

# AUDITORIA EM SAÚDE E ENFERMAGEM

---

*Data de aceite: 21/01/2023*

### **Veridiana Tavares Costa**

Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), Florianópolis, SC, Brasil

### **Mônica Emanuele Köpsel Fusari**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

### **Leonardo Pereira de Sousa**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

### **Ianka Cristina Celuppi**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

### **Ramon Carlos Pedroso de Moraes**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

aproveitamento do tempo e dos insumos relacionados à assistência, evitando desperdício e contribuindo principalmente para a melhoria do processo de assistência e qualidade em saúde. A seguir serão abordados tópicos atrelados aos aspectos históricos, conceitos e classificações de auditoria, auditoria no SUS e auditoria clínica, auditoria de enfermagem e sua interface com a qualidade da assistência, bem como alguns destaques em relação à atuação do enfermeiro na análise de glosas hospitalares e gestão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

## **ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES**

O presente capítulo busca destacar os preceitos básicos e princípios da auditoria em saúde e enfermagem, descrevendo aspectos e práticas atualmente empregadas pelos auditores que vão de encontro à melhoria do desempenho gestor e técnico-operacional das instituições, melhor

As atividades que envolvem algum tipo de auditoria foram historicamente evidenciadas desde a época do antigo Egito, como também entre os povos Babilônicos, Sumérios, Sírios e Cretenses, principalmente em atividades de registro de escrituração de patrimônio, grandes

construções e arrecadação de impostos. Impérios Clássicos, como os da China e de Roma, também tinham elaborados serviços civis para monitorar as finanças estatais, acompanhar a tributação e seus rendimentos. Já na Inglaterra, ainda na Idade Média, atribuições de auditoria eram realizadas por pessoas letradas, que coletavam informações acerca do patrimônio e gestão do reinado e depois faziam apresentação oral do que fora ouvido para o rei, por isso os auditores eram reconhecidos como “ouvidos” do rei <sup>1,2</sup>.

Corroborando com os achados históricos, a palavra auditoria deriva do latim, *audire*, cujo significado é ouvir. Ampliado seu uso para a língua inglesa, passou a significar *audit*, ou seja, auditar, examinar, corrigir e certificar <sup>3,4</sup>. O uso do termo tem surgimento datado entre os séculos X e XVI na Europa, sendo empregado na área da contabilidade como uma técnica de controle econômico e escrituração mercantil. Porém, após a Revolução Industrial em 1756, tanto o termo quanto o processo de auditoria ficaram mais evidentes e profissionalizados, visto que a expansão do capitalismo e capital monetário exigiu a melhoria das práticas de avaliação e controle das grandes empresas <sup>1,3</sup>. Assim, tanto os auditores, como o ramo da auditoria começaram a ganhar destaque já que puderam exercer a função de forma autônoma, assessorando ou prestando consultoria em diversas áreas e agregando conhecimentos interdisciplinares à sua prática profissional<sup>4</sup>.

No Brasil não há registros precisos de quando a prática de auditoria foi introduzida, porém há evidências de que já se utilizava o termo auditor em 1862, o qual tinha função de analisar e examinar contas de determinada empresa. Academicamente, em 1945 foi incorporada a disciplina de Revisões e Perícia Contábil nos cursos de Ciências Econômicas e Contábeis, a qual posteriormente passou a ser denominada como Auditoria e atualmente faz parte da grade de ensino das universidades<sup>3,4</sup>.

Em meados do século XX a auditoria foi introduzida na área da saúde para além do enfoque contábil e se tornou uma importante ferramenta de avaliação e controle de custos, processos internos e aspectos qualitativos da assistência. O primeiro registro da realização de uma auditoria na área da saúde ocorreu no ano de 1918, nos Estados Unidos, pelo médico George Gray Ward que tinha o intuito de verificar a qualidade da assistência prestada aos pacientes por meio dos registros em prontuários, os quais até hoje são tidos como fonte de informação primária para os auditores<sup>1,2,4</sup>.

Nacionalmente, os processos de auditoria atrelados à área da saúde foram instituídos a partir dos órgãos governamentais de assistência médica e previdência social em 1923, principalmente no intuito de evitar fraudes e evasões de recursos financeiros. Desde então esses processos têm sido aprimorados, principalmente a contar da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) em 1990, assim como da expansão da saúde suplementar, destacando um caráter mais crítico tanto para análise da

gestão como também na verificação de registros que indicam a eficiência e qualidade da assistência prestada pelos profissionais envolvidos na assistência<sup>1,3</sup>.

No âmbito da saúde, a auditoria tem sido conceituada como uma atividade que se atrela a um sistema de controle e avaliação, tanto de desempenho como de resultados, onde é realizada uma avaliação sistemática entre atos e fatos a partir de relatórios e registros profissionais para verificar o grau de conformidade de uma determinada situação, serviço ou contrato comparada com parâmetros previamente estabelecidos<sup>2,3</sup>. Apesar do seu teor fiscalizatório, a auditoria deve ser entendida como uma poderosa ferramenta que tem a finalidade de aferir padrões na assistência prestada e apresentar as distorções que precisam ser corrigidas para melhorar a qualidade do processo assistencial. Seu intuito perpassa o controle de contas, sendo atualmente sua principal finalidade voltada para a melhoria contínua da qualidade e redução do desperdício de tempo e insumos<sup>2,5</sup>.

Dentro do macro processo de auditoria, existem algumas variantes de acordo com a sua finalidade. No âmbito da saúde, podemos classificá-la quanto a sua execução, ao seu método, a sua forma de intervenção, ao seu tempo, a sua natureza e ao seu limite<sup>1,3</sup>. Cada uma delas será exemplificada a seguir.

Quanto ao tipo de **execução**<sup>1,3</sup>, a auditoria pode ser classificada como:

**Analítica:** Caracterizada por um conjunto de procedimentos especializados que avalia se o sistema ou serviço de saúde atende às normas e padrões pré-definidos por meio de análise de relatórios, processos e documentos.

**Operativa:** Esta modalidade verifica por meio de processos, documentos e fatos se o que foi realizado ou solicitado está de acordo com os requisitos legais e normativos que regulamentam o SUS, as operadoras de saúde e as atividades profissionais relativas a cada área assistencial.

**Gestão:** Caracterizada por atividades de avaliação e controle orçamentário, financeiro e contábil, além de avaliação técnica de cada área assistencial, avaliação de resultados e comprovação da qualidade.

**Contábil:** Caracterizada por uma avaliação sistemática de demonstrações e rotinas contábeis, apuração de resultados, cumprimento de metas previstas em planos de saúde ou trabalho e controle financeiro, contábil e patrimonial das instituições de saúde.

A auditoria quando classificada quanto ao seu **método**<sup>1,3</sup> pode ser:

**Prospectiva:** Realizada antes ou durante o processo de assistência à saúde. Tem caráter preventivo e procura avaliar a execução do serviço dentro dos parâmetros de regulação legal. Geralmente está ligada a liberação prévia de procedimentos e serviços de assistência à saúde.

**Concorrente:** Realizada durante o atendimento do paciente hospitalizado ou em

atendimento ambulatorial. Pode ser feita através da análise dos registros da assistência ou mesmo por entrevista e questionamento diretamente ao paciente, família e profissionais assistentes.

**Retrospectiva:** Realizada após a alta do paciente por meio de registros no prontuário e conta hospitalar. Nesta modalidade, os auditores avaliam o processo de assistência realizado e confrontam com as regulamentações da área, sendo assim o que não estiver dentro do que é legalmente preconizado será submetido a questionamentos e pode ser revertido em forma de glosa (não pagamento pelo material ou serviço).

Classificação da auditoria quanto a forma de **intervenção**<sup>1,3</sup>:

**Interna:** Realizada por auditores da própria instituição com finalidade de controlar internamente a eficiência e eficácia da gestão, identificando falhas e promovendo a melhoria de processos assistenciais, operacionais e de recursos. Tem como vantagem o conhecimento em profundidade dos processos de trabalho da empresa, podendo sugerir soluções apropriadas para melhorar qualidade e desempenho do serviço.

**Externa:** Realizada por auditores vinculados a outras empresas, podendo ser por contratação da própria instituição ou por fiscalização das operadoras de saúde e do SUS que avaliam as atividades e os resultados da empresa ou do serviço auditado de forma independente.

Quando classificada quanto ao seu **tempo**<sup>1,3</sup>, a auditoria pode ocorrer de forma:

**Contínua:** Avalia os mesmos processos ou serviços de forma integral, podendo ser permanente e contínua ou de tempos em tempos, mas iniciando sua revisão sempre a partir da anterior e demonstrando um relatório global da situação.

**Periódica:** Realizada em período determinado, mas sem se prender a continuidade da avaliação. Geralmente aplicada para avaliar a conformidade de uma atividade específica.

Quanto a **natureza**<sup>1,3</sup> da auditoria, ela pode ser classificada como:

**Regular ou Ordinária:** Realizada em caráter de rotina, sendo periódica e previamente programada. Este tipo de auditoria tem o objetivo de analisar uma fase específica de determinada atividade, ação ou serviço.

**Especial ou Extraordinária:** Não é programada e tende a apurar algum fato importante e específico, muitas vezes irregular ou proveniente de denúncias, atendendo a uma necessidade de momento.

A classificação quanto ao **limite**<sup>1,3</sup> se atém a uma auditoria:

**Total:** Realizada em todos os setores e serviços da instituição.

**Parcial:** Limitada a avaliação de apenas determinados serviços.

As classificações e características supracitadas servem para avaliar a prestação de serviços, seus processos e resultados, aferir a manutenção de padrões preestabelecidos,

levantar dados sobre a qualidade, custos e desvios, comparando-os a modelos já consagrados e cientificamente comprovados tanto no contexto brasileiro como no mundial.

## AUDITORIA NO SUS E AUDITORIA CLÍNICA

O SUS por se tratar de um organismo de acesso universal para os brasileiros representa também um dos maiores sistemas a ser gerido pela União, Estados e Municípios, no tocante à qualidade dos serviços. A movimentação anual de recursos financeiros significativos coloca-o no centro das questões sociais e tem colaborado para ampliação do acesso da população às ações básicas de saúde, com impacto expressivo na redução da morbimortalidade geral. Todavia, ainda há uma profusão de desafios relacionados à aplicabilidade dos recursos públicos objetivando ganhos de eficiência, eficácia e efetividade e garantia do acesso aos serviços com equidade<sup>6</sup>.

O SNA, através de suas ações de controle, executa tarefas essenciais para a garantia da melhoria da qualidade dos serviços de saúde dispensados pelo SUS. Entre as variadas atividades efetivadas pelo SNA incluem as auditorias, instrumentos com grande capacidade para diagnosticar falhas, irregularidades e oportunidades de aperfeiçoamento na gestão do SUS, desde que realizadas observando-se princípios, métodos e técnicas congruentes<sup>6</sup>.

As auditorias no contexto do SUS, em princípio, são desempenhadas pelos componentes do SNA, que se estruturam de modo descentralizado, sendo suas atividades efetivadas pelas seguintes instâncias de gestão: Ministério da Saúde (MS), através do Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS); Secretarias Estaduais de Saúde; e Secretarias Municipais de Saúde<sup>6</sup>.

Complementarmente, a auditoria na visão do SNA, é um instrumento de qualificação da gestão que visa fortalecer o SUS por meio de orientações e recomendações ao gestor para a destinação e utilização apropriada dos recursos, a garantia do ingresso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos usuários. A auditoria é evidenciada como um meio para que o SNA possa crescer a comunicação com as políticas públicas de forma a desenvolver melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, no acesso e na humanização das ações em saúde<sup>7</sup>.

Em face disso, esse novo paradigma de auditoria, comprometido com o fortalecimento da gestão, requer profissionais desempenhando suas funções na lógica de um observatório social das questões de resolutividade do SUS. As principais finalidades da auditoria do SUS consistem principalmente em avaliar a observância dos padrões estabelecidos de qualidade, quantidade, custos e gastos da atenção à saúde e produzir informações para embasar o planejamento das atividades que favoreçam o aperfeiçoamento do SUS<sup>7</sup>.

O processo de auditoria do SUS segue uma lógica sequencial, consistindo nas fases analítica, operativa e relatoria. Na fase analítica, o foco está na ordenação das informações de modo a possibilitar a execução do trabalho em campo. Já na fase operativa, o trabalho de campo torna-se sólido, emergindo a partir dele, um relatório preliminar. E por último, a fase de elaboração do relatório final de auditoria, que examina as argumentações dos responsáveis (se existir) e apresenta constatações, recomendações e a conclusão do trabalho<sup>6</sup>.

A auditoria no SUS abarca múltiplos processos que variam de acordo com o objetivo que se tem em relação ao objeto a ser auditado. Um dos pontos que merece destaque nesse contexto é a auditoria clínica uma vez que esta prática se concretiza numa ferramentas de gestão que contribui para melhoria da qualidade assistencial<sup>6,8</sup>.

A auditoria clínica foi introduzida sistematicamente como parte de ações programáticas de qualidade em países desenvolvidos a partir do final dos anos 80. A mesma caracteriza-se por dois marcos fundamentais: o primeiro foca nos usuários dos sistemas de atenção à saúde e o segundo no progresso de um ambiente cultural de melhoria da eficácia clínica com o objetivo de otimizar os resultados clínicos<sup>8</sup>.

Por conseguinte, a visão contemporânea da auditoria clínica afasta-se, radicalmente, de uma perspectiva passada de uma cultura fiscalista ou “policialesca”, voltada para a monitorização dos recursos, e principalmente focada nas características contábeis e financeiras dos serviços de saúde e em uma ação punitiva ou de foco excessivo no controle dos gastos. Todavia, precisamos compreendê-la hoje como um instrumento essencial de melhoria da qualidade da atenção à saúde nas mais variadas esferas administrativas<sup>8</sup>.

São três os enfoques essenciais da auditoria clínica: a auditoria implícita que usa a opinião de profissionais especializados para avaliar a prática das ações em saúde; a auditoria explícita que avalia a atenção dispensada contrastando-a com características pré-definidas, especificamente nas diretrizes clínicas; e a auditoria de eventos-sentinelas, delatores de falhas sistêmicas em um sistema de atenção à saúde que, quando apurados, conduzirão a uma proposta de melhoria da qualidade de todo o sistema<sup>9,10</sup>.

Diante do exposto, aponta-se para as tecnologias lançadas para a realização da auditoria clínica, sendo as mais utilizadas: as tecnologias de revisão da utilização, a perfilização clínica, as apresentações de caso, os eventos sentinelas e os *surveys*. As tecnologias de revisão do uso podem ser a revisão prévia ou retrospectiva ou a revisão concomitante ou concorrente. Na revisão concomitante ou concorrente realiza-se uma conferência da atenção à saúde, no instante em que está sendo proporcionado, com padrões predeterminados ou em correlação à opinião de outro profissional de saúde com expertise na área<sup>9,10</sup>.

A auditoria clínica pode ser caracterizada como uma ação de verificação analítica e cooperativa para estabelecer se as atividades em saúde e seus respectivos resultados estão de acordo com as proposições planejadas, as legislações e normas em vigência. Não obstante, as instituições de saúde utilizam cada vez mais modelos de auditoria mecanicista, como instrumento para avaliação retroativa de informações, especialmente via prontuários, inviabilizando uma interação dos auditores com a equipe assistencial durante sua aplicação, bem como uma perspectiva a partir da opinião dos usuários ainda durante sua permanência nos setores de saúde<sup>11</sup>.

Nesta perspectiva, entende-se que a auditoria clínica corrobora para uma maior interação entre os auditores e equipes assistencialistas. As questões suscitadas pela auditoria e trabalhadas em tempo imediato pelos auditores e equipe assistencial subsidiam a tomada de decisões pelos atores envolvidos. À medida que são reconhecidas as fragilidades dos processos assistenciais demarcam-se estratégias corretivas e os resultados ideais surgem favorecendo a satisfação e motivação das equipes. Assim, as vantagens atreladas a esse modelo de auditoria superam as dificuldades encontradas em sua implementação sendo o mesmo recomendado em qualquer instituição de saúde<sup>11</sup>.

## **AUDITORIA DE ENFERMAGEM E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

O processo de auditoria em saúde envolve a análise das condutas profissionais de toda a equipe envolvida na assistência ao paciente, porém atualmente o papel de auditor é desenvolvido principalmente por médicos e enfermeiros. A auditoria de enfermagem consiste em avaliar, verificar e melhorar a qualidade da assistência, processos e custos, baseando-se principalmente nos registros e anotações de enfermagem, realizando uma avaliação qualitativa do cuidado e processos internos. Pode-se assim dizer que a auditoria corresponde a uma importante ferramenta de gestão e avaliação da qualidade da assistência em saúde<sup>5</sup>.

A qualidade assistencial é um processo complexo que necessita da identificação constante dos fatores passíveis de melhorias que envolvem a dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem<sup>12</sup>. Um dos métodos que permite avaliar tais processos é a auditoria a qual se configura como uma ferramenta para o incremento da qualidade assistencial<sup>13,14</sup>.

Ademais a auditoria é um importante campo de atuação da enfermagem que tem como objetivo investigar a qualidade da assistência ofertada aos pacientes, por meio da análise de diferentes instrumentos utilizados no processo de trabalho e das práticas dos serviços de saúde. Dentre esses instrumentos aponta-se para a qualidade dos registros de enfermagem, análise de glosas hospitalares, especialmente, a identificação de não

conformidades nos processos assistenciais com sugestão de melhorias, análise de indicadores assistenciais, gerenciamento de risco e prevenção de eventos adversos<sup>5,15</sup>.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta a atuação do Enfermeiro Auditor por meio da Resolução COFEN nº 266/2001, que institui competências privativas do profissional, que são organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de auditoria de enfermagem<sup>7</sup>. Assim, enquanto integrante da equipe de auditoria em saúde o enfermeiro pode contribuir com o planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, elaboração de planos assistenciais, de prevenção de agravos e segurança do paciente, educação sanitária, contratação de recursos humanos para a enfermagem e elaboração de contratos, adendos e pareceres técnicos sobre as práticas de enfermagem<sup>16</sup>.

A auditoria em enfermagem tem um papel fundamental na melhoria da qualidade assistencial. O constante desenvolvimento científico e tecnológico no setor saúde resulta na atualização das práticas ofertadas pelos serviços, o que determina a instituição de medidas de avaliação e controle da qualidade, dentre elas atividades de auditoria atreladas a qualidade dos registros que refletem pontos importantes no que tange a avaliação da qualidade da assistência<sup>15</sup>.

A informatização da saúde e o uso de prontuário eletrônico para a realização dos registros clínicos podem ser considerados avanços para a qualidade da informação em saúde. Outro ponto a destacar é a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como sendo uma estratégia para a melhoria da qualidade dos registros de enfermagem, organização do trabalho da equipe, padronização de práticas, segurança do paciente, possibilitando uma análise detalhada do *status quo* da assistência em saúde<sup>15,17</sup>.

A atuação do enfermeiro auditor também está aliada aos setores financeiros e administrativos das organizações, pois pelo seu trabalho assegurarem-se os interesses de custo-benefício e efetividade das ações em saúde, mediante técnicas de controle de custos, uso de materiais, cobranças, capacitação dos profissionais e gerenciamento da assistência, como por exemplo, análise de glosas hospitalares e gestão das OPME<sup>18</sup>.

Alguns requisitos técnicos e operacionais são essenciais para o desempenho das funções do enfermeiro auditor, como o acesso aos documentos oficiais e relatórios das instituições de saúde e acesso aos prontuários dos pacientes. Desse modo, a qualidade dos registros de saúde é importante para a adequada análise das práticas assistenciais e da condição clínica do paciente<sup>17</sup>.

A auditoria de enfermagem está relacionada com ações de controle, análise de qualidade, melhoria da qualidade do serviço, avaliação, normatização e orientação, e busca

garantir uma assistência sistematizada e de qualidade aos usuários dos serviços de saúde, analisar a eficácia e eficiência dos processos institucionais, bem como falhas, deficiências e riscos relacionados à assistência<sup>15,19</sup>. Por meio da auditoria, a equipe de enfermagem encontra subsídios que levam à reflexão e conseqüentemente aprimoramento das práticas.

No entanto, evidencia-se algumas dificuldades enfrentadas na prática profissional dos enfermeiros auditores, que podem ser de origem institucional como restrições impostas pela instituição auditada, descredibilidade e dúvidas quanto à autonomia do enfermeiro auditor, e de origem profissional como o registro incompleto das informações no prontuário, a construção de uma identidade profissional e a integração com outros profissionais<sup>19</sup>.

Diante do exposto compreende-se que a auditoria em enfermagem abarca processos atrelados a gestão de custos, gestão de riscos, com contribuições importantes para a segurança do paciente, análise de indicadores clínicos e de gestão, que podem sinalizar fragilidades e potencialidades da assistência à saúde. Trata-se de uma promissora ferramenta de gestão que contribui para melhoria da qualidade assistencial e vem concretizando-se como uma prática inovadora no âmbito da enfermagem.

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ANÁLISE DE GLOSAS HOSPITALARES E NA GESTÃO DE OPME**

A atuação crescente dos enfermeiros no processo de faturamento hospitalar, por meio da auditoria de contas vem sendo evidenciada na literatura<sup>14</sup>. O enfermeiro auditor também pode atuar realizando glosas administrativas ou técnicas, que correspondem à negação de pagamento, total ou parcial, de uma fatura, devido inconformidades nos registros e nos procedimentos médicos e de enfermagem<sup>15</sup>. Ao final do processo de auditoria, o enfermeiro auditor deve expedir relatório conclusivo que permita a compreensão de gestores, setor financeiro, setor administrativo e demais interessados, sobre a situação das práticas de saúde, baseando a tomada de decisão e adoção de medidas cabíveis<sup>19</sup>.

A glosa de contas hospitalares refere-se “ao cancelamento, parcial ou total, do pagamento, sendo identificada pelo auditor no momento da análise ao ser constatada não conformidade”<sup>14:2</sup>. A atuação do enfermeiro da gestão de glosas hospitalares, em especial na análise de contas hospitalares, se destaca na conferência e no controle do faturamento enviado para operadoras de planos de saúde; na verificação de exames e procedimentos realizados; no acompanhamento a pacientes internados; e na estruturação de treinamentos destinados às áreas envolvidas<sup>14</sup>.

Ademais, destaca-se que as glosas são indicadores que permitem que as instituições que prestam serviços de saúde possam verificar os pontos críticos a serem melhorados. Isto aponta para a necessidade dos gestores identificarem e elaborarem estratégias que

abarcam os aspectos causadores das glosas, como forma de prevenção de prejuízos maiores<sup>20</sup>.

A atuação do enfermeiro na gestão das OPME tem sido assunto explorado ao se discutir as análises de glosas hospitalares, mesmo que de forma tímida, e merece destaque no que tange aos processos que envolvem a auditoria em saúde e enfermagem uma vez que são aspectos diretamente atrelados ao controle de custo e identificação de pontos críticos que permitem elencar estratégias para melhoria da qualidade assistencial.

Podemos definir OPME como sendo os insumos utilizados para reabilitação, diagnóstico e intervenções curativas, de tratamento ou estéticas de bucomaxilo ou médico-cirúrgicas. Podem ser permanentes ou transitórias; não implantadas, totalmente implantadas ou parcialmente implantadas; e de aplicação externa, via percutânea ou por ato cirúrgico. As órteses objetivam o auxílio na função de membros, órgãos ou tecidos, quanto às próteses, possuem o caráter de substituição a estes, já os materiais especiais referem-se aos dispositivos indispensáveis de apoio ao tratamento ou diagnóstico, de uso permanente ou descartável e conforme orientações do fabricante são passíveis ou não de reprocessamento<sup>21,22</sup>.

Na saúde suplementar, o uso das OPME é correlacionado aos procedimentos e eventos regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As operadoras de planos de saúde devem seguir o plano-referência proposto pela ANS que abrange um rol mínimo das especialidades clínicas, cirúrgicas, obstétricas e de urgência e emergência para cobertura. Considerando o alto custo das OPME e com o objetivo de não fortalecer a prática de cirurgias ou diagnósticos experimentais, é permitido ao plano a exclusão em conta do uso de materiais não regulamentados no país, de procedimentos considerados experimentais pelos conselhos federais de medicina e odontologia, como também, aqueles que fogem da indicação de uso proposta pelo fabricante, classificados estes como *off label*<sup>23</sup>. A ANS também elabora Diretrizes de Utilização (DUT), elencando critérios baseados em evidências científicas, que facilitam a autorização ou exclusão de procedimentos e eventos em saúde<sup>24</sup>.

A gestão de OPME, quando realizada com excelência, monitora a validade do material que pode estar com vigência cancelada ou vencida; o preço que pode ser diferente dependendo da região do país, volume faturado e do número de beneficiários; a especificação do uso conforme a indicação do fabricante; a verossimilhança entre os modelos de dispositivos ofertados e a quantidade e especificação de materiais solicitados pelo cirurgião, a sugestão de troca de materiais e procedimentos com autorização negada pela operadora ao cirurgião; a necessidade de formação de junta médica nos casos de divergência técnica; o transporte e armazenamento dos materiais, que muitas vezes são

de origem biológica; a qualidade técnica dos profissionais; o acesso à protocolos, manuais, consensos, pareceres e formação de um banco de dados; a rede de fornecedores e distribuidores na região; a expertise em tributos e legislação; a atenção aos prazos impostos pela ANS; a escassez dos recursos institucionais; a gestão dos custos assistenciais<sup>25</sup>.

Em 2014, as estimativas do volume consumido em OPME no Brasil ultrapassaram os 4 bilhões de reais <sup>26</sup>. Ao passo que novas soluções em saúde são apresentadas, os custos crescem em uma constante progressão aritmética. A autorregulação do mercado de OPME é sensível a qualquer variação macroeconômica e evidencia a fragilidade do sistema de saúde, que encara a volatilidade nos preços, a complexidade e ambiguidade técnica e incertezas na garantia da oferta de procedimentos à demanda populacional. De qualquer modo, a fonte pagadora não precisa necessariamente arcar com os custos das tecnologias mais modernas, mas sim buscar aquelas que não sejam defasadas e entreguem qualidade e resolutividade ao usuário final<sup>25</sup>.

O aperfeiçoamento da medicina tem produzido cirurgias cada vez menos invasivas, mais assertivas e apresentando um tempo de recuperação mais reduzido. A troca de instrumentos quase que rudimentares por materiais de alta precisão, permitem ao cirurgião uma visualização cada vez mais nítida por mínimas incisões, exata precisão com o uso de robótica e ainda, possibilitam o registro de dados ou de imagens. A implementação dessas tecnologias em cirurgias rotineiras, eleva os custos assistenciais, obrigando a operadora e sua rede credenciada a implementar setores destinados à gestão de OPME, buscando muitas vezes a operacionalização e consultoria de empresas e profissionais externos.

Diante do exposto, entende-se que a imersão na realidade do sistema de saúde desde o processo de formação de um enfermeiro provoca inquietudes ao perfil profissional, motivando-o a amplificar sua atuação além da assistência ao paciente, aproximando-o da formação de políticas de saúde, de cargos gerenciais, do controle epidemiológico, da área educacional, bem como áreas de fiscalização, qualidade e auditoria.

A atuação do enfermeiro auditor ao ser regulamentada pela Resolução COFEN Nº 266/2001, garante competências privativas e parâmetros de atuação. A necessidade de especialização como auditor em enfermagem vem dos desafios diários que o cargo demanda e do comportamento do mercado de trabalho em saúde. O campo de atuação se dispersa em diversas ramificações, sendo as principais: autorização do código de materiais, taxas e procedimentos; contabilidade e análise de insumos lançados em conta; fiscalização do uso de materiais em sala; no faturamento de contas médicas; no recurso de glosas; na avaliação de pacientes pré, peri ou pós-operatórios; na formação e precificação de pacotes e taxas; nos cargos de gestão; nas negociações de OPME; e na avaliação técnica e suas inconformidades<sup>16</sup>. Isto expressa que o exercício profissional do enfermeiro auditor extrapola

o papel burocrático e punitivo, utilizando a educação e orientação como ferramenta para conduzir a equipe interdisciplinar e com isso contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo e para qualidade assistencial, destacando-se nesse processo a utilização da SAE apontada como importante componente da avaliação da qualidade da assistência<sup>25,27</sup>.

Percebe-se, portanto, que a atuação do enfermeiro auditor na análise de glosas e na gestão das OPME aprimora o exercício profissional do enfermeiro no que tange ao uso eficiente dos recursos com a qualidade dos serviços prestados e, assim, vislumbra-se um campo prático que dará subsídios importantes para atuação e destaque do enfermeiro no âmbito da auditoria em saúde e enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar neste capítulo os preceitos básicos atrelados a auditoria em saúde e enfermagem almeja-se subsidiar a prática dos profissionais que atuam neste cenário. Entende-se que a auditoria em saúde e enfermagem, em sua complexidade, abarca atividades administrativas e assistenciais que podem sinalizar indicadores de gestão de custo e assistenciais que darão subsídios para o aprimoramento das práticas de saúde nas instituições, possibilitando a avaliação e melhoria da qualidade assistencial.

## REFERÊNCIAS

1. Souza LAA, Dyniewicz AM, Kalinowski LC. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. Rev Adm Saúde [Internet]. 2010 [citado em 26 fev. 2021];12(47):71-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-620070>
2. Rodrigues MV, Carâp LJ, El-warrak LO, Rezende TB. Qualidade e acreditação em saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2011. Capítulo 4, Auditoria em saúde e aplicação; p. 113-30.
3. Araújo MV, Simões C, Silva CL. Auditoria em enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 1978 [citado em 26 fev. 2021];31(4):466-77. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v31n4/0034-7167-reben-31-04-0466.pdf>
4. Ribeiro BS, Silva MC. Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. REFACI [Internet]. 2017 [citado em 26 fev. 2021]; 2(2):1-24. Disponível em: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/269/88>
5. Loureiro LH, Costa LM da, Marques VL, et al. Como a auditoria de enfermagem pode influenciar na qualidade assistencial. Revista Práxis [Internet]. 2018 [citado em 26 fev. 2021];10(19): 92-102. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/698>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria. Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria\\_sus\\_contexto\\_sna.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_sus_contexto_sna.pdf)

- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas. Brasília, 2011. Disponível em: [https://www.portalweb.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbriDocumento.aspx?cd\\_documento=1795](https://www.portalweb.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbriDocumento.aspx?cd_documento=1795)
- 8 Marquez VAT. Auditoria clínica ao modelo de funcionamento das teleconsultas no Centro Hospitalar do Porto [Dissertação]. Porto (PT): Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/302957426.pdf>
- 9 Berwick DM, Knapp MG. Theory and practice for measuring health care quality. In: Graham NO. (Editor) – Quality assurance in hospitals. Rockville: Aspen, 2ª ed; 1990.
- 10 Restuccia JD. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 1995 [citado em 26 fev. 2021];7(3):253-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/7.3.253>
- 11 Fonseca CAD, Santos SP, Carvalho IL, Lessa PG. Auditoria clínica como ferramenta da qualidade assistencial: relato de experiência. *RENOME* [Internet]. 2017 [citado em 26 fev. 2021];6(2):85-96. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1231>
12. Silva, RB, Loureiro, MDR, Frota, OP. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. *Rev. gaúch. Enferm* [Internet]. 2013 [citado em 26 fev. 2021];34(4):114-120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400015>
13. Haddad, MCFL. Qualidade da assistência de enfermagem - o processo de avaliação em hospital universitário público. [ Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: USP; 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>
14. Vigna, CP, Ruiz, PBO de; Lima, AFC. Análise de glosas por meio da auditoria de contas realizada por enfermeiros: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2020 [citado em 26 fev. 2021]; 73 (suppl.5):e20190826:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>
15. Padovani C, Silva JP, Dantas LS, et al. Auditoria de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Nursing* [Internet]. 2018 [citado em 26 fev. 2021];21(247):2531-4. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg85.pdf>
16. COFEN. Resolução 266, de 05 de outubro de 2001. Dispõe sobre as atividades do Enfermeiro Auditor. Rio de Janeiro: COFEN; 2001.
17. de Carvalho Santana L, Araújo TC. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. *Revista Acreditação: ACRED*. 2016 [citado em 26 fev. 2021];6(11):59-71. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5602115>
18. Pertille F, Ascari RA, Oliveira MCB de. A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [citado em 26 fev. 2021] 12 (6):1717-26. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234419/29218>
19. Morais AM, Silva KCO de, Lemos TAB, et al. Obstáculos Enfrentados Pelo Enfermeiro Auditor no Serviço de Saúde: Revisão Bibliográfica. *BJSCR*. 2019 [citado em 26 fev. 2021]; Jun;27(1):121-5. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607\\_200700.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200700.pdf)

20. Rodrigues JARM, Cunha ICKO, Vannuchi MTO, Haddad MCFL. Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. *Rev.bras. enferm* [Internet]. 2018 [citado em 26 fev. 2021];71(5):2511-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0667>.
21. BRASIL. Resolução normativa n. 338, de 21 de outubro de 2013. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as resoluções normativas - RN n. 211, de 11 de janeiro de 2010, RN n. 262, de 1 de agosto de 2011, RN n. 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN n. 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2013 Out 22; 205 (seção 1):1-51. Disponível em: [https://www.in.gov.br/material/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31080465/do1-2013-10-22-resolucao-normativa-rn-n-338-de-21-de-outubro-de-2013-31080461](https://www.in.gov.br/material/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31080465/do1-2013-10-22-resolucao-normativa-rn-n-338-de-21-de-outubro-de-2013-31080461)
22. Brasil. Manual de boas práticas de gestão das órteses, próteses e materiais especiais (opme). 1.ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2016. 38p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_praticas\\_gestao\\_proteses\\_materiais\\_especiais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf)
23. BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*. 1998 Abr 4; (seção 1):1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-publicacaooriginal-1-pl.html>
24. BRASIL. Resolução Normativa n. 428, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as resoluções normativas – RN n. 387, de 28 de outubro de 2015, e RN n. 407, de 3 de junho de 2016. *Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência*. 2017 nov 214;:101. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27541128\\_RESOLUCAO\\_NORMATIVA\\_N\\_428\\_DE\\_7\\_DE\\_NOVEMBRO\\_DE\\_2017.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27541128_RESOLUCAO_NORMATIVA_N_428_DE_7_DE_NOVEMBRO_DE_2017.aspx)
25. ABEA. Associação Brasileira de Enfermeiros Auditores. Auditoria prática em opme/dmi: órteses, próteses e materiais especiais/dispositivos médicos implantáveis. 1.ed. Fortaleza: Gráfica LCR; 2019.
26. Silva ARA. A importância de materiais e medicamentos nos gastos médicos: dados de uma operadora no período de 2007 a 2012. *IESS* [Internet]. 2014 [citado em 26 fev. 2021]; Série (0049-2014):1-24. Disponível em: [https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=445&id\\_tipo=3](https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=445&id_tipo=3)
27. Martins, AJL; Oliveira, CM, Morais ECM et.al. Audit of Quality Nursing in Public Health Care. *Multidisciplinary Scientific Journal* [Internet]. Special Edition of Health. 2017 Nov [citado em 26 fev. 2021]; 4(11):96-113. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/auditoria-de-enfermagem>