORIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO-HOSPITALAR	39
3.1.1 Auditoria de materiais/medicamentos/OPME: Revistas SIMPRO e Brasíndice.....	43
3.1.2 Auditoria de procedimentos médicos: tabelas AMB e CBHPM.....	45
LEITURA COMPLEMENTAR.....	50
RESUMO DO TÓPICO 3.....	53
AUTOATIVIDADE	54
UNIDADE 2 – SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA (SNA) DO SUS, DIRETRIZES, OPERACIONALIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR DO SUS.....	55
TÓPICO 1 – PROCESSOS DO TRABALHO DE AUDITORIA NO SUS.....	57
1 INTRODUÇÃO.....	57
2 INTENÇÕES DA AUDITORIA	57
3 DIRETRIZES DA AUDITORIA DO SUS.....	62
LEITURA COMPLEMENTAR.....	75
RESUMO DO TÓPICO 1.....	77
AUTOATIVIDADE	78

TÓPICO 2 – SISTEMATIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO AUDITOR DO SUS	79
1 INTRODUÇÃO.....	79
2 FORMAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DA AUDITORIA.....	79
3 INSTRUMENTOS DE APOIO PARA O TRABALHO DO AUDITOR.....	80
4 FASES DA AUDITORIA.....	82
4.1 FASE ANALÍTICA.....	82
4.2 FASE OPERATIVA (IN LOCO).....	82
4.2.1 Etapas dos processos de trabalho da fase operativa.....	83
4.3 RELATÓRIOS DA AUDITORIA.....	85
4.4 NOTIFICAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS.....	85
4.5 APRESENTAÇÕES DAS JUSTIFICATIVAS DO AUDITADO (HOSPITAL).....	86
4.6 ENCERRAMENTOS DA AUDITORIA.....	86
5 ENCAMINHAMENTOS E ACOMPANHAMENTOS DAS RECOMENDAÇÕES.....	86
LEITURA COMPLEMENTAR.....	88
RESUMO DO TÓPICO 2.....	90
AUTOATIVIDADE.....	91

TÓPICO 3 – PROCESSAMENTO E ARMAZENAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS	93
1 INTRODUÇÃO.....	93
2 RELATÓRIOS DE SAÍDAS DOS EFETIVOS DO SISTEMA SIH/SUS.....	93
2.1 RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DOS HOSPITAIS.....	95
2.2 DEMONSTRATIVOS DAS AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO.....	97
2.3 COMPARATIVOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS COM AIH PAGAS E OPME UTILIZADAS.....	99
2.4 FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS – TAB.....	100
2.5 PROCEDIMENTOS ESPECIAIS.....	101
2.6 RELATÓRIOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS.....	101
3 RELATÓRIOS DE SAÍDAS EVENTUAIS DO SISTEMA SIH/SUS.....	102
3.1 DISCRIMINATIVOS DE PAGAMENTOS DE SERVIÇOS/OPME.....	102
3.2 AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES APRESENTADAS.....	102
3.3 DEMONSTRATIVO DE DESCONTOS DAS OR.....	103
3.4 CADASTROS DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT).....	103
LEITURA COMPLEMENTAR.....	104
RESUMO DO TÓPICO 3.....	109
AUTOATIVIDADE.....	110

UNIDADE 3 – AUDITORIA, CUSTOS HOSPITALARES E EXCELÊNCIA DA GESTÃO....111

TÓPICO 1 – GESTÃO HOSPITALAR RELACIONADA DIRETAMENTE COM OS CUSTOS HOSPITALARES	113
1 INTRODUÇÃO.....	113
2 GESTÃO HOSPITALAR, AUDITORIA, CONTROLE DE CUSTOS: TRIÁDE FUNDAMENTAL PARA SUSTENTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO.....	113
3 CUSTOS HOSPITALARES.....	115
2.1 IMPORTÂNCIA E FINALIDADE DA INFORMAÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES... ..	115
2.2 FERRAMENTAS PARA O CONTROLE DE CUSTOS.....	116
RESUMO DO TÓPICO 1.....	118
AUTOATIVIDADE.....	119

TÓPICO 2 – GLOSAS E CÁLCULOS DE IMPUGNAÇÕES	121
1 INTRODUÇÃO.....	121
2 GLOSAS	121
2.1 DEFINIÇÃO DA GLOSA	121
2.2 MOTIVOS DE GLOSA	122
2.3 APLICAÇÃO DA GLOSA	123
2.4 LEGITIMIDADE DO ATO DA GLOSA.....	123
2.5 DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA FUNDAMENTAR A GLOSA.....	123
2.6 RECURSOS DE GLOSA.....	123
3 CÁLCULOS DE IMPUGNAÇÕES	126
LEITURA COMPLEMENTAR.....	137
RESUMO DO TÓPICO 2.....	141
AUTOATIVIDADE	142
TÓPICO 3 – AUDITORIA X EXCELÊNCIA DA GESTÃO EM UNIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE	143
1 INTRODUÇÃO	143
2 AUDITORIA E GESTÃO	144
3 A AUDITORIA NO MUNDO E NO BRASIL	148
4 O AUDITOR E A AUDITORIA.....	152
LEITURA COMPLEMENTAR.....	155
RESUMO DO TÓPICO 3.....	160
AUTOATIVIDADE	161
REFERÊNCIAS	163

HISTÓRIA, PRINCÍPIOS E CONCEITOS DE AUDITORIA HOSPITALAR

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade, você será capaz de:

- entender e conhecer a história da auditoria na Saúde, em específico na área hospitalar;
- demonstrar a estrutura hospitalar e sua funcionalidade;
- aprender os intuitos e funções da auditoria nas contas hospitalares;
- levantar os direitos e deveres do profissional auditor.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. Em cada um deles você encontrará atividades visando à compreensão dos conteúdos apresentados.

TÓPICO 1 – HISTÓRIA DA AUDITORIA E PRINCIPAIS ASPECTOS DA CONTEXTUALIZAÇÃO

TÓPICO 2 – PRINCÍPIOS NA EXECUÇÃO DO TRABALHO DO AUDITOR

TÓPICO 3 – ENTENDIMENTO DO CONCEITO E PRÁTICA DE AUDITORIA HOSPITALAR

HISTÓRIA DA AUDITORIA E PRINCIPAIS ASPECTOS DA CONTEXTUALIZAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Para iniciarmos os estudos referentes à auditoria na esfera hospitalar, temos que nos transportar para o passado e entender sua origem. Neste tópico faremos uma breve análise dos primórdios da atividade, e, deste modo, conectar para a prática na nossa realidade. Fundamentando e acompanhando o desenvolvimento e o crescimento desta atividade com o passar dos tempos.

Pelo fato deste caderno se tratar da auditoria em sistemas de saúde, é inevitável explanar o nosso sistema público, pois é através da sua criação e desenvolvimento que a auditoria se tornou mais presente na saúde e, já nos dias atuais, ocupando seu lugar como especialidade reconhecida na esfera.

Muitas foram as fases para o sistema de saúde público e privado chegar até nos dias atuais. Neste tópico entenderemos quais foram os indicadores que nortearam este desenvolvimento, até a auditoria ser reconhecida como especialidade de extrema importância para os serviços de saúde.

É fundamental enfatizar que hospitais são empresas prestadoras de serviços de saúde, constituídas por processos gerenciais como qualquer outra instituição empresarial que se preocupa em atender às necessidades de seus clientes. Necessidades essas que se caracterizam como um dos principais fatores para o indivíduo viver: a busca pela saúde e/ou seu restabelecimento.

Com o passar dos tempos e o surgimento de novos paradigmas para a saúde, as instituições hospitalares, assim como as demais instituições de saúde, necessitaram se aperfeiçoar e criar instrumentos facilitadores para buscar a excelência na qualidade de seus serviços prestados, aliando ao controle de custos e autossustentabilidade.

A auditoria utilizada como um instrumento facilitador, além de auxiliar no controle de custos, item indispensável para qualquer empresa, auxilia na avaliação e comprovação da excelência da qualidade da assistência prestada aos seus pacientes.

Alcançar paradigmas é essencial para qualquer instituição que deseja ser competitiva no mercado. Salientamos que, com as mudanças dos paradigmas, os artifícios utilizados na maioria das vezes não serão mais úteis, em cada mudança de paradigma todos voltam à estaca zero. Neste tópico veremos as mudanças que nossa saúde sofreu e a introdução da auditoria neste meio. Além de entendermos a instituição hospitalar como prestadora e um dos principais personagens da nossa saúde.

2 AUDITORIA EM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O desenvolvimento da atividade humana depende da padronização, desde os tempos primórdios. Originalmente não era necessário registrar os processos padronizados, pois as pessoas aprendiam observando e gravando na memória. A auditoria tem sua origem na área contábil, cujos registros referem-se a 2600 anos a.C, sendo que, a partir do século XII d.C., passa a ser empregada a palavra “auditoria”. Foi na Inglaterra, com a Revolução Industrial do século XVII, que ocorreu a maior necessidade das auditorias nas grandes empresas. O médico George Grayward realizou uma auditoria nos Estados Unidos, pela primeira vez, em 1918, com o objetivo de verificar a qualidade da assistência prestada ao paciente por meio dos seus registros através do prontuário.

A auditoria teve seu início na área contábil financeira. Tinha como finalidade identificar fraudes e erros. Em meados do século XX a auditoria em saúde passa a ser estudada e foi introduzida no nosso meio a fim de controlar o sistema nacional de saúde abarrotado de fraudes. Com sua evolução ela passa a analisar, verificar a eficiência, a qualidade e a gestão. (ANDRÉ, 2010).

Na área de enfermagem, um dos primeiros trabalhos relacionados à auditoria surgiu em 1955, no Hospital Progress, nos Estados Unidos. No Brasil, o trabalho de auditoria aconteceu de forma isolada. Na área da enfermagem é importante a experiência do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em 1983, com padrões estabelecidos pelo Sistema da Assistência de Enfermagem. Através da realização desta auditoria, outros hospitais universitários implantaram este método avaliativo na década de 80.

Decorrente do incremento de diferentes serviços de promoção à saúde no SUS, especialmente nas esferas públicas de governo, surge a necessidade de que as atividades de controle e avaliação sejam desenvolvidas pelo caráter preventivo e de regulação que possuem. Fazendo uso de um dito popular, podemos dizer que “é melhor prevenir que remediar”, dado que, em termos gerais, as ações de reparos são mais lentas e mais caras do que as de prevenção, sem contar que equivalem ao fazer de novo.

No início do século, a economia brasileira era basicamente a monocultura do café. Com o início do processo de industrialização ocorreu uma crescente urbanização, pois os imigrantes, devido à sua experiência na Europa, foram usados como mão de obra neste setor. As condições de trabalho desta época não lhes davam direitos.

FIGURA 1 – OPERÁRIOS DA VISCOSEDA, DAS INDÚSTRIAS REUNIDAS, BAIRRO FUNDAÇÃO, SÃO CAETANO DO SUL, SP, 1993



FONTE: Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/83/mais-para-a-esquerda>>. Acesso em: 5 out. 2015.

Duas grandes greves foram organizadas em 1917 e 1919, respectivamente, resultando em alguns direitos aos trabalhadores. Estas reivindicações culminaram em dois grandes marcos para a saúde pública brasileira em 1923. O primeiro foi a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que responsabilizou a atuação governamental em âmbitos de saneamento, programas de prevenção à saúde.

E o segundo marco foi a aprovação em 24 de janeiro de 1923, pelo Congresso Nacional, da Lei Eloy Chaves, iniciando-se a previdência social no Brasil. Esta instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que incluíam assistência médica aos seus filiados. Em um primeiro momento, a cobertura estendia-se somente para operários e seus filiados.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), realizada em dezembro de 1963, foi o último evento na amplitude democrática. Com mais de cinco mil participantes, entre eles trabalhadores, profissionais da saúde, populares, usuários dos serviços de saúde e governantes, constituiu-se no maior debate em questões de saúde do país.

Foi através desse debate que se originou o relatório que serviu como base para a discussão da proposta de reestruturação da saúde brasileira, discutido na Assembleia Constituinte de 1988. Esse relatório tinha como proposta a criação do Sistema Único de Saúde, que universalizou o direito de todos aos serviços de saúde, deixando o setor público como responsável pela prestação desses serviços.

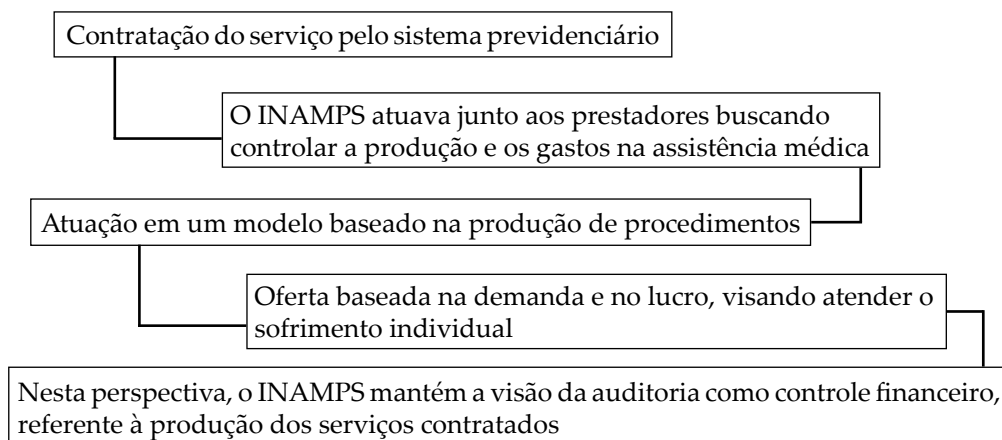
FIGURA 2 – REGISTRO FOTOGRÁFICO DA 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE



FONTE: Disponível em: <<https://ballarotteando.wordpress.com/>>. Acesso em: 5 out. 2015.

Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, dentro do arcabouço que acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978.

FIGURA 3 – FUNCIONALIDADE DO INAMPS



FONTE: A autora (2015)

Em nosso país a atividade da auditoria médica se iniciou em hospitais universitários. Em 1976, o Instituto Nacional de Previdência Social, INAMPS, deu início à auditoria paralela em seus hospitais próprios e de terceiros conveniados, procurando o acompanhamento e o controle formal técnico dos serviços com ampla abrangência por meio da auditoria médico-assistencial, que envolve a qualidade do serviço prestado e seus resultados e a revisão técnica e administrativa. (MOTTA, 2009, p. 21).

A Constituinte de 1988, no capítulo VIII, da Ordem social e na seção II, referente à Saúde, define no artigo 196 que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III. Participação da comunidade
- Parágrafo único – o Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional deixa bem claro que o SUS estava vinculado a um sistema de direito de todos os brasileiros e lhes assegurava a assistência à saúde conforme suas necessidades. Apesar de ser criado em 1988, somente em 1990 ele foi regulamentado.

3 AUDITORIA EM SISTEMAS DE SAÚDE PRIVADOS

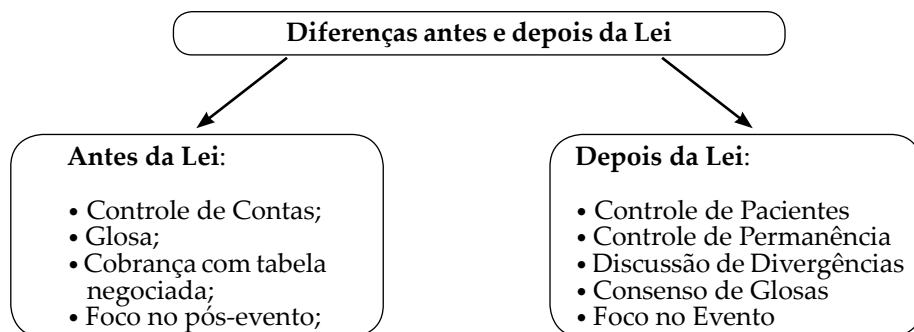
Com o aumento da demanda do sistema público, na década de 1960 foi organizada a primeira operadora de saúde, tendo como modalidade a medicina de grupo, em São Paulo, denominando-se Saúde Suplementar. Em 1970 surgiram as primeiras seguradoras, que iniciaram em 1983 com o serviço de atenção à saúde.

Em 3 de junho de 1998, através da Lei nº 9.656, publicada no Diário Oficial da União de 4 de junho de 1998, foram regulamentadas as atividades das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, iniciando um novo período na história da Saúde Suplementar.

Da mesma forma que o INAMPS controlava os gastos no sistema previdenciário, as operadoras, desde então, sentiram a necessidade de utilizar esta ferramenta para contribuir no controle de insumos. Nesta época, ainda se tinha a auditoria de caráter contábil.

Com a aprovação desta lei, a visão sobre a auditoria e o auditor mudou. Veja a seguir as mudanças que ocorreram no cenário da auditoria na saúde.

FIGURA 4 – DIFERENÇA DA AUDITORIA ANTES E DEPOIS DA LEI



FONTE: A autora (2015)

No decorrer dos anos, com os avanços tecnológicos e mudanças em alguns aspectos da cultura, a visão a respeito da auditoria sofreu mudanças, tanto no sistema de saúde privado como público. Focando no sistema privado, as operadoras de saúde hoje procuram atender à demanda de seus clientes, porém mantendo a essência de controlar custos.

De caráter imprescindível, a auditoria hoje desempenha uma função muito importante na operadora de saúde, pois além de controlar e analisar custos, averigua o serviço prestado ao seu paciente. Atualmente, a auditoria, auxiliando na busca pela qualidade aliada ao controle de custos, tem sido instrumento de modelos de gestão.

Com a vigência de padrões de qualidade incorporados pelos serviços de saúde, norteados principalmente pelas normas ISO e padrões de acreditação hospitalar, os manuais passaram a conter quesitos que orientam a organização da prestação de serviços e os parâmetros de desempenho e de melhoria contínua.

Difícilmente, nos dias de hoje, encontramos um serviço privado em que não haja o interesse em ter uma certificação de qualidade. E para atingi-la, seus gestores devem investir em especialidades como de auditoria, focadas não somente no controle contábil dos fatos, mas sim na preocupação com o tipo de serviço prestado ao seu consumidor, pois o paciente que contrata o serviço não deixa de ser um cliente, com seus direitos e deveres.

4 HOSPITAL: INSTITUIÇÃO PRESTADORA DE SERVIÇO EM SAÚDE

Hospitais são instituições que têm como principal objetivo prestar serviços direcionados à área da saúde para a população. Tiveram origem em Roma com a intenção de abrigar e atender a doentes. As principais razões da criação foram militares e econômicas.

Na área hospitalar, dos anos 30 aos 50, o conhecimento se expandiu a uma taxa acelerada, como ocorreu com os serviços de diagnóstico e tratamento, e proliferou a especialização, nos anos 60 até o início de 70; o hospital emergiu como um centro de saúde para diagnóstico e tratamento da comunidade, com uma equipe de profissionais da saúde. As duas últimas décadas foram marcadas por intensas mudanças ocorridas no âmbito institucional, e no início dos anos 80 começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituída inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. (BRITO e FERREIRA, 2000, p. 3).

Instituições hospitalares são empresas que em sua totalidade assumem a responsabilidade de restabelecer a saúde dos cidadãos. Podem ser privados, que atendem somente a particulares e a planos de saúde. Os públicos são financiados pelos sistemas de saúde governamentais, e particulares e públicos, nesse caso, recebem uma parcela de custeio governamental.

Na esfera financeira, o hospital é considerado como uma empresa constituída por metas, custos, recursos humanos e clientes. E, como toda empresa, busca resultados e fidelidade dos seus clientes. Como para todas as áreas empresariais o mercado atualmente está extremamente competitivo, ser referência em atendimento de qualidade torna os hospitais altamente competitivos.

Sendo considerados como empresas, os hospitais contam com setores administrativos, técnicos e assistenciais. E, como toda empresa, são presididos por um ou mais gestores, que buscam direcionar seus subordinados nos caminhos corretos para que todos atinjam as metas e objetivos. E para isso, além da extrema importância nos setores de assistência direta ao paciente, setores de internação, os gestores contam com os administrativos.

Na totalidade, o paciente necessita de um leito hospitalar para se submeter a um tratamento, porém a abrangência não se limita ao leito para a internação e, sim, de vários profissionais que trabalham direta ou indiretamente com o paciente. Para entender a importância de cada setor para o funcionamento de uma instituição hospitalar, podemos descrever o processo de uma internação hospitalar até a alta.

O processo para a internação já se inicia na porta de entrada do hospital. É necessário deixar claro que cada instituição pode adotar o processo conforme a medida de suas necessidades. Não temos como citar as várias formas como

podem ocorrer as internações, pois tudo varia do modo como o paciente necessita ser atendido.

Pacientes que chegam ao hospital necessitando de um serviço de emergência, logicamente entrarão pelo Pronto Atendimento, e conforme o desfecho do tratamento, seguirão para a internação, alta ou óbito. Todavia, pacientes que já estão cientes do seu tratamento se dirigem até o setor de internação. Geralmente, neste setor, os atendentes irão preencher a ficha com os dados pessoais e identificar o tipo de plano de saúde. Após o cadastramento é solicitado um leito e o paciente é encaminhado até o local destinado.

Algumas vezes, os pacientes são encaminhados diretamente para o centro cirúrgico. Em casos de internações cirúrgicas, após a cirurgia e após a recuperação pós-anestésica, são levados até o leito.

Outro setor que atua no início do processo e se necessário durante e após a internação é a autorização. Neste setor será solicitada a autorização para o tratamento, procedimentos cirúrgicos, materiais especiais, órteses e próteses, medicamentos de alto custo, prorrogações de internações, readequações de autorizações. Estas autorizações podem mudar com o curso do tratamento.

O centro cirúrgico e o obstétrico são setores fundamentais para uma instituição hospitalar que almeje um atendimento mais completo e qualificado. Sua estrutura física vai depender da complexidade de procedimentos que são realizados. É fundamental que haja profissionais especializados, instrumentais e aparelhos para o funcionamento destes setores.

Para a demanda de instrumentos cirúrgicos, aparelhos e materiais são necessários os setores de CME (Central de Material e Esterilização) e farmácia, se possível satélite. Denominam-se satélites as farmácias que atendam somente a um determinado setor, seria uma extensão da farmácia central. A CME, além de abastecer o centro cirúrgico/obstétrico, também abastecerá os demais setores. É nesta unidade que materiais são esterilizados e reprocessados (levando em consideração os materiais que são passíveis a estes processos).

Após o procedimento cirúrgico, o paciente é encaminhado para a Sala de Recuperação Pós-Anestesia, para se recuperar e finalizar a anestesia que foi necessária para o procedimento. O período de permanência vai depender da complexidade do ato cirúrgico, e quem vai avaliar e liberar o paciente será o médico anesthesiologista responsável pelo acompanhamento da anestesia durante a cirurgia.

Com a alta da SPRA, o paciente é então encaminhado para o leito, que pode ser quarto normal ou UTI, sempre levando em consideração a complexidade e como o paciente se portou clinicamente no procedimento. Independentemente de para qual acomodação será encaminhado, serão necessários serviços primordiais para o atendimento destes pacientes, como: serviço de nutrição dietética, farmácia, serviço de diagnósticos por imagem, serviço de limpeza.

A farmácia é, como todos os outros, um setor muito importante para o tratamento durante a internação, pois é nesta unidade que serão dispensados os medicamentos e materiais, nutrições necessárias, conforme as prescrições da equipe multiprofissional. Além da farmácia pode haver o lactário, que, em casos de maternidades, dispensa o leite para a alimentação do recém-nascido, em casos de a mãe não ter como ofertar o leite materno.

O setor norteador e que atua como auxílio aos setores de internação, enfermeiros, médicos, enfim, todos os profissionais que participam do atendimento, é a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), que tem em sua composição médico infectologista e enfermeiras. São estes profissionais que irão elaborar o Manual de Normas e Rotinas a serem seguidas.

Para atender às queixas e elogios dos pacientes, o hospital disponibiliza do setor chamado SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente). É fundamental para qualquer empresa estar atenta para as fragilidades e as qualidades dos serviços que estão sendo prestados. Para o hospital não seria diferente, pois seus clientes geralmente estão em estado de fragilidade física e emocional, tornando-os mais propensos em se sentirem lesados.

O Serviço Social e Psicologia também são setores essenciais para um atendimento de qualidade, pois o tratamento hospitalar, muitas vezes, se oferece como um todo, ou seja, atende, além do físico, o psicológico e o social. Outros serviços, como fonoaudiologia, fisioterapia, odontologia, independente se tenham um setor separado ou não, são oferecidos, e de extrema importância, alguns tratamentos.

Atualmente, os sistemas que integram todos os setores e suas funções são informatizados, para tanto é necessário um setor de TI (Tecnologia da Informação) para, além de atualizar, garantir a manutenção desses sistemas. Para a estrutura física estar apta para o atendimento são necessários vários profissionais, como: eletricitas, encanadores, marceneiros e carpinteiros, pintores, pedreiros, carpinteiros, entre outros. Estes profissionais se incluem no setor de Manutenção.

É necessário um setor de Compras, que, como o nome sugere, se responsabiliza pelas compras, orçamentos, avaliação no mercado dos materiais, para abastecer todo o hospital. Os materiais variam de alimentos a materiais de escritório. Para armazenar esses insumos adquiridos pelo setor de compras e distribuir para todo o hospital é necessário um setor chamado de Almoxarifado. Outro setor responsável por compra de materiais é o setor de OPME (Órtese, Prótese, Material Especial), neste setor os materiais são armazenados e estocados, e se tem um controle rigoroso, assim como os outros setores, do lote, nota fiscal e validade.

Já no quesito administrativo são necessários setores que tratam diretamente quesitos operacionais da administração dos demais setores, como é o caso do setor Gestão de Pessoas ou Recursos Humanos, que atua na contratação e controles

trabalhistas dos funcionários que trabalham na instituição. A contabilidade, custos e tesouraria estão entre os setores administrativos e trabalham diretamente com a receita e financeiro do hospital.

Alguns hospitais possuem um setor específico para negociações de regras entre operadoras de saúde e hospitais. Denomina-se setor de Contratos. O responsável por esse setor, geralmente, em conjunto com os diretores, participa das negociações e fechamento de contratos de prestação de serviços, como: serviços terceirizados pelos hospitais e operadoras de planos de saúde.

Após todo o atendimento ser realizado, vimos que a internação não depende só de um leito. Os registros do efetivo tratamento são encaminhados ao setor de Auditoria de Análise de Contas, para através dessa análise efetuar a cobrança justa e adequada de todos os insumos e serviços prestados ao paciente.

Após a análise, a relação dos itens a serem cobrados é encaminhada ao setor de Faturamento, este setor é responsável pela digitação dos serviços e insumos sinalizados pela auditoria e encaminhar a fatura para a operadora de saúde de cobertura do paciente.

Para armazenar os prontuários e documentos em geral, que necessitam ser guardados por determinado período, os hospitais disponibilizam de um local específico para o acondicionamento destes papéis, que se denomina SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatísticos). Além do armazenamento, este setor alimenta e controla estatísticas dos mais diversos âmbitos referentes às internações.

A hotelaria, a lavanderia e higienização se preocupam, respectivamente, com as acomodações de internação e roupa, tanto para atender ao paciente como para o uso dos funcionários. São necessários também setores de recepção, telefonia, secretariado, para atender às necessidades de funcionamento da instituição.

Os profissionais que atuam nestas instituições são amplos, pois para atender a toda essa demanda abrange muitas classes de profissionais, como: médicos, administradores, enfermeiras, faturistas, nutricionistas, farmacêuticos, secretárias, motoristas, técnicos em informática, psicólogos, fonoaudiólogos, faxineiros, cozinheiros, auxiliares administrativos, engenheiros, dentistas, advogados, assistentes sociais, técnicos em radiologia, pedreiros, pintores, eletricitas, carpinteiros, entre outros.

A partir da explanação dos setores que são necessários para o funcionamento de um hospital, vemos que tal estrutura o coloca em igualdade com qualquer empresa, pois se desmistifica a visão de o hospital ter somente, em seu quadro de funcionários, médicos e enfermeiras, mas sim uma gama de profissionais que trabalham em um objetivo comum, que é o de atender ao paciente e tornar a instituição autossustentável.



RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico aprendemos:

- Os primórdios da auditoria na humanidade.
- Principais marcos históricos nacionais que deram início ao trabalho da auditoria.
- A necessidade da auditoria nos sistemas privados, com o surgimento da Saúde Suplementar.
- O papel das instituições hospitalares no nosso cenário social.
- A instituição hospitalar em suas diversas faces de funcionamento.



- 1 Ao se depararem com as mudanças de cenário que a saúde vem sofrendo, as organizações são obrigadas a reorganizar e estabelecer padrões para a busca da qualidade dos serviços prestados. Como instrumento norteador para estabelecer padrões, sugiro a leitura do livro: *Se Disney administrasse seu Hospital 9 1/2 coisas que você mudaria*. Autor: Freed Lee, Editora ARTMED. Escreva uma resenha sobre a obra lida.
- 2 Após o entendimento da funcionalidade de um hospital, disserte sobre a seguinte afirmação: “Instituições hospitalares são empresas, que atuam na área da saúde, porém em sua estrutura abrangem não só a classe de profissionais médicos, enfermagem... e sim das mais diversas, todas elas em busca do objetivo de atender seus pacientes com qualidade e ser autossustentáveis”.

PRINCÍPIOS NA EXECUÇÃO DO TRABALHO DO AUDITOR

1 INTRODUÇÃO

O auditor, como qualquer outra profissão, está munido de direitos e deveres. É de extrema importância para qualquer profissional, ao exercer suas atividades, estar ciente e praticar as determinações que seus conselhos, ou códigos de ética, especificam.

Não diferente de outras especialidades, o auditor segue rotinas, manuais, protocolos, cartilhas, aliados ao conhecimento técnico-científico, que são importantes, pois ao auditar o profissional deve conhecer a área em que está atuando. Todavia, é importante ressaltar que a transparência, a lisura e a imparcialidade são indispensáveis para se exercer esta função.

Independentemente da auditoria que será exercida, é imprescindível salientar que a satisfação do paciente em receber um serviço de qualidade é o principal fator a ser considerado. Esse desejo deve ser de interesse de todas as partes, hospitais e planos de saúde, denotando-se a importância do auditor, pois será através da sua auditoria que serviços prestados serão efetivamente qualificados, ou demonstrarão as fragilidades e a necessidade de melhorias.

Na contemporaneidade, muitas organizações estão convivendo em ambiente competitivo, recaindo sobre os dirigentes a cobrança de resultados otimizados tanto nos aspectos de sustentabilidade financeira como na qualidade dos serviços prestados. O atual contexto mundial demanda uma mudança nos modos tradicionais de gestão e a busca de critérios para a autossustentação dos serviços de saúde. Principalmente em função do advento de novas tecnologias, associadas ao processo de globalização, a área da saúde está sendo conduzida por um processo de humanização hospitalar, buscando-se maximizar a qualidade no atendimento.

O auditor está presente nas instituições para trabalhar em conjunto com as outras áreas. Internamente seus serviços podem ser aproveitados de várias amplitudes, tanto financeiras, educativas, como qualificativas.

Unir o retorno financeiro dos seus serviços prestados à satisfação de um paciente após usar o seu serviço é o grande objetivo dos gestores das instituições nos dias atuais. A auditoria se apresenta para atender e auxiliar neste objetivo, participando ativamente nos processos.

2 DIREITOS E DEVERES DO AUDITOR

A especialidade auditoria é reconhecida e regulamentada em várias profissões da área da saúde. Sendo assim, o primeiro dever do profissional é atuar, questionar e responder somente à sua área de competência, ou seja, cada qual é responsável por suas designações atribuídas pelos seus conselhos.

O profissional deve estar registrado e regulamentado no conselho de sua classe e na jurisdição em que ocorre a prestação de serviço auditado. Todos os relatórios emitidos devem conter, juntamente com o nome/assinatura, o número do registro do seu respectivo conselho. A operadora que estará representando deve estar regulamentada e registrada no órgão competente de saúde, neste caso, na ANS – Agência Nacional de Saúde.

Em relação à auditoria externa, é de responsabilidade do auditor estar a par do contrato vigente entre as partes (auditor e serviço auditado), conhecer os manuais, protocolos, rotinas daquela instituição. É impreterível agendar previamente todas as suas auditorias, bem como, na primeira, deverá apresentar-se ao diretor/responsável pela instituição.

É de direito do auditor solicitar esclarecimentos de itens, práticas que não estejam claras, conseqüentemente, causando dúvidas ou duplas interpretações dos fatos registrados e apresentados ao auditor. O não retorno dos questionamentos pode interferir na continuidade da auditoria e até mesmo o não pagamento dos insumos utilizados para aquele serviço prestado.

Conforme o anexo da Resolução COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 266/2001, que diz:

Ao se deparar com uma não conformidade, o enfermeiro auditor deve atuar de forma educativa, identificá-la e informá-la em seus relatórios de auditoria. Em ocasião alguma pode interferir ou adulterar o encontrado, lembrando que o profissional auditor está em uma posição neutra, e não induz ao auditado tomar decisões, atua somente em evidenciar e não reparar.

A abrangência desta posição não se limita para uma profissão ou atividade em específico. Partimos do pressuposto de que cada profissional é responsável pelos seus atos, logo o auditor não é o responsável por aquele serviço prestado diretamente ao paciente, sendo assim não cabe a ele interferir, e sim evidenciar ao executante a não conformidade encontrada em sua auditoria.

Como qualquer profissional, o auditor deve manter o sigilo. Conforme Resolução nº 1.614/2001, do CRM (Conselho Regional de Medicina), que em seu Art. 6º diz:

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

O princípio que deve estar em destaque e ser o foco é que a ética do auditor é indispensável, sabendo que ele, auditor externo ou interno, deve atuar de forma mais verdadeira e clara possível. É através de sua auditoria que o auditado vai perceber suas falhas e fragilidades, ou confirmar o seu serviço qualificado oferecido ao paciente.

Acima de qualquer padrão preestabelecido, ser auditor é trabalhar em conjunto com as instituições no bem comum, de um atendimento digno e qualificado a oferecer ao principal interessado, o paciente.

3 PAPEL DA AUDITORIA INTERNA

As instituições de saúde, nos dias atuais, não se abstêm somente na preocupação com os profissionais que irão prestar o serviço de saúde ao paciente, mas também em profissionais que transformarão o serviço prestado em retorno financeiro.

As organizações de saúde, operadoras de planos de saúde, hospitais e similares estão se reorganizando, reestruturando e passando por uma série de transformações para se adaptarem aos novos processos de trabalho para que se mantenham em uma posição competitiva no mercado. (MOTTA, 2009, p. 39).

Com a modernização, mais fácil acesso à tecnologias e graduações, a população brasileira se torna mais informada de seus direitos. Nessa esfera é que a auditoria se torna uma aliada para a instituição, pois, além de participar efetivamente nos fins lucrativos e financeiros, atua na qualidade, avaliando e auditando os registros que efetivam o atendimento.

Para o médico, administrador ou clínico, é uma coisa normal que a qualidade seja julgada basicamente pelos resultados clínicos. E não poderia ser diferente. O que não é tão óbvio é o fato de que a satisfação e fidelidade de seus clientes não serem conquistadas baseadas em quem tem a melhor qualidade clínica, não mais do que as empresas aéreas conquistam a fidelidade dos seus clientes baseadas em quem possui o melhor histórico de segurança. (LEE, 2009, p. 22).

Atualmente as preocupações de uma instituição não estão em somente se manter financeiramente e retornos lucrativos, mas atender às necessidades de seus clientes, com a máxima qualidade em seus serviços, os satisfazendo. E na saúde não seria contrário, pois, hipoteticamente falando, as instituições deste ramo “vendem saúde”.

Denomina-se auditoria interna a atividade desempenhada por profissionais dentro da instituição, ou seja, o auditor realiza auditoria nos processos internos com o objetivo de sanar qualquer não conformidade. Podem ser contratados pela própria instituição, diretamente ou através de empresas que prestam este serviço de auditoria.

O papel sintetizado do auditor é unir a qualidade da assistência a lucro financeiro, para tal seu trabalho não é independente dos outros setores da instituição, seu processo é diretamente entrelaçado com outros que acontecem para realizar o serviço. Sendo assim, em uma instituição hospitalar, como exemplo, o processo da farmácia, setores de internação e autorização, entre outros, interferem no desempenho da auditoria.

Auditar significa essencialmente avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência de saúde. Não se trata de técnica ou modalidade de trabalho voltada para o policiamento dos profissionais médicos e de saúde, mas um movimento de estímulo à melhoria da qualidade do padrão de atendimento. (MOTTA, 2009, p. 59).

O auditor interno trabalha em prol da instituição, em domínios de avaliação da qualidade e retornos financeiros, pois é através de sua auditoria que a instituição terá as informações necessárias para atuar da forma pertinente à necessidade.

Por mais que a impressão que se tenha é que o auditor trabalha de forma isolada, limitando-se fisicamente em uma sala separada dos outros setores, remete-se a um conceito equivocado, pois o auditor não teria função se o trabalho dos outros setores não existisse.

As expectativas da instituição são de relevante importância, pois perante elas é que o auditor vai desenvolver seu padrão de trabalho, e focar na principal área em que julgará que seu trabalho desempenhará maior impacto. A função da auditoria garante que a instituição permaneça fiel aos seus valores e ao seu propósito.

Na área hospitalar, a auditoria interna trabalha com o prontuário médico, que se denomina Auditoria de Contas Médicas. É através desse processo que o auditor vai cruzar as informações em forma de registros nos prontuários, com os insumos inseridos na conta hospitalar daquele paciente e daquela internação.

A composição do prontuário consiste basicamente em:

- Prescrições: denomina-se esse termo para os registros das medicações, nutrições, exames laboratoriais e de imagem, fisioterapia, terapias inalatórias, oxigenoterapia etc.; em que o paciente necessitou durante o período de internação hospitalar. As prescrições contemplam toda a equipe multiprofissional, nelas englobam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos etc. Cada qual é responsável pela sua competência.
- Evoluções: são registros da assistência prestada ao paciente, neles constam o relato do tratamento, contempla toda a equipe multiprofissional que participou do atendimento.
- Laudos de exames: podem ser laboratoriais, de imagem realizados durante o período de internação e que auxiliaram para definir o diagnóstico e tratamento.
- Guias: Internação Hospitalar, honorários médicos, exames laboratoriais, de imagem, de diagnóstico em geral, medicamentos e materiais de alto custo (que necessitem de guias, conforme a exigência de cada plano de saúde).
- Contratos e protocolos da instituição.

A ordem da sua composição depende da funcionalidade para cada instituição, não há uma ordem, formatação específica do prontuário, porém deve ser apresentado de forma legível. Os procedimentos e tratamentos em que o paciente foi submetido devem estar imparcialmente registrados, de forma clara e que não causem interpretações irreais do tratamento. O prontuário deve estar preenchido somente pelos profissionais que participaram efetivamente do serviço prestado durante o período de internação.

O prontuário por direitos legais pertence ao paciente, porém permanece no hospital onde a internação foi efetuada, não pode ser retirado de suas dependências pelo auditor tanto interno como externo, porém estará à disposição do mesmo em suas auditorias.

O prontuário do paciente, a cada dia, vem se firmando legalmente como ferramenta importante na avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes no hospital, fornecendo informações para processos judiciais e convênios de saúde. Os registros do prontuário do cliente são também utilizados para fins de faturamento/cobrança para auditoria interna ou externa, para obtenção de dados estatísticos sobre as atividades realizadas e para análise institucional. (MARTINI et al., 2009, p. 118-119).

Em hipótese alguma o auditor pode adulterar qualquer informação registrada, rasurar ou danificar o prontuário. Tendo como objetivo a avaliação dos registros referentes às ações tomadas para o tratamento e comparando com a fatura de insumos cobrados, efetivando a compatibilidade de informações.

Não se encontra obrigatoriedade em um hospital ter em sua composição uma equipe de auditoria, o fato é que muitos hospitais não possuem auditores

internos, basicamente as contas hospitalares são somente faturadas por faturistas. Desta forma, não há uma avaliação detalhada da qualidade dos serviços prestados e, sim, somente a cobrança dos insumos (medicações, materiais, exames, honorários, fisioterapias, gasometrias, taxas, entre outros).

Em outros casos, o auditor fica condicionado à equipe do faturamento, e devido à grande demanda de internações, delimita-se avaliar somente insumos de valores consideráveis, e critérios que alcancem as expectativas da instituição hospitalar.

Atualmente já se encontram hospitais com uma equipe especificamente formada por auditores, composta, em sua maioria, por enfermeiros. Deve-se a essa categoria por serem profissionais que estão diretamente envolvidos com os pacientes, e durante o período de internação assistem e participam integralmente em seu tratamento, sendo assim, o volume maior de registro no prontuário.

Porém, outras classes de profissionais podem compor a equipe, como médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, bioquímicos, odontólogos, administradores. A composição da equipe vai depender da necessidade e especificidade do serviço que a instituição oferece.

A auditoria não tem um manual preestabelecido, os processos a serem seguidos serão fundados conforme a necessidade e particularidade de cada organização. Depende de cada auditor estabelecer suas rotinas e padrões de trabalho. Porém, conta com facilitadores para realizar sua auditoria, como:

- Manual de normas e rotinas da CCIH: trata-se de um Manual técnico/científico, desenvolvido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- Contratos: documentos oficializados de acordos firmados entre prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde, serviços terceirizados.
- Tabelas: são documentos onde constam as formas de cobranças (valores, códigos) dos insumos necessários para o tratamento; negociados e registrados nos contratos.
- Manuais de farmácia, protocolos de materiais usados em procedimentos cirúrgicos.
- Código de ética profissional.
- Medicina baseada em evidências.
- Bibliografias/Literaturas científicas.

Além da avaliação e controle de qualidade dos serviços, os auditores internos participam das negociações entre prestadores e operadoras. Neste caso,

os planos de saúde são as operadoras que contratam a prestação de serviço para seus assegurados, logo, hospitais, clínicas, são os prestadores.

Neste momento de contratação, quando são definidos os serviços a serem oferecidos, o auditor atua como negociador em conjunto com os gestores de outras áreas da sua instituição, bem como setores de contratos, contabilidade, custos e faturamento. Nesta fase, as partes entrarão em acordo referente às regras que deverão ser seguidas para oferecer o serviço e cobrá-lo.

Pode-se citar como exemplo um hospital que assume um contrato com um certo plano de saúde, e a partir desse momento são negociados quais serviços serão oferecidos aos assegurados. Basicamente segue-se este fluxo: o indivíduo procura um plano de saúde e contrata os serviços oferecidos pelo mesmo; o plano, por sua vez, contrata o hospital para prestar o atendimento ao seu paciente.

A necessidade da presença do auditor é de muita relevância, pois é ele que vai analisar os insumos utilizados durante a prestação do serviço, inclusos na conta hospitalar, e encaminhar ao setor de faturamento para encaminhar a cobrança à operadora.

Ao negociar e transcrever um contrato, deve-se levar em conta que todos os itens negociados devem estar devidamente esclarecidos, para não causar interpretações equivocadas. Ambas as partes devem estar satisfeitas e contemplar todas as suas necessidades.

Os itens indispensáveis que devem constar em um contrato são: o tipo de serviço que será prestado, formas de cobranças dos itens que compõem a conta, período para renovação do contrato, direitos e deveres da operadora e do prestador, composição da conta hospitalar. Mais especificamente:

- Objeto;
- Natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados.
- Valores dos serviços contratados.
- Identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora.
- Prazos e procedimentos para faturamento dos pagamentos e pagamento dos serviços prestados; critérios, forma e periodicidade dos reajustes dos preços a serem pagos pelas operadoras, que deverão ser obrigatoriamente anuais.
- Penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.
- Vigência do contrato.
- E critérios para prorrogação, renovação e rescisão.

Fica como dica que quanto mais detalhado estiver, menos problemas devido à dubiedade de itens ocorrerão, sendo que, uma vez assinadas, as regras seguidas serão no que estiverem descritas, contratos incompletos geram conflitos entre a operadora e o prestador. E cabe ao auditor, além de avaliar a conta hospitalar, assegurar que a instituição está cumprindo o acordado em contrato.

O órgão regulamentador e responsável pela fiscalização é a ANS, que tem disposto na mais recente Lei nº 13.003/14, em vigor a partir de 22 de dezembro de 2014, a qual reforça a obrigatoriedade de contratos por escrito e detalhados entre as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço. A nova lei garante maior transparência e equilíbrio na relação entre empresas que comercializam planos de saúde e os prestadores de serviços em todo o país.

Após a estruturação e oficialização do contrato, será elaborada uma tabela onde constarão os itens que compõem a conta hospitalar com valores. Os itens vão depender da negociação, mas incluem: taxas de procedimentos, taxas de gases medicinais, taxas de equipamentos, taxas de salas utilizadas para procedimentos, diárias, entre outros. Denomina-se essa forma de cobrança de conta aberta, onde todos os serviços prestados, medicamentos e materiais, honorários médicos, serão cobrados de forma discriminada e separadamente. “Tabelas são instrumentos usados para consulta do auditor referente à cobrança de procedimentos médico-hospitalares [...]”, de acordo com Motta (2009, p. 76).

Veja a seguir um exemplo de tabela. As taxas e valores são fictícios e não devem ser levados em consideração:

TABELA 1 – TABELA DE TAXAS E VALORES NEGOCIADOS ENTRE OPERADORA E PRESTADOR

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	NÍVEL 2
Diária de Enfermaria (3 leitos)	R\$ 79,07
Diária de Enfermaria com alojamento conjunto	R\$ 118,62
Diária de Apartamento Luxo	R\$ 213,87
Diária de Apartamento Standart	R\$ 189,02
Diária de Apartamento com alojamento conjunto	R\$ 228,56
Diária de Berçário	R\$ 79,07
Diária de Isolamento	R\$ 121,05
Diária Trat. Radiomoldagem (usuário plano básico)	R\$ 121,06
Diária Trat. Radiomoldagem (usuário plano especial)	R\$ 189,02
Diária de UTI adulto	R\$ 432,06
Diária de UTI Neonatal	R\$ 432,06
Taxa de refeição de acompanhante - contrato SP	R\$ 11,29
Almoço para acomp. Enf/apart, de men. 18 e mai. 60, quando previsto no contrato Unimed Bnu	R\$ 6,77
Jantar para acomp. Enf/apart, de men. 18 e mai. 60, quando previsto no contrato Unimed Bnu	R\$ 4,51
Taxa de Sala Cirúrgica T1 (30 min.)	R\$ 65,06
Taxa de Sala Cirúrgica T2 (45 min.)	R\$ 97,59
Taxa de Sala Cirúrgica T3 (1 hora)	R\$ 130,13

Taxa de Sala Cirúrgica T4 (1 h. 30min.)	R\$ 195,19
Taxa de Sala Cirúrgica T5 (2 horas)	R\$ 260,27
Taxa de Sala Cirúrgica T6 (2 h. 30min.)	R\$ 325,33
Taxa de Sala Cirúrgica T7 (3 horas)	R\$ 390,39
Taxa de Sala Cirúrgica T8 (3 h. 30min.)	R\$ 455,46
Taxa de Sala Cirúrgica T9 (4 horas)	R\$ 520,52
Taxa de Sala Cirúrgica T10 (4 h. 30min.)	R\$ 585,59
Taxa de Sala Cirúrgica T11 (5 h. 30min.)	R\$ 715,71
Tx Sala Recup. Pós-Anest., em cir. ambulat. Real. no CC, com participação de anestesia	R\$ 21,99
Taxa de Sala Observação em Pronto-Socorro até 6 horas	R\$ 21,99
Taxa de Sala Cirurgia/Trat. Ambulatorial (procedimentos relacionados no ANEXO VI)	R\$ 32,54
Consulta simples ambulatorial - pagamento ao hospital	R\$ 4,13
CO2 (Dióxido de Carbono) por sessão	
Protóxido de Azoto (por hora)	R\$ 25,21
Ar comprimido (por hora)	R\$ 9,45
Oxigênio 1 l/m - Central (por hora)	R\$ 2,40
Oxigênio 5 l/m - Central (por hora)	R\$ 1,01
Oxigênio 8 l/m - Central (por hora)	R\$ 5,04
Oxigênio 10 l/m - Central (por hora)	R\$ 8,07
Oxigênio 1 l/m - Cilindro (por hora)	R\$ 9,45
Oxigênio 2 l/m - Cilindro (por hora)	R\$ 1,27
Oxigênio 3 l/m - Cilindro (por hora)	R\$ 2,52
Oxigênio 4 l/m - Cilindro (por hora)	R\$ 3,78
Oxigênio 5 l/m - Cilindro (por hora)	R\$ 5,04
Oxigênio 8 l/m - Cilindro (por hora)	R\$ 6,31
Oxigênio 10 l/m - Cilindro (por hora)	R\$ 10,08
Desfibrilador (fora da UTI e sala de emergência)	R\$ 12,60
Monitor cardíaco (fora da UTI e sala cirúrgica) VD	R\$ 22,57
Oxímetro de pulso 30 chs (fora da UTI e sala cirúrgica) VD	R\$ 22,57

Fonte: A autora (2015)

Outra forma de cobrança que pode ser acordada é a Conta Pacote, neste caso é indispensável a atuação das equipes integradas. O pacote é elaborado a partir de uma avaliação e análise do setor de custos dos insumos utilizados em certo procedimento. Por exemplo, o auditor colabora com seu conhecimento científico efetivando os insumos necessários para o procedimento, já o setor de

contratos negocia diretamente com o interessado em contratar os serviços. Ao contrário da cobrança de conta aberta, os insumos não serão discriminados, o procedimento em questão terá um valor fixo. O importante a ressaltar é que, além da avaliação dos itens, também será avaliado o que irá compor o pacote, pois alguns serviços podem ser cobrados à parte do valor negociado.

Honorários dos profissionais médicos que realizaram o procedimento, geralmente, seguem essa regra. Logo, o prestador cobra os materiais, medicamentos, taxas em geral englobadas em um valor de forma de pacote, e fora do pacote os honorários, sem precisar gerar duas faturas. Não se tem uma regra específica da forma como o pacote será composto, dependerá da necessidade e visão dos negociadores.

Com a necessidade de uma padronização dos diversos setores e de uma unificação dos serviços de saúde, a auditoria inclui-se nos programas de qualidade como um indicativo. Além de ser um indicador de qualidade, a auditoria está de fato numa posição de apoiadora dos demais setores de gestão e financeiro das instituições onde está atuante. Desta forma, proporciona que o profissional de saúde esteja comprometido e ativo nas decisões da busca do serviço de excelência.

Para complementar a rotina e as funções da enfermeira auditora interna, Motta (2009) estabelecem e relatam especificamente o trabalho nos seguintes tópicos:

- Ter em mãos todos os protocolos de serviços médicos e de enfermagem utilizados pela instituição, como: CCIH, protocolos cirúrgicos, protocolos de procedimentos de enfermagem e outros.
- Receber o prontuário médico do paciente após a alta hospitalar ou óbito, que é um tipo de alta.
- Analisar a composição do prontuário, autorização de internação, guias autorizadas de procedimentos médicos, prorrogações, diárias, acomodações, procedimentos de enfermagem realizados, anotações de enfermagem, histórico, diagnóstico, prescrições e evoluções de enfermagem realizados pela enfermagem, evoluções médicas, preenchimento de folhas de débito, prescrições médicas em ficha anestésica e demais, descrição cirúrgica, uso de materiais especiais.
- Analisar o prontuário de forma geral. Embora a enfermeira auditora seja responsável pelo que compete à enfermagem, é importante que conheça, entenda e interprete todo o conteúdo do prontuário, para que possa interagir com toda a equipe no trabalho de orientação.
- Considerando que o prontuário médico é um documento, ele deve estar devidamente preenchido. Falhas no preenchimento, nas anotações, evoluções, checagens devem ser detectadas para posterior orientação.

- As falhas detectadas no prontuário jamais devem ser preenchidas após a sua entrega ao serviço de cobrança. Isto se chama “maquiagem de prontuário”, e se trata de um ato ilegal. Esta é uma atividade fundamental ao trabalho da enfermeira auditora no hospital, detectar o erro e orientar, e não detectar e encobrir o erro.
- Verificar se as folhas de débitos para cobrança dos materiais estão de acordo com os procedimentos realizados.
- Encaminhar o prontuário médico para o serviço de digitação para que a conta hospitalar seja digitada.
- Verificar se a digitação dos materiais e dos medicamentos está correta e de acordo com os procedimentos médicos realizados.
- Receber a enfermeira auditora da operadora de planos de saúde.
- Fazer parceria com a enfermeira auditora com o intuito de melhorar o serviço e corrigir erros por meio de negociações.



Para maiores esclarecimentos sugerimos que você faça uma leitura da **Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014**, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que traz as exigências para a regulamentação da prestação de serviços de saúde, tornando obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviço, e a **Resolução Normativa – RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014**, que define os índices de reajuste a serem aplicados pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviço de atenção à saúde em situações específicas.



RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico discutimos:

- Direitos e deveres do auditor perante o seu exercício da profissão.
- Mudanças no cenário das organizações prestadoras de serviço em saúde e a busca pela qualidade de seus serviços.
- Importância da auditoria interna como instrumento para atingir as expectativas e a excelência almejada.



- 1 Ao final deste estudo, as suas percepções sobre os direitos e deveres do profissional auditor ficaram mais claras. Identifique, nas afirmações a seguir, quais são verdadeiras e quais são falsas:
- () O auditor não precisa de uma formação científica, pois ao desempenhar suas auditorias não é importante conhecer a área em que estará atuando.
 - () Em casos de auditoria externa não é necessário avisar a instituição que será auditada previamente, pois o auditor tem autoridade para interferir em condutas e processos desta instituição.
 - () A ética é um dos principais princípios norteadores para o auditor, além disso, ele deve ser claro, objetivo, transparente e imparcial em suas auditorias.
 - () Sigilo profissional é fundamental para qualquer profissão, principalmente na área da saúde, porém não se aplica para o auditor, pois o objetivo é trocar experiências, nesse caso, legalmente o profissional nada sofrerá.

ENTENDIMENTO DO CONCEITO E PRÁTICA DE AUDITORIA HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

Nos tópicos anteriores entendemos a história da auditoria até chegarmos na esfera dos dias atuais, direitos e deveres que compõem a profissão e o papel da auditoria interna.

Neste tópico iremos nos dirigir diretamente à operacionalização do processo desempenhado pela auditoria interna em um cenário hospitalar, ou seja, enfatizaremos na auditoria como um facilitador e parceira dos hospitais na busca da oferta por serviços de qualidade.

Entenderemos que a auditoria hospitalar atua de maneira educadora e auxilia os profissionais que estão participando do atendimento na comprovação da qualidade prestada, diretamente afetando o paradigma do hospital em atingir a meta de se manter competitivo no mercado, ser autossustentável, não deixando a desejar em seus serviços prestados.

2 TIPOS DE AUDITORIA

Conforme citado nos tópicos anteriores, o auditor pode auxiliar e participar no processo de várias áreas que fazem parte do hospital, uma vez que esses processos interferem diretamente na conduta e trabalho do auditor.

Nos dias atuais, não se limita a titular o auditor como somente um analisador de contas hospitalares, ou fiscalizador das atividades, mas assume um papel fundamental na educação continuada dos profissionais que manuseiam os prontuários.

Para Possari (2009), a auditoria não trata de técnica ou modalidade de trabalho voltada para o policiamento dos profissionais de saúde, indicando falhas e problemas, mas um movimento de estímulo à melhoria da qualidade de padrão de atendimento, apontando sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional.

Na contextualização contemporânea da saúde, cada vez mais se busca atender às necessidades dos pacientes, de maneira mais satisfatória e digna possível. Todos sabem que ao procurar um serviço de saúde, o doente cria a expectativa de ser atendido com resolutividade das suas queixas.

Enquanto padrões oferecem os critérios para a mensuração da qualidade do cuidado, as auditorias constituem os instrumentos das medidas. As auditorias utilizadas com maior frequência no controle de qualidade incluem verificações de estrutura, processo e resultados.

Podemos definir a auditoria nas seguintes modalidades: Auditoria Prospectiva ou Pré-auditoria, Auditoria Retrospectiva e Auditoria Operacional ou Recorrente.

2.1 AUDITORIA PROSPECTIVA OU PRÉ-AUDITORIA

Como o nome já titula, é uma auditoria realizada antes do procedimento médico ser realizado, caracteriza-se para procedimentos eletivos, ou seja, procedimentos marcados com antecedência que não tenham urgência em serem realizados. Esta modalidade de auditoria pode ser efetuada pelo auditor do plano de saúde em que o paciente esteja assegurado, e do auditor do hospital.

Na maioria das vezes, esta modalidade é realizada pelo auditor do plano de saúde, pois antes de realizar o procedimento, o usuário encaminha a solicitação médica para o seu convênio, para fins de autorização. Neste momento é repassado para o auditor, normalmente, profissional da classe médica, para avaliar a solicitação.

A avaliação dos procedimentos médico-assistenciais, antes de sua realização, por meio da emissão de um parecer pelo médico auditor da Operadora de Plano de Saúde sobre um determinado tratamento ou procedimento, cabendo-lhe a recomendação ou não do procedimento. Com a pré-auditoria é possível autorizar previamente as internações de forma eletiva, garantindo ao paciente que seja internado em local adequado para a realização do procedimento, possibilitando a previsão do tempo de internação e margem de gastos com determinado usuário. (MOTTA, 2009, p. 68).

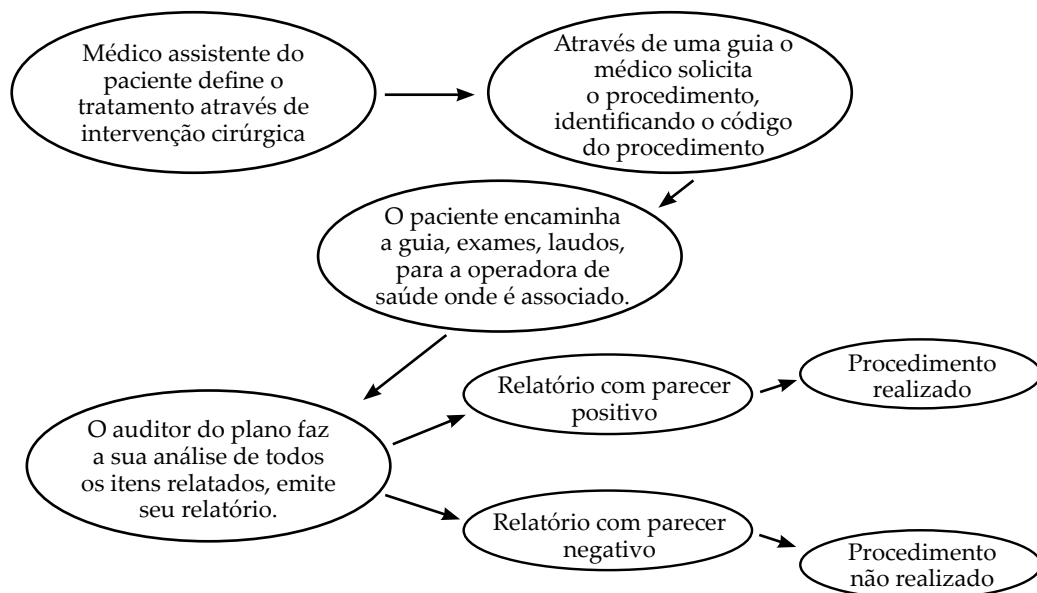
No caso de auditoria prospectiva realizada pelo auditor do prestador, ou seja, do hospital, pode ser solicitada em decorrência a procedimentos que utilizarão materiais com valor significativo, ou que não estejam acordados entre prestador e operadora. Novas técnicas cirúrgicas, novas tecnologias também são motivos para o auditor analisar o pré-evento. Geralmente, nestas situações, o auditor procura na medicina, baseado em evidências e estudos comprobatórios com a solicitação da nova tecnologia para aquele determinado procedimento. Em muitos casos, os auditores entram em contato e negociarão a situação daquele atendimento.

Os principais itens analisados são:

- Avaliação da situação do médico executante do procedimento perante a operadora, se está cooperado/credenciado, evitando não pagamentos de honorários médicos.
- Avaliação da situação do usuário, é neste momento que se analisa se o paciente está em dia com seu plano, coberturas contratuais tanto de procedimentos, internações como de materiais especiais.
- Análise de guias, codificações do procedimento, valores negociados de materiais especiais entre operadora e prestador.
- Ponderação da compatibilidade do procedimento solicitado com a patologia do paciente.
- Em caso de uso de materiais especiais, é analisada a situação do mesmo no mercado.

Após a análise da auditoria, tanto operadora como do prestador, é autorizado o procedimento e dada continuidade ao processo até a realização do mesmo. É fundamental em procedimentos eletivos realizar a auditoria pré-evento, pois é a partir desta análise que qualquer eventual infortúnio que possa acarretar na cobrança da conta hospitalar seja evitado.

QUADRO 1 - FLUXO NA PRÁTICA



FONTE: A autora (2015)

É importante ressaltar que, realizando a auditoria prospectiva em procedimentos cirúrgicos eletivos, evitam-se mal-entendidos entre hospitais, operadoras e pacientes, pois, uma vez autorizado, o hospital fica assegurado de que receberá pelo serviço prestado. Em casos de procedimentos não autorizados previamente e realizados pode haver a possibilidade de não ser liberado pelo plano de saúde. Assim, o hospital pode ter um prejuízo e desgastar sua relação com a operadora e paciente.

2.2 AUDITORIA CONCORRENTE

Nesta modalidade, o auditor realiza a auditoria durante o período de internação, pode ser executada pelo auditor do prestador ou operadora.

Nesse sentido, segundo Motta (2009, p. 69, 70):

[...] A auditoria concorrente é o acompanhamento contínuo da hospitalização. Neste caso, o médico auditor observa diretamente o cliente acompanhando os procedimentos médico-hospitalares, terapêuticos e diagnósticos. Assim pode intervir efetivamente nos custos das internações, corrigindo e ajustando esses custos. A auditoria concorrente permite que seja determinado o período máximo de internação para algumas patologias, com a elaboração de um plano de alta tão logo o cliente seja internado.

Exclarecendo conforme citado pelo autor, é na auditoria concorrente que se terá um controle mais eficaz dos custos que estão sendo utilizados. É importante deixar claro que condutas médicas sobre tomadas de decisões envolvendo o tratamento do paciente devem ser questionadas somente pelos profissionais da mesma classe, pois, conforme citado nos deveres e direitos dos profissionais, cada qual deve atuar e agir na sua área de responsabilidade.

Dito isso, a auditoria concorrente, além de auxiliar no controle de custos, permite que o auditor tenha contato com o paciente em tempo real, evidenciando se suas necessidades são supridas e a qualidade ofertada. Podemos nomear esse processo como visita *in loco* (no local), o auditor vai se deslocar até a instituição hospitalar onde o paciente se encontra internado.

Devido aos vários fatores já citados, os hospitais procuram o atendimento de qualidade, e o interesse em estar ciente da satisfação do paciente não é somente do plano de saúde em que o paciente está assegurado, e sim do hospital. Através da auditoria concorrente, o auditor interno pode evidenciar não conformidades que vêm ocorrendo e saná-las antes mesmo do paciente ter alta. Além do mais, realizando a auditoria *in loco* estará facilitando a auditoria pós-alta do paciente, pois itens que poderiam causar certa morosidade no processo de faturamento da conta já são ajustados. Geralmente, o profissional que desempenha essa função é o enfermeiro.

O processo do auditor *in loco* interno basicamente se estende em ir até o local onde o paciente está internado, analisar os registros realizados pela

A tabela 2 (p. 33) pode ser utilizada como instrumento de controle do auditor referente às medicações utilizadas durante o período em que o paciente permaneceu internado. A linha onde está identificado do número 1 a 31 refere-se aos dias do mês, e em cada coluna do dia, respectivamente, é preenchida com a quantidade utilizada da medicação diária.

Buscar estratégias para controles de custos hoje em dia é imprescindível, e aliar o controle dos custos com a avaliação dos serviços prestados completa as necessidades de qualquer instituição, pois gestores buscam subsídios para alcançar seus paradigmas e missão de sua instituição.

2.3 AUDITORIA RETROSPECTIVA

Antes de ser faturada a conta e encaminhada a fatura de cobrança ao plano de saúde do indivíduo, o prontuário médico é entregue no setor de auditoria. Neste momento será realizada a auditoria retrospectiva, ou seja, auditoria da conta hospitalar após a alta do paciente. É após este processo que a conta será finalizada.

Como as outras modalidades de auditoria, a retrospectiva será exercida pela auditoria externa (operadora) como pela interna (prestador). Trata-se da modalidade em que ambos os auditores irão negociar os itens cobrados que compõem a conta hospitalar. Porém, terão algumas diferenças nos processos das auditorias.

As classes profissionais que atuam são variadas, em sua composição podem conter médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, bioquímicos, farmacêuticos, porém, como na assistência o enfermeiro é o único profissional que permanece 24 horas no atendimento, logo são os maiores responsáveis pelos registros e manuseio do prontuário, constituem a maioria dos profissionais nas equipes de auditoria.

Draganov et al. (2009 apud MARTINI et al., 2009) citam os enfermeiros auditores nas instituições de saúde como:

Enfermeiros auditores do serviço de faturamento: é o serviço de auditoria realizado por um enfermeiro, que será responsável pela análise das contas hospitalares após a alta do paciente, verificando a compatibilidade entre prontuário e a cobrança efetuada pelo auxiliar de faturamento na conta hospitalar.

Para Riolino (apud MARTINI et al., 2009, p. 105), a atividade do enfermeiro auditor é “[...] dedicada à eficácia de serviços, utilizando como instrumentos o controle e a análise de registros com o objetivo de diminuir custos, conciliando a qualidade do cuidado prestado com a sustentabilidade financeira da instituição”.

O auditor do hospital, ao receber o prontuário, irá analisar os itens que compõem a conta hospitalar. Os materiais e medicamentos que foram lançados na conta do paciente durante a sua internação serão analisados através de um relatório impresso ou via sistema. Será feita uma comparação da quantidade de tudo o que estiver lançado em conta com o que está evidenciado no prontuário médico através dos registros (prescrições e checagem de medicações, evoluções da equipe multiprofissional que atendeu ao paciente).

Os materiais e medicamentos utilizados nos procedimentos médicos estarão discriminados na conta hospitalar com suas respectivas quantidades e preços. Eles devem ser compatíveis com a prescrição médica e checagem de enfermagem no prontuário do paciente. E os preços devem ser cobrados de acordo com a tabela estabelecida contratualmente. (MOTTA, 2009, p. 53).

Conforme o código de ética do enfermeiro auditor, ao se deparar com alguma não conformidade ou dúvida em alguma conduta, ele tem o direito de questionar as partes envolvidas. Após a análise, o auditor emite um relatório de auditoria retrospectiva e o encaminha ao setor onde o paciente estava internado para solucionar as dúvidas e não conformidades encontradas. Esse processo tem a intenção de entregar o prontuário para o auditor da operadora com nenhuma não conformidade ou item/registro dúvida.

Além de conferir a quantidade, são conferidos os valores, códigos, apresentação desses itens conforme contrato e tabela vigente entre operadora e prestador. A análise da compatibilidade do procedimento realizado com o autorizado também é verificada neste momento, e conforme a negociação entre as partes, ao evidenciar alguma pendência de autorizações, o auditor sinaliza para o setor de autorizações do hospital para solicitar para a operadora.

Honorários médicos, guias de exames, cobrança de serviços terceirizados pelo hospital, também podem compor a conta hospitalar. Lembrando que a forma de cobrança vai depender do acordado e registrado no contrato entre a operadora e prestador, e cabe a cada instituição estar ciente destes acordos.

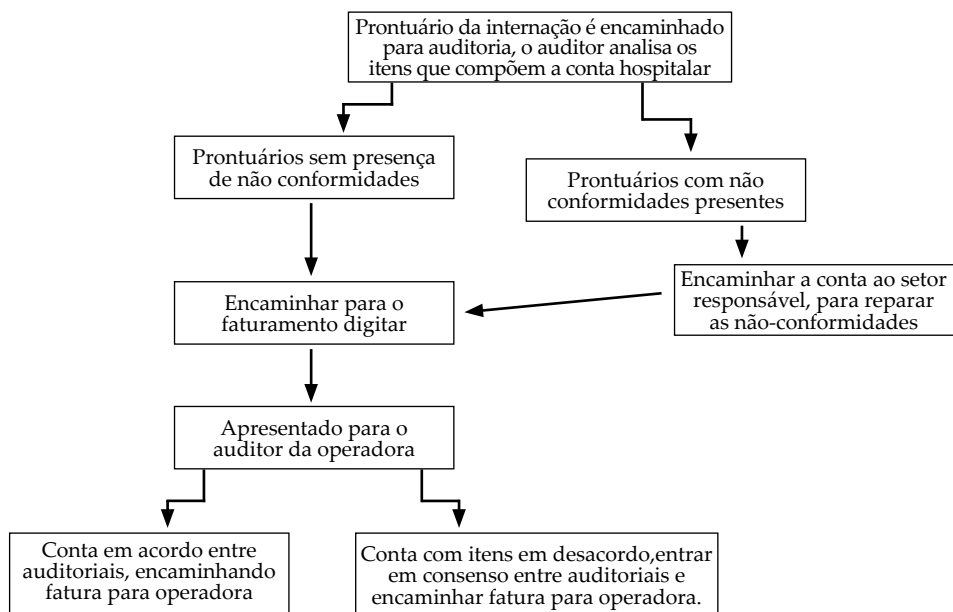
Após todo esse processo ser concluído, o prontuário e o relatório de itens lançados em conta são encaminhados para o setor de Faturamento, para o faturista digitar e finalizar a cobrança da conta.

Algumas operadoras de saúde auditam estas contas hospitalares antes de serem mandadas no definitivo para o convênio. Desta forma, a conta é analisada pelo auditor, digitada pelo faturamento e, antes de finalizar totalmente a fatura, o auditor da operadora faz a sua auditoria. Neste momento, ambas as auditorias negociam possíveis incompatibilidades de análise. Este processo vai depender da política de cada plano de saúde. Vale salientar que é de direito do auditor externo, assim como o do interno, solicitar esclarecimentos de informações que não justifiquem a cobrança de itens que julgarem inadequados para aquele tratamento, e podem se negar a pagar se as dúvidas não forem sanadas.

Após todos os esclarecimentos das auditorias, a auditoria do hospital libera o faturamento e encaminha a fatura para a operadora efetuar o pagamento pelos serviços prestado ao seu usuário.

De forma simples, veja o fluxo da auditoria retrospectiva.

QUADRO - FLUXO DA AUDITORIA RETROSPECTIVA



FONTE: A autora (2015)

3 AUDITORIA OPERATIVA HOSPITALAR

A auditoria na esfera hospitalar trabalha em conjunto com os demais setores que atuam na instituição, sendo eles administrativos ou assistenciais. Porém, esta realidade não se aplica a todas as instituições hospitalares, e nem todas possuem em seu quadro de gestão um setor responsável em análises de contas. Se analisarmos de forma rápida e sucinta, sem pensar em resultados, ou na essência e funcionalidade da auditoria, contratar profissionais para atuar nessa área se torna financeiramente inviável, ainda se trata de uma visão de alguns gestores de saúde.

Com a falta de profissionais qualificados na área da saúde, a preferência para bons profissionais se direciona para o assistencialismo, porém é necessário desmistificar e esclarecer essa ilusão, pois conforme discutido até aqui, é clara a importância em investir em indicadores facilitadores para uma gestão de excelência. Considerando a auditoria como um desses indicadores, é um tanto infundado manter esse pensamento.

Para se ter uma auditoria de qualidade e funcional são imprescindíveis alguns fatores:

- Profissionais qualificados.
- Estabelecer padrões.
- Ter processos de operacionalização descritos e acessíveis aos integrantes da equipe.
- Apoio nas decisões de seus gestores.
- Apoio da equipe multiprofissional.
- Ter clareza nos papéis que o auditor desempenha na instituição.

Segundo Motta (2009 p. 67), a atividade não se restringe ao conhecimento legal e sim:

É necessário conhecimento operacional nas atividades a fim de se estruturarem serviços com bases concretas. Com essa prática o médico auditor permite fazer parte do processo de trabalho nas instituições, tornando-se então elemento indispensável na direção das atividades dessas empresas.

Não existe uma “receita de bolo” padrão para o processo da auditoria, suas rotinas de execução vão depender de variáveis, como instrumentos e profissionais disponíveis para realizar a auditoria, apoio de gestores em tomadas de decisões que a equipe terá que ter, demanda da instituição e, principalmente, a meta que guia os serviços que são ofertados para a sociedade. E cabe aos profissionais envolvidos criarem uma rotina e um processo operacional que será seguido pela auditoria até a cobrança da conta hospitalar.

A enfermeira auditora hospitalar precisa conhecer e dominar todos os processos que envolvam o atendimento ao paciente desde sua internação à alta, todos os procedimentos realizados na instituição, sua filosofia, as características das equipes médicas, de enfermagem e demais serviços. (MOTTA, 2009, p. 81).

Como facilitador para a atividade da auditoria é necessário criar Procedimentos Operacionais, da mesma forma da enfermagem assistencial onde são criados os POPs, Procedimentos Operacionais Padrão, que são ferramentas para o auxílio ao realizar os procedimentos de enfermagem. Nos POPs é descrito o procedimento em todas as suas fases, um exemplo de POP é a sondagem vesical de demora. Neste POP será descrita toda a técnica necessária para sondar o paciente.

Da mesma forma que os POPs são utilizados para se criar uma padronização e agilizar o procedimento na assistência, os processos operacionais podem facilitar muito a atividade e trabalho do auditor.

Segue um exemplo de processos operacionais que pode ser seguido:

QUADRO 1 – EXEMPLO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL	CÓDIGO:
NOME DA ATIVIDADE:	Desenvolvido em:
USUÁRIO:	Data da Revisão:
Material Necessário	
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
1. 2. 3. 4. ...	
RESULTADOS ESPERADOS:	
AÇÕES CORRETIVAS:	
Elaborado por: _____	Aprovado por: _____

FONTE: A autora (2015)

Vamos analisar os itens que compõem o quadro:

- Código: Preencher com o código do procedimento, por exemplo: POAR (Procedimento Operacional de Auditoria Retrospectiva).
- Nome da Atividade: Qual será a atividade exercida? Exemplo: Auditoria Retrospectiva de Prontuários Hospitalares.
- Usuário: Quem desempenhará a atividade? Exemplo: Enfermeiro Auditor.
- Desenvolvido em: Data em que foi elaborado.
- Revisão em: Data em que foi revisado, nesta situação vale ficar atento a mudanças de padrão e sempre deixar o processo atualizado e revisado, pois alguns parâmetros podem sofrer mudanças.

- Material necessário: Quais são os instrumentos, documentos necessários para desempenhar a atividade, exemplo: computadores, canetas, calculadoras, contratos?
- Descrição da atividade: Descrever todos os passos da atividade, exemplo: chegada do prontuário da auditoria até a conta ser apresentada ao convênio.
- Resultados esperados: Quais são os resultados que você espera de retorno em desempenhar esta atividade?
- Ações corretivas: Atitudes que podem ser tomadas para que o desenvolvimento da minha atividade não seja prejudicado.
- Elaborado por: Profissional responsável pela elaboração.
- Aprovado por: Superior do profissional que elaborou.

Este modelo pode ser seguido para todos os procedimentos da auditoria. Padronizando os processos, o auditor vai mostrar transparência e organização em seu trabalho, gerando credibilidade dos seus superiores e clientes. Além de ser um instrumento de auxílio para ensino de novas contratações.

3.1 AUDITORIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO-HOSPITALAR

A equipe deve estar focada no preenchimento adequado do prontuário, gerando informações precisas, pois diante de registros deficientes ou procedimentos não comprovados, repercutirá em glosas (BRITO e FERREIRA, 2009, p. 34).

Além da preocupação em atender bem ao paciente, é de extrema importância que o profissional, seja ele da classe que for, registre da forma mais completa possível detalhes sobre o atendimento. Exemplo: quando uma enfermeira realizar a troca de curativo em determinada lesão, é fundamental nas anotações/evoluções registrar as características que foram possíveis visualizar. Estes registros vão comprovar que a enfermeira(o) esteve atenta ao paciente. Outro exemplo é o registro médico das mudanças do quadro clínico do paciente, prescrições de medicamentos e terapias.

Após o atendimento prestado e os registros devidamente descritos no prontuário do paciente, cabe ao auditor analisar se os insumos debitados na conta hospitalar são condizentes e compatíveis com o tratamento necessário. Desta forma, denota-se a importância da descrição correta dos serviços prestados, pois qualquer informação parcial pode causar dúvidas referentes à veracidade da necessidade do tratamento sugerido e oferecido.

Registrar de forma parcial ou inverídica, além de acarretar prejuízos financeiros, pode desencadear prejuízos legais, pois o prontuário pertence ao paciente e pode ser solicitado para esclarecer condutas que julgou serem equivocadas, ou algum fator que o deixou inseguro e até mesmo danos decorrentes das práticas executadas durante o período do atendimento.

Os registros no prontuário têm sido a única prova de veracidade do tratamento e dos cuidados realizados, sendo necessário o seu preenchimento exato e completo. Por outro lado, as anotações ausentes ou incompletas comprometem a qualidade da assistência prestada (DYNEWICZ et al., 2007).

O prontuário será analisado como um todo, e todos os itens que estão lançados em conta deverão estar devidamente evidenciados nos registros, demonstrando a necessidade do uso. A auditoria interna fará a análise e emitirá o relatório em casos onde houver as não conformidades. Para facilitar o trabalho do auditor, o prontuário deve estar em ordem, conforme já relatado. A ordem será definida por cada instituição, mas como sugestão segue um exemplo que pode ser adotado:

- GIH (guia de internação)
- Guias de honorários médicos
- Guias de exames de imagem e diagnósticos
- Cobrança de serviços terceirizados
- Ficha de identificação
- Gastos do Centro Cirúrgico ou Centro Obstétrico
- Descrição cirúrgica
- Ficha anestésica
- Prescrições médicas
- Prescrições de enfermagem
- Prescrições nutricionistas
- Evoluções médicas
- Resumo de alta
- Evoluções de enfermagem
- Evoluções de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos
- Gráficos de sinais vitais e parâmetros de monitorizações (invasivas)
- Balanços hídricos
- Laudos de exames de imagem, laboratoriais
- Papéis referentes à internação (contratos, termos)

Para as prescrições é interessante organizá-las em ordem cronológica de datas, e intercalar, colocando uma prescrição médica, em seguida de enfermagem e demais profissionais, porque ao auditar segue-se uma ordem cronológica dos fatos, acompanhando o desenvolvimento do tratamento e as respostas do paciente.

É muito importante saber diferenciar os termos usados na auditoria e faturamento, sendo que o prontuário trata do conjunto de registros realizados pela equipe multiprofissional, já a conta hospitalar é o conjunto de itens, insumos, taxas, honorários que serão cobrados pelo tratamento seguido e atendido ao paciente.

A conta hospitalar tem vários componentes, e é de extrema importância que estes componentes estejam descritos e precificados nas tabelas que são

acordadas entre prestador e operadora. Da mesma forma como o contrato, quanto mais clara estiver não causará divergências de interpretações, causando conflito de opiniões entre auditores externos e internos.

Os componentes da conta hospitalar são:

- Cabeçalho: com identificação do paciente, local do atendimento, médico assistente, código/número do atendimento, procedimento realizado
- Diárias
- Taxas de salas
- Taxas de gasoterapia
- Portes anestésicos
- Materiais e medicamentos discriminados
- Nutrições
- Honorários médicos
- Exames de imagem e diagnósticos

Diárias é a permanência do paciente no período de 24 horas na instituição hospitalar. A definição do início e término da validade da diária vai depender de cada hospital. A cobrança vai depender do plano que o paciente contratou com a operadora, mas varia em: apartamento, enfermaria, berçário, UTI adulta e pediátrica, Unidade de terapia semi-intensiva, isolamento, alojamento conjunto, hospital/dia. As diárias entram no quesito hotelaria hospitalar.

- Apartamento: denomina-se esta acomodação quartos privativos, com banheiro, acomodação para acompanhante, frigobar, televisão, telefone. Podem ser classificados em: luxo, simples, *standart*, suíte.
- Berçário: são acomodações com berços para recém-nascidos, a mãe não acompanha o bebê.
- Enfermaria: são quartos coletivos com três leitos ou mais, banheiro comum, sem acomodação para acompanhante.
- Isolamento: são acomodações como apartamentos, para pacientes que necessitam ficar isolados de outros pacientes, neste caso é necessária prescrição médica ou avaliação da CCIH, independe da acomodação que o paciente ter acordado com seu plano.
- UTI: acomodação em Unidades de Terapias Intensivas, são para pacientes que necessitam de atendimentos mais complexos, são assistidos 24 horas pelas equipes multiprofissionais, são equipadas por equipamentos de alta monitorização.
- Semi-intensivas: Seguem a mesma linha de UTI, porém os pacientes, geralmente, estão submetidos a tratamentos para doenças crônicas.

- Diárias de alojamento conjunto: são para parturientes, nestes quartos está incluso o leito para a mãe e o berço para o recém-nascido. Podem ser cobrados tanto em enfermaria como apartamento.
- Hospital/dia: são para casos em que o paciente permanece de seis a 12 horas internado. Nesse caso é cobrada diária de hospital-dia (enfermaria ou apartamento), geralmente para procedimentos ambulatoriais, de pequeno porte, que não necessitam de internação superior a 12 horas.

É importante salientar que, por mais que o paciente tenha cobertura para internação, é indispensável a autorização das diárias, contendo o tipo de acomodação e quantidade. A composição da diária vai variar da negociação de cada hospital com prestador, nelas podem estar inclusas taxas de equipamentos, taxas de cuidados prestados pela enfermagem, hotelaria.

Além das diárias, outras taxas podem ser negociadas e cobradas em contas, como: taxa de sala de observação, sala de gesso, hemodinâmica, sala de emergência. A composição destas tantas como diárias deve passar por um estudo rigoroso pelo setor de Custos, através deste estudo é que se vai chegar em um valor, onde o hospital não tenha prejuízo. É importante também estipular períodos para revisão da composição e valor.

As taxas de gasoterapias são os gases utilizados para tratamento, como: oxigênio, ar comprimido, óxido nitroso/protóxido de azoto, gás carbônico, entre outros. A cobrança geralmente é efetuada pelo tempo de uso e, no caso de oxigênio, a vazão que foi ofertada para o paciente. Neste caso é imprescindível a prescrição médica de vazão e modalidade de oxigenoterapia (cateter nasal, máscaras, respiradores) e checagem do tempo de uso.

Os portes cirúrgicos englobam a sala, instrumentos, rouparias, preparo, antisepsia da sala e instrumentais. E estão ligados diretamente ao código do procedimento realizado, em que cada qual é abrangido pela necessidade do procedimento.

Os materiais e medicamentos não estão inclusos em nenhuma taxa, são cobrados pela quantidade prescrita. É indispensável haver prescrição médica, enfermagem, nutricionista, cada qual respectivo à sua responsabilidade. Devem estar checados e devidamente evidenciados nos registros dos profissionais.

Da mesma forma que o prontuário, a ordem em que estes itens estarão discriminados depende de cada instituição, porém, em casos de pacientes que passam por vários setores do hospital na mesma internação, é interessante que os itens sejam separados pelos setores. Desta forma, se houve materiais/medicações em que seus usos não estejam evidenciados, a auditoria pode direcionar o questionamento direto para o setor responsável e desenvolver uma educação continuada.

3.1.1 Auditoria de materiais/medicamentos/OPME: Revistas SIMPRO e Brasíndice

Como as diárias e taxas, os medicamentos e materiais também são negociados. Devido à grande variedade e oferta no mercado farmacêutico, torna-se inviável uma tabela própria para cada convênio. No entanto, há no mercado duas revistas que são responsáveis pela publicação dos medicamentos mais atuais e tradicionais usados no mercado. Revistas estas denominadas SIMPRO e BRASÍNDICE.

- **SIMPRO:** Suas publicações são trimestrais, em que há preços dos materiais e medicamentos cobrados em reais e em dólares, servem como referencial pelas auditorias e cotações de preços. As informações dos produtos variam de fornecedores, históricos de preços, formulações, entre outros. Além de estar disponível em formato de revista física, está disponível em versão digitalizada, através de um programa próprio interligado à web. Nesta revista constam as OPME – Órtese Prótese Materiais Especiais.
- **BRASÍNDICE:** Trata-se de uma revista de orientação farmacêutica com publicação quinzenal, em cada edição atualiza os preços de medicamentos. É o guia farmacêutico mais utilizado e negociado entre operadoras e prestadores. Não constam OPMEs. Também está disponível na versão digitalizada.

FIGURA 5 – CAPA REVISTA SIMPRO SETEMBRO/2015



FONTE: Disponível em: <<http://www.simpro.com.br>>. Acesso em: 6 out. 2015.

FIGURA 5 – CAPA REVISTA BRASÍDICE JULHO/2018



FONTE: Disponível em: <<http://www.brasindice.com.br/Arquivos/capa.png>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

Conforme citado, além dos materiais de consumo comum, há uma classificação diferenciada para alguns itens de uso em tratamentos específicos, denominados OPMEs, Órtese Prótese e Materiais Especiais. Essa classificação é dada para materiais geralmente utilizados em procedimentos cirúrgicos e com um valor mais elevado aos demais materiais de consumo. A maioria dos convênios necessita de autorização e orçamento referente a valores e fornecedores, pois, na maioria das vezes, um material é disponibilizado em várias marcas.

Órtese é qualquer material que auxilia no funcionamento de algum órgão ou tecido, por exemplo, parafusos, placas em casos de hérnias de disco. Já a prótese é o material que irá substituir parcial ou totalmente o órgão, exemplo seria uma prótese de quadril, em que é substituída parte ou parcialmente os ossos e articulações.

Muitos planos de saúde criam tabelas próprias para esses materiais, e conforme acordo e contrato das partes, ao encaminhar a fatura da conta hospitalar, encaminha-se também a Nota Fiscal da compra do material. Além de cobrar o valor do material, o hospital pode cobrar uma porcentagem referente à taxa de comercialização e administração para o uso do material.

Por expressar um valor significativo e pela grande demanda de opções, esse material necessita de autorização do convênio para ser usado. E o paciente, em sua contratação de plano de saúde, precisa ter inclusa a cobertura para OPME. Na maioria das vezes, o médico solicita para a operadora determinado material e

fornecedor e cabe à operadora analisar e cotar valores. Neste momento, o médico auditor do convênio pode expressar sua opinião referente à escolha do médico assistente.

Outra exigência dos convênios é que seja apresentada a Nota Fiscal de compra do material e embalagem com lacre constando o lote, validade, fabricante. A forma de cobrança geralmente é direta entre fornecedor e operadora. Para o hospital é importante a cobrança da taxa de armazenamento e acondicionamento deste material, pois se deve ao fato do ato cirúrgico ser na instituição, tornando-a corresponsável pelo material.

Materiais especiais são insumos utilizados para o auxílio de técnicas cirúrgicas e tratamentos, exemplo: grampeadores, transdutores, cateteres utilizados em procedimento de hemodinâmica. São comprados pelo hospital, seus preços são negociados com operadoras, o pagamento é direto entre operadora e prestador, e assim como as OPs, cabe a cobrança da taxa de armazenamento.

3.1.2 Auditoria de procedimentos médicos: tabelas AMB e CBHPM

Da mesma forma que as operadoras de saúde e hospitais procuram uma negociação de forma padronizada, as entidades da classe médica elaboraram a fim de classificar e precificar seus serviços. E encontraram essa uniformização através de tabelas. Primeiramente foi criada a AMB pela Associação Médica Brasileira.

A AMB é uma tabela de honorários médicos, que tem por finalidade estabelecer os valores dos procedimentos médicos de todas as especialidades por meio de um coeficiente de honorários, mais conhecido como CH. O coeficiente de honorário é uma unidade usada para o cálculo dos honorários médicos, ou seja, o CH tem seu valor representado em reais, o qual será multiplicado pela quantidade de CHs determinada para cada procedimento médico da tabela. (MOTTA, 2003, p. 22).

Segundo Motta (2003), os valores dos procedimentos médicos estabelecidos na tabela e os valores de auxiliares de cirurgia serão determinados de acordo com as situações apresentadas pelo paciente, como:

- Em casos de pacientes internados, os honorários serão cobrados por dia de internação.
- Em casos cirúrgicos, o valor da cirurgia será o da que corresponder, por aquela via, ao maior número de CHs, com acréscimo de 50% do valor dos outros atos, ou seja, quando for detectado que durante o ato cirúrgico, em cavidade abdominal ou torácica, será necessário atuar em outras regiões ou órgãos a partir da mesma via de acesso, entre outros casos específicos.

- Em casos de diversas intervenções por única via e programadas, serão acrescentados ao valor da maior os honorários das demais intervenções.
- Em caso de mais de uma intervenção, em vias de acessos diferentes, será acrescentado ao preço da intervenção principal 70% do valor referente às outras intervenções.
- Em casos de cirurgias bilaterais em um mesmo ato cirúrgico e que não estão previstas em tabela, o valor da segunda será 70% da primeira.
- Em casos de duas equipes médicas de diferentes especialidades, que realizarem atos cirúrgicos simultâneos, o pagamento a cada equipe será efetuado conforme previsto em tabela.
- Em casos de honorários médicos auxiliares de cirurgias serão valores fixos, nas proporções de 30% dos honorários do cirurgião para o 1º auxiliar, de 20% para o 2º auxiliar e 20% para o 3º auxiliar, se houver o 3º.
- Em casos de internação em acomodações que não sejam quartos coletivos ou com dois leitos, ou seja, internações em quarto individual, haverá um acréscimo de 50%, e apartamento haverá um acréscimo de 100%.
- Em casos de atendimentos de urgências ou emergências, haverá um acréscimo de 30% no período das 19 às 7 horas.
- Em casos de atendimentos de urgências ou emergências aos sábados após as 12 horas.
- Em casos de atendimentos de urgência e emergência nos domingos e feriados.
- Em casos de procedimentos realizados no pós-operatório cirúrgico, dentro do período de 10 dias pós-operatórios, estes procedimentos estarão inclusos no procedimento cirúrgico.
- Em casos de uma equipe, em um mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e o pagamento dos auxiliares de cirurgia será calculado sobre o valor total dos honorários do cirurgião.

Além dessas regras de cobranças, os procedimentos estão codificados de forma que padroniza e auxilia na análise da conta hospitalar pelo auditor. Além do mais, as solicitações e autorizações são embasadas nestes códigos, possibilitando a uniformização dos sistemas entre operadoras de saúde e hospitais.

A Tabela AMB é composta por cinco colunas distintas. A primeira coluna refere-se ao código do procedimento. Na segunda coluna consta o nome do procedimento realizado pelo médico. Na terceira coluna, o valor em número de CH que o cirurgião receberá pelo procedimento, a quarta coluna o número de auxiliares que poderão participar na cirurgia, e a quinta coluna, o porte anestésico.

TABELA 3 – TABELA AMB DE PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento	CH	Nº Auxiliares	Porte
31009107	HERNIORRAFIA INCISIONAL	R\$ 700,00	1	3
31009115	HERNIORRAFIA INGUINAL – UNILATERAL	R\$ 800,00	1	2
31009123	HERNIORRAFIA INGUINAL NO RN OU LACTENTE	R\$ 1.000,00	1	3
31009131	HERNIORRAFIA LOMBAR	R\$ 800,00	1	3
31009140	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	R\$ 1.000,00	1	3
31009158	HERNIORRAFIA SEM RESSECÇÃO INTESTINAL ENCARCERADA	R\$ 800,00	1	3
31009166	HERNIORRAFIA UMBILICAL	R\$ 650,00	1	2
31009174	LAPAROTOMIA EXPLORADORA, OU PARA BIÓPSIA, OU PARA DRENAGEM DE ABSCESSO, OU PARA LIBERAÇÃO DE BRIDAS	R\$ 800,00	1	5
31009190	LAPAROTOMIA P/LIBERAÇÃO BRIDAS EM VIG. OCLUSÃO	R\$ 1.000,00	1	3
31009204	NEUROBLASTOMA ABDOMINAL – EXÉRESE	R\$ 1.450,00	2	5
31009220	ONFALOCELE/GASTROSQUISE EM 1 TEMPO OU PRIMEIRO TEMPO OU PRÓTESE – TRATAMENTO CIRÚRGICO	R\$ 1.100,00	2	5
31009239	ONFALOCELE/GASTROSQUISE – SEGUNDO TEMPO – TRATAMENTO CIRÚRGICO	R\$ 950,00	1	3
31009247	PARACENTESE ABDOMINAL	R\$ 150,00	0	
31009255	RECONSTRUÇÃO DA PAREDE ABDOMINAL COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTÂNEO	R\$ 2.000,00	2	5
31009271	RESSECÇÃO DE CISTO OU FÍSTULA DE ÚRACO	R\$ 600,00	1	2
31009280	RESSECÇÃO DE CISTO OU FÍSTULA OU RESTOS DO DUCTO ONFALOMESENTÉRICO	R\$ 600,00	1	2
31009298	RESSUTURA DA PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCÊNCIA TOTAL OU EVISCERAÇÃO)	R\$ 800,00	1	3
31009301	TERATOMA SACROCOCCÍGEO - EXÉRESE	R\$ 950,00	2	4
31009336	HERNIORRAFIA INGUINAL – UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	1282.56	1	5

FONTE: Disponível em: <www.sepacoautogestao.org.br/prestadores-servico/pdfs/tabtuuss.pdf>. Acesso 06/10/2015

De primeiro momento, a tabela AMB foi utilizada para cobrança de honorários e procedimentos médicos, porém, em 2003, a própria Associação Médica Brasileira construiu outra tabela para se padronizar as normativas da ANS, tabela essa que é denominada de CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).

Com a lógica da HIERARQUIZAÇÃO entre todos os procedimentos médicos, uma classificação foi coordenada pela FIPE-USP, discutida entre todas as Sociedades de Especialidade, estruturada e codificada cada, dividindo os procedimentos em 14 portes, cada qual com três subdivisões, que até hoje compõem a estrutura fundamental da CBHPM.

Este trabalho, hoje já completamente reconhecido pelo Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro, vem sendo (ainda) incorporado progressivamente pelas mais importantes operadoras de planos de saúde e é entendido pela agência reguladora ANS como a condição básica para que seus procedimentos possam ser incorporados ao Rol de Procedimentos, atualizados periodicamente por esta agência.

É importante ressaltar que, a cada edição da CBHPM (atualmente realizada a cada dois anos), novos procedimentos são incorporados e outros extintos, atendendo à necessária dinâmica da prática médica, mutante e evolutiva por sua finalidade e natureza.

Na figura a seguir há alguns dos diversos procedimentos que estão descritos e inclusos na tabela. Suas versões são de fácil acesso e estão disponíveis para *downloads* nas redes digitais. Essas tabelas, além de padronizarem os valores de cobranças de honorários médicos, auxiliam o hospital a cobrar de forma correta o porte cirúrgico compatível pelo procedimento realizado.

TABELA - CBHPM VERSÃO 2014

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS					
SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO					3.13.00.00-6
Código	Procedimentos	Porte	Custo Oper.	Nº de Aux.	Porte Anest.
PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS (3.13.09.00-3)					
3.13.09.25-9	Amniotomagem ou amnioinfusão guiadas por ultrassonografia..	5A	12,170	1	0
3.13.09.01-1	Amniorredução ou amnioinfusão	3B	-	-	0
3.13.09.02-0	Aspiração manual intra-uterina (AMIU) pós-abortamento	4A	-	-	2
3.13.09.03-8	Assistência ao trabalho de parto, por hora (até o limite de 6 horas). Não será paga se o parto ocorrer na primeira hora após o início da assistência. Após a primeira hora, além da assistência, remunera-se o parto (via baixa ou cesariana)	3C	-	-	2
3.13.09.04-6	Cerclagem do colo uterino - qualquer técnica	4C	-	1	2
3.13.09.05-4	Cesariana	8B	-	1	5
3.13.09.22-4	Cirurgia fetal endoscópica (guiada por ultrassonografia e fetoscópio)	11A	24,330	1	6
3.13.09.21-6	Cirurgia fetal guiada por ultrassonografia	9A	24,330	1	5
3.13.09.24-0	Cordocentese guiada por ultrassonografia	5A	12,170	1	0
3.13.09.06-2	Curetagem pós-abortamento	4A	-	-	2
3.13.09.08-9	Gravidez ectópica - cirurgia	8A	-	1	4
3.13.09.18-6	Gravidez ectópica - cirurgia laparoscópica	9B	44,610	1	5
3.13.09.23-2	Intervenção do obstetra na cirurgia fetal a céu aberto	8A	-	1	5
3.13.09.11-9	Inversão uterina - tratamento cirúrgico	9B	-	1	3
3.13.09.19-4	Inversão uterina - tratamento cirúrgico laparoscópico	10B	44,610	1	5
3.13.09.10-0	Inversão uterina aguda - redução manual	3B	-	-	3
3.13.09.09-7	Maturação cervical para indução de abortamento ou de trabalho de parto	4C	-	1	5
3.13.09.12-7	Parto (via vaginal)	8C	-	-	5
3.13.09.13-5	Parto múltiplo (cada um subsequente ao inicial)	4C	-	1	3
3.13.09.14-3	Punção escalfopetal para avaliação PH fetal	2A	-	-	0
3.13.09.15-1	Revisão obstétrica de parto ocorrido fora do hospital (inclui exame, dequitação e sutura de lacerações até de 2º grau)	5B	-	-	2
3.13.09.17-8	Versão cefálica externa	4C	-	-	0
3.13.09.99-2	OBSERVAÇÕES:				
	Referente ao código 3.13.09.12-7:				
	- Quando necessário poderá ser utilizado um auxiliar.				
	Referente aos códigos 3.13.09.21-6 e 3.13.09.22-4:				
	- Na UCO destes procedimentos já estão incluídos o uso dos equipamentos de ultrassom, endoscópico e fetoscópio.				
	Referente ao código 3.13.09.23-2:				
	- Este procedimento refere-se apenas a participação do médico obstetra. Nos procedimentos realizados a céu aberto, como a correção de mielomeningocele, vias de regra, necessitam da participação de outros especialistas, como neurocirurgiões ou cirurgiões pediátricos, que deverão ser remunerados pelos códigos próprios.				

LEITURA COMPLEMENTAR

A leitura a seguir tem a intenção de salientar a necessidade do esclarecimento das metas e objetivos desejados pelas instituições hospitalares aos seus colaboradores. O autor faz um comparativo com a administração dos parques de atrações da Disney, mundialmente conhecidos.

A Disney usa uma escada elegante no lugar de pilares.

É muito comum nos hospitais falar de seus “pilares” – as quatro ou cinco (já ouvi falar até nove) áreas de enfoque estratégico. Os pilares propiciam um modelo útil para fazer atribuições em um plano estratégico da administração superior da organização. É possível colocar cada um desses pilares nas mãos de uma pessoa ou comitê para desenvolver metas, objetivos e atividades necessários para executar o plano. Contudo, como um modelo comportamental da cultura organizacional ou para o desempenho dos empregados, os pilares não são tão claros como a escada de prioridades da Disney. Quando empregado enfrenta um dilema cultural do tipo “devo fazer isso ou aquilo agora? ”, quase sempre é um dilema porque o empregado está diante de dois ou mais valores concorrentes – igualmente mantidos pela organização. Se ele fizer uma escolha, poderá enfrentar problemas por não ter escolhido a outra opção, independente da alternativa escolhida.

A importância da escada de prioridades da Disney ficou imediatamente clara para mim na Disney Traditions. O que não ficou esclarecido para mim na ocasião e se aprofundou com o passar do tempo é a forma de escolha dos degraus que integram cada escada da Disney.

Segundo o método científico, para considerar uma teoria ou um modelo “elegante”, é necessário que essa teoria ou esse modelo tenha clareza, simplicidade e integridade. A escada de prioridades da Disney tem esses três requisitos. Primeiro, cada um dos conceitos é discreto e claro. As palavras escolhidas não geram ambiguidade nem ocorre uma sobreposição confusa de significados entre elas. Segundo, a priorização evita a confusão em relação às expectativas, quando quem precisa escolher se depara com alternativas igualmente boas. Terceiro, é completo porque desafia o observador a encontrar qualquer conflito de interesses que não esteja definido pelas palavras e prioridades escolhidas na escada. Comparemos o que estou tentando dizer com um dos mais conhecidos modelos de pilares existentes no léxico dos hospitais: ATENDIMENTO, PESSOAS, QUALIDADE, FINANÇAS, CRESCIMENTO.

Para um empregado de linha de frente, qual é a diferença entre atendimento e pessoas, ou entre atendimento e qualidade? Em princípio, não parece ocorrer certa sobreposição confusa entre finanças e crescimento? Onde existe algo relacionado à segurança? E os processos, a eficiência do mecanismo? Onde está a equipe de trabalho, uma parte fundamental da melhoria dos processos e da

qualidade? Se tudo faz parte da qualidade, então parece que muita coisa fica por conta da qualidade e provavelmente sobrou muito pouco para o crescimento.

Como alguém da linha de frente consegue discernir claramente entre esses valores, por meio das palavras que escolhemos? Elas podem ser úteis, como já disse, para delegar autoridade da alta administração para fins de planejamento, ou até painéis de resultados equilibrados, mas a simples apresentação dessas palavras para os trabalhadores lhes diz muito pouco sobre o que esperamos deles. Eu já me deparei com instrutores tentando apresentar esses pilares para a equipe do atendimento, explicando criteriosamente o que cada uma delas significa. Mas também notei que as pessoas presentes na sala simplesmente não se interessavam, porque não tinham a mínima ideia de como aplicar essas abstrações de alto nível em suas atividades cotidianas e em suas escolhas na vida real. Se tudo o que defendemos tiver um peso igual, em que ajudaria fazer uma lista de tudo, e como saberemos se nossa lista está completa?

Ao contrário, todo olhar tem determinação e toda mente está *ligada* quando os membros de elenco se veem diante da escada de prioridades da Disney. Trata-se de diretrizes comportamentais discretas, reunidas em uma única palavra, e não um *mix* de ideias concretas e abstratas. Nada lhe ensina como ser bem-sucedido na Disney, de modo tão claro quanto esse modelo. Para qualquer membro de elenco buscando superar as expectativas em uma nova cultura, este é o segredo. Como todos nós fazemos dezenas de escolhas todos os dias, cada pessoa individualmente está ansiosa por clareza sobre as prioridades ao fazer essas escolhas. Ao incluir algumas situações vividas, a Disney consegue deixar claro que existe uma lógica por trás da escada.

Embora possamos compartilhar a ideia da mais alta prioridade da Disney (a segurança), em sua opinião, de que modo a maioria dos empregados dos hospitais agiria diante de um conflito entre cortesia e a eficiência? Eu diria que eles têm uma ideia clara ao praticarem, seja por escrito ou não. A eficiência supera a cortesia na maior parte do tempo. Sendo assim, se justificássemos o fato de que nossos pacientes julgam sua permanência pela cortesia recebida, e os empregados são controlados pela eficiência praticada, ainda existe alguma dúvida sobre por que estamos avançando tão pouco no sentido da satisfação e fidelidade dos pacientes? Se a cortesia não é mais importante do que algo mais, ela não é mais importante que nada. E se ela não for mais importante do que algo mais na prática, por que estamos martelando para que as pessoas sejam corteses e atentas ao atendimento que exercem? Todos os dias, os empregados entram em conflito com o que constatarem junto a seus líderes e com o modo como são controlados e responsabilizados por seus supervisores. Essas posturas insolúveis destroem o espírito de trabalho e nada transmitem sobre a cultura compartilhada.

Se a Disney administrasse seu hospital, você tornaria a cortesia mais importante do que a eficiência. Ao fazer isso, estaria alinhando os valores corporativos ao que os pacientes indicaram como os principais motivadores de sua satisfação e fidelidade. É questionável que níveis mais altos de satisfação

e fidelidade dos clientes sejam alcançados em um hospital que não muda suas prioridades, dando mais importância à cortesia do que à eficiência. E isso inclui a satisfação dos clientes internos também.

Ao apresentar esse conceito ao público de saúde, costumo constatar o que chamaria de aceitação cuidadosa. É como se essas pessoas tivessem sido persuadidas, mas não soubessem como isso mudaria o que estão fazendo atualmente. Uma coisa é acreditar nesse princípio, outra coisa é saber o que fazer com ele nas operações cotidianas. Por isso, achei necessário apresentar algumas ilustrações para acionar a nossa bomba mental, para que a mudança possa fluir do fundo de nossos mais arraigados comprometimentos e do âmago de nossas paixões, em vez de fluir lentamente em pequenos jorros aqui e ali, tentando equilibrar desesperadamente valores concorrentes.

FONTE: LEE Fres, Se Disney administrasse seu Hospital 9¹/₂ coisas que você mudaria; tradução Teresa Cristina Félix de Sousa – Porto Alegre: Bookman, 2009, p. 38-41.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico você aprendeu:

- Os tipos de auditoria e a importância de cada um deles nas instituições hospitalares e operadoras de saúde.
- Alguns instrumentos que auxiliam no trabalho do auditor.
- Padronização de processos como essencial para o auditor exercer tanto no controle de gastos como no controle de qualidade.
- O processo operacional da auditoria de forma ampla.



1 Após o estudo deste tópico, avalie as seguintes afirmações:

- () A auditoria não se diferencia em nenhum quesito, ou seja, é sempre realizada após a alta do paciente, pois o auditor não necessita ter contato com o paciente e estar informado referente aos procedimentos que serão necessários para o tratamento.
- () A auditoria concorrente se refere à negociação de contratos entre operadoras e prestadores, neste momento os interessados concorrem para obter as precificações de valores dos itens que constituem a tabela de cobrança na conta hospitalar.
- () Revistas SIMPRO e Brasíndice são a relação de procedimentos médicos, onde constam os valores dos honorários que serão cobrados pelo profissional, e porte anestésico.
- () A auditoria retrospectiva é realizada após a alta do paciente, é analisado o prontuário onde foram registrados os eventos e tratamento em que o paciente foi submetido.
- () A padronização de processos operacionais é fundamental para o desempenho da função do auditor.
- () Enfermeiros(as) são os principais profissionais que manuseiam os prontuários, através de checagens das medicações e registros do atendimento prestado, desta forma, na auditoria, o maior número de profissionais que atua também é constituído por enfermeiros.

Após analisar as afirmativas, escolha respectivamente a sequência de verdadeiras e falsas:

- a) F – F – F – V – V – V.
- b) V – F – V – F – F – V.
- c) F – F – V – V – V – V.
- d) F – F – F – V – V – F.

SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA (SNA) DO SUS, DIRETRIZES, OPERACIONALIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR DO SUS

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade, você será capaz de:

- introduzir o acadêmico na área de auditoria de saúde, esclarecendo a padronização da auditoria no Sistema Único de Saúde;
- desenvolver o senso crítico indispensável para um auditor, apontando as leis, normas que regem e norteiam o trabalho dele.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. Ao final de cada um deles, você encontrará o resumo do conteúdo e as autoatividades que reforçarão o seu aprendizado.

TÓPICO 1 – PROCESSOS DO TRABALHO DE AUDITORIA NO SUS

TÓPICO 2 – SISTEMATIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO AUDITOR DO SUS

TÓPICO 3 – PROCESSAMENTO E ARMAZENAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS

PROCESSOS DO TRABALHO DE AUDITORIA NO SUS

1 INTRODUÇÃO

Nesta unidade entenderemos o funcionamento do SUS – Sistema Único de Saúde, e como a auditoria atua em seus processos e atendimentos. Mas você deve se perguntar: o que há de diferente entre um atendimento de um paciente que possui um convênio particular com o atendimento de um paciente que utilizou o SUS?

O ato de atender a um paciente SUS e um paciente que possua um convênio particular não deve ter distinção, ambos necessitam de atenção e resolutividade para seus problemas que fizeram procurar o serviço de saúde.

Porém, assim como qualquer operadora tem sua particularidade em negociações de tabelas, contratos, cobranças, valores, autorizações... o SUS também adota sua política, com a diferença que suas rotinas, regras, leis e vigências abrangem a todas as instituições. Por exemplo, um hospital de Santa Catarina, credenciado a atender ao SUS, seguirá as mesmas normas e processos de um hospital de São Paulo, que também atenda a pacientes pelo SUS.

Para entender estes processos, normas e a introdução da Auditoria, precisamos entender a estrutura do SUS em sua totalidade.

Portanto, esta unidade será baseada nos manuais que foram desenvolvidos pelos órgãos públicos que são responsáveis pelo funcionamento e controle do serviço público prestado ao povo brasileiro, o SUS.

2 INTENÇÕES DA AUDITORIA

Para introduzir e fundamentar a auditoria no Sistema Único de Saúde é necessário entender os processos e regimentos que os integram. Para isso se faz necessário entender qual a finalidade do SUS para os brasileiros.

O SUS está fundamentado no acesso universal, assistência integral e igualitária e representa um grande avanço por permitir a inclusão social de milhões de brasileiros às ações de saúde.

O processo de redemocratização do país, na década de 1980, com a ampliação da organização popular, fez aumentar as demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento pela universalização do acesso e o reconhecimento da saúde como um direito universal e o dever do Estado no efetivo provimento das condições.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) legitimou os princípios e a doutrina do movimento da reforma sanitária e, como consequência, a incorporação ao texto constitucional de 1988.

Para assegurar tais direitos, através da Constituição de 1988 se criou o SUS, integrado pelas três esferas de governo, regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde – nº 8.080/90 (dispõe sobre a organização do SUS) e pela Lei nº 8.142/90.

Acrescenta-se oportunidade à Lei Complementar nº 141, de 16/01/2012, que dispõe sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. E o Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90.

Os principais objetivos e atribuições são:

- Identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.
- A formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômicos e sociais, a redução dos riscos de doenças e outros agravos.

A execução de ações assistenciais e preventivas de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O que pode se concluir até aqui é que o Brasil passou por uma reavaliação e reestruturação na esfera de saúde, tanto pública como privada. A partir disso, como já foi citado, surge um serviço para análise de todos esses serviços de saúde, tanto de atendimento básico como de maior complexidade prestado à população.

Os atendimentos de maior complexidade referem-se ao atendimento de âmbito hospitalar. E para realizar o controle e análise dos atendimentos foram criados institutos responsáveis.

Contudo, para entendermos estes institutos criados, novamente temos que nos reportar à história da auditoria no serviço público. Para tal, segue um texto extraído do *site* do SNA – Sistema Nacional de Auditoria. “As atividades de auditoria, antes de 1976, com base no então Instituto Nacional de Previdência Social – INPS eram realizadas pelos supervisores por meio de apurações em prontuários e em contas hospitalares”. Na época não havia auditorias diretas em hospitais.

A partir de 1976, as chamadas contas hospitalares transformaram-se em Guia de Internação Hospitalar – GIH. As atividades de auditoria ficam estabelecidas como controle formal e técnico.

Em 1978 é criada a Secretaria de Assistência Médica subordinada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Vê-se a necessidade de aperfeiçoar a GIH. Foi criada, então, a Coordenadoria de Controle de Avaliação – nas capitais, e o Serviço de Medicina Social – nos municípios.

Em 1983, a Autorização de Internação Hospitalar – AIH vem substituir a GIH, no Sistema de Assistência Médica da Previdência Social – SAMPS. É nesse ano que se reconhece o cargo de médico-auditor e a auditoria passa a ser feita nos próprios hospitais.

A Constituição Federal de 1988 dispõe no seu artigo 197: “São de relevância pública as ações de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou judiciária de direito privado”.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao prever a criação do SNA, estabeleceu as instâncias de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, ficando reservada à União a competência privativa para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria, e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com estados, municípios e o Distrito Federal.

Por tratar especificamente da área da saúde, o SNA, instituído pelo artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo Decreto nº 1.651/95, se constitui num sistema atípico, singular, diferenciado, complementar aos sistemas de controle interno e externo e, principalmente, legítimo.

Decreto nº 1.651, de 29 de setembro de 1995:

“Art. 4º O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

[...]

§3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações”.

A Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, dispõe sobre a Organização da Presidência da República e dos Ministérios – Estabelece a alínea “b”, inciso XX do artigo 27, como área de competência do Ministério da Saúde: “a coordenação e fiscalização do SUS”.

Com a publicação do Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, o DENASUS passou a integrar a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, órgão singular do Ministério da Saúde que ganhou novo formato diante do crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, tornando necessário consolidar a competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema.

O Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, define a nova estrutura do Ministério da Saúde, sem, contudo, promover alterações nas competências da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e do DENASUS. Dessa forma, reuniram-se diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que têm áreas de atuação complementares, com vistas a ganhar racionalidade e maior efetividade ao atuarem em conjunto.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, órgão integrante da estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e componente federal do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, exerce atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do SUS. Conforme definido na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, “A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos”.

Ao acompanhar a evolução da saúde brasileira, podemos notar que se trata de uma política de em torno 40 de anos, que ainda está em fase de aperfeiçoamento. Fato este devido ao acompanhamento do desenvolvimento populacional, tecnológico e social. E para acompanhar o desenvolvimento e novos aperfeiçoamentos, devemos acessar os meios que transmitem e repassam estas informações.

Com a globalização e a internet temos acessos a muitas destas informações, como exemplo, o *site* do DENASUS, SNA, conforme exposto na figura a seguir. Outro instrumento que também pode ser muito utilizado para o trabalho do auditor, e até mesmo para as instituições hospitalares públicas, é o Manual Técnico Operacional do SIH – Sistema de Informação Hospitalar. Todo ano é revisado e alterado com as novas informações, normativas e regras, conforme Figura 6.

FIGURA 6 – SITE SNA – SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA

← → ↻ 🏠 ⓘ sna.saude.gov.br

Ministério da Saúde Destaque do Governo

SNA Sistema Nacional de Auditoria **DENASUS** Departamento Nacional de Auditoria do SUS

logon - Sistemas -

Portal SNA AJUDA

Seções

- Notícias
- Relatório de gestão
- Organograma
- Histórias de auditor
- Consulta pública
- Nossa missão
- Nossa história
- Publicações
- Download
- Links
- Endereços DENASUS

SISAUD/SUS

- Nova Versão
- SISAUD/SUS
- Recursos Humanos
- Produção 1 (Antigo)
- SISAUD/SUS
- SIAC
- Recursos Humanos
- Produção 2 (Antigo)
- SISAUD/SUS
- SIAC
- Recursos Humanos
- Treinamento 1 (Antigo)
- SISAUD/SUS
- SIAC
- Recursos Humanos
- Treinamento 2 (Antigo)
- SISAUD/SUS
- SIAC
- Recursos Humanos

Sistemas

- Consulta Auditorias
- Índice do passivo
- Cadastro de usuários
- Legislação
- Perguntas frequentes
- Consulta AIH
- Audita Cartas

03/07/2018 - Denasus instrui município para implantação Sistema Nacional de Auditoria

Com a finalidade de exercer as atividades de controle das ações e dos serviços de saúde, para verificar a conformidade com os padrões estabelecidos, a Secretaria de Saúde de Guarai, do estado de Tocantins, recebeu técnicos do mesmo estado, do Serviço de Auditoria do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde – NEMS. A atividade, com o título 'Orientação do Sistema Nacional de Auditoria – SNA do Sistema Único de Saúde – SUS', aconteceu em meados de junho (14), na Prefeitura Municipal de Guarai. [leia mais...]

Veja mais:

- 13/06/2018 - Participação da SEAUD/ES no CONGRESSO COSEMS/ES - 2018
- 29/01/2018 - Denasus dá início a Projeto de Dimensionamento de Força de Trabalho do Departamento
- 25/01/2018 - DENASUS lança manual sobre métodos e técnicas de auditoria desenvolvida no âmbito do SUS

03/04/2017 - Relatórios de auditorias podem ser acessados pelo site do SNA

Os relatórios de auditoria do Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus), unidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), podem ser acessados por qualquer pessoa, física ou jurídica [leia mais...]

Veja mais:

- Arquivo de notícias

21/11/2016 - Denasus e Doges participam de Avaliação do Curso Nacional de Auditorias e Ouvidorias

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) e o Departamento Nacional de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, participaram, entre os dias 17 e 18 de novembro, de uma Oficina de Avaliação do Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS, promovida pela Fundação Oswaldo Cruz, em Brasília (Fiocruz/Brasília). [leia mais...]

Consulta a Relatórios de Auditorias

AUDITORIA DO SUS NO CONTEXTO DO SNA

Qualificação do Relatório de Auditoria

Consulta auditorias

Para fazer uma denúncia, clique aqui (Ouvidoria):

DISQUE SAÚDE 136

SNA - Sistema Nacional de Auditoria
DENASUS, SRTV 701, Via W 3 Norte, Lote D, Edifício PO700, 5º andar - Asa Norte
Brasília - DF, Cep: 70719040, Telefone: (061) 3315-7937, Fax: (61) 3306-7879

FONTE: Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/>. Acesso em: 31 jul. 2018.

FIGURA 7 – CAPA DO MANUAL TÉCNICO E OPERACIONAL DO SIH



FONTE: Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/sih/versoes/manuais/MANUAL_SIH_janeiro_2015.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

3 DIRETRIZES DA AUDITORIA DO SUS

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS, enquanto componente federal do SNA, enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção do auditor em relação ao SUS, em sua responsabilidade de apoiar a gestão, de manter uma conduta permanente de vigilância aos indicadores de saúde e aos resultados das ações.

Assim como na saúde privada, na pública também são estabelecidos processos e padrões a serem seguidos para realizar a auditoria, chamados de diretrizes, que, no SUS, as principais são:

a) Capilaridade, descentralização e integração para garantir atuação em todo o território nacional, com divisão e definição de tarefas específicas de cada esfera de gestão do SUS.

b) Integração com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS, como planejamento, controle e avaliação, regulação e vigilância em saúde e outros órgãos integrantes do sistema de controle interno e externo.

c) Foco na qualidade das ações e serviços e nas pessoas, com ênfase na mensuração do impacto das ações de saúde, na respectiva aplicação dos recursos, na qualidade de vida e na satisfação do usuário.

Além de observar as diretrizes mencionadas acima, o auditor deve seguir o Código de Ética de seu conselho e o próprio para a função (já citado na Unidade 1). Porém, por ser um funcionário público, deve seguir normas, rotinas e leis que são estabelecidas pelos órgãos regulamentadores da função e da política de saúde.

O inciso X, artigo 5º da Constituição Federal brasileira, assegura a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas, como garantia para todos os brasileiros. Portanto, os auditores estão obrigados triplamente a manter o sigilo e a privacidade do que vierem a constatar ou observar pela Constituição Federal, pelo Código de Ética do Servidor Público e pelo código de ética de sua categoria profissional. Os códigos de ética são parâmetros fundamentais destinados a nortear a conduta profissional quanto aos aspectos:

- Sigilo.
- Evitar atos de imperícia, imprudência ou negligência.
- Elaboração do prontuário do paciente.
- Responsabilidade pelo ato profissional.
- Consentimento prévio do paciente.
- Manuseio do prontuário.
- Informações do quadro clínico do paciente.

Decreto nº 1.171, de 22 de julho de 1994, referente ao Código de Ética Profissional do Servidor Civil do Poder Executivo Federal, no seu capítulo I, na Seção I, determina que a dignidade, o decoro, o zelo e a eficácia são princípios morais recomendados que devem nortear o auditor em saúde. O servidor público, na função de auditor, deve primar pela ética em sua conduta, baseando-se nos princípios de integridade, prudência, zelo profissional e responsabilidade social, sendo estes assim definidos:

Integridade: O servidor público, na função de auditor, deve restringir-se aos limites do interesse público (adstrito ao âmbito de atuação da unidade auditada). O profissional de auditoria da gestão pública não pode deixar-se influenciar por fatores estranhos, por preconceitos ou quaisquer outros elementos materiais ou afetivos que interfiram na integridade de sua atuação. Os responsáveis pelos serviços de auditoria devem, na fase de planejamento das atividades, identificar a possibilidade de conflitos de interesses entre a equipe de auditoria e a unidade auditada, buscando evitar esse tipo de ocorrência ao definir a composição de uma equipe.

Sigilo: O servidor público, na função de auditor, deve respeitar e assegurar o sigilo relativo às informações obtidas durante o seu trabalho, não as divulgando para terceiros sem autorização expressa dos superiores hierárquicos, salvo quando houver obrigação legal de fazê-lo. As informações obtidas durante a execução de seus trabalhos somente devem ser utilizadas para fundamentar as evidências, as constatações, as recomendações e a conclusão da auditoria.

Zelo Profissional: O servidor público, na função de auditor, deve aplicar o máximo de cuidado e zelo na realização dos trabalhos. Proceder com o devido zelo profissional significa empregar um julgamento bem fundamentado para determinar o escopo da auditoria e selecionar metodologia, exames e demais procedimentos de auditoria. Esse julgamento também deve ser empregado na realização de exames e demais procedimentos a fim de avaliar os resultados da auditoria e apresentar os relatórios correspondentes.

Responsabilidade Social: A auditoria tem, intrinsecamente, uma clara missão social. O servidor público exercendo atividades de auditoria deve, cada vez mais, conscientizar-se do seu imprescindível papel na consecução do bem comum. Quando o profissional se desloca para o campo a fim de executar o seu trabalho, deve ter o intuito de contribuir para a qualificação da gestão e para os desempenhos operacionais. Ao avaliar os resultados das políticas de saúde, ao prevenir situações, buscando garantir os resultados sociais das ações de governo, o auditor está assegurando ao cidadão o direito a uma boa assistência à saúde, a uma melhor gestão e gerência dos recursos públicos. O servidor público na função de auditor deve estar a serviço da sociedade e, particularmente, a serviço da cidadania. Os dados utilizados pelos servidores públicos investidos da função de auditor devem transformar-se em informações úteis à sociedade, em benefícios sociais e impactos positivos nas ações e políticas de saúde.




Como sugestão e orientação complementar segue modelo de AIH, e a forma de seu preenchimento, bem como o link do decreto estabelecido pelo então secretário da Saúde em exercício, na data em questão, José Gomes Temporão:
<http://w3.datasus.gov.br/sihd/Portarias/portaria2005/2005_DEZ_PT-MS-SAS-743_201205.pdf>.

FIGURA 8 – ANEXO I – LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
				Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		10.1 - ETNIA	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				DDD		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				DDD		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
						19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO () CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

FONTE: Disponível em: <[http://w4.saude.al.gov.br/download/suraud/hospitalar/01-LaudoSolicitacao_de_AIH_201010\[1\].pdf](http://w4.saude.al.gov.br/download/suraud/hospitalar/01-LaudoSolicitacao_de_AIH_201010[1].pdf)> Acesso em: 31 jul. 2018.

FIGURA 9 – ANEXO II LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		Masc. <input type="checkbox"/> 1	Fem. <input type="checkbox"/> 3	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		DDD		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTDE.	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTDE.	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTDE.	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
() CNS () CPF				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
() CNS () CPF				

FONTE: Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/sih/versoes/manuais/PT%20-%20743re%20-%20Anexo%20II.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

ANEXO I – LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

É o instrumento para solicitação/autorização de internação do paciente em estabelecimento de saúde com internação (públicos federais, estaduais, municipais, privadas com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. O laudo contém, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames complementares (quando houver), as condições que justifiquem a internação, dados de identificação dos profissionais solicitantes e autorizadores e diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SUS e CID.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos obrigatórios com letra legível a fim de possibilitar futuras verificações pelos órgãos competentes.

O laudo deve ser preenchido, após a consulta médica, geralmente realizada em unidade ambulatorial ou mesmo em hospital que irá realizar a internação ou que encaminha, e, excepcionalmente, nos casos de emergência até 48 (quarenta e oito) horas após o internamento.

O preenchimento deve ser sempre feito em duas vias, sendo a primeira arquivada no órgão emissor de AIH da SES ou SMS e a segunda anexada ao prontuário do paciente no estabelecimento.

O laudo corresponde a uma solicitação de internação eletiva e deve ser autorizado antes da realização da mesma em até 15 dias.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Campo 01 – Estabelecimento solicitante – Preencher com o nome do estabelecimento solicitante.

Campo 02 – CNES – Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

Campo 03 – Estabelecimento executante – Preencher com o nome do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

Campo 04 – CNES – Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 05 – Preencher com o nome do paciente sem abreviaturas, se indispensável só abreviar o nome do meio.

Campo 06 – Nº do prontuário – número adotado pelo SAME ou similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 07 – Cartão Nacional de Saúde (CNS) – Preencher com o número do CNS do paciente em procedimentos onde o mesmo é obrigatório. Verificar quais são os obrigatórios que estão sendo periodicamente incluídos, até o total de procedimentos com exigência da autorização.

Campo 08 – Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa;

Campo 09 – Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um x ao lado do quadro indicativo 1 ou 3.

Campo 10 – Preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente para contatá-lo, se necessário.

Campo 11 – Preencher com um telefone que possa ser acionado para contato pelo hospital para contato com familiares do paciente.

Campo 12 – Preencher com o endereço completo: rua, número, complemento e bairro.

Campo 13 – Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar ou suprimir qualquer letra do nome do município para permitir a pesquisa por nome nos sistemas de informação.

Campo 14 – Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente. Muito importante para o conhecimento pelo SUS da procedência do paciente. Tem impacto no teto financeiro do município.

Campo 15 – Preencher com a sigla do estado da federação (UF), utilizar duas letras.

Campo 16 – Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro. Não deve ser registrado o código genérico.

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Campo 17 – Preencher com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente, incluir dados da anamnese e do exame físico.

Campo 18 – Preencher com as condições clínicas do paciente que justificam a sua internação.

Campo 19 – Preencher com os principais resultados de provas diagnósticas/exames realizados.

Campo 20 – Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou com a hipótese diagnóstica.

Campo 21 – Preencher com o CID 10 PRINCIPAL, ou seja, o que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento ambulatorial/hospitalar.

Campo 22 – Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à doença de base.

Campo 23 – Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente durante o internamento.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Campo 24 – Preencher com a descrição do procedimento solicitado conforme o que está na Tabela do SUS.

Campo 25 – Preencher com o código do procedimento para o qual está sendo solicitada a internação ou o atendimento em APAC, de acordo com a Tabela de Procedimentos do SUS.

Campo 26 – Preencher com a especialidade do leito/clínica.

Campo 27 – Preencher com o código do caráter da internação, de acordo com a tabela do SIH.

Campo 28 – Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento de internação ou de ambulatório, o qual deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 29 – Preencher com a data da solicitação, colocando dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 30 – CNS/CPF – Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 31 – O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS – Preencher apenas em caso de CAUSAS EXTERNAS.

Campo 32 – ACIDENTE DE TRÂNSITO – Preencher com um x em sim ou não.

Campo 33 – Preencher com CNPJ da seguradora.

Campo 34 – Preencher com o número do bilhete do seguro.

Campo 35 – Preencher com o número de série do bilhete.

Campo 36 – () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO – Preencher com um X se for o caso.

Campo 37 – () ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO – Preencher com um X se for o caso.

Campo 38 – Preencher com o CNPJ da empresa empregadora do acidentado.

Campo 39 – Preencher com o número do Código Nacional de Atividade Econômica (CNAE) da empresa empregadora.

Campo 40 – Preencher com o Código Brasileiro de Ocupação Reduzido/CBOR do acidentado.

Campo 41 – Preencher com o CID principal levando em consideração o estado do paciente em decorrência do acidente de trabalho típico, de trajeto ou de trânsito.

Campo 42 – Preencher com o CID secundário levando em consideração o estado do paciente em decorrência do acidente de trabalho típico, de trajeto ou de trânsito. Preencher com a natureza da lesão de acordo com a classificação médica legal.

Campo 43 – Lesão leve é aquela que ausenta a vítima em até sete dias das atividades habituais.

Campo 44 – Lesão grave é aquela que ausenta a vítima em mais de sete e até 30 dias das atividades habituais.

Campo 45 – Lesão gravíssima é aquela que ausenta em mais de 30 dias das atividades habituais.

AUTORIZAÇÃO

Campo 46 – Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES e também SIHD.

Campo 47 – Preencher com a data da solicitação, colocar o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 48 – Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 49 – O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 50 – Parecer Controle Avaliação/Auditoria – Preencher com o nome completo do profissional que está dando o parecer.

Campo 51 – Preencher com a data da autorização, colocar dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 52 – Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 53 – O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e pôr o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 54 – Reservado para o número da AIH quando disponibilizada. Deve ser implantado um aplicativo de controle e numeração magnéticos das AIH que pode ser o Módulo Autorizador ou outro desenvolvido localmente.

ANEXO II LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- É o documento para solicitação de procedimentos especiais e/ou para mudança de procedimento a ser preenchido pelo profissional assistente/solicitante, com autorização do diretor clínico ou pelo órgão gestor.

A normalização sobre PROCEDIMENTO ESPECIAL e MUDANÇA DE PROCEDIMENTO encontra-se no Manual do Sistema de Internação Hospitalar, disponível para *download* no site <[www.saude.gov.br\sas](http://www.saude.gov.br/sas)>.

O preenchimento deste laudo obedece na IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO PACIENTE a idêntica orientação do Laudo para Solicitação de Internação/Autorização Hospitalar nos campos que correspondem a informações coincidentes (ver orientação supra sobre preenchimento do Anexo I).

O preenchimento dos campos novos/diferentes deve seguir as orientações abaixo:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO PACIENTE

Os campos de 01 ao 16 são idênticos aos do Anexo I

Campo 17 – Preencher com o número da AIH que corresponde à internação em curso e que pertence ao paciente que precisa do procedimento especial ou que sofrerá mudança de procedimento.

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO (marcar com um x no quadrado ao lado)

Campo 18 – Preencher com o nome/descrição do procedimento principal da AIH do paciente e que foi anteriormente autorizado.

Campo 19 – Preencher com o código do procedimento principal da AIH do paciente e que foi anteriormente autorizado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 20 – Preencher com o nome/descrição do procedimento que está sendo proposto para atender à mudança do procedimento.

Campo 21 – Preencher com o código do procedimento que está sendo proposto para atender à mudança de procedimento de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 22 – Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança do procedimento. O profissional deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 23 – Preencher com a data da solicitação da mudança do procedimento, colocando dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 24 – Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 25 – O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 26 – Preencher com a descrição do diagnóstico que está sendo proposto para a mudança de procedimento.

Campo 27 – Preencher com o CID 10 PRINCIPAL, ou seja, o que corresponde à doença/lesão de base que motivou o atendimento ambulatorial/hospitalar. Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial.

Campo 28 – Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à doença de base. Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial.

Campo 29 – Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente durante o internamento.

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (marcar com um x no quadrado ao lado)

Campo 30 – Preencher com o nome/descrição do procedimento principal da AIH do paciente e que foi autorizado.

Campo 31 – Preencher com o código do procedimento principal da AIH do paciente e que foi autorizado.

Campo 32 – Preencher com o nome/descrição do primeiro (ou único) procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente.

Campo 33 – Preencher com o código do primeiro (ou único) procedimento especial que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 34 – Preencher com o nome/descrição do segundo procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente, no caso de precisar solicitar mais de um.

Campo 35 – Preencher com o código do segundo procedimento especial (se necessário) que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 36 – Preencher com o nome/descrição do terceiro procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente, no caso de precisar solicitar mais de dois.

Campo 37 – Preencher com o código do terceiro procedimento especial (se necessário) que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 38 – Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança do procedimento. O profissional deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 39 – Preencher com a data da solicitação da mudança do procedimento, colocando dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 40 – Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 41 – O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 42 – O profissional solicitante/assistente deve preencher com a Justificativa da Solicitação da Mudança de Procedimento para o paciente.

AUTORIZAÇÃO

Campo 43 – Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES e também SIHD.

Campo 44 – Preencher com a data da solicitação, colocar o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 45 – Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 46 – O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 47 – Parecer Controle Avaliação/Auditoria – Preencher com o nome completo do profissional que está dando o parecer.

Campo 48 – Preencher com a data da autorização, colocar dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 49 – Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 50 – O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 51 – Reservado para a Justificativa nos casos de NÃO autorização da solicitação de mudança de procedimento ou procedimento especial ou para sugerir e autorizar procedimentos diferentes dos solicitados pelo médico assistente. Informações adicionais podem ser obtidas pelo <cgsi@saude.gov.br>.

LEITURA COMPLEMENTAR

O PERFIL DO AUDITOR

No Brasil, segundo Azevedo, a auditoria apresenta-se como atividade em plena expansão, justificada pelas necessidades cada vez maiores de racionalização de custos na assistência à saúde pública ou privada.

O auditor, para atender às necessidades do mercado, deve desenvolver algumas técnicas que ajudem em seu trabalho, tais como um bom relacionamento interpessoal, capacidade de comunicação clara e precisa, ser confidente e rigoroso com seus resultados, como afirma Marinho. Seu papel consiste em exames de documentos, livros e registros, inspeções, obtenção de informações e confirmações externas e internas, obedecendo às normas apropriadas de procedimento, objetivando verificar se as demonstrações contábeis representam adequadamente a situação nelas demonstrada, de acordo com os princípios fundamentais e normas de contabilidade de maneira uniforme.

Sendo a profissão de auditor marcada pelo traço da responsabilidade pública e social, para Santos e Grateron, elementos tais como ética e independência são essenciais ao profissional, até mesmo como fator de permanência no mercado.

Cada profissional respeita seu respectivo código de ética, seja ele enfermeiro, fisioterapeuta, contador e assim sucessivamente. O auditor contábil tem uma ampla atuação no mercado de trabalho, podendo atuar como autônomo em empresas, instituições públicas e privadas e até mesmo na área da saúde.

O trabalho do auditor em saúde pode ser realizado de modo a fiscalizar a atuação profissional junto ao paciente ou verificar as contas correspondentes aos atos efetuados, realizar visitas a hospitais, a prestadores de serviço, a clínicas, bem como suporte em operadoras e centrais de regulamentação, manutenção de rede de atendimento, dentre outras formas de atuação.

Enfermeiros realizam auditoria técnica de enfermagem com papel bastante detalhista nesse processo, por meio de controle quantitativo e qualitativo. A figura de auditores fisioterapeutas, além de outros profissionais da área de saúde, já tem despontado nesse processo de mudanças na gestão de saúde.

Entretanto, segundo Santos e Grateron, não é fácil definir o papel do auditor, pois a profissão requer especificidades de acordo com as modalidades de atuação. Porém, de uma forma geral, a ética e o sigilo de algumas informações são de extrema importância, pois o auditor tem capacidade, poder e informações que, se usados distorcidamente, poderão interferir na visão e percepção de usuários e até mesmo de empresas e instituições.

O profissional que realizará a auditoria em saúde deve ser capacitado para esse fim, pois a área exige uma atuação econômico/contábil para que se possa operacionalizar o processo, incorporando, assim, um aspecto qualitativo de assistência aos pacientes e aos processos da instituição.

Para Chebli, Maia e Paes, são atributos fundamentais para o exercício da função: respeito, confiança, espírito de independência para tomada de algumas decisões; ser isento de influências que possam prejudicar a empresa ou instituição; demonstrar objetividade em suas condutas, embasando sua opinião em fatos reais e apoiando-a em evidências suficientes; possuir conhecimento técnico da área em que atua.

Deve ainda possuir capacidades práticas essenciais à realização de controle e avaliação, e agir sempre com prudência, atentando ao equilíbrio de suas ações, de forma a contribuir para o desenvolvimento e qualidade do trabalho prestado. O bom auditor deve ser um exímio negociador nas diversas situações, mostrando domínio de sua atividade. Finalmente, deve ser ético, respeitando seu respectivo código profissional, e imparcial nas aplicações normativas, exercendo de forma criteriosa, honesta e objetiva o seu trabalho, mantendo sigilo absoluto das informações confidenciais que chegarem ao seu conhecimento.

Fonte: SOUZA, Luiziane Agostine Alves de; DYNIEWICZ, Ana Maria; KALINOWSKI, Luísa Canestraro Kalinowsk. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. Disponível em: <file:///C:/Users/58968857920/Downloads/RASv12n47_p71-8.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico aprendemos:

- Assim como as operadoras de planos de saúde privados, o SUS tem suas regras, normativas e leis para serem seguidas.
- Sistema Único de Saúde – SUS trata-se de uma política de deveres governamentais e abrange de forma integral e igualitária toda a população brasileira.
- O principal órgão regulamentador da auditoria no SUS é o SNA – Sistema Nacional de Auditoria, organizado e controlado pelo DENASUS – Departamento Nacional de Sistema SUS.
- O auditor do SUS deve seguir código de ética e decretos que norteiam o servidor público.



1 Foram levantadas questões importantes referentes a parâmetros fundamentais destinados a nortear a conduta profissional do auditor público. Que são:

- Sigilo
- Evitar atos de imperícia, imprudência ou negligência
- Elaboração do prontuário do paciente
- Responsabilidade pelo ato profissional
- Consentimento prévio do paciente
- Manuseio do prontuário
- Informações do quadro clínico do paciente

Para tal, conceitue-as e introduza exemplos à imperícia, imprudência e negligência referentes ao ofício do auditor de saúde.

SISTEMATIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO AUDITOR DO SUS

1 INTRODUÇÃO

No tópico anterior acompanhamos a criação e evolução do Sistema Único de Saúde. É de extrema relevância entender os motivos de sua criação e seu aperfeiçoamento, levando em conta que estamos inseridos neste contexto, pois utilizamos ferramentas criadas para auxiliar tanto o usuário como os profissionais que desempenham seu trabalho no sistema.

Neste tópico veremos os processos que envolvem o trabalho do auditor no SUS, ferramentas que auxiliam fases da auditoria, em geral, e a operacionalização da auditoria.

2 FORMAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DA AUDITORIA

Estão definidas três formas de operacionalização da auditoria, de acordo com a origem dos profissionais que nela atuam:

- Direta – Auditoria realizada com a participação de técnicos de um mesmo componente do SNA.
- Integrada – Auditoria realizada com a participação de técnicos de um mesmo componente do SNA.
- Compartilhada – Auditoria realizada com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA.

3 INSTRUMENTOS DE APOIO PARA O TRABALHO DO AUDITOR

Do mesmo modo que os auditores das operadoras de planos de saúde utilizam de instrumentos para auxiliar e realizar o seu trabalho, o auditor que trabalha tanto interno na instituição hospitalar como o auditor do SUS (que irá auditar a instituição) também são munidos de manuais, normas que norteiam seu trabalho.

No entanto, como já citado, as regras, manuais, protocolos são seguidos de forma universal, ou seja, o que serve para um hospital servirá para todos os hospitais, justamente por se tratar de um sistema público.

Ao contrário das operadoras que negociam contratos e tabelas com as instituições prestadoras de serviços de saúde, o SUS solicita vários critérios ao hospital para se credenciar e passar a atender. Critérios estes que estão descritos em portarias, elaboradas pelo Ministério da Saúde. Disponível portaria na AUTOATIVIDADE deste tópico.

A forma de pagamento dos procedimentos é através de códigos que já incluem os materiais, medicações, diárias, taxas que tal procedimento necessita. De modo que uma equipe de profissionais de vasta especialidade desenvolve estudos referente às necessidades e custos que aquele procedimento irá utilizar.

Diante disto, para o auditor interno, ao contrário da auditoria de contas particulares e convênios, e pela falta e/ou insuficiência de mão de obra, não é realizado um trabalho de auditoria de conta aberta, e sim pacote.

Outra auditoria interna que pode ser realizada é a de controle de permanência, desta forma o hospital pode ter o controle de custos de quanto está lucrando ou até mesmo tendo prejuízo com internações que superem o valor do pacote que será pago. O auditor, em conjunto com médico assistente, pode traçar novas maneiras de tratamento que reduzam o tempo de permanência, como, por exemplo: pacientes que permanecem internados somente para receber antibiótico intravenoso, desde que não haja dano no tratamento e saúde do paciente, pode-se entrar em contato com a contrarreferência (unidade básica familiar de saúde) para administrar as medicações para conclusão deste tratamento.

É válido para os auditores internos criarem uma rotina de acompanhamento, preferencialmente semanal, das internações e permanências dos pacientes. Outra forma de controle de custo e possíveis prejuízos para o hospital é realizar a troca de procedimentos, por exemplo: Paciente internou com quadro de pneumonia, solicitou-se AIH com a autorização para este procedimento, porém com o decorrer do tratamento o paciente desenvolveu uma Sepsis, o que pode ser feito é a troca da AIH com o código desta patologia, logo o hospital receberá um pacote de maior valor condizente com a patologia que desencanou.

Ambos os auditores internos ou externos podem utilizar de manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como já citados e ilustrados acima. Porém, como demonstra a figura a seguir, existe um manual exclusivo para auditores.

FIGURA 10 – MANUAL DE ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE AUDITORIA



Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2015.

Já o auditor externo do SUS, conforme está no manual, pode utilizar a Resolução CFC nº 828/1998, que aprova a NBC T 11 IT – 02, que trata de papéis de trabalho e documentação de auditoria. Compreende um conjunto de formulários e documentos que constituem o suporte do trabalho desenvolvido pelo auditor, contendo o registro de todas as informações utilizadas, das verificações a que procedeu e das conclusões a que chegou, formando a evidência do seu trabalho.

O Tribunal de Contas da União considera como papéis de trabalho, entre outros, planilhas, formulários, questionários preenchidos, fotografias, vídeos, áudios, arquivos magnéticos, ofícios, memorandos, portarias, cópias de contratos e outros documentos, matrizes de planejamento e de procedimentos, de achados de auditoria e de responsabilização.

4 FASES DA AUDITORIA

O auditor do SUS, como já salientado, deve seguir os processos, protocolos, manuais, conforme o manual. A auditoria é dividida em fases: analítica e operativa (*in loco*).

4.1 FASE ANALÍTICA

Nesta fase, a equipe de auditoria reúne-se e realiza as seguintes atividades:

- 1) Análise dos documentos e dados disponíveis nos sistemas informatizados, que permitam subsidiar e orientar a fase operativa (SIM, SINASC, SIA, SIH, SIAB, SIOPS, SCNES e outros) e também das informações locais das secretarias estaduais e municipais de Saúde, que devem ser solicitadas e disponibilizadas pelas mesmas. Desta análise deve ser feito o diagnóstico do objeto da auditoria, permitindo um melhor planejamento da fase operativa da auditoria.
- 2) Definição do escopo do trabalho, inclusive as unidades que deverão ser visitadas.
- 3) Elaboração e organização dos “papéis de trabalho” (documentos, relatórios extraídos de sistemas informatizados, planilhas) de acordo com o objeto principal da auditoria.
- 4) Elaboração do relatório analítico a partir das informações levantadas nessa fase.
- 5) Comunicação à entidade a ser auditada sobre a realização da auditoria. Nela devem ser solicitados os documentos que serão disponibilizados à equipe para análise. A comunicação deve preceder a realização da auditoria.

4.2 FASE OPERATIVA (IN LOCO)

Consiste na verificação *in loco* das ações, com exame direto dos fatos e situações, tendo por objetivo sistematizar procedimentos. Esse exame busca confirmar ou não o atendimento às normas e leis, bem como a adequação, conformidade, eficiência e eficácia do processo de trabalho em saúde.

A essência da fase operativa é a busca de evidências que permitem ao auditor formar convicção sobre os fatos. As evidências são as informações que fundamentam os resultados de um trabalho de auditoria. A obtenção e a análise de dados são um processo contínuo, que inclui a coleta e a reunião de documentos comprobatórios dos fatos observados, cuja análise e interpretação têm como objetivo fundamentar o posicionamento da equipe de auditoria sobre os fatos auditados. As evidências validam o trabalho do auditor, sendo consideradas satisfatórias quando reúnem as características de suficiência, adequação e pertinência.

Uma minuciosa busca de evidências, juntamente com a devida utilização dos papéis de trabalho, constituem fundamentos para a elaboração de um relatório de auditoria que retrate, com objetividade e clareza, os resultados apontados no decorrer dos trabalhos.

QUADRO 1 – EVIDÊNCIAS, CONSTATAÇÕES E FONTES DE EVIDÊNCIA

<p>Informações relevantes: evidências, constatações e fontes de evidência</p> <p>Consideram-se evidências as informações colhidas antes, durante ou após a auditoria. Para atender aos objetivos da atividade de auditoria, o auditor deverá realizar, na extensão necessária, os testes ou provas adequadas com vistas à obtenção de evidências qualitativamente aceitáveis e fundamentar, de forma objetiva, suas recomendações e conclusões. É importante para o auditor obter informações representativas e suficientes para confirmar os dados colhidos/apurados, independentemente de se relacionarem com conformidades ou não. A finalidade da evidência é a obtenção de elementos suficientes para sustentar a emissão do parecer, para permitir ao auditor chegar a um grau razoável de convencimento da realidade dos fatos e situações observadas, da veracidade da documentação, da consistência da somatória dos fatos e fidedignidade das informações e registros gerenciais para fundamentar suas constatações.</p>

Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2015.

4.2.1 Etapas dos processos de trabalho da fase operativa

- Apresentação da equipe/reunião de abertura

O coordenador e a equipe de auditores apresentam-se ao gerente da unidade a ser auditada e/ou gestor do sistema, ocasião em que o primeiro entrega o ofício de apresentação e expõe, de forma sucinta, o escopo da auditoria e a previsão de conclusão dos trabalhos. Nessa reunião deve ser solicitado espaço físico para a equipe desenvolver os trabalhos, bem como a designação de um técnico para contato, esclarecimentos e disponibilização de documentos ou o que se fizer necessário. Deverá ser informado ao gestor/gerente que será realizada uma reunião ao final dos trabalhos.

- Recebimento dos documentos solicitados

Nessa fase dá-se o recebimento da documentação previamente solicitada por meio de Comunicado de Auditoria (CA). Se, porventura, houver pendências na entrega de algum documento, esse fato deve gerar novo CA com a estipulação de prazo para entrega ou justificativa formal dos itens não atendidos. A documentação deverá ser formalmente recebida e deve conter a assinatura do responsável. Sempre que as evidências demonstrarem a necessidade de novos documentos comprobatórios, estes deverão ser solicitados.

- **Análise da documentação**

É o exame dos processos, atos formalizados e outros documentos que permitam ao auditor obter evidências suficientes e adequadas para seu trabalho. Entre os aspectos fundamentais para análise de qualquer documento recebido pela auditoria deve-se verificar a autenticidade dos documentos: ausência de rasuras ou emendas; características do papel e de sua impressão; acréscimo de letras, palavras ou frases em documentos digitados ou manuscritos; notas fiscais de outros estados sem visto dos postos fiscais; o correto preenchimento e composição do prontuário médico. Trata-se de procedimento voltado para a comprovação das ações assistenciais e contábeis que, por exigências legais, comerciais ou de controle, são evidenciadas por documentos comprobatórios.

- **Visita às unidades/setores/usuários**

A visita às unidades prestadoras de serviço é uma técnica que permite verificar os fatos que estão sendo auditados, bem como o cumprimento das normas e rotinas estabelecidas. Tem por objetivo verificar a qualidade, propriedade e efetividade da assistência à saúde prestada aos usuários do SUS. Visa, também, à avaliação da execução dos programas, contratos, convênios e outros instrumentos congêneres. Havendo necessidade, poderá ser feita visita a usuários, para realizar entrevista ou fazer outras averiguações. Entrevistar os usuários é parte importante nas auditorias operativas, oportunizando manifestarem-se quanto à sua satisfação em relação aos serviços que lhes são prestados.

- **Acompanhamento ou monitoramento do desenvolvimento dos trabalhos**

Esse é o momento definido pelo coordenador para que a equipe se reúna diariamente em horário previamente estabelecido, para verificar o andamento dos trabalhos, o desempenho de cada integrante da equipe e se tudo o que foi planejado foi executado. Durante os trabalhos de campo é importante que o coordenador avalie os prazos estimados inicialmente e a necessidade de redimensioná-los. Caso necessário, tomar as providências cabíveis.

- **Reunião de encerramento**

A equipe de auditoria deve reunir-se com o responsável pelo órgão auditado, ou com alguém designado por ele, ao final dos trabalhos, quando o coordenador apresentará as conformidades e não conformidades julgadas pertinentes de serem abordadas, segundo critério técnico da equipe. Por exemplo, é relevante ressaltar a melhora de um indicador; a constatação de falta de medicamentos essenciais, ou falta de contrapartida no financiamento; orientando o gestor quanto ao uso indevido de recursos que porventura esteja ocorrendo por falta de conhecimento etc.

4.3 RELATÓRIOS DA AUDITORIA

Os resultados dos trabalhos de uma auditoria são consubstanciados no Relatório de Auditoria. Para cada auditoria realizada o auditor deverá elaborar relatório que refletirá os resultados dos exames efetuados, de acordo com o tipo de auditoria. O relatório deve seguir um padrão, admitindo-se adaptações necessárias à interpretação e avaliação dos trabalhos. Sua apresentação deve ter sequência lógica, linguagem compatível, isenta de erros e rasuras e ser conclusivo para permitir a formulação de constatações em relação ao que foi verificado. As informações quanto às ações, fatos ou situações observadas devem reunir, entre outras:

- Escopo e objetivo da auditoria.
- Identificação da equipe de auditoria.
- Identificação do auditado.
- Data da auditoria.
- Documentos auditados e/ou relacionados.
- Descrição das não conformidades encontradas.
- Apreciação/conclusão das auditorias quanto à importância das não conformidades detectadas e sua influência na efetividade do sistema ou serviço.
- Sugestões de encaminhamentos do relatório.

4.4 NOTIFICAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS

O direito de defesa é uma garantia constitucional. No âmbito do SNA, o Decreto nº 1.651/95, em seu art.10, estabelece que, em caso de qualquer irregularidade, fica assegurado o amplo direito de manifestação do auditado. Os notificados terão um prazo de 15 dias, com possibilidade de prorrogação por mais 15, para apresentação das justificativas. Caso não seja possível entregar a notificação ao responsável pela unidade auditada, haverá a publicação em Diário Oficial da União (DOU) para garantir o amplo direito de defesa dos notificados.

O relatório de auditoria preliminar contendo somente as constatações de conformidades e não conformidades é o documento que deve ser encaminhado para o responsável pela unidade auditada/gestor, acompanhado da planilha de ressarcimento, se couber, e da planilha de qualificação dos responsáveis, anexando o expediente que estabelecerá os fluxos e prazos para que o mesmo apresente suas justificativas quanto às constatações da auditoria. O relatório de auditoria somente estará completo após a análise criteriosa das justificativas apresentadas com a consequente elaboração das conclusões.

4.5 APRESENTAÇÕES DAS JUSTIFICATIVAS DO AUDITADO (HOSPITAL)

A análise das justificativas deve ser realizada pela equipe que participou da auditoria, em função do grau de conhecimento da ação. Quando não for possível a análise pela equipe que participou da ação, essa deverá ser feita por outros técnicos da mesma unidade de auditoria.

4.6 ENCERRAMENTOS DA AUDITORIA

A auditoria é encerrada após:

- A análise das justificativas, ou
- Transcorrido prazo estabelecido sem apresentação de justificativas pelo auditado.

Ressalta-se que, em qualquer momento, o auditado pode apresentar justificativas por não acatar o conteúdo do relatório ou por apresentar novas justificativas. Nesses casos, será elaborado um relatório complementar.

5 ENCAMINHAMENTOS E ACOMPANHAMENTOS DAS RECOMENDAÇÕES

Após o encerramento da auditoria, encaminha-se o relatório final ao gestor estadual de saúde, ao gestor municipal e da unidade auditada, às instituições que solicitaram a auditoria e ao conselho de saúde respectivo, bem como aos conselhos de classe, caso seja necessário, e ao Ministério Público Federal e Estadual, conforme o Decreto nº 1.651/95, art. 3, inciso III.

No acompanhamento e na avaliação da implantação das ações corretivas devem ser consideradas:

- A resposta escrita do auditado sobre a implantação da ação corretiva e sua efetividade.
- A confirmação/comprovação de que a ação corretiva foi implantada e se mostrou efetiva, conforme programado, por meio de ações de supervisão ou acompanhamento continuado por período determinado, quando for o caso.

Se houver persistência das distorções e/ou impropriedades, deverá haver notificação aos órgãos competentes de forma a desencadear outras medidas corretivas, como:

- Ministério Público: para conhecimento e providências cabíveis ou para o estabelecimento do competente “Termo de Ajuste de Conduta”.
- Ministério da Saúde/secretarias estaduais e secretarias municipais: para conhecimento e providências cabíveis. Ex.: Revisão de contratos/convênios, suspensão de repasse e outros. Ao conselho de saúde correspondente para o exercício do controle social.
- Ao Colegiado Gestor Regional (CGR) conforme estabelecido no pacto de gestão.

É função da auditoria promover o processo educativo buscando a melhoria da qualidade do atendimento e a satisfação do usuário. O componente do SNA deverá prestar cooperação técnica direta ou mediar esta cooperação, a ser realizada por área técnica específica conforme o assunto a ser tratado.



Como sugestão de leitura segue o link da portaria que registra e decreta os critérios que uma instituição hospitalar necessita para atender a pacientes pelo Sistema Único de Saúde: **PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011.**
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>.

LEITURA COMPLEMENTAR

AUDITORIA DE GESTÃO COMO FERRAMENTA APLICADA À ECONOMIA DA SAÚDE

O trabalho de auditoria tem ganhado destaque a partir da dinâmica adquirida pelo setor da saúde nos últimos tempos. Este cenário de mudanças vem sendo intitulado por Oliveira como a “Nova Saúde Pública” no país e é caracterizado por um novo contexto político-normativo. Alguns fatores contribuíram para o seu fortalecimento como ferramenta de gestão pública, a saber: a Constituição de 1988, a implementação de bases políticas normativas, como as Leis Orgânicas da Saúde, o Pacto pela Saúde de 2006, o Programa Mais Saúde e o Decreto nº 7.508, de 2011, por exemplo.

É válido comentar que a auditoria nem sempre foi assim. Ao longo da história, a auditoria passou de um olhar restrito, estático, fiscalizador e punitivo para uma abordagem ampla, dinâmica, sistemática e também pedagógica. Isso permitiu a identificação e adoção de estratégias para controle das ações e serviços oferecidos e demandados para a máquina pública. Contudo, há muito que se avançar nas discussões acerca dos métodos, estratégias de trabalho, instrumentos, parâmetros e indicadores, bem como otimização do recurso orçamentário e gestão econômica.

A questão da aplicação desta ferramenta na economia da saúde, por exemplo, parte da necessidade de análise sistemática dos planos e orçamentos associada à incorporação de uma rotina para o serviço de auditoria que possibilite o monitoramento e avaliação do investimento no setor público. Isso caracteriza o desenvolvimento de uma prática de Auditoria de Gestão e não apenas de verificação de conformidade das bases normativas.

A Auditoria de Gestão trata de uma revisão e avaliação da qualidade e oportunidade da informação. Em geral, tem se mostrado uma ferramenta relevante no processo de avaliação da adequação dos programas e da existência de controle efetivo sobre as receitas e despesas. Neste sentido, contribui, sobremaneira, para a realização de análises econômicas na saúde. Pode ser utilizada, ainda, para avaliar se são contemplados os princípios de eficiência, eficácia e economicidade acerca das ações e serviços da administração pública.

Desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição de 1988, a temática de economia tem permanecido em debate. Dentre os pontos críticos que subsidiaram esta discussão, pode-se citar: a insuficiência dos recursos, o crescimento dos custos, a ineficiência e ineficácia de sua utilização. Desta forma, está claro que a temática de financiamento estabelece relação condicionante em relação à eficiência esperada do sistema.

O que se tem visto é uma adequabilidade de alguns gestores para efetivar uma política de saúde na contramão ao que tem sido gerado em parte pela força política e ideológica do modelo hegemônico. Isso tem comprometido o sistema como um todo, uma vez que o setor saúde necessita de um plano com objetivos, metas e recursos orçamentários descritos; caso contrário, a função de gestão estará associada à atividade reativa como resposta a alguma ação inesperada e/ou indesejada.

No bojo de sua crise de financiamento, foram aprovadas algumas bases normativas com o objetivo de acompanhar o fluxo das receitas e sua aplicação. Para isso, foi estruturado o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e disponibilizada uma série de indicadores para acompanhamento do financiamento e gasto em saúde nos três níveis de governo. Este sistema foi regulamentado pelas portarias interministeriais nº 529, de 30 de abril de 1999, e nº 1.163, de 11 de outubro de 2000, publicadas pelo Ministério da Saúde e pela Procuradoria Geral da República e conforma-se como uma importante fonte de dados a ser utilizada pelos órgãos de controle para o acompanhamento e fiscalização da máquina pública, bem como a gestão e avaliação das ações no âmbito do SUS 10.

Diante da complexidade de financiamento e alocação de recursos em saúde pública, a incorporação de revisões periódicas e sistemáticas dos procedimentos gerenciais tem sido exigida como pré-requisito para a gestão pública e constitui uma preocupação comum aos gestores contemporâneos. Essa tendência analítica foi absorvida pela Auditoria de Gestão como alternativa para auxiliar a direção na consecução das metas e objetivos propostos estrategicamente.

Neste contexto, este ramo da auditoria se propõe a compor uma das macrofunções de gestão, a partir da realização de análises sistemáticas de todo o processo de tomada de decisões. Isso se justifica pelo fato de que o setor público deve obrigatoriamente publicar prestação de ações, serviços e contas aos órgãos de controle da máquina pública. Além disso, deve fornecer a satisfação das necessidades sociais em contínua expansão. Tal fato tem gerado a necessidade de incorporação de uma gestão rigorosa dos recursos públicos para poder cumprir suas obrigações sociais internas.

Fonte: **GOUVEIA, Aurilúcia Mendes et al.** Auditoria de gestão como ferramenta aplicada à economia da saúde. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/146/138>>. Acesso em: 20 jan. 2016.



RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico vimos os seguintes assuntos:

- Etapas da auditoria, e protocolos que devem ser seguidos pelo auditor externo do SUS e auditor interno da instituição hospitalar.



1 Ao contrário da auditoria nas operadoras de saúde do sistema privado, que são orientadas e seguem os regimentos da ANVISA, o SUS estabelece padrões, protocolos, normativas, que devem ser seguidos em igualdade por todas as instituições de saúde da esfera nacional, ou seja, todas as instituições credenciadas ao SUS deverão seguir estes protocolos. Relatado este fato, ligue as colunas referentes às três formas de operacionalização:

- a. Direta () Auditoria realizada com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA.
- b. Integrada () Auditoria realizada com a participação de técnicos de um mesmo componente do SNA.
- c. Compartilhada () Auditoria realizada com a participação de técnicos de um mesmo componente do SNA.

PROCESSAMENTO E ARMAZENAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS

1 INTRODUÇÃO

Como qualquer órgão público, a saúde necessita ter seus indicadores que demonstrem as atividades desenvolvidas, para tal são emitidos relatórios que são disponibilizados não só para gestores tanto dos hospitais como o sistema, mas também para toda a população que se interesse em acompanhar os avanços e trabalhos realizados no âmbito nacional para a saúde.

Neste tópico veremos os relatórios que são utilizados e para qual finalidade estão destinados. Todos eles estão descritos e explicados no Manual de Orientações Técnicas do Sistema de Informações Hospitalares – SIH e Sistemas de Informações Ambulatoriais – SIA.

Deste modo, por esse conteúdo tratar-se de internações hospitalares, o foco será no SIH. Este Manual, assim como os demais, são presididos pelo Ministério da Saúde.

2 RELATÓRIOS DE SAÍDAS DOS EFETIVOS DO SISTEMA SIH/SUS

O SNA utiliza de vários sistemas para análise do andamento dos atendimentos, crescimento da população, enfim, para acompanhar a situação em que se encontra a saúde brasileira e traçar novos objetivos e melhorias. Alguns destes sistemas são:

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Fornece o número de nascidos vivos, as características da mãe, do parto e da criança ao nascer. Compõe os dados para o cálculo da taxa de mortalidade infantil, cujo denominador é o número de nascidos vivos.

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

Informa as doenças de notificação obrigatória (diarreias, dengue, malária, meningite) que estão ocorrendo, em qual localidade, a idade e o sexo das pessoas.

SISVAN – Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional

Fornece as características das crianças na faixa etária de zero a cinco anos e das gestantes, identificando inclusive o número de gestantes desnutridas.

SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica

Fornece informações sobre os Programas: Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, quanto ao número de nascidos vivos, número de crianças menores de dois anos, pesadas e vacinadas, as gestantes cadastradas, número de hipertensos, diabéticos, hansenianos e tuberculosos, o número de visitas domiciliares e o número de consultas realizadas por médicos e enfermeiros.

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Fornece o número de óbitos ocorridos no município e no estado, a causa determinante da morte por idade, sexo e localidade. Subsidia também o cálculo da taxa de mortalidade infantil e mortalidade materna, entre outras.

RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde

Integrada à internet, promove acesso e intercâmbio de informações em saúde para gestão, planejamento e pesquisa aos gestores, agentes e usuários do SUS.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

Disponibiliza dados básicos, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências no país, para melhorar a capacidade operacional de formulação, coordenação e gestão de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população.

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Informa a capacidade instalada de municípios, isto é, o número de postos de saúde, policlínicas, maternidades, prontos-socorros, consultórios médicos e odontológicos, entre outros. Informa também a produção ambulatorial, ou seja, o número de procedimentos realizados.

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Informa o número de hospitais existentes, sua capacidade em quantitativo de leitos, o tempo médio de permanência do paciente no hospital, quantos são públicos ou credenciados pelo SUS. É o sistema que processa as Autorizações de

Internações Hospitalares (AIH), disponibilizando informações sobre os recursos destinados a cada hospital que integra o SUS e as principais causas de internação (parto normal, insuficiência cardíaca, cesarianas e outras).

Este documento contém orientações sobre o SIA e o SIH/SUS, obtidas a partir de dados disponibilizados em relatórios efetivos e eventuais, gerados por esses sistemas. Essas orientações objetivam subsidiar os técnicos do DENASUS que atuam em atividades de auditoria, no contexto do SNA federal, estadual e municipal.

2.1 RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DOS HOSPITAIS

QUADRO 2 – RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DOS HOSPITAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DOS HOSPITAIS											
FNS/DATASUS		SMHA1H53											
SIH-SUS													
ESTADO													
PAG. 35													
				LEITOS	CONTR.	TOTAL	ENDEREÇO						
C. G. C.	= 83899526/0001-82	NATUREZA HOSP.	= 90	CIRURGIA	= 60	60	LOGRADOURO	=	CAMPUS UNIVERBIT				
HOSPITAL	= BANCO DO BRASIL S. A.			OBSTETRÍCIA	= 36	36	NÚMERO	=	00000				
AGÊNCIA	= FLP. CENTRO	QUANT	AIH	CL. MÉDICA	= 89	89	COMPLEMENTO	=	0				
			VALOR	F.P.T.	= 1	1	BAIRRO	=	TRINDADE				
C. BANCO	= 000167	APRES.	PAGAS	PSIQUIATRIA	= 1	1	MUNICÍPIO	=	FLORIANÓPOLIS				
C/C	= 555680029	NO	601 575	TISICOLOGIA	= 0	0	CEP	=	88040-000				
		MÊS											
UTI	= 15	FIDEPS	= 75%			42	42	MUNICÍPIO	=	20.053/0			
		PEDIATRIA						UF	=	SC			
SITUAÇÃO	= O.K.			REABILIT.	= 0	0							
				PSQ. HOSP. DIA	= 0	0							
PONTOS SP	= 180363	VALOR SP	= 47.516,4	RESÍDUO	= 0,00	0,00	DESC. OR NO MÊS	=	0,00				
			5	ADIANT.									
PONT. SADT	= 70260	VAL. SADT	= 11.138,1	DESC. ADIANT.	= 0,00	0,00	DESC. OR EXERC.	=	0,00				
			9	MÊS									
VALOR OFM	= 15,99	VL SANGUE	= 1.516,02										

FONTE: Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/ORIENTACAO%20TECNICA%20SIA%20E%20SIH%20_2004-JUL.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

É um relatório global, emitido por competência, com várias unidades hospitalares em uma mesma listagem. A identificação da unidade de saúde é feita pelo CNPJ, que vem apresentado em ordem crescente. Constatam ainda nome, natureza, quantidade de leitos, dados da conta bancária, endereço etc.

Entre os dados cadastrais a serem analisados neste relatório, temos:

1. NATUREZA: O número representa a classificação recebida pelo hospital.
2. CAPACIDADES INSTALADA E CONTRATADA: O número de leitos existentes e o número de leitos que foram contratados para atendimento aos pacientes do SUS vêm definidos por especialidade. Na verificação *in loco*, estes números devem ser conferidos. São dados importantes principalmente levando-se em conta a análise da quantidade de AIH utilizadas X média de permanência, que vai refletir a taxa de ocupação.

3. UTI: Informa a quantidade de leitos de UTI contratados. Reveste-se de importância quando comparado com outros relatórios, para fins de cálculo da média de permanência do hospital e a taxa de ocupação da UTI.
4. FIDEPS: É o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Superior utilizado para hospitais de ensino integrantes do SIH/SUS, cuja classificação poderá enquadrar o estabelecimento em percentuais de 25%, 50% ou 75%, e o pagamento é por valor global mensal.
5. IVHE: Índice de Valorização Hospitalar de Emergência, solicitado pelo hospital e concedido àqueles que possuem emergência durante 24 horas, conforme PT/GM/MS 1692/95. O valor pelo qual o hospital terá direito varia de 10%, 15%, 25% sobre o faturamento de cada AIH, também relativos ao SH, SP e SADT.
6. QUANTIDADES DE AIH APRESENTADAS E PAGAS: A diferença entre estes dois campos fornece o número de AIH rejeitadas. A incidência destas permite inferir sobre a atuação do controle exercida pelo gestor.
7. VALOR: É o total destinado ao hospital pelos Serviços Hospitalares - SH prestados durante as internações ocorridas e pagas.
8. PONTOS E VALORES DE SP E SADT: Apresenta os totais em pontos dos profissionais e do SADT, com os respectivos valores, concernentes às AIH pagas.
9. VALOROPMESANGUE: São os valores pagos referentes à utilização de órteses, próteses e materiais especiais, bem como aos procedimentos transfusionais realizados.
10. ADIANTAMENTOS E DESCONTOS: Eventuais sobras de adiantamentos concedidos aos hospitais e seus descontos de Ordem de Recebimento – OR tanto no mês quanto no exercício, vêm discriminados neste relatório, podendo-se fazer um acompanhamento destas situações, principalmente no caso de incidência de muitas OR.

Este relatório é de grande valia, não somente para a área técnica, como também para a área contábil. Dá uma visão global do hospital quanto às suas condições técnicas e gastos dos seus diversos serviços. É relevante que se frise a importância da sua correlação com outros relatórios.

2.2 DEMONSTRATIVOS DAS AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO

QUADRO 3 – DEMONSTRATIVOS DAS AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO

SUS/FNS PAG. 11628 LSMHA1H76 FLS. 175		RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DAS AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO 3476 - 11/03/03											
		HOSPITAL - 83899526/0001-82											
ESP	NUM. AIH RECEM NATO	ID	PROCED. SEM RATEIO	ALTA	UTI	AC	SERV. HOSP. ANALGESIA	SERV. PROF. PED 1 CONS	PTOS	SADT	PTOS SANGUE	OPM	QUADRO MÉDICO AUDITORIAS ESPECIAIS
1	1553129413	1	3201704 0203		01		1031,79	299,56	11,29	122,60	176	0,00	0,00 9900311
							0,00	0,00					
1	1553129413	3	3201704 0203						0		32		
1	1572907260	1	3201704 0203				890,81	308,73	1093	101,70	344	0,00	0,00 9900311
							0,00	0,00					
4	1572907268	5	8550074 0203				506,30	46,30	180	58,00	00	0,00	0,00
							0,00	0,00					

Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/ORIENTACAO%20TECNICA%20SIA%20E%20SIH%202_2004-JUL.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

Relatório individualizado por hospital, que reflete todos os serviços prestados e pagos através da AIH. Apresentado sob a forma de colunas, conforme a seguir:

- 1ª coluna (ESP): Número que representa a especialidade na qual houve a internação do paciente. A título de exemplo: nas internações em cirurgia, o número é 1 e em pediatria o número é 7.
- 2ª coluna (NUM. AIH): É o número da AIH, disposta em ordem crescente por especialidades. Algumas AIH terão seu número repetido quando houver utilização da AIH de continuação; (RECÉM-NATO): Na AIH de obstetria aparece nesta coluna o valor da consulta do pediatra realizada na sala de parto.
- 3ª coluna (ID): Representa a identificação da AIH. O número 1 significa utilização da AIH inicial; o número 3 é empregado para a(s) AIH(s) de continuação, toda vez que for preenchido totalmente o campo Serviços Profissionais da AIH inicial, o que só poderá ser repetido cinco vezes, ou seja: 14 linhas do campo da 1ª AIH e mais cinco vezes as 14 linhas das AIHs de continuação, perfazendo um total de 84 lançamentos; o número 5 significa AIH de Longa Permanência.
- 4ª coluna (PROCED): É o procedimento que foi pago, relativo àquela AIH; (SEM RATEIO): Nesta coluna aparece o valor dos procedimentos que são pagos sem rateio lançados no quadro “Serviços Profissionais”. Ex.: tomografia computadorizada e ressonância magnética em AIH de neurocirurgia especializada; incentivo ao parto; medicamentos em AIH de transplante; nutrição enteral etc.
- 5ª coluna (ALTA): É o mês da alta do paciente. A verificação deste campo mostra qual é a competência que está sendo cobrada naquele processamento. Permite

- verificar ainda se está havendo atraso na cobrança das AIH (AIH do mês 6 cobrada no mês 10, por exemplo).
- 6ª coluna (UTI): Discrimina o quantitativo de diárias de UTI pagas durante a internação. É um dado importante a ser considerado, em função dos procedimentos em que as diárias de UTI são mais utilizadas.
- 7ª coluna (AC): São as diárias de acompanhante em número, pagas por AIH.
- 8ª coluna (SERV. HOSP): É o valor pago a todos os Serviços Hospitalares – SH relativos a material, medicamentos, taxas e serviços de hotelaria. É comum o aparecimento de AIH com procedimentos iguais e diferentes valores pagos pelos SH. Os serviços hospitalares são onerados sempre que são utilizadas “diárias de UTI, diárias de acompanhante, permanência a maior, diárias de recém-nato, procedimentos especiais de alto custo”. (ANALGESIA): Nesta coluna aparece o valor dos honorários do anestesista nas AIH em que estes honorários não entram no rateio de pontos. Ex.: AIH de parto; cesariana; queimados.
- 9ª coluna (SERV. PROF): É o valor pago por todos os Serviços Profissionais – SP utilizados durante a internação, sejam médicos e/ou odontológicos, em que tenha sido prestado atendimento ao paciente, independente da especialidade. Os valores dos SP são onerados sempre que for utilizada “permanência a maior e diárias de recém-nato”. Desta forma, a coluna pode apresentar valores diferentes para AIH com procedimentos iguais; (PED 1 CONS): Nesta coluna aparece o valor da 1ª consulta do pediatra realizada no berçário.
- 10ª coluna (PTOS): Dá o total dos pontos lançados na AIH correspondente aos Serviços Profissionais – SP em relação ao procedimento pago, conforme tabela do SIH/SUS, já constando acréscimos de pontos, decorrentes de atos realizados durante a internação, como, por exemplo: pontos correspondentes ao procedimento principal (cirurgia), mais os pontos correspondentes a um parecer dado (cardiologia).
- 11ª coluna (SADT): É o valor pago por todos os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT realizados durante a internação. Também nesta coluna pode-se encontrar valores diferentes para AIH com os mesmos procedimentos. Isto porque os SADT podem ser onerados quando houver utilização de UTI e permanência a maior.
- 12ª coluna (PTOS): É o total de pontos correspondentes aos SADT daquela internação. Pode ser encontrado “zero” como total de pontos, e concomitantemente na 11ª coluna (valor do SADT) ser encontrado um valor pago pelos SADT, significando que, embora não tenham sido realizados SADT durante a internação, o valor correspondente aos mesmos foi pago, em função da forma de remuneração dos serviços prestados pelo Sistema, que é feita “em pacote”. Com isso, o valor do ponto relativo ao SADT poderá ser maior.

13ª coluna (SANGUE): Dá o valor pago aos procedimentos transfusionais utilizados naquela internação, excetuando-se: concentrados do fator VIII humano (92-017-01-0), fator IX coagulação humana (92-021-01-8) e fatores II, VII, IX, X da coagulação (92-033-01-6), que são lançados no campo de Procedimentos Especiais da AIH, onerando os Serviços Hospitalares (8ª coluna anteriormente descrita).

14ª coluna (OPM): Correspondente ao valor pago a todas as OPM utilizadas durante a internação.

15ª coluna (QUADRO MÉDICO AUDITOR/ATOS ESPECIAIS): Nesta coluna encontram-se os diferentes códigos de todos os lançamentos efetuados na AIH em seu campo Procedimentos Especiais e Serviços Profissionais. O relatório de saída exibe como indicador do 1º campo um asterisco (*) e do 2º um sinal de mais (+); O Relatório Demonstrativo de AIH Pagas no Processamento é de grande valia na seleção das AIH com indicativos de irregularidades, para realização de auditoria operativa, à medida que permite identificar se o procedimento é indevido (cirurgia de pequeno porte com excesso de cobrança de sangue, cirurgia múltipla realizada na mesma via de acesso etc.), e, a partir daí, proceder-se à busca da AIH com indicativo.

2.3 COMPARATIVOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS COM AIH PAGAS E OPME UTILIZADAS

É um relatório discriminativo de todas as OPM utilizadas no Estado, por unidade, durante uma determinada competência.

É apresentado formatado em colunas, identificando-se:

- Hospital pelo CNPJ.
- Número da AIH, por ordem crescente.
- Procedimento solicitado (que nem sempre necessita coincidir com o procedimento realizado).
- Procedimento realizado, seguido do código do produto utilizado.
- Quantidade do produto que foi utilizado.
- Nome do procedimento, seguido do(s) nome(s) do(s) produto(s).
- Nome do hospital.
- Número da nota fiscal, ou dos últimos números do documento de importação, quando utilizado material importado.

Este relatório permite:

- a) Verificar a compatibilidade do material utilizado com o atendimento prestado, o que já é feito pelo Sistema. Sendo esta crítica flexível, é importante a análise detalhada deste item, se considerarmos que para procedimentos iguais podem ser utilizadas quantidades diferentes de produtos.

- b) Comparar, em relação a um mesmo procedimento, a utilização da OPM pelos diversos hospitais (diferenças significativas em relação ao tipo, quantidade etc.).
- c) Verificar a frequência da Nota Fiscal (uma mesma nota fiscal é apresentada para variados tipos de procedimentos em que se usou OPM).

2.4 FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS – TAB

Os relatórios são apresentados em formato de colunas, por frequência de procedimentos, entre outros:

- 1ª coluna: Procedimentos Realizados – Código e nome do procedimento.
- 2ª coluna: Freq. - Informa a frequência dos procedimentos (Quantidade).
- 3ª coluna: Val. Tot. – Informa o valor total pago por procedimentos.
- 4ª coluna: Val. Médio – Informa o valor médio por procedimentos.
- 5ª coluna: Méd. Perm. – Informa a média de permanência por procedimento.
- 6ª coluna: Óbitos – Informa o número de óbitos ocorridos por procedimentos.
- 7ª coluna: Diárias UTI – Informa o nº de diárias de UTI pagas por procedimentos.

O programa TAB foi desenvolvido com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos DBF que constituem os componentes básicos dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde.

O TAB permite identificar a pertinência da frequência dos procedimentos quanto ao porte do hospital, verificar as condições técnico-operacionais da unidade para atendimento aos procedimentos, inclusive os mais complexos. Exemplos: realização de cirurgias múltiplas num hospital de pequeno porte; septicemias em excesso.

Relatórios gerenciais de apoio podem ser criados com adoção de diferentes tabulações, como também podem ser criados por municípios e/ou estados.

O TAB também propicia:

- Relacionar a frequência por procedimentos. Recomenda-se que sejam extraídos pelo menos os 50 procedimentos mais frequentes.
- Comparar hospitais de mesmo porte e de portes diferentes.
- Cruzar os diversos relatórios: Estado X Município, Estado X Hospital, Município X Hospital, Hospital X Hospital, revelando vários outros dados e ampliando a busca de informações.
- Identificar situações sazonais.
- Identificar a média de permanência por procedimentos.
- Identificar valor médio por procedimentos.

- Identificar o quantitativo de óbitos por procedimentos.
- Identificar o quantitativo de diárias de UTI pagas por procedimentos.
- Identificar o quantitativo de diárias cobradas por procedimentos.

2.5 PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

É um relatório idêntico ao anterior, onde estão descritos os arquivos do Tipo Procedimentos Especiais – PE.

Estes dois últimos relatórios são de grande importância na pré-auditoria, pois podemos obter indicativos de distorções importantes, objetivando, dessa maneira, a realização de Auditoria Operativa.

Mostramos exemplos de evidências:

- Cobrança indevida de politraumatizado, cirurgia múltipla, tratamento da AIDS e procedimentos sequenciais em neurocirurgia.
- Permanência hospitalar baixa ou alta, em relação ao procedimento cobrado.
- Excesso de cobrança de procedimentos especiais, como, por exemplo: excesso de tomografia computadorizada e alta incidência de diárias de UTI.
- Alta incidência de determinados procedimentos em relação ao total realizado no Município/Estado.

2.6 RELATÓRIOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS

Este relatório é de grande importância na auditoria, principalmente na fase operativa, quando devem ser confrontados os dados do presente relatório com o espelho da AIH apresentado pela unidade auditada.

Sua análise permite identificar desvios de honorários médicos ou SADT, em nome de terceiros que não participaram da assistência ao paciente ou até mesmo pessoas/empresas estranhas à unidade.

Também identifica desvios de OPM em nome de empresas que não forneceram o material ou cobrança no CNPJ do hospital quando deveria ser do fornecedor. O mesmo ocorre com a hemoterapia, quando são desviados para o CNPJ do hospital os procedimentos hemoterápicos realizados pelos hemocentros.

3 RELATÓRIOS DE SAÍDAS EVENTUAIS DO SISTEMA SIH/SUS

Grupo constituído pelos documentos de consulta eventual, a depender da necessidade.

São relatórios de consulta menos frequentes e fornecem maiores subsídios quando cruzados com outros relatórios.

- Relatório Discriminativo de Pagamento de Serviços/Órtese, Prótese e Material Especial – OPM e OPM Tipo 7.
- Relatório de Autorizações de Internações Hospitalares Apresentadas (RLAA).
- Relatório Demonstrativo de Descontos das OR.
- Cadastro de Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT.
- Relatório Resumo de OPM Pagos.

3.1 DISCRIMINATIVOS DE PAGAMENTOS DE SERVIÇOS/OPME

Relatório onde são discriminados todos os serviços realizados pelo prestador, o pagamento individual de cada serviço, o valor total bruto e eventuais descontos, tais como Imposto de Renda. É um “contracheque” de quem presta serviços ao SUS, pelo SIH e é encaminhado somente à unidade prestadora de serviços.

Por serviços realizados entende-se: serviços profissionais, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia - SADT, atendimento ao recém-nato na sala de parto, transfusões sanguíneas, utilização de OPM e outros.

3.2 AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES APRESENTADAS

É um relatório condensado por Estado, apresentado em formato de quadros, onde cada um representa um grupo de hospitais de mesma natureza. Por natureza entende-se a caracterização do hospital segundo seus objetivos, padrão técnico, complexidade, fins lucrativos ou não, entre outros.

Os hospitais podem ser classificados, quanto à sua natureza, da seguinte forma:

- 20 - Hospitais Privados com Fins Lucrativos
- 22 - Hospitais Privados Optantes pelo SIMPLES
- 30 - Hospitais Públicos Federais

- 40 – Hospital Público Estadual
- 50 - Hospitais Públicos Municipais
- 60 - Hospitais Privados sem Fins Lucrativos
- 61 - Hospitais Filantrópicos com CNAS válido
- 80 - Hospitais de Sindicato

O Relatório de Autorizações de Internações Hospitalares Apresentadas discrimina todos os valores pagos e AIH apresentadas e/ou pagas, por natureza do hospital. Um dado importante obtido com este documento é o valor médio pago a cada AIH, por natureza do hospital, incluindo-se todos os atendimentos prestados (SH + SP + SADT + OPM + SANGUE).

O valor médio da AIH é importante para se avaliar a característica da rede hospitalar. Um hospital de pequeno ou médio porte, por exemplo, para chegar a possuir um valor médio por AIH próximo ao de um hospital universitário, deverá ter condições técnicas operacionais de atendimento que justifiquem este elevado custo, caso contrário, poderá constituir indício de irregularidades.

Outro dado é a prioridade de distribuição da AIH, para a rede privada em detrimento de hospitais públicos, que pode espelhar a forma como vem sendo realizado, pelo gestor, o gerenciamento das internações.

Outra condição que pode ser analisada no relatório é a evolução histórica do valor médio da AIH no Estado, por natureza e suas oscilações, comparando-a até mesmo com períodos de outros anos.

3.3 DEMONSTRATIVO DE DESCONTOS DAS OR

As Ordens de Recebimento (OR) são discriminadas em um relatório estadual. Identifica competência, hospital que deverá efetuar o recolhimento, órgão emissor da OR, data da emissão, valor, bem como a posição de quitação ou não. Pode-se acompanhar se houve o recolhimento sugerido nos trabalhos de auditoria.

3.4 CADASTROS DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

É um relatório mensal que trata do cadastro dos profissionais que prestam serviços aos pacientes internados nos hospitais do SUS e SADT. Identifica conta bancária, endereço, e, no caso dos profissionais, a especialidade na qual praticam as internações dos seus pacientes, bem como o tipo de vínculo que mantêm com o Sistema. Essa identificação é utilizada para se esclarecer dúvidas quanto ao próprio cadastro do prestador.

LEITURA COMPLEMENTAR

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA AUDITORIA EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil não existem registros da data correta do início da auditoria em saúde, mas Mezomo (2001) informa que, em 1952, foi criada a Lei Alípio Correia Neto, na qual era dever dos hospitais filantrópicos a documentação das histórias clínicas completas de todos os pacientes.

Até a década de 1960, a política de saúde do país estava a cargo das caixas de assistência e benefícios de saúde, que haviam sido criadas em 1923 e atendiam a seus associados e dependentes agrupados de acordo com a categoria profissional a que pertencia o trabalhador. Com a unificação dos institutos, em 1967, para atender a demanda no campo da saúde, dois fatos novos surgiram: o primeiro ligado à necessidade da compra de serviços de terceiros, e o segundo, relacionado à importância do atendimento à clientela, de maneira individualizada, por classe social e pelo direito de escolha do atendimento. Essa terceirização levou o governo, como órgão comprador, a adotar medidas analisadoras, controladoras e corregedoras, prevenindo o desperdício, a cobrança indevida e a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos. Para garantir o programa proposto e a integridade do sistema em funcionamento, tornou-se necessária a criação de um quadro de pessoal habilitado em auditoria médica, surgindo, assim, o corpo funcional de auditores da previdência social (PEREIRA, 2010).

Posterior a isso, em 18 de julho de 1966 foi fundada a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatístico (MEZZOMO, 2001). No início dos anos de 1970 surge a necessidade de um sistema de controle e avaliação da assistência médica, tanto por parte do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), quanto por parte do Sistema Supletivo. Esta necessidade foi consequência das descobertas de fraudes e outros desvios graves, com a evasão de recursos financeiros, tanto no sistema público quanto no suplementar (PEREIRA, 2010).

Em 1970, alguns hospitais iniciaram sua própria prática de auditoria para avaliação dos aspectos técnicos, éticos e administrativos do desempenho da equipe 23 de saúde (FONSECA et al., 2005). Em 1976, o Ministério da Previdência sistematizou a avaliação dos serviços médicos prestados por meio da auditoria médica e administrativa das contas a serem pagas.

O Sistema Supletivo também trilhou o mesmo caminho e, na década de 1980, se consolidou em definitivo o sistema de auditoria em saúde no Brasil (ALBUQUERQUE et al., 2008). As chamadas contas hospitalares transformaram-se em Guia de Internação Hospitalar (GIH) e as atividades de auditoria foram estabelecidas como Controle Formal e Técnico (BRASIL, 2012).

Em 1978 é criada a Secretaria de Assistência Médica, subordinada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e surge a necessidade de aperfeiçoar a GIH, que foi substituída, em 1983, pela Autorização

de Internação Hospitalar (AIH), no então criado Sistema de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS). É nesse ano que se reconhece o cargo de médico auditor e a auditoria passa a ser feita nos próprios hospitais, sendo criada a Coordenadoria de Controle e Avaliação, nas capitais, e o Serviço de Medicina Social, nos municípios (BRASIL, 2012).

Em 1988, a própria Constituição Federal (BRASIL, 1988) impõe a necessidade dos processos de auditoria, sendo que seu art. 197 dispõe: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, art. 197).

De acordo com Caleman, Sanchez e Moreira (1998), na Constituição Federal de 1988 foi criado o SUS, que instituiu o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo.

Em 1990, a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), regulamentada recentemente pelo Decreto nº 7508/11, ao prever a criação do Serviço Nacional de Auditoria (SNA), estabeleceu as instâncias de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, ficando reservada à União a competência privativa para estabelecer o SNA e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal (MELO; VAITSMAN, 2008).

O SNA foi criado, finalmente, em 1993, instituído pelo artigo 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993) e regulamentado pelo Decreto nº 1.651/95 (BRASIL, 1995). Por tratar especificamente da área da saúde, o SNA se constitui num sistema atípico, singular, diferenciado, complementar aos sistemas de controle interno e externo e, principalmente, legítimo. Segundo o Decreto nº 1.651 (BRASIL, 1995, Art. 4º): O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS. [...] § 3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Em 1996, o Ministério da Saúde, procurando regulamentar o cumprimento das normas e disposições relativas ao SUS, elaborou a primeira edição de um Manual de Normas de Auditoria, e em agosto de 1998 foi lançada a segunda edição (MELO; VAITSMAN, 2008).

Em 1999 a organização de atividades do SNA foi reestruturada, sendo que aquelas pertinentes ao controle e avaliação passaram a ser de responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e as referentes à auditoria, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) (MELO; VAITSMAN, 2008).

A função de controlar as ações e serviços de saúde das operadoras e de outros órgãos é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), regulamentada pela Lei nº 9.961 (BRASIL, 2000), cujo objetivo é a manutenção da qualidade da assistência à saúde (MELO; VAITSMAN, 2008).

O SNA tem como principal função a avaliação técnica, científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS e sua ação deve ocorrer de forma descentralizada por meio de órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da federação. O DENASUS atua na auditoria e fiscalização especializada do SUS, acompanhando as ações propostas e analisando seus resultados (SANTOS; BARCELLOS, 2009).

A Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a Organização da Presidência da República e dos Ministérios, estabelece na alínea “b”, inciso XX do 25 artigo 27, como área de competência do Ministério da Saúde, a coordenação e fiscalização do SUS (BRASIL, 2012).

Com a publicação do Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, o DENASUS passou a integrar a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, órgão singular do Ministério da Saúde que ganhou novo formato diante do crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, tornando necessário consolidar a competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema (BRASIL, 2012).

O Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006 (BRASIL, 2006), define a nova estrutura do Ministério da Saúde, sem, contudo, promover alterações nas competências da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e do DENASUS. Dessa forma, reuniram-se diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que tem áreas de atuação complementares, com vistas a ganhar racionalidade e maior efetividade ao atuarem em conjunto.

Na Saúde Suplementar, devido às modificações, desenvolvimento e incorporações tecnológicas, os hospitais estavam num mercado em que, para sua manutenção, precisariam aumentar suas receitas e diminuir custos. Com isso, e devido à precariedade do sistema público, houve a proliferação da saúde privada, conduzida pelas Operadoras de Planos de Saúde, ocasionando maior necessidade de controle e regulação desses processos, através da figura do médico auditor. Essa regulação foi criada pela Resolução nº 8, de 3 de novembro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), em cujo Art. 1º, autoriza o controle tanto no momento da demanda, como no da utilização dos serviços assistenciais, impondo diversos princípios a serem observados (PEREIRA, 2010).

Em 2000, a Lei 9.961 criou e deu poderes à ANSS, agência reguladora desses serviços, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse

público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. A ANSS tem competências que vão muito além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras (PEREIRA, 2010).

A ANS, de acordo com o Art. 4º da referida Lei, tem as seguintes competências: II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; [...] IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras; V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras; [...] XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados; [...] XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos; [...] XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência; XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos; XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar; [...] XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990; XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar (BRASIL, 2000, art. 4º).

A auditoria, na Saúde Suplementar, tem objetivo de dar suporte técnico aos gestores para elaboração de pacotes, pareceres de tabelas de taxas e diárias hospitalares, emissão de pareceres técnicos de procedimentos e visitas na rede credenciada, promovendo correções e buscando aperfeiçoamento do atendimento médico-hospitalar ou ambulatorial da sua rede de prestadores de serviços (PEREIRA, 2010).

Finalmente, em 28 de junho de 2011 foi publicado o Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de outras providências.

O Decreto 7.508/11 define o papel do SNA e suas competências de controle interno, promovendo a revisão do Decreto 1.651, de 1995 e fortalecendo seu papel. O decreto efetiva o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, dispendo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação dos estados e municípios. Em suas disposições, o texto prevê acordos entre os federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada, definindo responsabilidades, indicadores e metas de saúde, entre outros.

Determina que seja elaborado um Mapa da Saúde com a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos, ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada. Também enfatiza a criação de um protocolo clínico e diretriz terapêutica, com um documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, os mecanismos de controle clínico e a verificação dos resultados a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011).

Como se pode verificar pela evolução histórica da auditoria em saúde no Brasil, desde sua implantação, os avanços foram inegáveis, entretanto, ainda há muito que se caminhar, principalmente no sentido de oferecer maior controle de qualidade neste processo, considerando a educação permanente como uma de suas principais funções.

FONTE: ROSA, Vitor Luis. Evolução da auditoria em saúde no Brasil Disponível em: <<http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007B1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.



RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico estudamos:

- Relatórios utilizados pelo SNA para controlar e acompanhar a questão da saúde na esfera nacional.
- Relatórios utilizados pela auditoria para verificação e acompanhamento das instituições auditadas.



Após a conclusão deste tópico, avalie as questões a seguir e classifique-as como Verdadeiras ou Falsas:

- 1) () A sigla SINASC significa – Sistema de Informação Nacional de Atendimentos em Santa Catarina.
- 2) () SIH – Não é utilizado pelo SNA, pois os dados obtidos neste sistema não são relevantes.
- 3) () Discriminativos de pagamentos de Serviços/OPME: Relatório onde são discriminados todos os serviços realizados pelo prestador, o pagamento individual de cada serviço, o valor total bruto e eventuais descontos, tais como Imposto de Renda. É um “contracheque” de quem presta serviços ao SUS, pelo SIH e é encaminhado somente à unidade prestadora de serviços.
- 4) () Relatórios de Saídas eventuais do sistema SIH/SUS: Relatório onde são discriminados todos os serviços realizados pelo prestador, o pagamento individual de cada serviço, o valor total bruto e eventuais descontos, tais como Imposto de Renda. É um “contracheque” de quem presta serviços ao SUS, pelo SIH e é encaminhado somente à unidade prestadora de serviços.
- 5) () Relatórios de Serviços Profissionais: Este relatório é de grande importância na auditoria, principalmente na fase operativa, quando devem ser confrontados os dados do presente relatório com o espelho da AIH apresentado pela unidade auditada.

AUDITORIA, CUSTOS HOSPITALARES E EXCELÊNCIA DA GESTÃO

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade você será capaz de:

- identificar a relação de custos hospitalares e gestão dos serviços de saúde;
- reconhecer a importância do controle de custos no ambiente de prestação de serviços em saúde;
- conhecer o contexto das glosas e impugnações de cálculos identificados no processo de auditoria;
- reconhecer na auditoria um instrumento para a excelência da gestão das unidades e serviços de saúde.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. Ao final de cada um deles, você encontrará o resumo do conteúdo e as autoatividades que reforçarão o seu aprendizado.

TÓPICO 1 – GESTÃO HOSPITALAR RELACIONADA DIRETAMENTE COM OS CUSTOS HOSPITALARES

TÓPICO 2 – GLOSAS E CÁLCULOS DE IMPUGNAÇÕES

TÓPICO 3 – AUDITORIA X EXCELÊNCIA DE GESTÃO EM UNIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE

GESTÃO HOSPITALAR RELACIONADA DIRETAMENTE COM OS CUSTOS HOSPITALARES

1 INTRODUÇÃO

No decorrer do estudo das unidades anteriores, entendemos a auditoria como um instrumento avaliador da qualidade da assistência, prestada ao indivíduo que procurou uma instituição hospitalar de saúde. Entendemos o contexto da auditoria com o decorrer do tempo, sua origem e introduzimos no contexto da saúde, tanto privada como pública.

Contudo, nesta unidade nós trataremos a auditoria no contexto voltado para os custos financeiros da instituição, não deixando de lado a conectividade e a correlação entre os papéis citados nas unidades anteriores, enfatizando a necessidade da avaliação da assistência prestada ao paciente.

A auditoria através da análise de contas hospitalares irá avaliar os insumos utilizados naquela determinada internação, porém não cabe ao auditor avaliar, na conta hospitalar, somente a compatibilidade entre a fatura e a assistência prestada, mas também os valores de cada item e sua variabilidade no mercado.

O papel da auditoria como atuante nas negociações de tabelas e contratos já foi mencionado no decorrer das outras unidades, mas, neste tópico, entenderemos outras atividades desempenhadas pelo auditor dentro da instituição hospitalar.

2 GESTÃO HOSPITALAR, AUDITORIA, CONTROLE DE CUSTOS: TRÍADE FUNDAMENTAL PARA SUSTENTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

Quando se fala de hospital, a grande parcela da população entende como: uma grande, média ou pequena edificação, que ocupa determinado local, composta por aparelhos específicos, profissionais capacitados para atender a indivíduos doentes, o que de fato não deixa de ser uma verdade. Para tirar esta conclusão não se precisa de grandes pesquisas ou estudos, porque para entender uma estrutura administrativa hospitalar é necessário estar inserido na área de saúde, assim como em qualquer área.

Se questionarmos a mesma população que sustenta a opinião acima citada referente à administração, provavelmente saberão que o hospital necessita de um administrador, diretor, que controle toda esta estrutura física, profissionais, manutenção ou aquisição de novos aparelhos. Porém, se questionarmos em relação aos controles de custos que são necessários para a funcionalidade da instituição, muitos não saberão que um profissional que estudou enfermagem, fisioterapia, medicina, pode atuar nesta área.

De fato, um gestor hospitalar controla e dirige a parte física, profissional e financeira da instituição, porém, respectivamente, cada área com setores específicos para auxiliá-lo, deste modo não exerce a função de modo solitário.

A auditoria é um dos setores que auxiliam na gestão de um hospital, e para desempenhar sua função de maneira eficaz necessita do apoio do gestor. É o auditor interno que transformará a assistência prestada ao paciente em retorno financeiro para a instituição.

Ao emitir o relatório do consumo de insumos utilizados durante a internação do paciente, que pode variar de formato dependendo do sistema implantando no hospital, o auditor faz uma varredura com o prontuário do paciente, ou seja, compara os procedimentos realizados no paciente para tratamento com o relatório da fatura da conta hospitalar.

Neste momento será evidenciado o que está sendo cobrado coerentemente e o que, por algum motivo, não está sendo cobrado. A partir da evidência da falta de cobrança de algum insumo, o auditor inclui na fatura para posteriormente ser finalizado pelo setor de faturamento.

O setor de custos atua em consonância com a auditoria, pois a partir dos dados levantados pelo auditor, consegue fazer o controle e estudos dos custos e repassar para a contabilidade, que de fato realizará a função contábil da instituição.

O setor de tesouraria também atua em relação aos custos, recebendo os pagamentos das cobranças realizadas, e efetuando pagamentos por serviços contratados pelo hospital, como serviços terceirizados de imagem, honorários médicos.

Nos dias de hoje, a sustentabilidade está em alta na sociedade e no mercado, seja em que esfera for. Deste modo, para o hospital ser e se manter sustentável, necessita que todos os seus instrumentos de controle de custos estejam atuando em harmonia e juntos, pois o processo inicia-se a partir do momento em que o paciente entra no hospital até que a conta da internação seja paga.

3 CUSTOS HOSPITALARES

Os custos hospitalares são a significância financeira que uma internação gerou para um hospital. É perante o recebimento do pagamento da conta hospitalar que o hospital vai movimentar o seu caixa financeiro.

Segundo Martini e Kempfer, (2009, p. 57):

Informações sobre o custo de procedimentos hospitalares são fundamentais para atribuir preços realistas a produtos e serviços, para a avaliação da eficiência e para a formulação de políticas que promovem o uso racional dos recursos. Os dados disponíveis no Brasil, contudo, sofrem limitações que comprometem seu uso efetivo. Além do mais, a maior parte da informação disponível se refere a custos médios por centro de custos, e não ao custo de tratamentos e procedimentos específicos.

De acordo com La Forgia (apud COUTTOLENC, 2009, p. 58), “o objetivo final da apuração de custos hospitalares geralmente vai além de estimular o custo médio de produtos ou serviços de um centro de custos”. Em muitos casos, o elemento de interesse é o custo de pacientes individuais ou de grupos de pacientes, de acordo com o tipo de procedimento ou tratamento efetuado ou o diagnóstico específico.

Ainda, La Forgia (apud COUTTOLENC, 2009, p. 58) relata que apesar disso, “quase todos os sistemas de custeio existentes estimam custos médios de pacientes-dia, de consultas médicas e outros serviços”. Esses dados demandam considerável manipulação para gerarem estimativas de custos baseados em casos.

2.1 IMPORTÂNCIA E FINALIDADE DA INFORMAÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES

Segundo La Forgia (apud COUTTOLENC, 2009, p. 58), tradicionalmente, três metodologias de custos têm sido utilizadas nos hospitais brasileiros:

- O custeio por absorção clássica, que aloca todos os custos e gastos aos centros de custos finais, é usado na maioria dos hospitais que têm sistema de apuração de custos.
- O custeio direto, que leva em conta apenas os custos diretos da produção, é usado principalmente para finalidades específicas, para responder a determinada necessidade pontual.
- O custeio por atividades (conhecido como custeio ABC), por requerer grande quantidade de informações, é usado por pouquíssimos hospitais.

Além disso, La Forgia (apud COUTTOLENC, 2009) salienta que as informações sobre o custo de procedimentos hospitalares brasileiros apresentam várias limitações. Entre elas, a má qualidade geral dos levantamentos, a diversidade e ausência de padronização metodológica nos sistemas de apuração de custos.

A auditoria interna está inteiramente ligada ao levantamento de dados que serão subsídios para o levantamento dos custos de cada internação. Neste momento também são levantados os valores e serviços que estarão inclusos nas taxas que serão negociadas com as operadoras. Como, por exemplo: taxa de sala de observação em pronto atendimento, esta taxa genericamente refere-se ao local em que o paciente necessitou ficar em observação para a realização do tratamento, ou seja, o espaço físico.

O setor de custos a partir das informações alimentadas no sistema próprio da instituição irá verificar quanto custa para o hospital manter esse paciente em observação. Neste caso será realizado um estudo de quais serviços estarão inclusos na taxa, e será fixado um valor e negociado com a operadora de saúde, cada qual respeitando seus acordos e regras de negociação.

2.2 FERRAMENTAS PARA O CONTROLE DE CUSTOS

Segundo La Forgia (apud COUTTOLENC, 2009, p. 59), “levantar e utilizar informações médicas a partir da análise de prontuários constitui uma tarefa trabalhosa e que consome muito tempo, mesmo em condições ideais”. Na maioria dos hospitais brasileiros os prontuários médicos estão incompletos e são mantidos com pouco cuidado: dados são registrados de forma desorganizada e não padronizada.

La Forgia (apud COUTTOLENC, 2009, p. 59) relata: “As anotações das enfermeiras ou médicos são inconsistentes ou ilegíveis e, com frequência, faltam requisições ou resultados de exames diagnósticos ou relatórios médicos”.

É neste momento que o auditor tem extrema responsabilidade, pois é ele quem vai avaliar estes registros. Novamente, a qualidade dos registros vai interferir nos resultados da auditoria e vão estar interligados com outro processo do hospital, levantar, controlar e avaliar os custos das internações.

Para os dados serem coerentes e verídicos devem ser registrados de forma correta, o que vem em concordância com o autor citado anteriormente. E o processo, como já mencionado, começa a partir do momento em que o(a) paciente é internado. Se o setor de internação não preencher corretamente os dados necessários, estes irão interferir futuramente para levantamento de dados que subsidiarão os custos.

Conseqüentemente, os profissionais que irão atender ao paciente deverão realizar os registros com maior clareza, veracidade e coerência, pois conforme relata o autor mencionado diretamente, sem registros verídicos, os dados e coletas podem sofrer interferência. Para auxiliar nestes fatores é aconselhável disponibilizar um auditor que realize a auditoria concorrente, ou seja, auxilie o profissional no preenchimento correto do prontuário.

É fundamental que a farmácia do hospital esteja organizada e dispense os materiais e medicações de forma condizente com as prescrições realizadas pelos responsáveis do tratamento ao paciente. Qualquer insumo que seja lançado na conta do paciente, e que não esteja prescrito ou necessário o uso, pode interferir nos custos de cada conta hospitalar em particular.

Do mesmo modo que o setor de faturamento deve estar capacitado de profissionais instruídos em relação às cobranças e fatura que realizarão de cada conta, levando em consideração o convênio que cada uma particularmente terá.

E, obviamente, ter um setor que seja responsável pelos custos é extremamente necessário. Este, por sua vez, trabalha em conjunto com o setor de contabilidade e tesouraria.

Todos estes setores que fazem parte dos registros de informações no sistema, para alimentar o levantamento e análise de custos, são ferramentas para controle de custos, e a auditoria, assim como todos os outros, se interligam para constituir a empresa de saúde, o hospital.



RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico vimos:

- A relação entre auditoria e custos hospitalares, a importância e necessidade de estarem fluindo em consonância para a sustentabilidade da instituição.
- A importância da gestão como linha de frente para os setores que subsidiam a movimentação dos custos da instituição.
- Ferramentas e informações para o controle dos custos.



1 Analise as afirmações a seguir:

- O _____ hospitalar controla e dirige a parte física, profissional e financeira da instituição, porém, respectivamente, cada área com setores específicos para auxiliá-lo, deste modo não exerce a função de modo solitário.
- É o _____ que transformará a assistência prestada ao paciente em retorno financeiro para a instituição.
- O _____, a partir das informações alimentadas no sistema próprio da instituição, irá verificar quanto custa para o hospital manter esse paciente em observação.
- A auditoria interna está inteiramente ligada ao levantamento de dados que serão subsídios para o levantamento dos _____ de cada internação.

Após as análises das afirmações, assinale a alternativa que corresponde às afirmações dos termos corretos:

- a) gestor, auditor interno, setor de custos, custos
- b) auditor interno, custos, setor de custos, gestor
- c) gestor, auditor interno, custos, setor de custos
- d) custos, gestor, setor de custos, auditor interno
- e) setor de custos, gestor, auditor interno, custos.

GLOSAS E CÁLCULOS DE IMPUGNAÇÕES

1 INTRODUÇÃO

Após a conta ser faturada, são encaminhadas, via sistema on-line ou por correspondência, as guias com as cobranças dos serviços prestados ao paciente para a operadora onde o paciente é conveniado.

Já estudamos e entendemos o processo da auditoria antes da conta ser finalizada e faturada. Neste tópico entenderemos o papel da auditoria após a fatura ser emitida para a operadora.

Basicamente, o processo é da seguinte forma: a fatura irá chegar via sistema on-line ou correspondência para a operadora; a operadora, por sua vez, irá realizar a análise das guias, não necessariamente feita por um auditor, mas em qualquer dúvida que surgir referente a algum item na cobrança, o auditor da operadora será questionado para sanar a dúvida ou gerar a GLOSA.

2 GLOSAS

Glosa significa o não pagamento da operadora parcial ou total da conta que está sendo cobrada referente ao atendimento na internação hospitalar do seu segurado, ou seja, do paciente.

[...] As glosas são aplicadas quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. (MARTINI apud KEMPFER et al., 2009, p. 121).

2.1 DEFINIÇÃO DA GLOSA

Glosa significa cancelamento ou recusa, parcial ou total, de orçamento, conta ou verba por ser considerado ilegal ou indevido, ou seja, refere-se aos itens que o auditor do plano de saúde não considera cabíveis para pagamento. Segundo Martini (apud KEMPFER, et al., 2009, p. 122): elas podem ser classificadas em administrativas e técnicas:

- Glosas administrativas: são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, falta de interação entre o plano de saúde e o prestador de serviço, ou seja, a instituição hospitalar, ou ainda, falha no momento da análise da conta.
- Glosas técnicas: estão vinculadas à apresentação dos valores de serviços e medicamentos utilizados e não aos procedimentos médicos adotados.

2.2 MOTIVOS DE GLOSA

Para fundamentar as glosas deverão ser observados os termos técnicos do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e deverão seguir procedimentos.

Toda glosa deverá ser acompanhada da sua respectiva documentação comprobatória, cópias autenticadas pelo auditor, e o prontuário médico deve ser autenticado pelo diretor da unidade auditada para uma possível contraprova ao fato glosado. Deve-se anexar o original na planilha de distorções para justificativas e identificação dos responsáveis.

Na maioria das vezes, o hospital encaminha as faturas em lotes, nestes lotes estão inclusas várias contas de pacientes internados daquele mesmo convênio. Quando o convênio recebe o lote, ele vai analisar e encaminhar a devolutiva para o hospital juntamente com o pagamento do lote.

A tesouraria recebe o pagamento e quita os lotes que foram encaminhados às operadoras e dá-se baixa das contas quitadas. Se existir glosa em uma das contas deste lote, não é realizada a quitação apenas nesta conta, e é encaminhada para análise do motivo da glosa.

Toda glosa deve ser encaminhada para o hospital com o motivo, pois é perante este motivo que o hospital vai responder se aceita ou não a glosa.

Os motivos devem estar fundamentados e coerentes, tendo em vista que o não pagamento de um atendimento se deve ao fato de realmente não ter sido prestado ao paciente. Hoje em dia está sendo muito usada a medicina baseada em evidências para fundamentar a glosa.

A glosa pode ser efetuada também no pré-faturamento, em que a auditoria do convênio discute os itens divergentes com a auditoria interna do hospital. É de grande valia esta interação antes da conta ser faturada, pois, neste momento, pode-se evitar futuras glosas e futuros desgastes entre a relação da operadora e prestador.

Segundo Martini (apud KEMPFER et al., 2009, p. 122), a auditoria em enfermagem foi considerada como forma de impor glosas ou diminuí-las, por meio de análise e coleta de dados dos prontuários dos pacientes, registros e manuais de enfermagem. Com o tempo, foi associada a esses métodos a elaboração de relatórios técnicos.

Hoje a auditoria tem como finalidade a comprovação de pagamento de contas hospitalares, revendo glosas por meio do relatório técnico e realizando negociações entre representantes do hospital e do convênio.

No futuro, deverá apontar inadequações da assistência de enfermagem, reformulando suas práticas, indicando processos de educação em serviço e delineando ações corretivas.

2.3 APLICAÇÃO DA GLOSA

A glosa só deverá ser aplicada quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. Quando elas ocorrem, observa-se conflito na relação entre plano de saúde e instituição hospitalar. Quando isso ocorre, as instituições de saúde podem lançar mão de recursos, chamados de recursos de glosas, a fim de recuperar suas perdas.

2.4 LEGITIMIDADE DO ATO DA GLOSA

A glosa só será legítima se tiver o motivo da negativa para o pagamento da conta no total ou algum item que a gerou. A glosa deve estar fundamentada e descrita em um relatório, assinado pelo autor - no caso o auditor - da operadora.

A glosa técnica só pode ser realizada pelo profissional que está apto técnica e cientificamente, ou seja, somente o enfermeiro, médico, fisioterapeuta ou bioquímico pode questionar ou se negar a pagar um item.

2.5 DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA FUNDAMENTAR A GLOSA

Documentos que comprovam e fundamentam a glosa geralmente são contratos, tabelas, atas, negociações, acordados entre operadora e prestador, tendo em vista que são estas negociações que norteiam o trabalho do auditor no dia a dia.

2.6 RECURSOS DE GLOSA

Após o hospital receber a glosa, o auditor irá analisar o relatório emitido pela operadora, levando em consideração os mesmos instrumentos que a fundamentaram. Ao analisar o motivo da glosa, o auditor deve ser criterioso, pois nem sempre a glosa é imprudente.

Neste momento da análise, o auditor decidirá se a glosa é procedente ou improcedente. Caso seja procedente, será aceita a glosa e enviado relatório das glosas procedentes para a tesouraria finalizar o processo e dar baixa juntamente com a contabilidade desta conta em aberto.

Em casos de glosas não procedentes, o auditor recusa-as, ou seja, através de relatório disserta o motivo de não aceitar a impugnação daquele item ou conta. É indispensável ser criterioso, pois glosas procedentes precisam ser identificadas, caso contrário a conta ficará em aberto.

Em muitos casos em que os recursos de glosas não são aceitos, mesmo com as justificativas e fundamentos, o diretor da instituição deve ser acionado para entrar em contato com a operadora e negociar estes pagamentos em aberto. Em algumas situações, quando não há acordo, a cobrança pode ser realizada via judicial. Para tal, um advogado deve ser contatado para realizar os processos legais contra o convênio.

Para evitar decisões extremas, os auditores da operadora e hospital precisam estar disponíveis para discussões e manter o melhor relacionamento profissional possível entre eles, pois muitos motivos para glosa partem de itens mal esclarecidos.

Desta forma, é de grande valia ressaltar que, quanto mais detalhado e negociado o contrato entre as partes, haverá menos chances de glosas. Um contrato bem negociado e descrito não causa duplicidades de interpretações.

Segue como exemplo um modelo de recurso de glosa que pode ser adotado pela auditoria interna. Neste exemplo estão descritos os itens e motivos da glosa. Obrigatoriamente, a operadora deve identificar e encaminhar para a instituição os motivos do não pagamento de itens, taxas ou honorários. Deste modo, nos campos onde se identificam o item e o motivo, não há necessidade de incluir o recurso da auditoria interna da instituição, pois terá o relatório oriundo da operadora.

Este modelo pode ser utilizado quando houver desacordos no pré-faturamento, ou seja, antes de finalizar a fatura e encaminhá-la para a cobrança, e a auditoria da operadora analisa a conta para evitar desacordos na cobrança, esta auditoria é realizada na instituição hospitalar onde o paciente permaneceu internado. Se houver algum item em desacordo entre a auditoria da operadora e hospital, é emitido o relatório para ser analisado administrativamente. Este relatório demonstra que ambas as partes estão cientes do desacordo e que tentaram negociação.

Em casos de glosa administrativa é realizado o recurso, se eventualmente a for glosa impertinente, situação que deve ser verificada em razão do sistema de informação que cada convênio adota, não há necessidade de emitir o relatório como o modelo sugerido. Todavia, os motivos que justificam o desacordo pela

parte que está sofrendo a glosa podem ser demonstrados no modelo, NO Quadro a seguir.

Se não houve a auditoria da operadora antes, ela tem direito de acessar o prontuário do paciente para esclarecimentos e dúvidas. E, muitas vezes, a operadora pode fazer a auditoria previamente à cobrança, mas solicitar a análise do prontuário novamente. Sempre lembrando que o hospital deve ser comunicado para agendamento destas possíveis auditorias, e previamente solicitar os prontuários que serão analisados.

QUADRO 1 – EXEMPLO PARA RECURSO DE GLOSA

Logo da Instituição	
RECURSO DE GLOSA	
Nome Paciente: João da Silva	Identificação do atendimento: 524847
Data da Glosa: 15/01/2015	Valor Total da Glosa: R\$
Convênio/ Operadora: VidaMed	Data do recurso: 20/01/2015
Item(ns) a serem glosados: 1. Cateter Duplo Lúmen: R\$ 100,00 2. Sonda Foley Vesical de Demora: R\$ 50,00 3. Taxa de Sala Porte 3 – R\$ 540,00	Motivo da glosa 1. Não evidenciamos prescrição médica. 2. Não evidenciamos realização de procedimento. 3. Procedimento realizado compatível ao porte 2.
Recurso de Glosa	
1. Mantemos cobrança conforme conduta médica, evidenciada em prontuário através de descrição realizada pelo médico responsável pela punção do acesso venoso central, caracterizando o uso do material. Solicitamos reanálise.	
2. Mantemos cobrança conforme conduta médica, sondagem vesical realizada durante o procedimento cirúrgico, conforme necessidade do procedimento, evidenciado em descrição cirúrgica. Solicitamos reanálise.	
3. Não evidenciamos equívoco de cobrança. Realizados no mesmo ato dois procedimentos, caracterizando a cobrança de maior taxa, conforme regra específica em CBHPM. Solicitamos reanálise.	
Obs.: Deixamos os prontuários dos pacientes disponíveis para dúvidas e esclarecimentos.	
Assinatura e carimbo ou conselho do auditor	

FONTE: A autora

3 CÁLCULOS DE IMPUGNAÇÕES

Como já citado na outra unidade, a auditoria SUS é diferenciada em relação aos atendimentos realizados nas operadoras de saúde. A intenção é a mesma, mas, ao contrário de cada hospital instituir uma rotina, acordar tabelas vinculadas a contratos, no atendimento SUS seguem-se manuais.

As glosas são realizadas através de sistema (SIH), porém o auditor também se dirige ao hospital para analisar as contas caso houver discordância em cobrança. Basicamente, o auditor realiza o mesmo processo do auditor do convênio em relação ao agendamento, sempre com antecedência, e solicita os prontuários que desejar.

Neste caso, as AIHs já foram solicitadas via sistema com os códigos dos procedimentos realizados durante aquele atendimento. O auditor irá analisar se os códigos cobrados são compatíveis com o diagnóstico e tratamento do paciente. Perante a auditoria e constatada alguma divergência, o auditor comunicará o hospital para realizar a troca do código. Ele informará o sistema e irá impugnar a AIH daquele atendimento.

O hospital irá analisar a glosa e, se estiver de acordo, realizará a troca de código. Caso não houver concordância entre as partes, o médico assistente do paciente poderá realizar a justificativa, alegando que o código correto está sendo cobrado, porém corre o risco de não ser aceito pelo auditor do SUS. Caso não for aceita a justificativa pelo auditor, a AIH será impugnada e a internação não será paga.

Conforme Portaria nº 1, de 4 de setembro de 2003, deverão ser adotados pelas DIAUDs e SEAUDs os seguintes procedimentos por ocasião de realização de auditorias:

Art.1 As auditorias serão realizadas assegurando-se ao auditado amplo direito de apresentar defesa por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento do comunicado do órgão de auditoria do Departamento de Auditoria do SUS – DENASUS, para, se conveniente for apresentá-la.

Art. 2 O comunicado de que trata o artigo anterior deverá ser acompanhado do relatório inicial devendo ser acompanhado da(s) planilha(s) de distorção(ões) respectiva(s) se houver e, ainda, encaminhado mediante Aviso de Recebimento – AR.

Art. 3 O comunicado para apresentação de defesa será assinado e encaminhado para postagem no serviço de correios pelos chefes dos Serviços de Auditoria – SEAUDs e das Divisões de Auditorias – DIAUDs do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, contados do recebimento do relatório inicial com a(s) planilha(s) de distorção(ões) respectiva(s), se houver.

Conforme o Manual de Auditoria Técnica e Científica, seguem regras de cálculos de impugnação, que são utilizadas nos SUS:

Documentos e papéis de trabalho, necessários para cálculo da impugnação:

- Tabela de Procedimentos do mês de competência do processamento analisado.
- Relação de Órtese/Prótese e Materiais Especiais.
- Relatório Demonstrativo de AIH pagas do mês de competência do processamento analisado.
- AIH simulada.
- Demonstrativo das Distorções Encontradas na AIH x Prontuário.

Os exemplos que serão demonstrados a seguir foram retirados do Manual de Auditoria Técnica e Científica. Os valores e códigos podem ter sofrido alterações, para tal é necessário consultar as tabelas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Estas alterações ocorrem de forma constante.

GLOSAS NAS AIH DE CIRURGIA E CLÍNICA MÉDICA:

- Glosa Total:

Verifica-se o valor do Serviço Hospitalar (SR), acrescenta-se a este valor do Serviço Profissional (SP), mais o valor do SADT e/ou mais o valor de sangue e/ou mais o valor de OPM, encontrando-se assim o VTR (Valor Total a ser Recolhido).

$$\text{VTR} = \text{SH} + \text{SP} + \text{SADT} + \text{SANGUE} + \text{OPM}$$

Exemplo: Foi sugerido glosa total de uma cesariana (35.021.02.9). Os valores representados estão defasados, para o real cálculo consideram-se os valores em tabelas vigentes no período em que o procedimento foi realizado.

Deverá ser verificado no Demonstrativo de AIH pagas o total pago ao hospital, ou seja: SH + SP + SADT + (SANGUE + OPME se houve uso). A esse total acrescenta-se o valor dos honorários correspondentes à assistência ao RN na sala de parto pelo pediatra.

$$228,46 \text{ (SH)} + 111,43 \text{ (SP)} + 2,11 \text{ (SADT)} + 14,88 \text{ (RN)} = 356,88 \text{ (VTR)}$$

No caso da ausência do Demonstrativo de AIH Pagas deve-se usar a Tabela de Procedimentos para o cálculo:

1. Verificar o valor total (SH=SP=SADT) do procedimento glosado.
2. Verificar na AIH Simulada se houve lançamento no campo procedimentos especiais, hemoterapia e/ou OPM. Em caso afirmativo, adicionar o valor correspondente ao total do procedimento glosado.

Glosa Parcial (mudança de procedimento)

Verifica-se o Valor Total do Procedimento Pago (VTProc.1), subtrai-se pelo Valor Total de Procedimento Sugerido (VTProc.2) e encontra-se o VTR (Valor Total a ser Recolhido).

$$\text{VTR} = \text{VTProc.1} - \text{VTProc.2}$$

Exemplo: a) Foi sugerida mudança de procedimento laparotomia exploradora (33.016.11.9) para apendicectomia (33.005.06.0). Verificar na Tabela de Procedimentos o valor total de laparotomia exploradora e diminuir do total correspondente à apendicectomia.

$$\text{Proced. (1): } 215,51 \text{ (SH)} + 87,80 \text{ (SP)} + 19,50 \text{ (SADT)} = 319,81$$

$$\text{Proced. (2): } 151,04 \text{ (SH)} + 80,78 \text{ (SP)} + 6,79 \text{ (SADT)} = 238,61$$

$$\text{VTR} = 319,81 - 238,61 = 81,20$$

Valor Proced. Pago (1) (33.016.11.9)	Valor Proced. Sugerido (2) (33.005.06.0)	Valor Total a ser Recolhido
R\$ 319,81	R\$ 238,68	R\$ 81,20

Exemplo: b) Foi sugerida mudança de procedimento de broncopneumonia em pediatria (76.300.08.0) para 1º Atendimento em Pediatria (71.300.00.7):

Verificar na Tabela de Procedimentos o valor total de broncopneumonia em Pediatria e diminuir do total correspondente a 1º Atendimento em Pediatria.

$$\text{Proced. (1): } 12351 \text{ (SH)} + 24,18 \text{ (SP)} + 12,19 \text{ (SADT)} = 159,88$$

$$\text{Proced. (2): } 14,91 \text{ (SH)} + 6,58 \text{ (SP)} + 5,33 \text{ (SADT)} = 26,82$$

$$\text{VTR} = 159,88 - 26,82 = 133,06$$

Valor Proced. Pago (1) (76.300.08.0)	Valor do Proced. Sugerido (2) (71.300.00.7)	Valor Total a ser Recolhido (VTR)
R\$ 159,88	R\$ 26,82	R\$ 133,06

GLOSA EM AIH DE CIRURGIA MÚLTIPLA, POLITRAUMATIZADO, E TRATAMENTO DA AIDS

Estes três procedimentos são especiais e deve ser observado o seguinte:

- Cirurgia Múltipla (31.00.00.2)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado na linha 1 do campo procedimentos especiais, 75% da linha 2, 75% da linha 3, 50% da linha 4 e 50% da linha 5.

- Politraumatizado (39.000.00.1)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado na linha 1 do campo procedimentos especiais, 100% da linha 2, 75% da linha 3, 75% da linha 4 e 50% da linha 5.

- Tratamento da AIDS (70.000.00.0)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado na linha 1 do campo procedimentos especiais, 100% da linha 2, 75% da linha 3 e 75% da linha 4.

Esses percentuais incidem somente na coluna Serviços Hospitalares, as demais colunas (SP e SADT) recebem 100% de todos os procedimentos lançados nas respectivas linhas. Verifica-se na Tabela de Procedimento o valor do Serviço Hospitalar do procedimento glosado, sobre este calcula-se o percentual que lhe foi atribuído (de acordo com a linha em que foi lançado), encontra-se o VRSH (Valor a Recolher do Serviço Hospitalar), acrescenta-se a este o valor do SP mais o valor do SADT, encontrando-se, assim, o VRT (Valor Total a ser Recolhido).

$$\text{VRT} = \text{VRSH} (\% \text{ DO SH}) + \text{SP} + \text{SADT}$$

Exemplo: AIH de Politraumatizado em que foram cobrados os seguintes procedimentos e sugerida glosa ao procedimento constante na linha 3:

$$\begin{aligned} \text{VRT} &= (75\% \text{ DE } 80,99) + 53,18(\text{SP}) + 1,36(\text{SADT}) \\ \text{VRT} &= 60,74 + 53,18 + 1,36 = 115,28 \\ \text{VTR} &= 115,8 \end{aligned}$$

Campo Proced. Especiais	Proced.	Valor do SH	%	Valor SH (Recolher)	Total VRSH + SP + SADT
1ª linha	39.008.04.5	R\$ 128,51	100	00,00	00,00
2ª linha	39.009.14.9	R\$ 121,39	100	00,00	00,00
3ª linha	39.012.19.0	R\$ 80,99	75	R\$ 91,04	R\$ 159,22
4ª linha	Em branco	00,00	75	00,00	00,00
5ª linha	Em branco	00,00	50	00,00	00,00

GLOSA DE DIÁRIA DE UTI:

Até o 3º dia, a glosa deverá ser efetuada com base no 1º valor. Após o 3º dia, a glosa deverá ser efetuada com base no 2º valor. O valor referente ao SP é computado na coluna SH e o valor do SADT em coluna própria (Coluna SADT) e entra para cálculo de rateio.

Exemplo: Foram cobradas quatro diárias de UTI. A auditoria constatou que o paciente permaneceu na unidade apenas dois dias. Foi sugerida a glosa das duas últimas diárias.

Glosar uma diária com base no 1º valor e uma diária com base no 2º valor.

$$\begin{aligned} \text{VTR} &= (\text{SH} + \text{SP} + \text{SADT [1º valor]}) + (\text{SH} + \text{SP} + \text{SADT [2º valor]}) \\ \text{VTR} &= 137,00 + 70,04 = 207,04 \\ \text{VTR} &= 207,04 \end{aligned}$$

GLOSA DE UTI ESPECIALIZADA I E II

A única diferença em relação à descrita anteriormente é com relação ao valor, que é sempre o mesmo, não diminui após o 3º dia, portanto deverá ser glosado o valor constante na Tabela x número de diárias glosadas.

ALTO CUSTO

Os procedimentos e componentes especiais são cobrados nos Campos Procedimentos Especiais, são pagos no componente Serviços Hospitalares e Serviços Profissionais.

Exemplo: Foram cobradas duas tomografias computadorizadas (TC) de crânio e coluna (97.013.02.1). A auditoria constatou a comprovação de apenas um exame. Foi sugerido o pagamento de apenas 1 TC (97.013.01.3).

$$\begin{aligned} \text{VTR} &= 173,20 \text{ (2TC)} - 86,75 \text{ (1TC)} = 86,65 \\ \text{VTR} &= 86,65 \end{aligned}$$

HEMOTERAPIA

O valor da hemoterapia encontra-se na Tabela de Procedimentos.

Exemplo: Foram cobrados na AIH dois frascos de sangue total (94.007.01.2) + dois frascos de plasma individual (94.005.01.0) e quatro vezes o módulo transfusional (94.020.01.9). A auditoria constatou a prescrição de apenas dois frascos de sangue total. Foi sugerida a glosa de dois frascos de plasma individual.

$$\begin{aligned} \text{Valor recebido (VR)} &= (13,72 \times 2 \text{ [sangue]}) + (13,73 \times 2 \text{ [plasma]}) + 5,39 \times 4 \text{ [transf.]} \\ \text{VRT} &= (13,73 \times 2) + (5,39 \times 2) = 27,45 + 10,78 = 38,24 \\ \text{VRT} &= 38,24 \end{aligned}$$

ÓRTESE E PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL

O valor de cada material encontra-se na Tabela de Órtese e Prótese e Materiais Especiais, divulgada pelo Ministério da Saúde.

Exemplo: Na AIH foram cobrados dois drenos de sucção (93.481.01.2) + 12 parafusos corticais (93.398.02.6) e uma placa de alta compressão, largura 15 mm e comprimento acima de 220mm. A auditoria sugeriu a glosa de um dreno de sucção, dois parafusos corticais e mandou pagar uma placa de alta compressão, largura 15 mm e comprimento até 150 mm (93.395.05.1).

$$\begin{aligned} \text{VR} &= (16,00 \times 2) + (9,00 \times 12) = 77,00 \\ \text{VR} &= 32,00 + 108,00 + 77 = 217,00 \\ \text{VTR} &= 16,00 = (9,00 \times 2) + (77,00 - 45,00) \\ \text{VTR} &= 16,00 + 18,00 + 32,00 = 66,00 \\ \text{VRT} &= 66,00 \end{aligned}$$

GLOSA EM AIH DE PSIQUIATRIA FPT/CRÔNICO, HOSPITAL DIA (AIDS E PSIQUIATRIA), AIDS FASE TERMINAL, REABILITAÇÃO E INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE

As internações destes grupos são pagas por dia (diária) e não por procedimento, portanto, para cálculo do VTR (Valor Total a ser Recolhido) não seguem os mesmos critérios das demais AIH, que são pagas de forma global. Deverá ser observado o total de diárias que foram pagas, para depois calcular o valor a ser recolhido.

Na tabela de procedimentos consta como permanência 1 (um) dia, portanto, os valores constantes nas colunas SH, SP e SADT equivalem a um dia de internação.

Exemplo de Glosa Total

$$\begin{aligned} \text{VRT} &= \text{N}^\circ \text{ de diárias (cobradas)} \times \text{Valor da diária} \\ 1 \text{ diária} &= 10,10 \text{ (SH)} + 1,96 \text{ (SP)} + 0,53 \text{ (SADT)} \\ 1 \text{ diária} &= 13,59 \end{aligned}$$

Foi cobrada uma AIH com o procedimento AIDS Fase Terminal (70.500.15.0), conforme tempo de permanência de 10 dias. Na auditoria foi constatada ausência de Prontuário Médico, o que motivou a glosa total da AIH.

$$\begin{aligned} \text{VRT} &= 10 \times 13,59 \\ \text{VRT} &= 135,90 \end{aligned}$$

Número de diárias cobradas	Valor da diária	Valor total a ser recolhido
10	R\$ 13,59	R\$ 135,90

Exemplos de glosa parcial

Exemplo 1: Foi cobrada uma AIH com procedimento FPT (85.500.70.4) com período de internação de 20 dias. Na auditoria foi constatado que o paciente permaneceu internado por 10 dias.

$$\begin{aligned} \text{VRT} &= \text{Valor recebido} - \text{Valor Devolvido} \\ \text{Proced.} &= 14,11 \text{ (SH)} + 2,32 \text{ (SP)} + 1,43 \text{ (SADT)} = 17,86 \\ \text{Valor recebido} &- 17,86 \times 20 = 357,20 \\ \text{Valor devolvido} &= 17,68 \times 10 = 178,60 \\ \text{VRT} &= 357,20 - 178,60 = 178,60 \\ \text{VRT} &= 178,60 \end{aligned}$$

Nº de diárias Cobradas	Nº de diárias devidas	Valor da diária	Valor Total a ser Recolhido
20	10	R\$ 17,86	R\$ 178,60

Exemplo 2: Foi cobrada uma AIH com procedimento Tratamento clínico de tumores malignos do pâncreas (85.500.23.2), com período de internação de 10 dias. A auditoria mudou o procedimento para FPT (85.500.70.4).

$$\begin{aligned} \text{VRT} &= \text{Valor Total do Proced. Cobrado (Nº de diárias devidas x Valor de Diária)} \\ \text{Proced. (2)} &= 14,11 \text{ (SH)} + 2,32 \text{ (SP)} + 1,43 \text{ (SADT)} = 17,86 \\ \text{VRT} &= 342,13 - (10 \times 17,86) \\ \text{VRT} &= 342,13 - 178,60 = 163,53 \\ \text{VRT} &= 163,53 \end{aligned}$$

Valor do Proced. Cobrado	Nº de diárias devidas	Valor de diária	Valor das diárias devidas	Valor total a ser Recolhido
R\$ 342,13	10	R\$ 17,86	178,60	163,53

Glosa em transplante e retransplante

Deverá ser observado, antes do cálculo, que nesses procedimentos o alto

custo já está incluído no valor pago, inclusive a hemoterapia e OPM, exceto no caso de transplante renal, em que o alto custo é pago separado.

Os critérios para cálculo da impugnação são os mesmos das outras AIH. O valor constante na Tabela de Procedimentos é o mesmo encontrado no Relatório Demonstrativo de AIH pagas.

Glosa de diária de acompanhante

A diária de acompanhante incide no componente SH e o valor de uma diária.

Exemplo: O hospital cobrou 10 diárias de acompanhante. A auditoria constatou a ausência da solicitação e autorização das diárias. Sugeriu a glosa das 10 diárias.

$$\begin{aligned} \text{VRT} &= \text{Valor da diária} \times 10 \\ \text{VRT} &= 2,12 \times 10 = 21,20 \\ \text{VRT} &= 21,20 \end{aligned}$$

Glosa de diária de recém-nato

O valor da diária de recém-nato incide nos componentes SH e SP.

Exemplo: O hospital cobrou quatro diárias de RN. A auditoria sugeriu a glosa de duas diárias.

$$\begin{aligned} \text{Valor da diária} &= 7,25 \text{ (SH)} + 2,05 \text{ (SP)} = 9,30 \\ \text{Valor recebido} &= 9,30 \times 4 = 37,20 \\ \text{VRT} &= \text{VR (Valor Recebido)} - \text{VD (Valor Devolvido)} \\ \text{VRT} &= 37,20 - 18,60 = 18,60 \\ \text{VRT} &= 18,60 \end{aligned}$$

Glosa de diária de permanência a maior

O valor de uma diária incide nos componentes SH, SP e SADT.

Exemplo: O hospital cobrou duas diárias de permanência a maior. A auditoria glosou duas diárias.

$$\begin{aligned} \text{Valor da diária} &= 7,25 \text{ (SH)} + 2,05 \text{ (SP)} + 1,33 \text{ (SADT)} = 10,63 \\ \text{VR} &= 10,63 \times 2 = 21,26 \\ \text{VRT} &= 21,26 \end{aligned}$$

Glosa conta hospitais com FIDESP e IVH-E

Deve-se observar que nesses hospitais é acrescido um percentual que varia de 10%, 15% e 25% para IVH-E, de 25%, 50% e 75% no FIDEPS, e de 20%, 35% e 50% na referência em urgência/emergência, dependendo do fator a que a unidade tem direito.

Este fator incide em componentes SH, SP e SADT. Não incide na hemoterapia e OPM. No caso de o valor ser extraído no Relatório Demonstrativo de AIH Pagas, já está incluído o percentual a que o hospital tem direito a receber. Se o valor a ser recolhido for extraído da Tabela de Procedimentos, deverá ser aplicado o percentual correspondente.

Exemplos:

Glosa total cujos valores são extraídos da tabela

O hospital com FIDEPS de 75% cobrou uma Histerectomia Total (34.010.03.3) e foram utilizados dois frascos de sangue total (94.007.01.2)

$$\begin{aligned} \text{VR} &= (130,67 + 75\% [\text{SH}]) + (101,91 + 75\% [\text{SP}]) + (10,38 + 75\% [\text{SADT}]) + (10,99 \times \\ &\quad 2[\text{Mod. Pré}] + 4,31 \times 2 [\text{Mod. Trans.}]) \\ \text{VR} &= 228,67 + 178,34 + 18,16 + 30,60 \\ \text{VR} &= 455,77 \quad \text{VRT} = 455,77 \end{aligned}$$

Glosa parcial

O hospital, com FIDEPS de 50%, cobrou uma Pielonefrite (80.500.07,2). O auditor sugeriu mudar o procedimento para 1º Atendimento (72.500.00.0).

Obs.: No presente caso deve-se fazer a diferença dos valores correspondentes, constantes na tabela, sem aplicação de percentual.

$$\begin{aligned} \text{Proced. (1)} &= 57,50 (\text{SH}) + 13,54 (\text{SP}) + 7,07 (\text{SADT}) = 74,31 \\ \text{Proced. (2)} &= 11,93 (\text{SH}) + 5,26 (\text{SP}) + 4,26 (\text{SADT}) = 21,45 \\ \text{VTR} &= \text{Valor Proced. (1)} - \text{Valor Proced. (2)} \\ \text{VRT} &= 78,31 - 21,45 = 56,86 \\ \text{VRT} &= 56,86 \end{aligned}$$

SAI

Documentos necessários para cálculo e impugnação:

- Tabela Simplificada do SAI.
- Relatório Síntese de Produção.
- Demonstrativo das Distorções Encontradas no SAI.

Exemplo:

1. Foram cobrados 400 procedimentos – Atendimentos clínicos com observação (042-6). A auditoria constatou a realização de apenas 200 procedimentos.

$$\text{VR} = \text{R\$ } 5,97 \times 400 = \text{R\$ } 2.388,00$$

Valor a ser glosado

$$\text{R\$ } 5,97 \times 200 = \text{R\$ } 1.194,00$$

$$\text{VRT} = \text{R\$ } 2.388,00 - 1.194,00$$

$$\text{VRT} = \text{R\$ } 1.194,00$$

2. A auditoria constatou a cobrança por face do procedimento Dentística – I (221-6). Foram cobrados 250 procedimentos, quando na realidade foram restaurados apenas 180 dentais, configurando uma cobrança a maior de 70 procedimentos.

$$\text{VR} = \text{R\$ } 1,74 \times 250 = \text{R\$ } 435,00$$

Valor a ser glosado

$$\text{R\$ } 1,74 \times 70 = \text{R\$ } 121,80$$

$$\text{VRT} = \text{R\$ } 435,00 - \text{R\$ } 313,20 = \text{R\$ } 121,80$$

$$\text{VRT} = \text{R\$ } 121,80$$

LEITURA COMPLEMENTAR**AUDITORIA EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO**

Letícia Costa Santos
Valéria Figueiredo Barcellos

[...]

No mundo globalizado, os sistemas de saúde vêm enfrentando dificuldades decorrentes da incorporação de tecnologia na assistência, em um momento de forte crise no setor financeiro, associado à crescente demanda da população cada vez mais bem informada e exigente de seus direitos e necessidades (PAIM; CICONELLI, 2007). Soma-se a esses fatores a própria complexidade inerente ao setor da saúde, responsável por múltiplas tarefas, tais como prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde, nas quais atuam e interagem diferentes atores: população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A administração de todo esse mercado, seja público ou privado, exige permanente monitoramento e avaliação, alimentada por informações adequadas para facilitar a tomada de decisão que minimize os erros, controle os custos e ofereça serviços de qualidade.

No Brasil, o sistema de saúde vem passando por transformações iniciadas principalmente na segunda metade da década de 1970 e ao longo da década de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal. Esta, em seu art. 196, determina que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Entretanto, no art. 197, prevê a presença da livre iniciativa na assistência à saúde, cujas ações e serviços, por serem de relevância pública, estão sujeitos a regulação, fiscalização e controle pelo Estado (BRASIL, 1988).

Em decorrência disso, organizou-se um sistema privado, paralelo ao sistema público, que o complementa, constituído por redes de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais que prestam serviços para as operadoras de planos de saúde, formando, assim, o sistema de saúde suplementar. Embora com características próprias, tanto o sistema público como o sistema privado vêm buscando opções e aprimoramento em suas gestões, as quais devem estar comprometidas com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

A principal fonte de falhas de qualidade em um dado sistema são os problemas nos processos de trabalho. Uma gerência com competência passa por planejamento, monitoramento e avaliação de seus processos (BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1995). Assim, a auditoria, em suas diversas modalidades, torna-se importante instrumento para essas ações. Existem diversas citações a respeito de auditoria na Constituição da República, em decretos presidenciais, nos códigos de ética de algumas profissões, entre outros (JUNQUEIRA, 2001).

CONTEXTO DE AUDITORIA NA SAÚDE

A atividade de auditoria, principalmente na área contábil, é deveras antiga, tendo sido encontrados registros deste tipo de atividade que datam de 4500 a.C. A denominação auditor, de origem latina (*auditore*), significando apenas “que ou aquele que ouve; ouvinte” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001:343), também é antiga, embora não se conheça sua origem e tampouco a data precisa em que se consagrou. Já o termo auditoria foi usado pelos ingleses para rotular a tecnologia contábil da revisão (*auditing*), com o significado de “fazer ou fazendo balanço”, mas que hoje tem sentido mais abrangente (SÁ, 2002, p. 21).

Existem diferentes conceituações para auditoria, variando conforme o autor e de acordo com sua finalidade. Holmes (1956) postula que auditoria é o exame de demonstrações e registros administrativos.

Por seu turno, a auditoria em saúde teve início nos Estados Unidos, aparecendo pela primeira vez no trabalho realizado pelo médico George Gray Ward, em 1918, quando este verificava a qualidade da assistência prestada aos pacientes por intermédio dos registros em seus prontuários (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991). Segundo Zanon (2001), a auditoria médica foi criada em 1943 por Vergil N. Slee. A partir da década de 1980, à luz dos conceitos de Donabedian (1980), passou a ser empregada com maior ênfase para a avaliação da qualidade dos serviços médicos prestados, bem como de seus custos (MALIK; SCHIESARI, 1998; MELO; VAITSMAN, 2008; PAIM; CICONELLI, 2007; PIMENTEL, 2006).

Na assistência à saúde, a auditoria pode ser desenvolvida em vários setores e por diferentes profissionais, destacando-se entre eles a auditoria médica, caracterizada por uma sequência de ações administrativas, técnicas e observacionais, com o intuito de analisar a qualidade dos serviços prestados a fim de assegurar seu melhor desempenho e resolubilidade (MOTTA; LEÃO; ZAGATTO, 2005). Atualmente, a auditoria na saúde pode ser realizada em hospitais, clínicas, ambulatórios, *home care*, por operadoras de planos e seguros de saúde (MEDEIROS, 2008).

A auditoria de enfermagem, integrada ao trabalho da auditoria médica, avalia continuamente a qualidade da assistência que o corpo de enfermagem de uma determinada instituição de saúde presta aos pacientes, desde a internação até a alta. Isso é alcançado por meio de análise da documentação da assistência

registrada nos prontuários, verificação do atendimento prestado ao paciente durante o período de internação, bem como por visitas *in loco*, a fim de assegurar o pagamento de todos os procedimentos com exatidão (MOTTA; LEÃO; ZAGATTO, 2005).

Acrescenta-se a essas modalidades a auditoria de gestão, definida como função organizacional de revisão, avaliação e emissão de opinião quanto ao ciclo administrativo (planejamento, execução, controle) em todos os momentos e ambientes das entidades (GIL, 2000).

[...]

EVOLUÇÃO DA AUDITORIA EM SAÚDE: DA GLOSA AO APOIO À GESTÃO

Da mesma forma que as organizações de saúde são mutantes, também o é a auditoria em saúde, cujo perfil vem se alterando ao longo dos anos. De um ciclo tradicional focado em glosar, fixar normas, medir desempenho, com valorização da quantidade e do preço, a auditoria em saúde passou à avaliação da qualidade das pessoas, dos processos e dos resultados. Em sua fase atual, destaca-se como uma ferramenta de apoio à gestão, constituindo instrumento de aperfeiçoamento e educação contínua, que permite buscar a excelência em aspectos técnicos, administrativos, éticos e legais (MEDEIROS; ANDRADE, 2007; MOTTA; LEÃO; ZAGATTO, 2005).

A auditoria como ferramenta de gestão ajuda a eliminar desperdícios, simplificar tarefas e transmitir informações seguras sobre o desenvolvimento das atividades executadas (PORTAL DE CONTABILIDADE, 2009), ao mesmo tempo em que visa a construção e a consolidação da organização, impedindo fraudes e erros fortuitos, como má aquisição de equipamentos e insumos, falhas de seleção e treinamento de pessoal, falhas em sistemas e pagamentos indevidos, que geram perdas ou danos por vezes irreversíveis.

De acordo com Medeiros e Andrade (2007), para que a auditoria possa ser considerada eficiente e eficaz, é importante que se torne um sistema de educação e aperfeiçoamento contínuo, mostrando preocupação com a qualidade, a segurança e a humanidade das prestações de saúde, tratando de alcançar, por intermédio de um processo de ensino e aprendizagem, motivação e participação de todas e cada uma das pessoas que atendem pacientes. Deve, também, constituir uma instância de mediação, conciliação e solução de conflitos, os quais podem surgir nas relações entre profissionais, pacientes, parentes, instituições, além de ser um sistema de caráter preventivo do erro profissional e reparador deste, sem cunho de ordem penal.

Sempre com esse enfoque, a auditoria em serviços de saúde deve ter como seus objetivos: manter o equilíbrio do sistema, possibilitando o direito à saúde para todos; garantir a qualidade dos serviços de saúde oferecidos e prestados;

fazer cumprir os preceitos legais estabelecidos pela legislação nacional, de acordo com os princípios éticos e a defesa do consumidor; atuar desenvolvendo seu papel nas fases de pré-auditoria, auditoria operativa, analítica e mista; revisar, avaliar e apresentar subsídios visando o aperfeiçoamento de procedimentos administrativos, controles internos, normas, regulamentos e relações contratuais; promover o andamento justo, adequado e harmonioso dos serviços de saúde; avaliar o desempenho dos profissionais de saúde com relação aos aspectos éticos, técnicos e administrativos, com qualidade, eficiência e eficácia das ações de proteção e atenção à saúde; promover o processo educativo, objetivando a melhoria da qualidade do atendimento, a um custo compatível com os recursos financeiros disponíveis e pelo justo valor do serviço prestado; participar de credenciamento/contratação de serviços e profissionais; fazer respeitar o estabelecido em contrato entre as partes envolvidas – usuário, plano de saúde e prestadores de serviço.

[...]

Fonte: Texto completo disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/auditoria-em-saude-uma-ferramenta-de-gestao.html>>. Acesso em: 12 fev. 2016.



RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico aprendemos:

- O que significa glosa no cenário das instituições hospitalares.
- O papel da auditoria na resolução da glosa.
- Recursos de glosas, como fazer quando a glosa não for pertinente.
- Cálculos de impugnação realizados nos atendimentos pelo SUS.



1 Relacione as colunas com os cálculos de impugnações compatíveis às glosas:

- () Glosa de Diária de UTI.
 - () Glosas nas AIH de Cirurgia e Clínica Médica.
 - () Glosa de Diária de Acompanhante.
 - () Glosa Total de diárias.
 - () Glosa Parcial de diárias.
-
- a) $VTR = SH + SP + SADT + SANGUE + OPM.$
 - b) $VTR = (SH + SP + SADT [1^{\circ}\text{valor}]) + (SH + SP + SADT [2^{\circ}\text{valor}]).$
 - c) $VRT = \text{Valor da diária} \times 10.$
 - d) $VRT = \text{Valor recebido} - \text{Valor devolvido}.$
 - e) $VRT = N^{\circ} \text{ de diária (cobradas)} \times \text{Valor da diária}.$

AUDITORIA X EXCELÊNCIA DA GESTÃO EM UNIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

A auditoria em saúde tem como objetivo a melhoria da qualidade do atendimento em saúde, seja pública ou privada, sendo sua missão verificar se aquilo que deve ser feito está sendo feito em número e qualidade eficazes.

A auditoria em saúde está definitiva e formalmente incorporada nos sistemas de saúde de vários países do mundo, inclusive no Brasil, onde foi definitivamente regulamentada pelo Decreto nº 1.651/95.

A Lei nº 8.080/90, ao prever a criação do SNA, estabeleceu as instâncias de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, sendo regulamentada em junho de 2011, pelo Decreto 7.508/11, que define o papel do SNA e suas competências de controle interno, efetivando o serviço de auditoria no SUS, regulamentando o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação dos estados e municípios. Em suas disposições, o texto prevê acordos entre os federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada, definindo responsabilidades, indicadores e metas de saúde, entre outros.

A auditoria em saúde é um dos instrumentos de controle e constitui-se na avaliação da gestão da saúde. Tem como função fiscalizar as ações e serviços oferecidos, seus processos e resultados, condições de acolhimento, informação, comunicação em saúde e aplicação dos recursos públicos, por meio de comparação entre o que está sendo feito e os critérios técnicos, operacionais e legais, se caracterizando como a consolidação de um anseio antigo por parte de profissionais ligados à área de saúde, tendo como produto final a satisfação dos profissionais e serviços de saúde e do usuário, razão da existência de todo o sistema.

Vamos, a partir desse momento, rever alguns conceitos e analisar outros aspectos que integram as questões de auditoria ou auditoria em saúde.

2 AUDITORIA E GESTÃO

O tecnólogo em gestão hospitalar de uma organização ou serviço de saúde desempenha uma série de funções diferentes, ligadas ao planejamento, controle e liderança das atividades de terceiros, mas antes de planejar este precisa obter dados, informações e tomar decisões que deve gerenciar.

Para realizar um excelente planejamento são necessários tempo e a ajuda de ferramentas, onde a auditoria em saúde ou hospitalar tem se destacado como instrumento de gestão e fiscalização mais adequado às necessidades de gerenciamento das informações no ambiente de saúde, sendo considerada uma área da organização que fornece ao processo decisório o recurso da informação e a veracidade para fazer chegar a todos a ação e precisão para orientar com foco em um mercado altamente competitivo.

Assim, a auditoria apoia o gestor para a necessidade de detectar os erros que sobrecarregam os custos, promove um serviço de qualidade verificando, observando e analisando como gerar meios que favoreçam o desenvolvimento de metas dentro de uma proposta que relacione custo/benefício e qualidade do atendimento em organizações e serviços em saúde.

No ambiente hospitalar, os administradores geram a redução e a manutenção dos gastos, os enfermeiros trabalham diretamente com o atendimento aos pacientes e controle das técnicas envolvidas nos procedimentos, os médicos almejam mais tecnologia, conseqüentemente, mais investimento nos diagnósticos clínicos e materiais para realização de diferentes procedimentos, e os líderes da comunidade tentam manter e ampliar o patrimônio ali utilizado.

Com uma equipe de visão tão diferente, a autonomia da gestão diminui e a complexidade para administrar aumenta, já que existem muitos tomadores de decisão com objetivos diferentes, ficando praticamente impossível de acontecer a uniformidade das opiniões (SILVA; SANTO, 2013).

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), o conjunto de serviços oferecidos pelos hospitais, com tratamentos clínicos de alta tecnologia e as cirurgias complexas, da contabilidade complexa a serviços básicos de hotelaria – torna sua administração complexa e cara e a sua supervisão e controle extremamente desafiadores. Assegurar o controle sobre essas complexas entidades requer profundidade e amplitude de conhecimentos para compreender todos os componentes de um hospital e integrá-los efetivamente, ao passo que monitorar o desempenho e o uso dos recursos requer informações confiáveis e atualizadas – o que pode ser difícil de alcançar nos países em desenvolvimento.

Conforme Attie (1998), o surgimento da auditoria está ancorado na necessidade de confirmação por parte dos investidores e proprietários quanto à realidade econômico-financeira espelhada no patrimônio das empresas investidas e, principalmente, em virtude do aparecimento de grandes empresas

multigeograficamente distribuídas e simultâneo ao desenvolvimento econômico que propiciou participação acionária na formação do capital de muitas empresas. Segundo Attie (1998, p. 27):

A origem do termo auditor em português, muito embora perfeitamente representado pela origem latina (aquele que ouve, o ouvinte), na realidade provém da palavra inglesa *to audit* (examinar, ajustar, corrigir, certificar). Segundo se tem notícias, a atividade de auditoria é originária da Inglaterra, que, como dominadora dos mares e do comércio em épocas passadas, teria iniciado a disseminação de investimentos em diversos locais e países e, por consequência, o exame dos investimentos mantidos naqueles locais.

Existem diferentes conceituações para auditoria, variando conforme o autor e de acordo com sua finalidade. Segundo Kurcgant (1991), auditoria é a avaliação sistemática e formal de uma atividade, por alguém não envolvido diretamente na execução, para determinar se essa atividade está sendo levada a efeito de acordo com seus objetivos.

Para Sá (2002), o auditor observa a exatidão, a integridade e a autenticidade de tais demonstrações, registros e documentos. Conforme Chiavenato (2004), a auditoria é um sistema de revisão de controle para informar a administração sobre a eficiência e a eficácia dos programas em desenvolvimento, não sendo sua função somente indicar os problemas e as falhas, mas também apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter educador.

A auditoria é uma atividade profissional que respeita a autonomia profissional e preceitos éticos que ditam as ações e relações humanas e sociais. Segundo Attie (1998 apud SILVA & SANTOS, 2013), os exames de auditoria obedecem às normas de auditoria e incluem procedimentos de comprovação dos dados em estudo caracterizados por uma atitude de reflexão competente e independente. Um auditor precisa ter conhecimentos técnicos e legislativos acerca da organização para a qual presta serviço.

[...] Sua existência, necessidades e objetivos são plenamente reconhecidos pela legislação e pelos códigos de ética da área de saúde, além de reconjugado pelas normas administrativas das instituições de saúde. Portanto, a equipe de auditoria deve estar atenta a seus limites, claramente definidos nos respectivos códigos de ética, tanto médico como de enfermagem, e embasada em normas técnicas próprias e pareceres de sociedades científicas. (PEG-EB, 2005, p. 13).

Segundo PEG-EB (2005), o auditor deve decidir sempre com respaldo técnico e científico, honestidade e responsabilidade. O auditor ideal deve ser constituído de: 25% de discricção, 25% de ética, 25% de equilíbrio profissional e 25% de conhecimento e totalizando 100% de bom senso.

Nas palavras de Silva e Santo (2013), ser um profissional em auditoria requer ser obediente a alguns princípios éticos, como: a independência, a integridade, a eficiência e a confidencialidade.

Conforme Silva e Santo (2013 apud MAESTA, 2011), os passos efetuados pela auditoria devem, primeiramente, ser planejados para que haja uma sequência de trabalho a ser seguida. Após, o auditor avaliará os procedimentos de controle interno, efetuando a revisão dos mesmos. Ao executar os procedimentos de auditoria, o auditor aplicará testes de avaliação para colher as evidências, ou seja, os fatos ocorridos e, a partir deste, emitirá um relatório com as deficiências do setor e sugestões de melhoria.

O auditor exerce suas funções tornando-se um agente de mudanças. Conforme Kurcgant (1991), a auditoria surgiu para averiguar a qualidade da assistência prestada ao paciente, tendo como informes a serem analisados os registros dos prontuários, no Brasil, nos últimos 50 anos. Tomou impulso e conduziu alguns profissionais a realizarem estudos para identificar os objetivos, a metodologia e a validação da auditoria.

Auditar elimina desperdícios, simplifica tarefas e transmite informações seguras sobre o desenvolvimento das atividades executadas. Sem o controle adequado, as organizações de estrutura complexa, a exemplo dos hospitais, se expõem a inúmeros riscos, frequentes erros e desperdícios. A auditoria tem que estar aliada ao planejamento hospitalar (SILVA; SANTO, 2013).

Com um controle interno eficiente, os processos se tornam ágeis e de fácil entendimento, tanto para os auditores como para os demais usuários das informações. O Instituto de Auditores Internos do Brasil, Audibra (1992, p. 48), registra:

[...] controles internos devem ser entendidos como qualquer ação tomada pela administração (assim compreendida tanto a alta administração como os níveis gerenciais apropriados) para aumentar a probabilidade de que os objetivos e metas estabelecidos sejam atingidos. A alta administração e a gerência planejam, organizam, dirigem e controlam o desempenho de maneira a possibilitar uma razoável certeza de realização.

De acordo com Silva e Santo (2013 apud MEDEIROS & ANDRADE, 2007), para que a auditoria possa ser considerada eficiente e eficaz, é importante que se torne um sistema de educação e aperfeiçoamento contínuo, mostrando preocupação com a qualidade, a segurança e a humanidade das prestações de saúde, tratando de alcançar, por intermédio de um processo de ensino e aprendizagem, motivação e participação de todas e cada uma das pessoas que atendem a pacientes.

Deve, também, constituir uma instância de mediação, conciliação e solução de conflitos, que podem surgir nas relações entre profissionais, pacientes, parentes, instituições, além de ser um sistema de caráter preventivo do erro profissional e reparador deste, sem cunho de ordem penal.

A auditoria em serviços de saúde tem desempenhado um importante papel para as instituições e serviços de saúde, especialmente no âmbito financeiro-comercial, avaliando consumos e cobranças realizadas pela instituição. A rotina em alguns serviços de saúde geralmente é de cobrança indevida por serviços não realizados, erro médico e demais serviços prestados de forma equivocada.

De acordo com Silva e Santo (2013 apud SCARPARO, 2007), a equipe de auditoria geralmente é composta por diferentes profissionais, que realizam a análise qualitativa e quantitativa do prontuário previamente ao faturamento e posterior a ele, verificando as glosas efetuadas e redigindo relatórios finais para a tomada de decisão.

Para Mezomo (2002), o administrador/gestor precisa contar com o apoio e o trabalho de toda uma equipe multiprofissional e treinada. Mas isto não diminui sua função no sistema, pois ele é o responsável final pelas atividades da organização que dirige, e isto inclui a qualidade do cuidado e a eficiência na alocação dos recursos.

A auditoria, em seus diversos níveis de atuação, deve considerar a elevação dos padrões técnicos e a melhoria das condições hospitalares. O auditor em qualquer área de atuação contribui para a empresa pública ou privada, no sentido de promover e manter a saúde do usuário.

Para efetuar uma auditoria eficiente, o auditor busca conhecer detalhes mínimos sobre as aspirações filosóficas da instituição, conhecer os contratos de atendimento aos clientes e o modelo da prestação de serviços, obedecer à hierarquia administrativa e manter comportamento ético e sigiloso necessários a todo trabalho que analisa documentos e prepara parecer técnico.

É dispondo de dados e informações que a empresa pode criar medidas ou indicadores para monitorar e melhorar seu desempenho em tudo o que for fundamental: produtividade, custo, prazo, satisfação do cliente, participação no mercado, desperdício e qualidade total (“defeito zero”). (MEZOMO, 2001, p. 51).

A auditoria como ferramenta de gestão tem valor fundamental para as empresas hospitalares de acordo com as informações enviadas por intermédio dos relatórios, e ganha autoridade ao documentar processos, incentivando a participação, ajudando na criatividade, medindo performances, além de analisar causas e efeitos dos serviços prestados.

Para Mezomo (2002), as ferramentas, por si, não melhorarão a organização se não houver liderança e compromisso com a qualidade, se os administradores não garantirem às equipes o tempo e os recursos necessários, se a cultura organizacional não for mudada, e se as pessoas não forem fortalecidas pela educação.

Portanto, a auditoria em saúde, em conjunto com a gestão da unidade e serviço de saúde, para terem êxito exigem um comprometimento de todo efetivo envolvido, pois não tem por finalidade avaliar o desempenho de um indivíduo ou grupo, mas de melhorar a assistência ao paciente e corrigir erros realizados pela equipe de saúde.

Reiteram Silva e Santo (2013) que o objetivo da auditoria não é buscar as irregularidades, mas, por meio do processo, detectá-las e corrigi-las, pois essa é que dá a confirmação das informações fornecidas pelas demonstrações contábeis e dos prontuários e a credibilidade, melhorando o funcionamento da empresa. O administrador hospitalar, em parceria com uma auditoria eficiente, consegue de forma clara e objetiva identificar e perceber as necessidades dos clientes em um mercado competitivo.

A atividade de auditoria em saúde tem se destacado como instrumento de gestão e fiscalização mais adequado às necessidades de gerenciamento das informações no ambiente hospitalar. Este modelo de mensuração de resultados atende às necessidades informativas específicas de cada gestor e demais usuários. Este estudo deixa evidente que a auditoria utilizada como ferramenta de gestão nas instituições de saúde tem atingido resultados satisfatórios.

Portanto, cabe aos gestores o processo de implantação da auditoria no sistema/organização/serviço de saúde para mudar a opinião dos focos de resistência e mostrar a importância que este tipo de planejamento proporcionará para a organização, no qual todos sairão ganhando com o aumento de eficiência e eficácia e, principalmente, o acréscimo em competitividade que a empresa agregará para enfrentar o dinâmico mercado do mundo globalizado.

3 A AUDITORIA NO MUNDO E NO BRASIL

De acordo com Rosa (2016 apud O'REILLY et al., 1990), a auditoria é quase tão antiga quanto a civilização e nasceu como um apêndice da área contábil, recebendo a denominação de auditoria somente a partir do século XII d.C.

Entretanto, há registros históricos de processos rudimentares de auditoria desde 4.000 a.C., quando, na antiga Babilônia, eram feitas conferências dos impostos arrecadados (KURCGANT, 1991).

Em 200 a.C., na República Romana, as contas governamentais eram apresentadas na forma de lucros e perdas e eram constantemente fiscalizadas pelos magistrados encarregados das finanças, os quais eram denominados questores (fiscais), que realizavam uma atividade similar à auditoria, já que era comum os imperadores encarregarem esses funcionários de inspecionarem a contabilidade das diversas províncias (DUARTE, 2010).

Em fins do século XIII, a auditoria era exercida em trabalhos executados por associações profissionais na Europa, como os Conselhos Londrinos, o Tribunal de Contas em Paris ou, ainda, o Collegio dei Raxonati e a Academia dei Ragioneiri, na Itália (ROSA, 2016 apud O'REILLY, 1990). Outro período importante na evolução da auditoria foi em 1314, quando foi criado o cargo de auditor, na Inglaterra, quando a Rainha Elizabeth I designou o Auditor do Tesouro para instalar um sistema de controle e marcas sobre os gastos do governo. No final do século XV, as expedições marítimas em forma de *joint ventures* financiadas pelos reis, príncipes, empresários e banqueiros da Inglaterra, Portugal, Espanha, França e Holanda, criaram a necessidade de prestação de contas da receita e dos gastos das expedições às Américas, Índias e Ásia (DUARTE, 2010).

De forma mais profissional, a auditoria alcançou maior grau de evolução na legislação britânica, promulgada durante a Revolução Industrial, mais especificamente em 1956, ano considerado como de origem da auditoria nos moldes da atualidade. A partir dali, foi difundida para outros países, principalmente Canadá e Estados Unidos, que, devido ao desenvolvimento econômico, aprimoraram significativamente esta nova técnica (DUARTE, 2010).

Em 1880 foi criada a Associação dos Contadores Públicos Certificados na Inglaterra (Institute of Chartered Accountants in England and Wales) e, no mesmo ano, a Associação dos Contadores Públicos Certificados, nos Estados Unidos, e em 1894 é criado na Holanda o Instituto Holandês de Contabilidade Pública (OLIVEIRA, 2001).

No início do século XX nascem as grandes corporações norte-americanas Ford e DuPont, promovendo a rápida expansão do mercado de capitais nos Estados Unidos. Em seguida, acontece a crise da Bolsa de Valores norte-americana, ocasionando a criação do Comitê May, um grupo de trabalho instituído com a finalidade de estabelecer regras de auditoria e contabilidade para as empresas que tivessem suas ações negociadas em bolsas de valores, tornando obrigatória a auditoria contábil, independente das demonstrações contábeis (OLIVEIRA, 2006).

Em 1934 é criada a Security and Exchange Commission (SEC), nos Estados Unidos, que aumentou a importância da profissão do auditor como guardião da equidade e transparência das informações contábeis das organizações e sua divulgação para o mercado de capitais e toda a sociedade. O American Institute of Certified Accountants (AICPA) era o órgão responsável para estabelecer normas contábeis e de auditoria.

De 1938 até 1956, o Comitê de Procedimentos Contábeis do AICPA publicou 51 boletins sobre pesquisas contábeis, sob o título de Accounting Research Bulletins (ARB). A partir de 1959, tais tarefas passaram a ser executadas pela Accounting Principles Board (APB), Junta de princípios contábeis que emitiu mais 31 pronunciamentos até 1973. A Financial Accounting Standards Board (FASB), Junta de normas de Contabilidade Financeira foi criada em 1º de junho de 1973, com o objetivo de determinar e aperfeiçoar os procedimentos, conceitos e normas contábeis.

É composta de seus membros indicados pelo AICPA; é um órgão independente, reconhecido pelo Securities and Exchange Commission (SEC). Até dezembro de 1998, a FASB havia emitido 134 pronunciamentos (OLIVEIRA, 2001).

No Brasil, a evolução da profissão se deveu à presença cada vez maior de subsidiárias e filiais de multinacionais, principalmente dos Estados Unidos, Japão, França, Alemanha, Suécia e Suíça, no início e, mais recentemente, da Coreia e Espanha, que enviavam, e ainda enviam, auditores com o objetivo de verificar a veracidade dos relatórios emitidos por suas filiais no país (OLIVEIRA, 2001).

Em 1965, o governo brasileiro editou a Lei nº 4.728/65 (BRASIL, 1965), que obrigava a prática da auditoria governamental no Brasil, em razão da necessidade de demonstrar a mesma confiabilidade que as subsidiárias estrangeiras, passando a exigir das empresas nacionais os mesmos procedimentos, adotando novas posturas gerenciais.

Em 1971 foi criado o Instituto Brasileiro de Contadores (IBRACON), com a fusão de dois institutos até então existentes: o Instituto dos Contadores Públicos do Brasil (ICPB), fundado em 26 de março de 1957, e o Instituto Brasileiro de Auditores Independentes (IBAI), fundado em 2 de janeiro de 1968.

Em 1972, o Conselho Federal de Contabilidade (CFC), por meio de sua Resolução nº 321/72, divulgou os princípios a serem seguidos no cumprimento da profissão de auditor, definindo as normas relativas à pessoa do auditor, à execução dos trabalhos e também ao parecer da auditoria. Aspectos éticos, como a independência e confidencialidade dos papéis de trabalhos e assuntos relativos aos clientes, também foram objetos dessa Resolução (OLIVEIRA, 2001).

Em 1976, com a Lei nº 404, Das Sociedades por Ações, houve a normatização das práticas e dos relatórios de auditoria, o que contribuiu enormemente com o disciplinamento do mercado dos processos. No mesmo ano foi criada a Comissão de Valores Mobiliários (CVM), pela Lei nº 6.386/76, com a responsabilidade de normatizar os trabalhos contábeis e de auditoria das empresas de capital aberto, além de exercer as funções de fiscalização, semelhante à SEC norte-americana. Em 1985, o Banco Central do Brasil emitiu a Resolução nº 1007 – Normas Gerais de Auditoria, com o auxílio do IBRACON e do CFC (OLIVEIRA, 2001).

A análise da literatura sobre a avaliação de serviços de saúde demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Estes mecanismos são tão antigos quanto esses serviços (REIS et al., 1990). O estudo realizado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS) acerca da Evaluación de la Eficacia y la Seguridad de las Tecnologías Médicas relata que o uso da estatística e da avaliação científica dos cuidados médicos se desenvolveu lentamente, pois, em geral, não era considerado aspecto essencial da medicina (REIS et al., 1990).

Extraoficialmente, há informações de que os primeiros registros hospitalares foram encontrados no Antigo Egito, comprovando que os prontuários existem há cerca de 2000 anos. Na Grécia antiga foram encontrados traços dos prontuários de hoje, mas foi Hipócrates quem fez os primeiros registros sobre as doenças de seus pacientes, no ano 460 a.C. (SILVA; SANTO, 2013 apud LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Provavelmente, a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino e, por consequência, da prática médica, tenha sido o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como Relatório Flexner (em homenagem a seu coordenador), publicado em 1910.

Neste relatório, Flexner atenta para a necessidade de controle do exercício profissional, ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muito enfática, as precárias condições da prática profissional (REIS et al., 1990).

No Brasil criou-se a ideia equivocada de que a auditoria em saúde é aquela relacionada a atividades estritamente burocráticas, de cunho contábil e financeiro. Ao falar sobre a história do controle de qualidade no setor de saúde, Reis et al. (1990) ressaltam os trabalhos da enfermeira inglesa Florence Nightingale, que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde em 1854, durante a Guerra da Crimeia, a partir do qual, com base em dados estatísticos e gráficos, as taxas de mortalidade foram reduzidas de 40% para 2% em apenas seis meses, fato que só pode ser conseguido com a implantação de rígidos padrões sanitários e de uma revolução no atendimento e nos cuidados em saúde estabelecidos.

Com os crescentes custos da atenção médica, em especial nos países centrais, e o aumento da complexidade da atenção, acontece um impulso objetivo para a expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos da atenção médica.

Utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner, ele sistematizou a avaliação qualitativa da atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado (REIS et al., 1990).

Como se pode verificar pela evolução histórica da auditoria em saúde no Brasil, desde sua implantação, os avanços foram inegáveis, entretanto, ainda há muito que se caminhar, principalmente no sentido de oferecer maior controle de qualidade neste processo, considerando a educação permanente como uma de suas principais funções.

4 O AUDITOR E A AUDITORIA

Complementando as informações trazidas quanto à figura e o papel do auditor, ambos apresentados na Unidade 1, relatamos a seguir mais alguns aspectos importantes relacionados a este contexto. Vamos a eles.

Na Unidade 1 observamos que o auditor deve preservar a integridade, o sigilo, o zelo profissional e a responsabilidade, ratificando que os auditores são responsáveis não só perante a administração da organização a que prestam serviço, mas também perante os usuários. Os que atuam nesta área devem conduzir-se de modo a justificar a confiança individual e institucional que lhes é depositada.

Ainda segundo o manual de práticas de auditoria editado pelo Ministério as Saúde (2016), temos como princípios básicos que o auditor deve ter:

Independência - O auditor, no exercício de sua atividade, deve manter uma atitude de independência que assegure a imparcialidade do seu julgamento, nas fases de planejamento, execução e emissão de seu parecer, bem como nos demais aspectos relacionados com sua atividade profissional. Não deve ter qualquer relação com a área/elemento a ser auditado, de forma a preservá-lo de influências que possam afetar os resultados.

Soberania - Durante o desenvolvimento do seu trabalho, o auditor deverá possuir o domínio do julgamento profissional, pautando-se exclusiva e livremente a seu critério, no planejamento dos seus exames, na seleção e aplicação de procedimentos técnicos e testes de auditoria, na definição de suas conclusões e na elaboração dos seus relatórios e pareceres.

Imparcialidade - Durante o seu trabalho, o auditor está obrigado a abster-se de intervir nos casos onde há conflitos de interesses que possam influenciar a absoluta isenção do seu julgamento. Não deve tomar partido ou emitir opiniões.

Objetividade - Na execução de suas atividades, o auditor se apoiará em fatos e evidências que permitam o convencimento razoável da realidade ou a veracidade dos fatos, documentos ou situações examinadas, permitindo a emissão de opinião com bases consistentes.

Conhecimento técnico e capacidade profissional – o auditor deve possuir um conjunto de:

- conhecimento técnico específico e das diversas áreas relacionadas com as atividades auditadas, o que lhe permitirá comprovar a legitimidade e a legalidade no desempenho dos objetivos do órgão ou entidade sob exame;
- experiência obtida de um somatório de atuações, possibilitando o amadurecimento do julgamento profissional e o discernimento entre situações gerais e particulares;

- capacidade profissional atualizando-se quanto ao avanço das normas, procedimentos e técnicas aplicáveis.

Atualização dos conhecimentos técnicos – O auditor deve manter sua competência técnica, atualizando-se quanto ao avanço de normas, procedimentos e técnicas aplicáveis à auditoria.

Traz ainda o manual outras recomendações para o auditor, sendo estas: calma, educação e paciência; clareza nas perguntas; evitar juízo de valor sobre como um elemento deve ser descrito e/ou implementado; manter a mente aberta; não fazer “inferências”, mas basear-se em evidências objetivas; atuar de acordo com as necessidades inerentes à auditoria; permitir que o auditado exponha as suas razões e tenha oportunidade de melhorar o sistema da qualidade; manter os documentos/registros referentes à auditoria em arquivos seguros e confidenciais.

Acrescenta ainda o Ministério da Saúde (2016), em seu manual de normas de auditoria, as finalidades estabelecidas quando da execução da auditoria, que sequencialmente elencamos:

1. Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder o levantamento de dados que permitam ao SNA conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde.
2. Avaliar objetivamente os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos.
3. Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência à saúde.
4. Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário.

Continua contribuindo o manual de normas de auditoria do Ministério da Saúde (2016), ressaltando que para o cumprimento de suas finalidades, a auditoria far-se-á através do desenvolvimento de atividades de auditoria analítica e operativa (estas auditorias já foram explicitadas na Unidade 1), objetivando:

- a) determinar a conformidade dos elementos de um sistema ou serviço, verificando o cumprimento das normas e requisitos estabelecidos;
- b) levantar subsídios para a análise crítica da eficácia do sistema ou serviço e seus objetivos;
- c) verificar a adequação, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e resolutividade dos serviços de saúde e a aplicação dos recursos da União repassados a Estados, Municípios e Distrito Federal;

- d) avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada e seus resultados, bem como apresentar sugestões para seu aprimoramento;
- e) avaliar a execução das ações de atenção à saúde, programas, contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres;
- f) verificar o cumprimento da legislação federal, estadual, municipal e normatização específica do setor saúde;
- g) observar o cumprimento pelos órgãos e entidades dos princípios fundamentais de planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle;
- h) avaliar o desempenho das atividades de atenção à saúde desenvolvidas pelas unidades prestadoras de serviços ao SUS;
- i) prover ao auditado oportunidade de aprimorar os processos sob sua responsabilidade.

De acordo com Pinheiro et al. (2016), quando o assunto tratado é a qualidade da assistência em saúde, é comum o comentário, por meio da mídia e no nosso próprio dia a dia como cidadão, de que grande parte de clientes, usuários de serviços de saúde, está insatisfeita. A cada dia que passa, estes clientes estão mais convictos dos seus direitos e exigindo o grau máximo de excelência no seu atendimento. A necessidade de garantir resultados positivos e clientes satisfeitos, num mercado competitivo, requer qualidade na forma de atuar.

Dessa forma, quando falamos em qualidade na área de saúde, devemos nos atentar para o nível de satisfação de nossos clientes e para as variáveis presentes no ambiente da saúde e seus prováveis impactos na credibilidade da instituição. Diante destes problemas, alguns serviços de saúde, preocupados com a qualidade da assistência prestada, estão utilizando a auditoria.

LEITURA COMPLEMENTAR**O papel do Sistema Nacional de Auditoria e sua base legal na otimização da gestão de serviços oferecidos pelo SUS**

Diego Nunes Guedes
Tiago do Amaral Rocha
Emmanuel Pedro Sormanny Gabino Ribeiro
Luciana Soares Adorno

A prática da auditoria em saúde, desde a sua implantação, tem encontrado inúmeras dificuldades para estabelecer critérios mais bem consolidados, restando questionamentos e dúvidas próprios de um sistema bem abrangente e dinâmico.

Em qualquer seara social que se vislumbre hoje no Brasil, a gestão dos serviços públicos com fulcro na otimização da qualidade é, indubitavelmente, um imperativo de que não se pode prescindir. No âmbito do setor de saúde, fatores como: a diminuição dos custos, o implemento da acessibilidade, democratização, abrangência e a consolidação de sua eficiência se mostram como verdadeiros gargalos que precisam ainda ser concretamente enfrentados (SANTOS, 1996).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, por excelência, um sistema complexo e em constante evolução e amadurecimento. A sua adequada análise necessita de conhecimentos específicos e nem sempre tão claramente acessíveis a todos os profissionais e gestores públicos que nele estão inseridos.

Neste norte surge a auditoria em saúde, como um potencial e robusto arcabouço de ferramentas para eficiente implementação da gestão neste campo. A auditoria, se antes era vista como apenas atividade contábil e com ações pontuais, nesta vertente passa a ser verdadeiramente tratada como uma das alternativas de controle do SUS com foco principal na qualidade de serviço (MOTTA, 1992).

[...]

ESTRUTURAÇÃO DO SNA

Depois de sua criação pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, o SNA abarcou como competência o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde no país.

O Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, regulamentou o SNA e estabeleceu suas competências nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. A Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, dentre outras disposições, delimitou suas áreas de competência, cabendo ao Ministério da Saúde, como função legal, a coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde – SUS.

Com a reestruturação do Ministério da Saúde, a Portaria MS 1.069 do Gabinete do Ministro, de 19 de agosto de 1999, veio trazer uma nova organização de atividades para o SNA, a saber: as de Controle e Avaliação couberam à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, e as atividades de Auditoria com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, DENASUS, representado em todos os estados da Federação e no Distrito Federal (BRASIL. Ministério da Saúde,1998).

A operação do sistema de auditoria deve ocorrer descentralizadamente, com definição das competências de cada esfera de governo. O sistema é integrado por uma Comissão Corregedora Tripartite, composta pela Direção nacional do SUS, representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde.

Neste diapasão, passaram a dizer respeito ao SNA as responsabilidades pelos órgãos de auditoria, controle e avaliação, bem como a correção de irregularidades praticadas no SUS e, ainda, a assistência direta e imediata ao Gabinete do Ministro da Saúde. Tudo isso como fruto de uma reestruturação regimental do SNA, arriada no Decreto nº 3.496, de 2000.

A Lei nº 8.080/90 definiu claramente o dever de cada instância de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, ficando reservada à União a competência privativa para estabelecer o SNA, e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL. Ministério da Saúde,1998).

O SNA surge, para as atividades de prestação dos serviços de saúde no país, como um verdadeiro sistema legítimo e independente, com características diferenciadas, complementar aos sistemas de controle antes já existentes.

O órgão central do SNA no plano federal é o DENASUS. Este foi instituído pelo art. 6º da Lei nº 8.689/93 e regulamentado pelo Decreto nº 1.651/95, e tem sua força de trabalho composta por servidores envolvidos diretamente nas atividades de auditoria que exercem atividades técnicas e/ou de apoio administrativo.

É fato notório, para quem procura atualização sobre o tema, que o DENASUS tem buscado desde sua implantação o real fortalecimento de parcerias e cooperação técnica com as instâncias estaduais e municipais, contribuindo assim para a consolidação do SUS. Nesta esteira, tem buscado ainda parcerias diversas com outras instituições, como Ministério Público e Tribunal de Contas da União. Tudo com o propósito de propiciar o equacionamento e melhoria dos serviços oferecidos aos usuários do SUS. Cabe ressaltar que o SNA é um instrumento de controle interno do SUS e não exclui o controle exercido pelos Tribunais de Contas.

[...]

IMPLICAÇÕES QUALITATIVAS DA AUDITORIA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A busca pelo aperfeiçoamento através da melhoria dos conhecimentos técnicos nos temas que se constituem matéria dos processos de verificação e acompanhamento na gestão dos recursos públicos é uma constante que não pode ser posta à margem (ATTIE,1998).

Inserido no planejamento público, essa abordagem é focada na análise da compatibilização do Plano Plurianual com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e execução da despesa, evidenciando-se as metas, cumprimento e financiamento, de tal forma que se possa avaliar a aplicação de recursos nos parâmetros de excelência de como gastar bem, com transparência e controle, para que se tenha economicidade, efetividade – relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos esperados) – e eficácia – grau de alcance das metas programadas em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados, priorizando a qualidade de atendimento ao usuário do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005; DI PIETRO, 2008).

Da Constituição Federal de 1988 originou-se o SUS, o qual foi regulamentado posteriormente pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Com a sua implantação, foram resgatados os princípios constitucionais de universalidade (acesso a toda a população) e equidade (igualdade de direitos a todos), conforme reza o art. 196 da Constituição, *in verbis*:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

É na esteira do que preceitua a Magna Carta supramencionada que procuramos contextualizar possíveis avanços qualitativos dos serviços de saúde disponibilizados, após a implantação do SNA, para uma efetiva aplicação de seus preceitos. A premissa que fundamenta tais avanços é o papel relevante na melhor instrumentalização do princípio da eficiência, que se insere na administração pública, como obrigatório, por intermédio da EC nº 19/98. O ilustre professor Carvalho Filho (2008), de forma brilhante, refere-se à administração gerencial, intimamente imbricada ao princípio da eficiência, segundo a qual se faz necessário identificar uma gerência pública compatível com as necessidades verdadeiras da administração, sem trazer prejuízo para o interesse público, com uma efetiva maximização – que neste trabalho humildemente enfatizamos como otimização – dos serviços oferecidos.

Para o SUS, eficiência baseia-se na relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados em um

determinado período de tempo. O resultado expressa o custo de uma unidade de produto final em dado período de tempo. Pode-se avaliar o grau de eficiência relativa de um programa, projeto ou atividade comparando-o com as metas e custos programados ou com dados de outras iniciativas que perseguem os mesmos objetivos. Nesse caso, somente serão comparáveis iniciativas que, além dos objetivos, possuam as mesmas características de programação (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998).

Os princípios são normas de conduta inabaláveis, que estão para ser aplicadas a todo tempo, inclusive quando não há normas positivas no ordenamento, ou quando estas normas vão de encontro a alguma regra geral de Direito e/ou Justiça (CARVALHO FILHO, 2008).

Do princípio da eficiência defluem posturas imprescindíveis ao gestor de saúde que vislumbra êxito no seu mister. A postura da imparcialidade na administração pública que diz respeito a salvaguardar o interesse do exercício da função administrativa, ressaltando o interesse público sem influência de interesses alheios. A postura de neutralidade que está ligada à ideia de justiça. E a postura que se opõe à burocratização improdutiva na administração, tendo como um dos propósitos aprimorar o desempenho da máquina pública. Ademais, o gestor deve trazer sempre consigo compromisso; capacidade técnica e política; sensibilidade para o trabalho em equipe multidisciplinar; autonomia; coragem para cumprir e fazer cumprir a legislação pertinente ao SUS e uma grande disposição para construir um modelo de atenção à saúde capaz de transformar a situação de saúde em seu meio.

Somada a estes comportamentos basilares ao bom gestor, surge a atividade de auditoria em saúde como um ponto de arrimo para materialização dos princípios regentes da administração. Apenas por meio de uma boa análise e verificação operativa avalia-se a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora. A auditoria em saúde apresenta-se como maior propiciadora dos subsídios e informações necessários ao exercício de um controle efetivo sobre a organização destes serviços, contribuindo para um palpável planejamento e relacionamento das ações de saúde e para o aperfeiçoamento do sistema.

Acentue-se que os obstáculos que afrontam a boa gestão em saúde no Brasil são amplos e muito desafiadores, e a auditoria em saúde tem buscado detectá-los e, por conseguinte, corroborar para seu melhor equacionamento em busca da gestão otimizada. Podemos citar: a falta de prioridade política para o setor; os baixos investimentos; a corrupção; os serviços de baixa qualidade; o clientelismo político; os diretores incompetentes, os favorecimentos; os controles burocráticos improdutivos; a centralização excessiva; a falta de objetivos claros; a dissociação entre a área-fim e a área-meio dentro de um programa a ser implantado; a falta de

profissionalismo da direção; os diretores improvisados, inseguros ou incapazes de inovar; os funcionários desmotivados, sem compromisso com a instituição e os interesses conflitantes envolvidos na administração, do ponto de vista do usuário, da área econômico-financeira e dos fornecedores de produtos e insumos, são uma pequena parcela deste vasto arsenal de problemas que afetam a gestão da saúde em todo o país (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005). Logo, é patente a relevância do SNA neste contexto e o seu papel fundamental no combate e superação destes desafios.

Fonte: Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12225>. Acesso em: 15 fev. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 3

Acadêmico(a), neste tópico ratificamos questões acerca:

- Da importância da auditoria para a gestão e do papel partilhado de ambos para a qualidade da prestação de serviços em saúde.
- As qualidades/aptidões necessárias ao auditor no momento de sua atuação na auditoria.
- As finalidades atribuídas à auditoria.

AUTOATIVIDADE



Acadêmico(a)! Baseado nos conteúdos apreendidos no Tópico 3, pesquise em seu local de trabalho, ou se possível em seu município, já contribuindo com suas atividades práticas, previstas na disciplina de seminários interdisciplinares, os formatos de auditoria utilizados. Descreva-os e se possível identifique os principais indicadores positivos ou negativos encontrados, além de eventualmente contribuir com sugestões de melhorias. Vamos ao trabalho!

REFERÊNCIAS

- ATTIE, William. **Auditoria**: conceitos e aplicações. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- AUDIBRA – Instituto dos Auditores Internos do Brasil. **Normas brasileiras para o exercício da auditoria interna**. 2. ed. São Paulo: Audibra, 1992.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem – SP. **Aspectos legais dos registros de enfermagem**. Disponível em: <www.corensp.org.br/livretos>. Acesso em: 13 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS**: orientações básicas. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de auditoria técnico-científica**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_de_auditoria_tecnico_cientifica.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Normas de Auditoria. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas sobre o sistema de informações ambulatoriais (SIA) e sistema de informações hospitalares (SIH)**. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/ORIENTACAO%20TECNICA%20SIA%20E%20SIH%202004-JUL.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 14 dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 743, de 20 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre Laudo para emissão de AIH – autorização de internação hospitalar. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/sihd/Portarias/portaria2005/2005_DEZ_PT-MS-SAS-743_201205.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.
- BRASIL. **Resolução nº 1.614/2001**, do CRM (Conselho Regional de Medicina). Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1614_2001.htm>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- BRASIL. **Sistema Nacional de Auditoria**. Disponível em: <www.sna.saude.gov.br>. Acesso em: 4 jan. 2016.

BRITO, Magnólia Fernandes; FERREIRA, Leonardo Nunes. **A importância da auditoria interna hospitalar na gestão estratégica dos custos hospitalares.** AQUICHAN. 2009; 9(1): 38-49. Disponível em: <<http://www.uff.br/anaissegerent/pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** 7. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2004.

DUARTE, L. S. **Auditoria financeira.** Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Mestrado em Gestão, abril, 2010. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14023/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Lara%20Duarte.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

DYNEWICZ, A. M.; LUZ, A.; MARTINS, A. P.; Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 9. n. 2. p. 44-61, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2aO5.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

KURCGANT, Paulina et al. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil:** em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LEE, Fres. **Se Disney administrasse seu Hospital 9½ coisas que você mudaria.** Tradução Teresa Cristina Félix de Sousa – Porto Alegre: Bookman, 2009.

MARTINI, Jussara G. et al. **Auditoria de enfermagem.** São Caetano do Sul-SP: Difusão, 2009.

MARTINI, Jussara G.; KEMPFER, Silvana S.; KOLHS, Marta; SEBOLD, Luciara F. **Auditoria em enfermagem.** São Paulo: Difusão, 2009.

MEZOMO, João C. **Gestão da qualidade na saúde:** Princípios básicos. 1. ed. São Paulo: Manole, 2001.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde.** São Paulo: Iátria, 2009.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Disponível em: <<http://www.epm.tjsp.jus.br/Sociedade/Saude.aspx>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

OLIVEIRA, J. A. R. **Curso prático de auditoria administrativa.** São Paulo: Saraiva, 2006.

- OLIVEIRA, L. M. **Curso básico de auditoria**. São Paulo: Atlas, 2001.
- PEG–EB Programa de excelência gerencial – Hospital Geral de Juiz de Fora. **Manual de auditoria de contas médicas**. 2005. Disponível em: <http://dsau.dgp.eb.mil.br/arquivos/PDF/qualidade_gestao/manual_Auditoria.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.
- PINHEIRO, Aline et al. **Auditoria de enfermagem e a qualidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura**. Disponível em: <<file:///C:/Users/58968857920/Downloads/33258-140039-1-SM.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, mar. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- RESOLUÇÃO DO CFM. **Conselho Federal de Medicina nº 1.614/2001** – Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1614_2001.htm>. Acesso em: 20 ago. 2015
- RESOLUÇÃO DO COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem 266** – Disponível em: <<http://www.ufjf.br/admenf/files/2015/03/Resolucao-COFEN-1.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2015
- ROSA, Vitor Luis. **Evolução da auditoria em saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007B1.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- SÁ, A. L. **Curso de auditoria**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- SILVA, Agneta Torres da; SANTO, Eniel do espírito. A auditoria como ferramenta para a excelência da gestão hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Vol. 3, nº 2/jan/jun. 2013.

