

A evolução temporal no contexto da auditoria em serviços de saúde no Brasil

CLAUDIO VIVEIROS ROLEDO

UNIP

claudio.roledo@gmail.com

GLEBER BATISTA RAMÃO

Universidade Nove de Julho

gleber_r@hotmail.com



A EVOLUÇÃO TEMPORAL NO CONTEXTO DA AUDITORIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Resumo

A Auditoria em saúde tem como objetivo maior, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. Originou-se no Reino Unido, sendo idealizada por profissionais médicos que buscavam proporcionar um atendimento de melhor qualidade à clientela, chamando a atenção para as deficiências na prestação de cuidados, na tentativa de frear a prática ineficiente e ineficaz. No decorrer da história, o conceito de qualidade acompanhou a evolução do homem, sendo associado ao progresso político, econômico e cultural de cada época. Atualmente, o conceito de qualidade está relacionado a uma função gerencial e como elemento essencial para a sobrevivência das instituições, independentemente de sua área de atuação e a área da saúde não se manteve alheia a esta evolução. Face ao exposto, a auditoria surge como uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade e custos das instituições de saúde, se tornando uma importante ferramenta para o sistema de saúde no Brasil e no mundo. Dessa forma, este estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica da literatura buscando revisar a evolução histórica da auditoria em saúde. Verificou-se que em sua evolução, a Auditoria assumiu diversos papéis no contexto brasileiro, sendo que na atualidade, tornou-se um instrumento de controle que procura avaliar a gestão pública e privada de saúde e sua capacidade de articulação intra e Inter setorial.

Palavras-chave: Auditoria, Gestão em Saúde. Evolução histórica.

Abstract

The objective of Audit in health is improving quality of patient care. It has its origin in the United Kingdom, being designed by medical professionals seeking to provide a better quality of service to customers, drawing attention to deficiencies in care, in an attempt to curb the practice inefficient and ineffective. Throughout history, the concept of quality followed the evolution of man being linked to political, economic and cultural development of each season. Currently, the concept of quality is related to a management function and as an essential element for the survival of institutions, regardless of their area of expertise and not health remained oblivious to these developments.

Therefore, the audit emerges as an important tool for measuring the quality and cost of health institutions, becoming an important tool for the health system in Brazil and worldwide. Thus, this study aims to conduct a literature review seeking review of the historical evolution in health audit. It was found that in its evolution, the Audit assumed various roles in the Brazilian context, and nowadays, it has become an instrument of control that seeks to evaluate the management of public and private health and their ability to articulate intra and inter.

Keywords: Audit. Management in health, Historical evolution.



1 Introdução

Auditoria em saúde tem como objetivo maior, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. Originou-se no Reino Unido, sendo idealizada por profissionais médicos que buscavam proporcionar um atendimento de melhor qualidade à clientela, chamando a atenção para as deficiências na prestação de cuidados, na tentativa de frear a prática ineficiente e ineficaz (Johnston, Trescher, Ishida, & Nakajima, 2001).

No decorrer da história, o conceito de qualidade acompanhou a evolução do homem, sendo associado ao progresso político, econômico e cultural de cada época. Atualmente, este conceito está relacionado a uma função gerencial e como elemento essencial para a sobrevivência das instituições, independentemente de sua área de atuação. A área da saúde não se absteve e nem se manteve alheia a esta evolução.

“Garantia de qualidade em saúde refere-se à elaboração de estratégias tanto para a avaliação da qualidade quanto para a implementação de normas e padrões de conduta clínica” (NEPOMUCENO, KURCGANT, & others, 2008). Essa nova visão em busca da qualidade nos serviços de saúde tornou-se um fenômeno mundial em razão da conscientização de que a qualidade é indispensável para a sobrevivência tanto dos serviços de saúde quanto daqueles que dele fazem uso (Polizer & D’Innocenzo, 2006).

Diante de um mercado em que a acirrada concorrência atinge, inclusive, as instituições assistenciais, a auditoria em saúde nessas instituições, tanto no setor privado quanto no público, tornou-se de grande importância diante da necessidade de reduzir custos sem prejudicar a assistência, garantindo a qualidade dos serviços prestados a valores acessíveis.

Sendo assim, a auditoria surge como uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade (auditoria de cuidados) e custos (auditoria de custos) das instituições de saúde, sendo que Rodrigues, Perroca e Jericó (2004) conceituam o processo de auditoria como uma avaliação sistemática e formal de uma atividade realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução, buscando fiscalizar, controlar, avaliar, regular e otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos, a fim de determinar se a atividade está de acordo com os objetivos propostos. Com isso, acreditam que a auditoria em saúde não tem caráter punitivo, mas sim um processo educativo.

Apesar da grande importância que a auditoria em saúde tem recebido atualmente, assumindo novas dimensões ao longo dos anos, suas origens não são recentes. Sendo assim, este artigo tem como objetivo a evolução histórica da auditoria em saúde.

2 Referencial teórico

2.1 Contextualizando a Saúde no Brasil

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos de 1980, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início daquela década, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos de 1970, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde (Caleman, Moreira, & others, 1998).

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por um fragmento da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, coligaram-se ao movimento outros segmentos



da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

O propósito desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas, basicamente, à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor. Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976 (Caleman et al., 1998).

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que, na realidade, nunca saiu do papel, pois logo em seguida foi criado o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983 (Mitttempergher, 2002). Essas ações constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico da saúde pública no Brasil, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (Caleman et al., 1998).

Em 1988, na nova Constituição Federal (CF), o capítulo dedicado à saúde retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). Entre outros capítulos, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Lei nº 8.080, promulgada em 1990 (Teixeira, Maria da Conceição, Viana, & Paim, 2009), operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras obrigações, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

No entanto, um conjunto de fatores, como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros, se constituíam em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes, resultando em uma sensação de inviabilidade do SUS.

Face ao exposto, surgiu a grande necessidade de um sistema de informações que permitisse ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular para gerar ações com capacidade de discriminação positiva, buscando eliminar as causas que sempre colocaram o SUS em xeque. Dessa forma, tornou-se necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. Foi preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade (Caleman et al., 1998).

Essa nova gerência tem como premissa o domínio de uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, visando a manutenção e melhoria da qualidade. Sob essa lógica, deve-se pensar também na necessidade das organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais



competitivo e às necessidades de um país em transformação. Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras (Caleman et al., 1998).

Diante dessa nova realidade do sistema de saúde, a figura do auditor ganhou papel relevante, como agente de promoção da qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos, atuando em programas de educação permanente, bem como em ações de diagnóstico de desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa, cuja evolução será discutida a seguir.

2.2 Auditoria em Saúde: Conceitos e Evolução Histórica

2.2.1 Conceitos

Na área da saúde, o Ministério da Saúde define auditoria como exames sistemáticos e independentes dos fatos. Tais exames são realizados por observação, medicação, ensaio de uma atividade, elemento ou sistema, verificando a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas legais, determinando se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas.

Apesar de serem originárias da mesma base, as atividades de auditoria na área da saúde diferem substancialmente do conceito de auditoria interna, bastante comum em atividades relacionadas à contabilidade e processos administrativos. Na sua origem, a auditoria médica tratava apenas da verificação de procedimentos médicos, confrontando-os com as solicitações prévias e coberturas contratuais dos planos de saúde. Na última década, pode-se acompanhar a evolução e o aprimoramento destas atividades com a implantação de sistemas informatizados para auxiliar no controle e permitir a transmissão das informações de modo padronizado e confiável. Em um segundo momento, os processos atingiram as contas médicas, levando para o ambiente hospitalar parte do processo de análise das faturas apresentadas. Da avaliação técnica à análise de valores previamente acordados entre as partes para remuneração das despesas médicas decorreu curto espaço de tempo e de lá, para a nova concepção voltada à análise da qualidade do atendimento e dos processos correlatos à área de saúde, este espaço se reduziu ainda mais (Mittempergher, 2002).

A auditoria, em sua raiz, segundo Attie (2008a) “é uma especialização contábil voltada a testar a eficiência e a eficácia do controle patrimonial implantado com o objetivo de expressar uma opinião sobre determinado dado”. Em saúde, o conceito de auditoria foi proposto por Lambeck (2003) em 1956, tendo como premissa a avaliação da atenção com base na observação direta, no registro e na história clínica do paciente.

Atualmente, um grande número de hospitais, predominantemente privados, possui serviços de auditoria em saúde (Scarpato, Ferraz, & others, 2008).

A auditoria em saúde, entre outros conceitos, é a avaliação sistemática da qualidade da assistência ao cliente (Paim & Ciconelli, 2007). É realizada pela análise dos prontuários e verificação da compatibilidade entre procedimentos realizados e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada, garantido um pagamento justo mediante a cobrança adequada (Souza & Fonseca, 2005). Ainda, trata-se de um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, dos recursos institucionais de cada hospital para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos (Lima & Erdmann, 2006a).

Nesse novo conceito de auditoria em saúde, não se trata de uma forma de fiscalização, mas um programa de educação permanente. Através da auditoria, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos,



incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa (Manzo, Brito, & dos Reis Corrêa, 2012).

Na atualidade, o conceito de qualidade é compreendido como parte da função gerencial e como elemento essencial para a sobrevivência das instituições nos mercados atuais, que são altamente competitivos. Assim, o conceito de garantia da qualidade em saúde refere-se à elaboração de estratégias tanto para a avaliação da qualidade quanto para a implementação de normas e padrões de conduta através de programas locais ou nacionais. Dessa forma, no setor da saúde, a política da qualidade tem gerado uma preocupação constante com a melhoria da assistência prestada ao paciente, exigindo maiores investimentos na qualificação dos profissionais (NEPOMUCENO et al., 2008). Nesse ambiente, a auditoria em saúde ganha espaço e grau de importância.

A auditoria em saúde pode ser desenvolvida em vários setores da saúde e por diferentes profissionais. Destacam-se entre eles a auditoria médica e a auditoria em enfermagem. Ambas as auditorias dispõem de áreas específicas de atuação, sendo que a característica do serviço é que destinará o papel do auditor, lembrando que seus objetivos são sempre os mesmos, ou seja, garantir a qualidade no atendimento ao cliente, evitar desperdícios e auxiliar no controle dos custos (Paim & Ciconelli, 2007).

O processo de auditoria ocorre em todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do setor público e privado conveniado ao SUS. As estratégias de ações são utilizadas de forma contínua sobre as estruturas organizacionais e funcionais de forma a dimensionar a eficácia e a eficiência das atividades de saúde, cujos resultados são apresentados à administração do sistema de saúde. Ao lado dessas estruturas e organizações burocráticas funcionais da produção de serviços e controle do equilíbrio financeiro, os auditores executam em seus planos, a avaliação do desempenho na rede de serviço como forma de buscar um feedback junto ao usuário e a sociedade de um modo geral (Suêuda Costa, Pessoa Forte, Dalva Santos Alves, Forte Viana, & Oliveira Batista Oriá, 2004).

As atividades de auditoria que envolvem o campo operacional usualmente executadas são: acompanhamento das unidades de saúde, verificação de denúncias de irregularidades, vistorias nos projetos de credenciamento de novos serviços e (descredenciamento desses), internações hospitalares, exames especializados, entre outros. Em face da corresponsabilidade que as operadoras de planos de saúde têm em oferecer serviços de saúde de qualidade (Lei 9659/98), criou-se a necessidade de auditar as instituições de saúde com foco na qualidade dos processos funcionais e estrutura física (Suêuda Costa et al., 2004).

2.2.2 Evolução da Auditoria no mundo e no Brasil

De acordo com O'Reilly (2000), 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 o 4.000 a.C., quando, na antiga Babilônia, eram feitas conferências dos impostos arrecadados (M. M. J. Leite, Pereira, & 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 (LÚCIO, DE PAULA, & VERGINIA, 2011).

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 (Bregman et al., 2000).



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 (LÚCIO et al., 2011).

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 (LÚCIO et al., 2011).

Em 1880, é 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 (de 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 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 deve 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 4.728/65, 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 e 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).

2.2.3 Evolução da Auditoria em saúde no mundo

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, encontraram-se traços dos prontuários de hoje, mas foi Hipócrates quem fez os primeiros registros sobre as doenças de seus pacientes no ano 460 a.C. (1979) (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, e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (Pagliosa & Da Ros, 2008). 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).

De acordo com Reis (1990), no caminho aberto pelo relatório Flexner, basicamente com os mesmos objetivos, foi publicado outro trabalho clássico sobre avaliação dos serviços de saúde, criado por Codman e intitulado A Study in Hospital Efficiency: the first five years, publicado em 1916, que tem como proposta de metodologia a avaliação rotineira do estado de saúde dos doentes, para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas no âmbito hospitalar. Relatava detalhadamente a que fatores se poderia atribuir o sucesso ou o insucesso do tratamento, qual momento em que se poderia ter uma avaliação definitiva do caso e, por fim, o que poderia ocorrer até mesmo um ano depois de terem sido realizadas as intervenções. Sob a influência do trabalho de Codman, o CAC assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais (Reis et al., 1990).

Em 1917, o CAC desenvolveu o Minimum Standard for Hospitals, relacionando requisitos mínimos para a realização de avaliações hospitalares (Fonseca, Yamanaka, Barison,



& Luz, 2005a). Com base neste documento, o CAC verificou que, entre os aproximadamente 800 hospitais fiscalizados que possuíam mais de 100 leitos, menos de 135 deles apresentava um nível de qualidade razoável. O resultado deste manual e também dos estudos desenvolvidos por Codman, foi criado em 1928, o Hospital Standardization Program, que foi a base da Joint Commission of Accreditation of Hospitals (JCAH) (Reis et al., 1990).

Para a JCAH, o princípio da auditoria na área da saúde necessita focalizar-se na avaliação da qualidade assistencial prestada ao paciente, uma vez que este é essencial para a prática dos profissionais dessa área e, daquele período até os dias atuais, a auditoria em saúde evoluiu muito e há um grande número de hospitais predominantemente privados que possuem serviços de auditoria. No entanto, 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 (Scarpato et al., 2008). Ao falar sobre a história do controle de qualidade no setor de saúde, Fonseca (2005b) 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 Criméia, a partir do qual, com base em dados estatísticos e gráficos, as taxas de mortalidade foram reduzidas de 40% para 2% em apenas 6 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. Na Inglaterra, o atendimento gratuito do National Health Service (NHS) leva a uma crescente demanda por serviços de saúde, o que inclui consultas médicas, exames subsidiários e medicação. Dada a limitação de recursos utilizados para o custeio do NHS, buscou-se otimizar sua aplicação, surgindo preocupações com estudos da eficácia e eficiência dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (Reis et al., 1990).

Em 1949, o CAC colocou em prática uma parceria com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais, cujos objetivos eram apoiar outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária. Com a união desses grupos, em 1951, nos Estados Unidos foi criada a CCAH que, em dezembro de 1952, herdou oficialmente o programa de Acreditação, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional. Essa “cultura da qualidade” disseminou-se pelos espaços acadêmicos e institucionais, forçando a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, que contemplavam a avaliação, educação e auditoria hospitalar (Luz et al., 2007).

No início da década de 1960 a maioria dos hospitais norte-americanos havia atingido os padrões mínimos preconizados pelo Minimum Standard for Hospitals. Em vista disso, a JCAH buscou aumentar o nível de exigências e, em consequência, em 1970, publicou o Accreditation Manual for Hospital, que determinou padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência. Nos anos seguintes, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) passou a dispor esforços no sentido de privilegiar a melhor qualidade da assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados ao nível de gravidade, ao desempenho institucional, sendo que atualmente, introduziu o papel de educação com monitoramento, relacionados na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações (Feldman, Gatto, & Cunha, 2005).

Ainda nos anos de 1960, o governo norte-americano implantou os programas sociais públicos Medicare e Medicaid, sendo o primeiro voltado para a população acima de 65 anos de idade e incapacitados permanentes e o segundo, focalizado na população de baixa renda (Ribeiro et al., 2008). A implantação desses programas exigiu melhor controle dos custos do



cuidado em saúde, tanto em nível hospitalar como para credenciamento de unidades ambulatoriais (PSRO-Organização, Estandarização e Revisão Profissional). Para essa avaliação, utilizou-se de conhecimento acumulado nos comitês de peritagens e experts, por meio de auditoria (Peer Review) (Feldman et al., 2005). Em 1972, o Congresso americano, por meio do Social Security Act, criou a Professional Standard Review Organization, com o objetivo de regulamentar a avaliação dos serviços de saúde. Estabeleceu-se uma ampla rede de especialistas e unidades de auditoria dedicados ao monitoramento da assistência hospitalar.

A comissão de acreditação dos hospitais americanos, durante seus primeiros anos, trabalhou com base em standards mínimos e não ótimos, como faz hoje, mas somente conseguiu disseminar a aplicação rigorosa dos padrões propostos quando o governo vinculou a obrigatoriedade da acreditação ao recebimento dos pagamentos feitos pela seguridade social, já que estes representavam mais da metade dos ingressos financeiros dos hospitais norte-americanos (Feldman et al., 2005).

Nas últimas duas décadas, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian (1979). Utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman, que sistematizou a avaliação qualitativa da atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado (Reis et al., 1990).

2.2.4 Evolução da Auditoria em saúde no Brasil

No Brasil, não existem registros da data correta do início da auditoria em saúde, mas, 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 (Lima & Erdmann, 2006b).

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 ao 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 necessário a criação de um quadro de pessoal habilitado em auditoria médica, surgindo, assim, o corpo funcional de auditores da previdência social.

Posterior a isso, em 18 de julho de 1966, foi fundada a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatístico (Rêgo & Porto, 2005). 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 de saúde (Fonseca, Yamanaka, Barison, & Luz, 2005c). 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 (Feijó, MEDEIROS, & ALBUQUERQUE, 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. 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.

Em 1988, a própria Constituição Federal 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 Coleman, 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 n.º 8.080 (BRASIL, 1990), regulamentada recentemente pelo Decreto 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, 2008b).

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. 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 n.º 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, 2008a). 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, os referentes à auditoria, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) (Melo & Vaitsman, 2008b).

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 9961, cujo objetivo é a manutenção da qualidade da assistência à saúde (Melo & Vaitsman, 2008b).



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 (Barcellos & Santos, 2009).

A Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, dispõe sobre a Organização da Presidência da República e dos Ministérios e estabelece na 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 (Santos, Barcellos, & Andraos, 2009), 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, conduzidas 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 três 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 Nacional de Serviços de Saúde), 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 nº 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 7508/11 (Santos et al., 2009), 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 Inter federativa, além de outras providências. O Decreto 7508/11 define o papel do SNA e suas competências de controle interno, promovendo a revisão do Decreto 1651, de 1995 e fortalecendo seu papel.

O Decreto efetiva o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, dispondo 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 agravamento à saúde, os



mecanismos de controle clínico e a verificação dos resultados a serem seguidos pelos gestores do SUS (Santos et al., 2009).

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.

3 Metodologia

Trata-se de um estudo bibliográfico e documental, descrito e explicativo, que enfatiza a auditoria no Sistema Único de Saúde. Sendo assim descreve a evolução da auditoria em saúde no Brasil, por meio de um estudo bibliográfico da literatura que, de acordo com Leite (2008) é aquela realizada a partir do emprego predominante de informações advindas de material gráfico, sonoro e informatizado. É a pesquisa cujos dados e informações são coletados em obras já existentes e servem de base para análise e a interpretação dos mesmos, formando um novo trabalho científico. Trata-se de um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões dos cientistas/pesquisadores.

Foram selecionados trabalhos que se relacionavam à evolução histórica da auditoria em saúde, publicados entre as décadas de 1970 e 2010, em banco de dados como o Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) ou outros portais científicos de acessos livre e repositórios universitários, bem como documentos oficiais que pudessem contribuir para traçar a evolução histórica do sistema de auditoria, através das seguintes palavras-chave: auditoria em saúde, evolução histórica no mundo, evolução histórica no Brasil.

4 Resultados

No levantamento bibliográfico utilizando-se a palavra-chave auditoria foram encontrados 28.432 estudos. No entanto, ao usarmos o termo auditoria na saúde, obtivemos um total de 5.613 artigos. Quando foram inseridas as palavras chaves, auditoria hospitalar, este número reduziu-se para 1048 trabalhos. Ao realizarmos a pesquisa bibliográfica usando os termos, auditoria hospitalar no Sistema Único de Saúde foram extraídos somente 44 todos os trabalhos incluídos na pesquisa.

Os critérios de inclusão dos trabalhos nesta pesquisa foram artigos publicados a partir de 1969, cuja palavra-chave no título fosse "auditoria em saúde". Foram incluídos 6 artigos específicos sobre auditoria no Sistema Único de Saúde, tendo como critério a completude do histórico e informações.

A maioria das informações sobre auditoria no SUS foi encontrada nos sites dos órgãos governamentais de fomento do Ministério da Saúde, manuais dos cursos de capacitação, além da Carta Magna (Constituição de 1988), normas, portarias e leis sobre auditoria.

5 Considerações finais

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 regulamentado pelo Decreto nº 1.651/95.

A Lei nº 8080/90, 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 conforme dito acima, regulamentada em junho de 2011, pelo Decreto 7508/11, 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.

Data vênua vi também que se tem muito pouco na literatura sobre o tema supracitado ao qual poder-se-ia ser mais explorado.

Conclui-se que existem poucos trabalhos científicos sobre auditoria no serviço de saúde. O sistema de auditoria é essencial na avaliação, no controle na regulação da atenção prestada ao SUS, constituindo um instrumento administrativo confiável e adequado para os gestores no desenvolvimento de estratégias da saúde. Nessa perspectiva, o papel do auditor é de fundamental importância na legitimidade das informações de saúde.

Referências

- Barcellos, V. F., & Santos, L. C. (2009). Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão.
- Bregman, A. S., Ahad, P. A., Crum, P. A., & O'Reilly, J. (2000). Effects of time intervals and tone durations on auditory stream segregation. *Perception & psychophysics*, 62(3), 626–636.
- Caleman, G., Moreira, M. L., & others. (1998). *Auditoria, controle e programação de serviços de saúde*. IDS/FSP/USP/Banco Itaú. Recuperado de <http://dspace.fsp.usp.br/xmlui/bitstream/handle/bdfsp/654/cal001.pdf?sequence=1>
- Coutinho, T., Teixeira, M. T. B., Dain, S., Sayd, J. D., & Coutinho, L. M. (2003). Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev. bras. ginecol. Obstet*, 25(10), 717–724.
- de Oliveira, J. A. R. (2006). *Curso prático de auditoria administrativa*. Saraiva.
- Donabedian, A. (1979). The quality of medical care: a concept in search of a definition. *The journal of Family practice*, 9(2), 277–284.
- Feijó, P. H., MEDEIROS, M. B., & ALBUQUERQUE, C. M. de. (2008). Gestão de Finanças Públicas: fundamentos e práticas de planejamento, orçamento e administração financeira com responsabilidade fiscal. 2. *Brasília: Ed. Coleção de Finanças Públicas*.
- Feldman, L. B., Gatto, M. A. F., & Cunha, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*. Recuperado de <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/2540>
- Fonseca, A. da S., Yamanaka, N. M. A., Barison, T. H. A., & Luz, S. de F. da. (2005a). Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo saúde (Impr.)*, 29(2), 161–169.
- Fonseca, A. da S., Yamanaka, N. M. A., Barison, T. H. A., & Luz, S. de F. da. (2005b). Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo saúde (Impr.)*, 29(2), 161–169.
- Fonseca, A. da S., Yamanaka, N. M. A., Barison, T. H. A., & Luz, S. de F. da. (2005c). Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo saúde (Impr.)*, 29(2), 161–169.
- Johnston, M. V., Trescher, W. H., Ishida, A., & Nakajima, W. (2001). Neurobiology of hypoxic-ischemic injury in the developing brain. *Pediatric research*, 49(6), 735–741.



- Leite, F. T. (2008). Metodologia científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações. *Aparecida, SP: Ideias & Letras*.
- Leite, M. M. J., Pereira, L. L., & Kurcgant, P. (1991). Educação continuada em enfermagem. *Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU*, 147–63.
- Lima, S. B. S. de, & Erdmann, A. L. (2006a). A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta paul. enferm*, 19(3), 271–278.
- Lima, S. B. S. de, & Erdmann, A. L. (2006b). A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta paul. enferm*, 19(3), 271–278.
- LÚCIO, V. V., DE PAULA, K., & VERGINIA, N. (2011). AUDITORIA EM ENFERMAGEM. *UNINGÁ Review*, 7(1). Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=21782571&AN=64756676&h=hX1xJWtifNTJmCJfs3Vl2nW2TJYwgWrTlqoyHMRnO9tVCHe9rWJFamaIdCYSTbKe5CiiPX8tSTFoVMYHoUIWIg%3D%3D&crl=c>
- Luz, A. da, Martins, A. P., & Dyniewicz, A. M. (2007). Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev. eletrônica enferm*, 9(2). Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=668487&indexSearch=ID>
- Manzo, B. F., Brito, M. J. M., & dos Reis Corrêa, A. (2012). Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 388–394.
- Melo, M. B. de, & Vaitsman, J. (2008a). Auditoria e avaliação no sistema único de saúde. *São Paulo perspect*, 152–164.
- Melo, M. B. de, & Vaitsman, J. (2008b). Auditoria e avaliação no sistema único de saúde. *São Paulo perspect*, 152–164.
- Mittempergher, M. M. (2002). Auditoria médica de qualidade. *Mundo saúde (Impr.)*, 26(2), 271–274.
- NEPOMUCENO, L. M. R., KURCGANT, P., & others. (2008). Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(4), 665–672.
- OLIVEIRA, L. M. (2001). FILHO, André Diniz. *Curso Básico de Auditoria. São Paulo: Atlas*, 65–72.
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. méd*, 32(4), 492–499.
- Paim, C. da R. P., & Ciconelli, R. M. (2007). Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Rev. adm. saúde*, 9(36), 85–92.
- Pereira, A. A. (2010). O papel do enfermeiro auditor na instituição hospitalar e no sistema de saúde suplementar. *Monografia (Pós-graduação em Auditoria e Gestão em Saúde). Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba*.
- Polizer, R., & D’Innocenzo, M. (2006). Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Recuperado de <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/3197>
- Rêgo, M. M. S., & Porto, I. S. (2005). Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. *Acta paul. enferm*, 18(4), 434–438.
- Reis, E. J., Santos, F. P. dos, Campos, F. E. de, Acúrcio, F. de A., Leite, M. T., Leite, M. L. C., ... Santos, M. A. dos. (1990). Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde pública*, 6(1), 50–61.
- Ribeiro, J. M., Farias, L. O., Lobato, L. de V. C., Vaitsman, J., Vasconcellos, M., Teixeira, C. P., & Hollanda, E. (2008). Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, 1477–1487.



- Rodrigues, V. A., Perroca, M. G., & Jericó, M. C. (2004). Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arq. ciênc. Saúde*, 11(4), 210–214.
- Santos, L. C., Barcellos, V. F., & Andraos, C. (2009). Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão. *Brasília: Unieuro*.
- Scarpato, A. F., Ferraz, C. A., & others. (2008). Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 302–305.
- Souza, D. A. de, & Fonseca, A. S. (2005). Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. *Nursing (São Paulo)*, 8(84), 234–238.
- Suêda Costa, M., Pessoa Forte, B., Dalva Santos Alves, M., Forte Viana, J., & Oliveira Batista Oriá, M. (2004). Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2670/267019634024/>
- Teixeira, M. G., Maria da Conceição, N. C., Viana, I., & Paim, J. S. (2009). Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? *Revista de Direito Sanitário*, 10(2), 126–144.