**A ENFERMAGEM NA AUDITORIA EM SAÚDE**

Ellen Vale de Araújo1

**RESUMO**

Os profissionais de enfermagem utilizam a auditoria para avaliar a qualidade da assistência prestada ao usuário, bem como os custos provenientes desses serviços. O objetivo da auditoria de enfermagem é garantir a qualidade dos serviços prestados ao paciente através de ações corretivas dentro do hospital, da educação contínua, das negociações de contratos do hospital e fornecedores a fim de reduzir custos. Neste contexto, o presente trabalho visa definir as funções da auditoria interna como uma função contínua, completa e independente, desenvolvida dentro da empresa, baseada na análise das informações, com eficácia, e a otimização dos controles internos e dos processos já instalados, ajudando o cumprimento de redução de custos e melhoria da assistência prestada ao seu usuário. O estudo foi realizado a partir da revisão bibliográfica dos materiais disponíveis a respeito da auditoria em saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Auditoria; Saúde.

**Introdução**

Auditoria originou-se do latim “audire”, significar ouvir. O termo pode ser melhor esclarecido pela língua inglesa “audit” traz como definição analisar, investigar, corrigir, certifica. De acordo com a história teve sua origem da contabilidade, parece no século X e XVI na Itália. Foi introduzida na saúde no século XX, como investigação na qualidade da assistência à saúde.

A finalidades em geral no serviço de saúde a auditoria consistir em: conferir os padrões estabelecidos e fazendo levantamento de dados que permitam conhecer e avaliar a qualidade e serviço prestado a saúde visado as irregularidades e corrigindo e planejando as ações para que haja melhoria na assistência.

O [auditor](javascript:void(0);/*1332510051923*/) realiza várias funções dentro da organização com expectativa de acrescimento para melhor qualidade na assistência à saúde, agindo dentro dos princípios éticos e legais, conhecer e dominar os documentos que compõem o prontuários dos pacientes com clareza e transparências no momentos de sua analises de contas , com estrutura básica na prestação de serviço de qualidade na assistência de enfermagem .em vista o auditor e responsável por diversa área da saúde na buscar de excelência e redução de custo .

No Brasil em 1990 ficou conhecida a lei nº8080, lei orgânica do sistema nacional de auditoria (SNA). a Lei 8689/93 regulamentou o decreto –lei que formou o (SNA) que tem como principal papel a averiguação, na observação de todas as ações de saúde ,que está associado com controle administrativo e financeiro Segundo o Ministério da saúde determinou a vistoria de recursos usados pelos estados e municípios, com atividades de administração na avaliação técnica e financeira dos recursos e dados, procurando abrangem diversas areias e setores diferentes com ações de desenvolvimento, com melhores condição de assistência da enfermagem com anotações, adequados com atendimento de qualidade aos seus pacientes /clientes.

A relação da auditoria na qualidade da assistência consiste na avaliação prestada ao cliente baseada na análise dos prontuários, e verificando os procedimentos realizados na existência de padrão, previamente estabelecidas quais podem ser subdivididos em padrão de cuidados e registro.

De acordo com auditoria de enfermagem tem como destinação institucional a prestação do serviço de enfermagem com qualidade, havendo melhor ampliação de sua área para alcançar melhores cumprimentos de sua atividade em serviço da saúde e tendo como valorização suas ferramentas que são indispensáveis no controle e delimitar as ações incorreta agindo de forma precisar e corretiva.

Auditoria de enfermagem vem traçado os seguintes benefícios como desenvolvimento na assistência e na sua qualidade em saúde, estabelecedor indicadores de avalição e geração de novos conhecimento e diretrizes organizacional, sendo de dois tipos interna e externa.

Em relação atribuição do enfermeiro auditor compete a ele os seguintes papéis de investigação, diagnosticar, planejamentos e implementação no qual o enfermeiro auditor deve compreender que auditoria de acompanhamento não é outra auditoria e se de verificação do comprimento da eficiência e da ação disciplinar.

Presente estudo justificar a relevância de abranger o desempenho da enfermagem na auditoria indagando – se qual o papel da auditoria enfermagem na melhoria qualidade da assistência em saúde.

Presente estudo de revisão de literatura justificar as possíveis adversidade de artigos encontrada para realizar um controle de qualidade de avaliação dos procedimentos despesas com a saúde dos indivíduos sendo uma missão exaustiva para o profissional de saúde. Entretanto, A auditoria tem tornado uma instrumento de supervisão na qual e manuseado pelos profissionais da saúde, em especial aos enfermeiros, mensurar a qualidade da assistência de enfermagem ao gastos decorrente as atividade justifica-se devido à imperícia dos serviços prestado ao usuário do serviço de saúde tendo que analisar a companha continua através do sistema nacional de saúde (SNA) estudando sobre o assunto ainda é pouco explorado pela instituição, um estudo de suma importância contribui para melhor qualidade de assistência de auditoria de saúde sendo controlado pala auditoria de enfermagem. Neste contexto objetivo geral desta pesquisa e analisar o papel da auditoria na melhor qualidade da assistência em saúde. Juntamente com objetivo especifico fazer uma pesquisar originou-se auditoria em saúde e enfermagem, melhor qualidade de assistência de saúde.

Este estudo foi realizado através de revisão da literatura de cunho qualitativo se caracteriza de forma inicial pela coleta de referenciais teóricos, para construção da literatura de base, com a discussão das ideias acerca da temática e análise dos fatos na verificação dos conceitos teóricos, seguindo-se pela verificação e confrontação das respectivas definições.

# 1- AUDITORIA SAÚDE

A situação econômica financeira do país tem aumentado a demanda para o atendimento do sistema único de saúde, na medida em que aumenta o empobrecimento da população, além de que com o desempenho, aumenta o número de marginalizados e excluídos. Como problema, esta população marginalizada, pelas condições de vida, acaba necessitando mais de atenção e assistência, aumentando os gastos e custos, sem a devida contribuição (desempregados ou participantes do mercado informal). (MAGNUS, 2013)

A inadequação do sistema de saúde existente à época da criação do Sistema Único de Saúde, caracterizada por uma grande oferta de serviços em alguns lugares e evidente carência em outros, recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades, desperdício de serviços alocados e com baixa qualidade em relação a equipamentos e serviços profissionais, bem como uma baixa cobertura assistencial, resultou em uma nova formulação política e organizacional do SUS. (MAGNUS, 2013)

O SUS buscava desde a sua criação o reordenamento dos serviços e das ações de saúde, procurando dar uma adequada assistência à população, através de objetivos estratégicos de descentralização, regionalização, resolutividade, participação social e a possibilidade de prestação de serviços através do setor privado.

A atividade de auditoria em saúde visa garantir a qualidade da assistência em saúde, respeitando as normas técnicas, éticas e administrativas. A função do auditor não deve ser vista apenas como um meio para redução de custos, e sim como um aliado, garantindo qualidade da assistência prestada ao paciente.

A auditoria originou-se da contabilidade, nos séculos XV e XVI nem especial da Itália, utilizada na escrituração mercantil.

Para profissionais desta área, a auditoria consiste em uma técnica contábil do sistemático exame dos registros, que visa apresentar conclusões, críticas e opiniões sobre as situações patrimoniais e aquelas dos resultados, quer formados, quer em processo de formação. Isto amplia a compreensão da ação do auditor para além da mera verificação dos fatos, introduzindo a noção do encaminhamento crítico dos resultados apurados. (SANTI, 2008)

Na área da saúde a auditoria passou a ser usada no começo do século XX, como instrumento para verificação da qualidade da assistência apresentada, como análise dos presentes nos prontuários. Atualmente, a auditoria é adotada como ferramenta de controle e regulação da utilização de serviços de saúde e, especialmente na área privada, tem dirigido o seu foco para o controle dos custos da assistência prestada. (camacho, 2006)

De acordo com Kobus (2011) a auditoria ainda é uma especialidade recente na área de saúde, mesmo sendo prevista nos Conselhos Federais de Medicina e também de Enfermagem, no Brasil ainda não existe vasta literatura acerca do assunto.

Segundo Kobus (2011, p. 03): a Auditoria em Saúde pode ser realizada de diversas maneiras, a saber:

- Auditoria Saúde Preventiva: realizada a fim de que os procedimentos sejam auditados antes que aconteçam. Geralmente está ligado ao setor de liberações de procedimentos ou guias do plano de saúde, e é exercida pelos médicos.

- Auditoria Saúde Operacional: é o momento no qual são auditados os procedimentos durante e após terem acontecido. O auditor atua junto aos profissionais da assistência, a fim de monitorizar o estado clínico do paciente internado, verificando a procedência e gerenciando o internamento, auxiliando na liberação de procedimentos ou materiais e medicamentos de alto custo, e também verificando a qualidade da assistência prestada. É nesta hora que o auditor pode indicar, com a anuência do médico assistente, outra opção de assistência médica ao usuário, como o Home Care[[1]](#footnote-1) ou o Gerenciamento de Casos Crônicos.

Segundo Castro (2004) o auditor tem a necessidade de conhecer toda a legislação envolvida nesta relação para que possa analisar, orientar e emitir pareceres nos conflitos que surgem envolvendo os interesses de todas as partes dentro do sistema, com segurança, conhecimento de causa, coerência e justiça.

Segundo Junqueira (2001, p. 01) a auditoria em Sistema de Saúde:

(...) engloba as atividades de análise dos dados levantados pela Auditoria Preventiva e Operacional, e da sua comparação com os indicadores gerenciais e com indicadores de outras organizações. Neste processo, os auditores devem possuir conhecimento relacionado aos indicadores de saúde e administrativos, e no que tange a utilização de tabelas, gráficos, bancos de dados e contratos. Desta forma, são capazes de reunir informações relacionadas ao plano de saúde, bem como quanto aos problemas detectados em cada prestador de serviços de saúde, em consequência tais análises contribuem substancialmente para a gestão dos recursos da organização.

**1.1- Financiamento da Saúde no Brasil**

Segundo Mansur (1990) as políticas sociais que acompanharam quase todas as décadas do século XX estavam ancoradas na questão da cidadania regulada. Houve uma ampliação dos direitos dos cidadãos neste período, mas como cidadãos eram considerados apenas os indivíduos pertencentes ao mercado de trabalho formal, para as profissões reconhecidas em lei. O sistema de proteção social no Brasil ficou atrelado a esta cidadania regulada até os anos 80.

Como o grande desenvolvimento da medicina assistencial-hospitalar neste período aconteceu dentro do sistema de proteção social formado pela Previdência, só era oferecida a atenção à saúde àqueles beneficiários da Previdência, e não a toda a população. Os recursos financeiros que financiavam a medicina previdenciária tinham como foco atender à demanda daqueles grupos protegidos pelo sistema.

Por outro lado, fora deste sistema de proteção da Previdência, havia as ações de saúde pública, de vigilância epidemiológica, de promoção do saneamento do país, que não estavam incluídas entre as responsabilidades da Previdência. Havia órgãos responsáveis pela execução de programas nessas áreas tanto no nível federal, como nos Estados e Municípios. Mesmo havendo por lei uma característica de federalismo no país, cabendo aos Estados e Municípios os serviços de saúde, estava presente uma tentativa política do estado de centralizar o poder, tanto para as políticas sociais como para outras áreas.

A maior presença do Estado na saúde pública foi acontecer principalmente após a criação, em 1953, do Ministério da Saúde, quando houve uma maior organização dos serviços, criação de departamentos específicos para cada finalidade. O Ministério da Saúde era responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, de alimentação e de nutrição, assim como pelas ações de atenção à saúde de interesse coletivo. (Mansur, op. cit.)

O Ministério da Saúde foi financiado com recursos do Tesouro, do qual faziam parte, em maior proporção, os Recursos Ordinários da União. Em termos orçamentários, o Ministério da Saúde não recebia uma grande fatia de recursos para implementar seus programas. Pelos dados a seguir, verifica-se que houve um declínio nos percentuais destinados ao Ministério nas décadas de 60 e 70 pelo orçamento geral da União: em 1968, coube ao MS 2,21%; em 1972, houve redução para 1,40%; em 1973, foi de apenas 0,91%; e em 1974, de 0,90%! (Braga e Paula, 1981)

No que se refere ao financiamento das políticas de saúde, havia neste período uma corrente de sanitaristas, influenciada pela posição norte-americana, que defendia o crescimento dos gastos com saúde no país no mesmo patamar do gasto realizado nos países desenvolvidos, como se tal medida fosse o bastante para resolver o problema da saúde e da pobreza no país. O grande aporte de recursos garantiria o desenvolvimento do setor saúde e a melhoria da qualidade de saúde da população.

No entanto, o Estado brasileiro vivia um período de desenvolvimento com autonomia e crescimento limitados, quando tais possibilidades financeiras jamais seriam alcançadas. Segundo Braga e Paula, já desde a sua criação em 1953, o Ministério da Saúde sofreu injustiças quanto ao financiamento da sua estrutura. Na partilha do espólio do extinto Ministério da Educação e Saúde, coube à saúde somente um terço dos recursos do orçamento. Com isso, a estrutura do Ministério da Saúde criada não assistia a maioria da população, que ficava à margem de qualquer proteção social, sendo a população rural a mais atingida. (Braga e Paula,1981:57)

Além das questões levantadas acima, que mostram o papel secundário do Ministério da Saúde dentro da estrutura de atenção à saúde no país, é interessante ressaltar que com a existência de dois processos de desenvolvimento do setor saúde acontecendo ao mesmo tempo - por um lado, a medicina previdenciária; por outro, as ações do Ministério da Saúde - para a sociedade era difícil entender o que eram os serviços públicos de saúde. A medicina previdenciária era pública, mas em caráter parcial, não pleno. Havia uma limitação no fornecimento dos serviços de saúde por parte do Estado.

A partir de 1974, o governo começou a perceber a sua deficiente atenção às questões sociais, principalmente pela deterioração da distribuição de renda, pela elevação dos níveis de mortalidade infantil - era necessário ampliar o poder político conquistando as classes baixas via políticas sociais - e a necessidade de reduzir a miséria da população brasileira para permitir que o país se tornasse uma potência. (Braga e Paula, 1981:124)

Vários programas criados a partir de 1974 e implementados pelo INPS e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e também pelo Ministério da Saúde, permitiram que uma nova camada da população, que antes não era assistida pela Previdência Social, passasse a ter acesso aos serviços. A atitude do governo federal em relação às políticas sociais foi tomando diferentes formas ao longo do período de governo militar no país. Em 1974, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que modificavam o desenvolvimento do setor saúde.

Na distribuição dos projetos aprovados para receberem recursos do FAS, os 30% de recursos que poderiam ser destinados a projetos privados recaíram justamente sobre o setor saúde, e serviram para financiar a expansão de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais em vários Estados, principalmente na região sudeste. (Braga e Paula, 1981:131) Nos outros setores, O FAS financiou basicamente projetos públicos. Na saúde, o financiamento do FAS visava a construção de mais estabelecimentos de saúde para atender à demanda crescente por assistência médica. Havia crescido a população economicamente ativa e o setor formal do mercado de trabalho, possibilitados pelo crescimento econômico dos anos do milagre. (Buss, 1995:77)

O outro meio de financiamento, neste caso indireto, do setor saúde que surgiu neste período foi a CEME, que no seu programa de distribuição de medicamentos, possibilitou algum investimento em pesquisas na área de medicamentos e a produção de medicamentos pelos laboratórios oficiais. Também houve aquisição de medicamentos da indústria farmacêutica privada, oferecendo um grande impulso para os setor. Nos anos 80, a CEME passou a integrar o Ministério da Saúde.

Para Vilaça, enquanto o Programa de Pronta Ação (PPA) - que estendeu o atendimento de urgência a toda a população - abriu um mercado cativo para o setor privado, em especial o setor hospitalar, o FAS garantia uma expansão fiscal adicional com recursos subsidiados para atender ao setor. Desta forma, o setor privado fornecedor de serviços de saúde era duplamente beneficiado. (Vilaça, 1993:24)

Para promover a descentralização do sistema de saúde foram desenvolvidas algumas propostas de unificação das redes federal, estadual e municipal nos anos 80. Era necessário incorporar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ao Ministério da Saúde. O INAMPS ficaria responsável pela assistência ambulatorial e hospitalar integral a toda a população. A Previdência deixaria de oferecer serviços de saúde e teria seu papel restrito ao gerenciamento dos benefícios de auxílio e aposentadoria. (Lucchese, 1996:84)

O sistema de saúde presente na década de 1980 era financiado principalmente por contribuições sociais. Havia a contribuição de empregados e empregadores para a Previdência Social (desconto na folha de pagamentos) e a contribuição do Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL. A primeira representava a maior parcela de receita para a saúde e integrava o Fundo da Previdência e Assistência Social - FPAS, portanto sua arrecadação não era computada como recursos do Tesouro. A segunda foi criada para incidir sobre o faturamento das empresas e financiar as políticas sociais.

Essas contribuições sociais, que tinham passado por uma redução de receita nos primeiros anos da década de 80, voltaram a ter uma tendência de crescimento a partir de 1984, porque além das medidas que o governo já havia adotado para elevar receita, começou a haver uma recuperação da economia. Houve flutuação de arrecadação acompanhando os movimentos cíclicos da economia do país. Em 1986, por exemplo, houve uma grande elevação das taxas de crescimento da receita previdenciária, explicada pelos ganhos salariais após o Plano Cruzado e pelo aumento do número de trabalhadores assalariados no mercado formal de trabalho. (Azeredo, 1987:41)

Nos anos 80 foram criados alguns programas dentro do setor saúde, para o desenvolvimento de políticas de atenção. Em 1984, foi criado o Programa das AIS - Ações Integradas de Saúde - um programa que marcou a passagem definitiva do modelo de atenção à saúde previdenciário para um modelo mais universalista. Um dos principais objetivos do modelo era expandir a atenção primária à saúde.

A partir daí, quando já haviam sido incorporadas novas camadas da população brasileira à atenção à saúde, passa a haver uma racionalização do sistema de saúde. De acordo com Oliveira Junior, "com inúmeras instituições federais, estaduais e, embrionariamente, municipais, intervindo no sistema, sem nenhuma articulação, (...) iniciam-se as AIS, cujo objetivo, além da racionalização da gestão e dos recursos financeiros, é de descentralizar e pactuar, iniciando um longo caminho de redefinição dos papéis de cada esfera de governo na área da saúde." (Oliveira Jr, s.d.:22) Ou seja, haviam fortes anseios no setor saúde para que houvesse a descentralização, mas dentro da estrutura existente qualquer movimento descentralizador encontraria muitas barreiras.

Mesmo com as dificuldades, "a estratégia das AIS impulsionou novos arranjos institucionais, mediante os colegiados estaduais (CIS), municipais (CIMS), locais (CLIS) ou regionais (CRIS) que provocaram, em meados da década de 80, um visível deslocamento dos gastos em internações hospitalares e consultas médicas do setor privado para as agências de governo, especialmente os hospitais universitários e secretarias municipais e locais". (Costa, 1998:104)

Segundo Médici, as AIS foram criadas sob influência dos anseios daquele período - fins da década de 1970 e início da década de 1980 -, ou seja, do surgimento de um movimento municipalista (concedendo maior volume de recursos para a saúde nos Municípios) em algumas regiões do país, pelas propostas de reformulação do sistema de saúde do país baseadas nos princípios de universalização e descentralização presentes nos discursos em prol da democratização do país, representando um "ponto de inflexão" na história institucional do INAMPS. (Médici, 1994:88-89)

A Constituição de 1988 adotou o modelo de seguridade social, abandonando o modelo de seguro social, que já vinha sendo abolido nos anos 80. Foi estabelecida a criação do Sistema Único de Saúde, que rompia com duas lógicas presentes nas políticas de saúde dos trinta anos anteriores, ou seja, promovendo a mudança de um modelo de seguro social para a seguridade social - permitindo a universalização - e a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população. (Carvalho, 1998:3)

A Constituição de 1988, como um todo, defendia o processo de descentralização no país, não só do sistema de saúde, que garantisse um novo pacto federativo e novos mecanismos de descentralização fiscal e administrativa aos Estados e Municípios. Em termos fiscais, Estados e Municípios teriam maior autonomia para tributar e haveria um incremento nos mecanismos de partilha de receita (as transferências intergovernamentais).

A característica principal da descentralização dos recursos tributários foi o movimento de municipalização da receita. Tem havido um incremento na arrecadação direta dos Municípios e o fortalecimento do sistema de transferência de impostos (principalmente através do Fundo de Participação Municipal - FPM). A arrecadação municipal direta apresentou um grande desempenho nos últimos anos, passando de R$ 6.227 bilhões, em 1988, para R$18.438 bilhões, em 2000. As transferências do Sistema Único de Saúde tiveram uma participação significativa na ampliação do volume de receita dos Municípios. (BNDES, 2001).

Segundo Mansur (op. cit.)no início da década de 1990 há a influência dos novos preceitos constitucionais na determinação das políticas de saúde e das formas de financiamento adotadas para o setor. O período é marcado pela introdução de novas fontes de financiamento para o setor saúde, pela alteração na participação de recursos previdenciários, pelo início do processo de implementação do SUS.

Para Médici, Soares e Marques (1995), o primeiro fator que deixa o setor saúde vulnerável é a dependência da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional, desde o ano de 1993, e da política de contenção de gastos do governo federal. Neste caso, o orçamento da seguridade social e a matriz de financiamento do setor saúde seriam parcialmente "virtuais", pois não se apropriariam de parcela significativa dos recursos devidos ao setor, influenciando diretamente o financiamento do setor saúde.

**1.1.1- O Papel da Enfermagem**

A auditoria de enfermagem vem partindo de novas dimensões ao longo dos anos e mostrando sua importância dentro das instituições hospitalares e operadoras de planos de saúde.

Trata-se da avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente “*in loco*” (realizada dentro das unidades do hospital em que estão internados os pacientes, pela análise das informações contidas no prontuário).

Há variação nos tipos de auditoria executados e, independentemente deste fato, o objetivo deste trabalho é o mesmo, assegurar a qualidade no atendimento pela organização dos serviços hospitalares. (MOTTA, 2009).

Nos dias de hoje, em consequência da forte atuação da enfermagem no ramo de auditoria, diversos pontos relacionados estão se desenvolvendo. A Sociedade de Enfermeiros Auditores foi criada para apoiar a luta destes profissionais na conquista do reconhecimento dessa prática pelo órgão de sua categoria. Existem muitas situações conflitantes que geram dúvidas que só poderão ser resolvidas na prática, com conhecimento, prudência, integridade e persistência (MOTTA, 2009).

Colocar enfermeiros auditores como profissionais que não estão integrados à prática diária do hospital, pois agirá com muita burocracia e pouco conhecimento técnico é um engano. Seja em qual for à área de atuação, na auditoria de enfermagem, assim como as demais especialidades, estará apta para acompanhar o desenvolvimento tecnológico e o desenvolvimento da enfermagem em todos os seus aspectos, a fim de obter conhecimentos técnico-científicos, criando suas próprias opiniões que lhe darão embasamento no momento de decidir determinados assuntos (MOTTA, 2009).

As principais responsabilidades dos enfermeiros auditores são:

* Agir dentro de princípios éticos e legais;
* Conhecer e dominar o contrato firmado entre o hospital e a operadora de planos de saúde e/ou Sistema Único de Saúde (SUS);
* Conhecer os aditivos contratuais;
* Atualizar seus conhecimentos sobre os temas médicos, que sofrem mudanças constantes devido ao desenvolvimento tecnológico;
* Aprimorar seus conceitos sobre os novos produtos lançados no mercado, materiais ou medicamentos;
* Ter embasamento e conhecimento para conversar e negociar;
* Fundamentar com conteúdo baseado em evidências seus conceitos antes de expô-los;
* Conhecer todos os documentos que compõem o prontuário do paciente, começando pela familiarização com as guias de procedimentos médicos e demais formulários e impressos;
* Ser claro e transparente no momento da análise das contas hospitalares. (MOTTA, 2009);
* Conhecer tabelas e manuais técnicos.

No âmbito da instituição hospitalar a enfermeira deverá atuar com senso crítico, enfatizando a dignidade da auditoria, ou seja, seu aspecto educacional e de orientação da equipe multidisciplinar dentro do processo relacionado á internação e cobrança hospitalar, deixando de lado o mito de que é um instrumento de correção manual e de solucionar problemas difíceis. A auditoria de enfermagem serve como ferramenta importante no apoio a administração de instituições hospitalares e operadoras de planos de saúde, tendo em vista que é capaz de identificar possíveis irregularidades, resolvendo problemas e precavendo-os, alcançando bons resultados econômicos. A enfermeira auditora deve possuir o seguinte perfil de acordo com Motta (2009, p. 68):

* Trabalhar tendo sempre a ética como referência. Os princípios éticos devem predominar;
* Ter conhecimento técnico-científico, acompanhando todo o desenvolvimento tecnológico na saúde em geral e principalmente nas especialidades de enfermagem que audita;
* Conhecer os estudos atuais práticos baseados em evidências;
* Conhecer os aspectos legais que regem a profissão;
* Desenvolver a capacidade de persuasão pela experiência anterior, conhecimento, expressão e conhecimento;
* Ter disciplina, não violando os direitos de outros;
* Ter humildade para reconhecer erros e aprender;
* Agir como educadora;
* Ser tolerante.

Questiona-se “o que auditar” o que tem intrigado as enfermeiras auditoras, isto porque existem profissionais que, devido ao seu próprio perfil ou pela atribuição que lhe foi conferida pela instituição que lhe contratou, trabalham de forma restrita, apenas verificando a qualidade de materiais e medicamentos assim como a compatibilidade entre o prontuário do paciente e as cobranças feitas pelo hospital (MOTTA, 2009).

Enquanto isso existe outros profissionais com perfil mais inovador e, devido à abertura oferecida pela empresa, cuidam tanto das questões acima citadas quanto de outros assuntos que envolvem sua área de atuação, desenvolvendo pesquisas que poderão ser aplicadas no futuro durante revisões de contratos, preços e negociações. Sendo assim, é função da enfermeira auditora estabelecer as atividades que pretende desenvolver e em qual tipo de empresa quer trabalhar (MOTTA, 2009).

A profissional que possui uma área de atuação mais abrangente no interior da empresa em que atua não deve desenvolver trabalhos que fujam de sua competência e legalidade, por exemplo, conferir honorários médicos, todavia, isso não quer dizer que os erros nestes segmentos devem ser ignorados e deixados de serem repassados ao médico auditor da equipe de trabalho, pois isso seria uma maneira de apoiar o desenvolvimento e a materialização de um trabalho em equipe, sendo que não haverá problemas se o contrário acontecer (MOTTA, 2009).

Atualmente a auditoria de enfermagem envolve diversas áreas de atuação. Nas instituições de saúde, as enfermeiras auditoras atuam nos serviços de educação continuada e no serviço de faturamento. Já nas operadoras de planos de saúde, trabalham nos serviços de credenciamento para prática de vistoria técnica da rede; nos serviços de autorizações pela averiguação e diagnóstico da compatibilidade dos procedimentos solicitados com o que de fato foi contratado pela Operadora, Prestador de Serviço e Cliente e nos serviços de contas médicas através da orientação e organização dos auxiliares de revisão de contas (MOTTA, 2009).

**CONCLUSÃO**

Ao pensar em auditoria, deve-se pensar tanto na preservação do equilíbrio da relação custo/benefício quanto na atenção dada ao paciente em relação aos procedimentos que lhe são oferecidos, sabendo-se que ele está ali por motivos de doença ou fragilidade emocional. Isto, pois, além de auditores estes indivíduos também são profissionais da saúde e, nesta função, devem buscar o melhor para seus pacientes. Todavia, nem sempre o melhor é o mais caro, e ponderar esta equação é o grande desafio de todos os sistemas de saúde do mundo.

A auditoria precisa ser preventiva, utilizar uma linguagem única para a orientação, oferecendo ao paciente qualidade e uma assistência justa, procurando sempre que possível reduzir os custos. Este ramo de atuação da enfermagem visa muito mais do que uma simples conferencia de compatibilidade entre os procedimentos realizados e a cobrança feita pelo hospital, ela busca dar prioridade ao bem-estar e integridade do paciente.

A auditoria de enfermagem gera melhorias no processo de faturamento SUS, adequando um fluxo operacional mais apropriado por parte da equipe, maior destreza nos processos, planejamento, regulação, compatibilidade e controle de prontuários.

A auditoria em enfermagem atualmente ainda está restrita à comprovação de pagamento de contas hospitalares, analisando grande quantidade de informações por meio do relatório técnico e realizando negociações entre representantes do hospital, da saúde suplementar e do governo; no futuro, associado à primeira finalidade a intenção será apontar inadequações da assistência de enfermagem, reformulando suas práticas, indicando processos de educação em serviço e delineando ações corretivas. Com relação às prioridades a serem implementadas para a prática futura foram pontuados a formação específica (especialização) e o planejamento e execução da assistência de forma sistemática, pautada no conhecimento científico e técnico da profissão.

A auditoria representa a análise crítica, de uma forma integral no prontuário do paciente internado, onde faz gerar melhor informação dos serviços prestados durante o atendimento hospitalar, fazendo com que o custo e o faturamento hospitalar estejam de acordo com o que foi solicitado e o que foi realizado durante o período de internação.

Para finalizar deve-se indicar que o presente estudo não buscou ser determinante nos resultados, e também esgotar o tema em questão. Ao contrário, busca incentivar mais estudos acerca dos temas aqui discutidos.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS; 2007.

AGUILAR, M. S. & E. Ander Egg. **Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.** Rio de Janeiro, Vozes, 2003.

ALBERTO, Valder Luiz Palombo. **Perícia Contábil.** 1 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde. **Cien Saude Colet** 1999; 4(2):263-286.

Alves, VS. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família**: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – comunicação, saúde, educação 2005 set-fev; 9 (16):39-52.

ARANTES, N. **Sistemas de gestão empresarial.** São Paulo: Atlas, 1998.

Ayres JRCM. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva 2005 jul-set; 10 (3):549-60.

Ayres, JR. **Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva 2004 jul-set; 9 (3):583-92.

Bahia L, Antunes LR, Cunha TCA, Martins WSN. **Planos de Saúde no Brasil: origens e trajetórias.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Leps/Ministério da Saúde; 2005.

Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Cien Saude Colet** 2006; 11(4):951-965.

Bahia L, Santos IS, Gama AM. A agenda de regulamentação dos planos e seguros de saúde: Notas sobre o debate no Legislativo e Executivo. In: **Anais do VII Congresso Latinoamericano de Medicina Social e do XI Congresso de La Asociación Internacional de Políticas de Salud**; 2000; Cuba, Havana.

Bahia L. **Medidas e padrões das relações público-privada: seguros e planos de saúde no Brasil** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Cien Saude Colet** 2001; 6(2):329-339.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco e VIANNA, Solon Magalhães, 1996. **Políticas de saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Texto para Discussão, 401. Brasília: IPEA.

BERTANI, Íris Fenner et al. **Pacto pela saúde: conversando sobre o SUS**.Franca: UNESP-FHDSS, 2010.

BERTANI, Íris Fenner; SARRETA, Fernanda de Oliveira; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde.** Franca: UNESP-FHDSS, 2008.

BERWICK, D M. et al. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos**, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books, 1994.

BOTTESINI, Maury Ângelo. **Lei dos Planos de Saúde: comentada artigo a artigo, doutrina, jurisprudência**. 2 ed. ver. ampl. e atual. – São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, Rio de Janeiro, 2005.

BRAGA, José Carlos e PAULA, Sérgio Goes de, 1981. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES/ HUCITEC.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares – módulo I: orientações técnicas.** Versão 02.2010, 119 p., 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS: caderno 3.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CAMPELLO, Bernadete Santos et al. **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais.** Belo Horizonte: UFMG, 2000.

CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público; São Paulo, Xamã, 1998.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciências e saúde coletiva, 8(2):569-584,2004.

Campos, CEA. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva 2003 abr-jun; 8 (2):569-84.

CAMPOS, Emerson Fidelis. **Desenvolver a Saúde: Modelo Cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais**. / organizado por Emerson Fidelis Campos, Marta Conceição Faria Contijo, Paula Jacqueline de Oliveira e Sandro Rodrigues Chaves. – Belo Horizonte: Editora Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.

CAMPOS, G.W.S.; **A reforma da reforma**: repensando a saúde; São Paulo, Hucitec, 1992.

CARVALHO, Antonio Ivo. **Política de Saúde e Organização Setorial no País**. Curso de Especialização à Distância em Autogestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, 1988.

Carvalho, MC, Martins, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosóficoconceitual. Ciência & Saúde Coletiva 2004 outdez; 9 (4):1003-12.

CASTELAR, R.M et al. **Gestão hospitalar, um desafio para o hospital brasileiro.** Rennes: ENSP, 2005.

CASTELLE, Geraldo. **Administração de atendimento hospitalar.** Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2000.

CASTRO, **A. Auditoria e análise de contas médicas-hospitalares**. São Paulo: STS, 2004.

CASTRO, Jaime. **Auditoria e Gestão em Saúde.** São Paulo: USP, 2004.

Ceccim, RB, Feuerwerker, LCM. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cadernos de Saúde Pública 2004 set-out; 20 (5):1400-10.

CECÍLIO, L.C.O. (Org.); **Inventando a mudança na saúde**; São Paulo, Hucitec, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**, Campinas (SP), 2003.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 4.ed. São Paulo, Cortez, 2002.

Conill, EM. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias**: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18 (supl):191-202.

Cordeiro H. **As** **empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal; 1984. 4. Oliveira JÁ de A, Teixeira SMF. (**In)Previdência Social no Brasil - 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1986.

COSTA, Ana Maria. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 5-15. ISSN 0104-1290.  doi: 10.1590/S0104-12902004000300002.

DEVER, G. E. Alan. **A Epidemiologia na administração dos serviços de saúde.** São Paulo, Pioneira, 1998.

Elias, PE. **Estado e saúde – os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo em Perspectiva 2004 jul-set; 18 (3):41-6.

FALCHI, Daniella Vila; LOPES, Sueli Friósi. **Auditoria de enfermagem no SUS e o REGNET: A atuação do enfermeiro auditor na Santa Casa de Votuporanga.** Votuporanga, 2010.

Faveret PF, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados** 1990; 33(2):257-283.

FERNANDES, Luiz Oswaldo. **Custo hospitalar**. São Paulo: Editora LN, 2003.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. - São Paulo: MP Ed., 2006.

Gomes, MCPA, Pinheiro R. **Acolhimento e vínculo**: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – comunicação, saúde, educação 2005 mar-ago; 9 (17):287-301.

GONÇALVES, Reynaldo de Souza. **Peritagem Contábil.** Rio de Janeiro: Forense, 1989.

JUNQUEIRA, W.N.G. **Auditoria médica em perspectiva**: presente e futuro de uma nova especialidade. Criciúma: Edição do Autor , 2001.

KOBUS, Luciana. Dados Essenciais para Auditoria de Contas Médicas Hospitalares. Curitiba: PUCPR, 2001.

Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 12 set.

Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2000; 29 jan.

Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos** 2003;10(3):1037-1051.

LINS, Bernardo F. E. **Ferramentas básicas da qualidade.** Ci. Inf., v.22, n.2, p. 153-161, maio/ago., 1993.

LODI, Maria Teresa Diniz Velloso. **Auditoria de Qualidade.** In: GONÇALVES, Viviane Fialho et al. Fronteiras da auditoria em saúde. 2. ed. São Paulo: Farol do Forte, vol. I, 2009.

LOVERDOS, Adrianos. **Auditoria e análise de contas médico-hospitalares.** São Paulo: STS, 1999.

MAGALHÃES JR.; GARIGLIO, M.T.; TEIXEIRA, O.G.S. et al.; **Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH**.; Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002. (mimeo).

MAGNUS, Paulo. **A falência do sistema de saúde brasileiro.** São Paulo: Saúde Business, 2004.

MALIK, A. M.; e outros. **Gestão de Recursos Humanos.** São Paulo, Coleção Saúde & Cidadania, IDS; NAMH/FSP-USP; Itaú, 1998.

MALIK, Ana Maria , VECINA, Gonzalo. **Desenvolvendo um caminho alternativo para a gerência de serviços de saúde.** Rio de Janeiro: ENSP / FIOCRUZ / FUNDAP, 1998.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.2, pp. 433-444. ISSN 1413-8123.  doi: 10.1590/S1413-81232004000200019.

MALTA, Deborah Carvalho et al.**Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais.***Ciênc. saúde coletiva*. 2004.

Mansur, Marilia Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARQUES, Carlos. **Produtividade e qualidade no atendimento em hospitais de acordo com alguns indicadores frente a doenças crônicas.** São Paulo: USP, 2001.

Marques, RM, Mendes, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica**: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cadernos de Saúde Pública 2002; 18 (supl):163-71.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Aquilas. **O financiamento da atenção à saúde no Brasil.** Artigo de discussão para a 11a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 2000.

MAUDONNET, Renato. **Administração Hospitalar.** Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1988.

MÉDICI, A.; TAVARES, L. e MARQUES, R. M. **Saúde no contexto da seguridade**: dilemas de financiamento. Nota Técnica do IESP, 14. São Paulo: FUNDAP, 1995.

MENDES, E.V., **Uma Agenda para a Saúde.** HUCITEC, São Paulo, 1996.

MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); **Agir em Saúde**: um desafio para o público; São Paulo, Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. SP: Hucitec, 2004

Mitre, RMA, Gomes, R. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva 2004 jan-mar; 9 (1):147-54.

MORAES, Ilara Hämmerli et al. **Informações para a gestão do SUS**:**necessidades e perspectivas.** 2001.

MOREIRA, Walter. **Revisão de literatura e desenvolvimento científico: conceitos e estratégias para confecção.** Ano 1. São Paulo: Janus, vol. I, 2004.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. 4. ed. São Paulo: Látria, 2008.

NOHARA, Irene Patrícia, **Direito Administrativo**. 4 Ed. – 2. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007. – (Série leituras jurídicas: provas e concursos).

Noronha JC, Levcovitz E. AIS - SUDS - SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: Reinaldo Guimarães, Ricardo Tavares, organizadores. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p.73-111.

Oliveira FB, Beltrão, Kaiso I, Ferreira MG. **Reforma da Previdência**. Brasília: IPEA; 1997.

OLIVEIRA, Débora Soares de. **O papel do Enfermeiro Auditor no Processo de Auditoria em Saúde.** In: GONÇALVES, Viviane Fialho et al. Fronteiras da auditoria em saúde. 2. ed. São Paulo: Farol do Forte, vol. I, 2009.

PAIM, J.S. e Almeida Filho, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador, Bahia, 2000.

Paim, JS, Almeida Filho N. **Saúde coletiva**: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública 1998 jun-ago; 32 (4):299-316.

panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: IPEA; 1998. [Texto para discussão nº 599]

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil**. 17 Ed., Rio de Janeiro, Editora Forense, vol. 3, 1998.

Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Cien Saude Colet** 2006; 11(4): 895-910.

PRISZKULNIK, Goldete. **Capacitação do Auditor em Saúde: Desafios e Oportunidades.** In: GONÇALVES, Viviane Fialho et al. Fronteiras da auditoria em saúde. 2. ed. São Paulo: RTM, vol. II, 2009.

QUINTO NETO, A. **Rumo à Acreditação Hospitalar**. IAHCS: Porto Alegre, 2001.

QUINTO NETO, A., GASTAL, F.L. **Acreditação Hospitalar**: Proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. IAHCS: Porto Alegre, 2008.

RIMED. **Manual de custos hospitalares para médicos e enfermeiros**. São Paulo: Ernesto Reichmann, 2008.

Rodrigues, R.J. **A Informática e o Administrador Hospitalar**. São Paulo: Pioneira, 2007.

ROMEY, Helena Maria. **Modalidades da Auditoria de Enfermagem.** In: GONÇALVES, Viviane Fialho et al. Fronteiras da auditoria em saúde. 2. ed. São Paulo: RTM, vol. II, 2009.

ROSA, Márcio Fernando Elias. **Direito Administrativo**. Vol. 19. 8 ed.. ver. E atual.  São Paulo: Saraiva, 2006. – (Coleção sinopses jurídicas).

Samico, I, Hartz, ZMA, Felisberto E, Carvalho EF de. **Atenção à saúde da criança**: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil 2005 abrjun; 5 (2):229-40.

SANTOS, Maurício Barbosa. **Planos de Saúde e o Código de Defesa do Consumidor** – Leme/SP: Editora Cultura Jurídica, 2007.

SAÚDE, M. **Auditoria no SUS: noções básicas sobre Sistemas de Informações. Série A: Normas e manuais técnicos.** 2. Ed. Brasília, 2004.

SCARPARO, Ariane Fazzolo  and  FERRAZ, Clarice Aparecida.**Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos.***Rev. bras. enferm.* 2008.

SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi  and  GABRIEL, Carmen Silva.**Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde.***Texto contexto – enferm.* 2010.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Desafios Atuais da |Integralidade em Saúde**. Jornal da Rede Feminista de Saúde , nº 17, maio, 1999.

Silva Júnior, AG. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 1998.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. **Avaliação em Saúde**: limites e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública: 2009. 10 (1): 80-91.

SILVA, Maria Verônica Sales da et al.**Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos.***Rev. bras. enferm.* 2012.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para área da saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001, p. 135.

1. Home care – modalidade de Serviço de Assistência à Saúde (internamento domiciliar). [↑](#footnote-ref-1)