

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO
E GESTÃO EM SAÚDE

**CONCEIÇÃO DE MARIA PINTO NUNES
LAUREANE UCHOA LIMA**

EVOLUÇÃO O DA AUDITORIA EM SAÚDE NO BRASIL

São Luís
2017

**CONCEIÇÃO DE MARIA PINTO NUNES
LAUREANE UCHOA LIMA**

EVOLUCAO DA AUDITORIA EM SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Ma. Ludmilla B. Leite Rodrigues

São Luís

2017

**CONCEIÇÃO DE MARIA PINTO NUNES
LAUREANE UCHOA LIMA**

EVOLUCAO DA AUDITORIA EM SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Labora, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Ludmilla B. Leite Rodrigues

Mestre em Odontologia-UNIARARAS-SP

Faculdade Laboro

(Orientadora)

Prof^a Ma. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica- USP-SP

Faculdade Laboro

Examinadora

RESUMO

A abordagem sobre a qualidade do atendimento ao paciente tem sua origem no Reino Unido, sendo idealizada por profissionais médicos que buscavam proporcionar um atendimento de qualidade à clientela, chamando a atenção nas deficiências na prestação de cuidados, na tentativa de frear a prática 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 controle de qualidade está relacionado a uma função gerencial como elemento essencial para as sobrevivências das instituições, independente da sua área de atuação. A área da saúde não se manteve alheia a esta revolução. Sendo assim, a auditoria surge como uma ferramenta importante para mensuração da qualidade e custos das instituições de saúde, tornado-se uma importante ferramenta para o sistema de saúde no Brasil. Este trabalho teve como objetivo mostrar a importância da auditoria na saúde com informações que permitam analisar o grau de desempenho da saúde, visando a satisfação do usuário, possibilitando o conhecimento sobre a auditoria nas organizações no âmbito da Administração Geral. Com método de buscar a evolução da história da auditoria em saúde, por meio de revisão bibliográfica da literatura que, de acordo com Leite (2008), é aquela realizada a partir do emprego predominante de informações advindas de materiais gráfico, sonoro e informatizada. É a pesquisa cujos dados e informações são coletados em obras já existentes e servem de base para análise e 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. Foram selecionados trabalhos que se relacionavam a evolução histórica da auditoria em saúde, publicados entre as décadas 1970 a 2010, em banco de dados como a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e outros portais científicos, de acesso livre, e repositórios universitários, bem como documentos oficiais que puderam 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.

Palavras-chave: Auditoria. Saúde. Evolução histórica.

ABSTRACT

The approach about the quality of the service to the patient has its origin in United Kingdom, being idealized by medical professionals that looked for to provide a quality service to the clientele, getting the attention in the deficiencies in the installment of cares, in the attempt of braking the ineffective practice. In elapsing of the History, the quality concept accompanied the man's evolution, being associated to the progress political, economical and cultural of each time. Nowadays, the quality control is related to a managerial function as essential element for the survivals of the institutions, independent of its area of performance. The area of the health didn't stay alienated in this revolution. Being like this, the auditing appears as an important tool for measurement of the quality and costs of the institutions of health, turned her an important tool for the system of health in Brazil. This work had as objective shows the importance of the auditing in the health with information that allow to analyze the degree of acting of the health, seeking the user's satisfaction, making possible the knowledge on the auditing in the organizations in the extent of the General Administration. With method of looking for the evolution of the history of the auditing in health, through bibliographical revision of the literature that, in agreement with Milk (2008), it is that accomplished starting from the predominant job of information graphic, resonant coming of materials and computerized. It is the research whose data and information are collected in works already existent and they serve as base for analysis and interpretation of the same ones, forming a new work informs. It is a group of systematic and rational activities that, with larger safety and economy, it allows to reach valid and true knowledge, drawing the road to be proceeded, detecting mistakes and aiding the scientists' decisions. They were selected works that linked the historical evolution of the auditing in health, published among the decades 1970 to 2010, in database as Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and other scientific portals, of free access, and academical repositories, as well as official documents that could contribute to draw the historical evolution of the auditing system, through the following keywords: auditing in health, historical evolution in the world, historical evolution in Brazil.

Keywords: Auditing. Health. Historical evolution.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a DEUS por esta conquista.

Agradecemos aos nossos esposos, nossos filhos, por permanecerem ao nosso lado por todo período do curso.

Aos nossos familiares que mesmo distantes fisicamente estão sempre presentes em todas as etapas de nossas vidas.

A Profª Ludmilla pela confiança em nosso trabalho e pela orientação para conclusão do mesmo.

Aos professores do curso, que nos proporcionaram conhecimento na área de auditoria.

Agradecemos a todos nossos amigos, que estiveram presentes nessa jornada.

Finalmente, agradecemos a todos que, de alguma forma, contribuíram para conclusão do trabalho e do curso.

Muito obrigado a todos!

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AICPA	American Institute of Certified Public Accountants
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APB	Accounting Principles Board
ARB	Accounting Research Bulletins
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CF	Constituição Federal
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CONASP	Conselho Nacional de Segurança Pública
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CVI	Comissão de Valores Imobiliários
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
FASB	Financial Accounting Standards Board
GIH	Guia de Internação Hospitalar
IBAI	Instituto Brasileiro de Auditor Independente
IBRACO	Instituto Brasileiro de Contador
ICPB	Instituto dos Contadores Públicos do Brasil
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
JCAH	Joint Commission of Accreditation of Hospitals
JCAHO	Joint commission on Accreditation of Healthcare Organization
NHS	National Health Service
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde Previdenciária
PSRO	Professional Standards Review Organization
SAMPS	Sistema de Assistência Médica da Previdência Social
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEC	Securities and Exchange Commission

SNA	Serviço Nacional de Auditoria
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Objetivo Geral.....	12
2.2	Objetivos Específicos.....	12
3	METODOLOGIA.....	13
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	14
4.2	Contextualizando a Saúde no Brasil.....	14
4.2	Auditoria em Saúde: Conceito e Evolução Histórica.....	16
4.2.1	Conceitos.....	16
4.2.2	Evolução Histórica da Auditoria em Saúde no Mundo.....	21
4.2.3	Evolução Histórica da Auditoria em Saúde no Brasil.....	24
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Auditoria em saúde tem como objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. Tem sua origem no Reino Unido, sendo idealizada por profissionais médicos que buscavam proporcionar um atendimento com melhor qualidade à clientela, chamando atenção para as deficiências na prestação de cuidados, na tentativa de frear a prática ineficiente e ineficaz (JOHNSTON et al., 2001).

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

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 sobrevivência tanto dos serviços de saúde quanto naqueles que dele fazem uso (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006). Segundo Nepomuceno; Kurcgant (2008, p.666), "Garantia de qualidade em saúde refere-se à elaboração de estratégias tanto para a avaliação da qualidade quanto para implementação de normas e padrões de condutas clínicas".

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 um dispositivo de grande importância diante da necessidade de reduzir custos sem prejudicar a assistência, garantido a qualidade dos serviços prestados a valores acessíveis.

Sendo assim, a auditoria surge como uma ferramenta importante para mensuração da qualidade (auditoria de cuidados) e custo (auditoria de custos) das instituições de saúde. 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 as atividades estão de acordo com os objetivos propostos. Com isso, acreditam que auditoria em saúde não tem caráter punitivo, mas sim um processo educativo.

Apesar de 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 estudo tem como objetivo revisar a revolução histórica da auditoria em saúde.

2 OBJETIVO

Este trabalho procura mostrar a importância da auditoria em saúde buscando informações importantes que permitam analisar o grau de desempenho da saúde visando a satisfação do usuário.

2.1 Objetivo Geral

Possibilitar um maior conhecimento sobre a importância da auditoria em saúde nas organizações âmbito da Administração Geral.

3 METODOLOGIA

Este estudo busca traçar a evolução histórica da auditoria em saúde, por meio de revisão bibliográfica da literatura que, de acordo com Leite (2008), é aquela realizada a partir do emprego predominante de informações advindas de materiais gráfico, sonoro informatizado. A pesquisa, cujos dados e informações são coletados em obras já existentes, serve 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 a maior segurança e economia, permite alcançar conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões dos cientistas.

Foram selecionados trabalhos que se relacionavam a evolução histórica da auditoria em saúde, publicados entre as décadas 1970 e 2010, em banco de dados como o *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e outros portais científicos, de acesso 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 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Contextualizando a saúde no Brasil

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de democratização, iniciadas nos anos de 1980, o país passou por grave crise na área econômico-financeira. No início da década, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 1970, em atendimento as proposições formuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizavam “Saúde para todos no ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde (CALEMAN; SANCHES; MOREIRA, 1998).

Nessa mesma época, inicia o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde, posteriormente, incorporam-se ao movimento de outros regimentos da sociedade, como centrais e sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

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 (CONAPS), 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), 1983 (BRASIL, 1985). Essas ações constituíram uma estratégia de extrema importância para um processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerando um marco histórico da saúde pública do 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 diretriz 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; SANCHES; MOREIRA, 1998).

Em 1988, uma nova Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988), 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) determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). Entre outros capítulos, a Constituição prever universal e igualitária as ações e serviços de saúde, 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 (BRASIL, 1990), operacionaliza as disposições constitucionais. Conforme CF (art. 200, inciso III), são atribuições do SUS em três níveis de governo, além de outras obrigações, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

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 dos processos de atenção, ao cooperativismo 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.

Diante de tais fatos, surgiu a grande necessidade de um sistema de informações que permitisse ao Estado, exercer o seu papel regulatório, em particular para gerar ações com capacidade de discriminativa e 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 gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade (CALEMAN; SANCHES; MOREIRA, 1998).

Essa nova gerência tem como premissa o domínio de uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, visado à manutenção e melhoria da qualidade. Sobre essa lógica, deve-se pensar também na necessidade da organização de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e as necessidades de um país em transformação. Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nela trabalham precisavam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deveria ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças

observadas no mundo contemporâneo, procurando 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 (CELEMAN; SACHES; MOREIRA, 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 as em ações de diagnóstico de desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidados diretos ao paciente e aquelas de natureza administrativa, cuja evolução será discutida a seguir.

4.2 Auditoria em Saúde: Conceito e Evolução Histórica

4.2.1 Conceitos

Como expõe Mitterprgher (2002), apesar de serem originárias da mesma base, as atividades de auditoria na área de 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,

O autor complementa que nos anos 1990 pode-se acompanhar a evolução e 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 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 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.

A auditoria, em sua raiz, segundo Attie (2006, p. 25), “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 (apud COUTINHO et al., 2003), tendo como premissa a avaliação da atenção com base na observação direta, no registro e na história clínica do paciente. Conforme Scarparo; Ferraz (2008), um grande número de hospitais predominantemente privados, possui serviços de auditoria em saúde.

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, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada (SOUSA; 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; ERDMAN, 2006).

Nesse novo conceito de auditoria em saúde, não se trata de uma forma de fiscalização, mas um programa de educação permanente. Através de 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; BRITTO; CORREIA, 2012).

O conceito de qualidade é compreendido como parte da função gerencial e como elemento essencial para a sobrevivência das instituições nos mercados altamente competitivos. Assim, o conceito de garantia da qualidade em saúde refere-se à colaboração de estratégias tanto para avaliação da qualidade quanto para implementação de normas e padrões de condutas através de programas locais ou nacionais. Dessa forma, no setor da saúde, a política da qualidade vem gerando uma preocupação constante com a melhoria da assistência prestada ao paciente, exigindo melhores investimentos na qualificação dos profissionais (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008). Nesse ambiente, a auditoria em saúde ganha espaço e grau de importância.

Auditoria em saúde pode ser desenvolvida em vários setores da saúde e por diferentes profissionais. Destacam-se entre eles auditoria médica e auditoria em enfermagem. Ambas as auditorias dispõem de área específica de atuação, lembrando que os objetivos são sempre os mesmos, ou seja, garantir a qualidade do

atendimento ao cliente, evitar os desperdícios e auxiliar no controle dos custos (PAIM; CICONELLI, 2007).

Os processos de auditoria ocorrem em todas as instituições prestadoras de serviços do setor público ou privado e conveniado ao SUS. As estratégias de ações são utilizadas de forma contínua sobre as estruturas organizacionais e funcionais para 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 da produção de serviços e controle de equilíbrio financeiro, os auditores executam em seus planos, a avaliação do desempenho da rede de serviço como forma de ir buscar um *feedback*¹ junto ao usuário e a sociedade de modo geral (COSTA et, al., 2004).

As atividades de auditoria que envolvem o campo operacional usualmente executadas são: acompanhamento das unidades da saúde, verificações de denúncias de irregularidades, vistorias nos projetos de credenciamento de novos serviços e (descredenciamento desses), internamentos hospitalares, exames especializados, entre outros. Em face da responsabilidade 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 estruturas físicas (COSTA et, al., 2004).

4.2.2 Evolução histórica da Auditoria no mundo e no Brasil

De acordo com O'Reilly et al. (1999), 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 deste o 4.000 a.C. quando, na antiga Babilônia, eram feitas as conferências dos impostos arrecadados (KURCGANT, 1991).

Em 200 a.C., na República Romana, as contas governamentais eram apresentadas na forma de lucros e perdas e eram constantemente fiscalizadas pelos magistrados encarregados das finanças, os quais eram denominados gestores

¹ *Feedback* - Também usado informalmente em vez do termo "resposta" de uma pessoa a alguma proposta feita por outra. Disponível em < <http://www.dicionarioinformal.com.br/feedback/>>

(fiscais), que realizavam uma atividade similar à auditoria, já que era comum aos imperadores encarregarem esses funcionários de inspecionarem a contabilidade das diversas províncias (DUARTE,2010). No século XIII, a auditoria era exercida em trabalhos executados por associação profissionais na Europa, como os Conselhos Londrinos, o tribunal de Conta de Paris, ou, ainda, Collegio dei Raxonati e a Academia dei Ragioneiri, na Itália (O, REILLY, 1990).

Outro período importante na evolução da auditoria foi 1314, quando foi criando 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*² financiadas pelos reis, príncipes, empresários e banqueiros da Inglaterra, Portugal, Espanha, França e Holanda, criaram a necessidade da prestação de contas da receita e dos gastos das expedições as Américas, Índia e Ásia (DUARTE 2010).

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 incorporações, 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 comissão 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-se obrigatória a auditoria contábil, independente das obrigações contábeis (OLIVEIRA, 2006).

Em 1934, é criada a *Securities and Exchange Commission* (SEC), nos Estados Unidos, que aumentou a importância da profissão do auditor como guardião da equidade e transparência das organizações contábeis das organizações e suas divulgações para os mercados de capitais e todas as sociedades. O *American*

² *Joint venture* é uma expressão de origem inglesa, que significa a união de duas ou mais empresas já existentes com o objetivo de iniciar ou realizar uma atividade econômica comum, por um determinado período de tempo e visando, dentre outras motivações, o lucro. Disponível em < <https://www.significados.com.br/joint-venture/> >

Institute of Certified Public 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 *Accounting Research Bulletins* (ARB) (OLIVEIRA, 2001).

De forma mais profissional, a auditoria alcançou o maior grau na legislação britânica, promulgada durante a Revolução Industrial. Especificamente, em 1956 foi o ano considerando como origem da auditoria nos moldes da atualidade, difundida para outros países, principalmente, Canadá e Estados Unidos, que, devido ao desenvolvimento econômico, aprimoram significativamente esta nova técnica (DUARTE, 2010).

A partir de 1959, tais tarefas passaram a ser executadas pela a *Accounting Principles Board* (APB), juntas de princípios contábeis que emitiu mais de 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 de normas contábeis. É composta de seus membros indicados pelo AICPA; é um órgão independente, reconhecido pelo *Securities and Exchange Commission* (SEC). Até dezembro de 1998, a FASB havia emitido 134 pronunciamentos (OLIVEIRA, 2001).

No Brasil, a evolução da profissão se deveu à presença cada vez maior de subsidiárias e filiais de multinacionais, principalmente dos Estados Unidos, Japão, França, Alemanha, Suécia, e Suíça, no início, seguido pela Coreia e Espanha, que enviavam Auditores com objetivo de verificar a veracidade dos relatórios emitido por suas filiais no país (OLIVEIRA, 2001).

Em 1965, o governo brasileiro editou a Lei 4.728/65. (BRASIL, 1965), que obrigava a prática de auditoria governamental no Brasil, em razão da necessidade de demonstrar a mesma confiabilidade das subsidiárias estrangeiras, passando a exigir das empresas nacionais os mesmos procedimentos adotados às 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), fundada em 26 de março de 1957, o Instituto Brasileiro de Auditores Independentes (IBAI), fundada em 2 de janeiro de 1968, em 1972, o Conselho Federal Contabilidade (CFC), por meio da Resolução nº 321/72, divulgou os princípios a serem seguidos no cumprimento da profissão de auditor, definindo as

normas relativas a pessoa do auditor, à execução dos trabalhos e também ao parecer da auditoria. Os aspectos éticos, com a independência e confidencialidade dos papéis de trabalhos e assuntos relativos aos clientes, também foram objeto dessa Resolução (OLIVEIRA 2001).

Em 1976, com a Lei nº 6404, que dispõe sobre as Sociedades por Ações, houve a normatização das práticas e dos relatórios de auditorias, o que contribuiu enormemente com o disciplinamento do mercado dos processos. No mesmo ano foi criado a Comissão de Valores Imobiliários (CVI), pela Lei nº 6,386/76, com a responsabilidade de normalizar 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 Geral de Auditoria, com auxílio do IBRACON e do CFC (OLIVEIRA, 2001).

4.2.3 Evolução Histórica da Auditoria em Saúde no mundo

A análise da literatura sobre avaliação de serviços de saúde, permitiu conhecer que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizado pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Estes mecanismos são tão antigos quanto esses serviços (REIS et al., 1990).

Estudo realizado pela organização Pan-Americana de saúde (OPS) acerca da *Evaluación de la Eficácia y la Seguridad de las Tecnologías Médicas*, relata que o uso de estatística e da avaliação científica dos cuidados médicos se desenvolveram lentamente, pois em geral, não era considerado o aspecto essencial da medicina (REIS et al., 1990).

Extraoficialmente, há informações que os primeiros registros hospitalares foram encontrados no Antigo Egito, comprovando que os prontuários existem acerca de 2000 anos. Na Grécia Antiga, encontram-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. (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Provavelmente, a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação de 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 ao seu coordenador Abraham Flexner, educador estadunidense, 1866-1959), publicado em 1910, e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos, no Estado Unidos, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PLAGLIOSA; DA ROS, 2008). Nesse relatório, *Flexner* atenta para a necessidade do controle do exercício profissional, ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muita enfática, as precárias condições da prática profissional (REIS et al., 1990).

De acordo com REIS et al. (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 *Ernest Amory Codman* (1869-1940, cirurgião pioneiro de Boston que fez contribuições como anestesiologia, radiologia, entre outras especializações, inclusive, estudo de resultados médicos), 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 poderiam atribuir o sucesso ou o insucesso do tratamento, qual o momento 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. Sobre a influência do trabalho do *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 Standards for Hospital*, relacionando requisitos mínimos para realização de avaliação hospitalares (FONSECA et al., 2005). Com base neste documento, CAC verificou que, entre aproximadamente 800 hospitais fiscalizados que possuíam mais de 100 leitos, menos de 135 deles apresentava um nível razoável, o resultado deste manual e também dos estudos desenvolvidos por *Codman*, foi criado em 1928, o hospital *Standartization 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 necessitava focalizar-se na avaliação da qualidade assistencial prestada ao paciente, uma vez que este é essencial para a prática dos profissionais desta área e, daquele período

até aos dias contemporâneos, 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 auditoria em saúde é aquela relacionada a atividade estritamente burocrática, de cunho contábil e financeiro (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Ao falar sobre a história do controle de qualidade no setor de saúde, Fonseca et al. (2005), ressaltam os trabalhos da enfermeira inglesa *Florence Nightingale* (1820-1910), 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 estatístico e gráficos, as taxas de mortalidade foram reduzidas de 40% para 2% em apenas 6 meses, fatos que só pode ser conseguidos com a implantação de rígidos padrões sanitários e de uma revolução no atendimento e nos cuidados em saúde estabelecidos.

Com os crescentes custos de atenção médica, em especial nos países centrais, e no aumento da complexidade da atenção, acontece um impulso objetivo para a expansão de trabalho e pesquisa de avaliação da qualidade e dos custos da atenção médica. Na Inglaterra, o atendimento gratuito do *National Health Service* (NHS) leva uma crescente demanda por serviços de saúde, que inclui consultas médicas, exames subsidiários e medicação. A limitação de recursos utilizados para os custeios NHS, buscou otimizar sua aplicação, surgindo preocupações com o estudo da eficácia e eficiência dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (REIS et al., 1990).

Em 1949, a CAC colocou em prática uma parceria com Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos, e Associação Americana de Hospitais, cujo objetivo era apoiar outras organizações inteiramente dedicada à melhoria e promoção da acreditação voluntária, com a união desses grupos. Em 1951, nos Estados Unidos foi criado 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 os espaços acadêmicos e institucionais, forçando a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, que contemplavam avaliação, a educação de auditoria hospitalar (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

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

Ainda nos anos 1960, o governo norte-americano implantou os programas sociais públicos *Medicare e Medicaid*, sendo o primeiro voltado para 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 (PRSO - Organização, Estandarização e Revisão Profissional). Para essa avaliação, foram utilizados conhecimentos acumulados nos comitês de *peritagens e experts*, por meio de auditoria, (*Peer Riview*) (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1972, o congresso americano, por meio do *Social Security Act*, criou a Professional Standards Review Organization (PRSO) com o objetivo de regulamentar a avaliação do serviço de saúde. Foi estabelecida uma ampla rede de especialista e unidade de auditoria dedicada 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, mas somente conseguiu disseminar a aplicação rigorosa dos padrões propostos quando o governo vinculou a obrigatoriedade da acreditação aos recebimentos dos pagamentos feitos pela seguridade social, já que estes representavam mais da metade dos ingressos financeiros dos hospitais norte-americanos (FELDEMAN; GATTO; CUNHA. 2005).

Nas décadas de 1970 e 1980, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde baseava-se 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).

4.2.4 Evolução Histórica da Auditoria em saúde no Brasil

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

Até a década de 1960, a política de saúde do país estava a cargo das caixas de assistência e benefício à saúde, que haviam sido criadas em 1923 e atendiam aos 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 (PEREIRA 2010).

O autor ainda acrescenta que essa terceirização levou o governo, como órgão comprador, adotar medidas analisadoras, controladora e corregedora, prevenindo desperdícios, a cobrança indevida e a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos. Para garantir o programa proposto e a integralidade 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 Estatístico (MEZZOMO, 2001). No início dos anos 1970 surge a necessidade de um sistema de controle de avaliação médica, tanto por parte do então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), quanto por parte do Sistema Supletivo. Estas necessidades foram 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 de seus aspectos técnicos, éticos e administrativo para o desempenho da

equipe de saúde (FONSECA et al., 2005). Em 1976, o Ministério da Previdência sistematizou a avaliação dos serviços prestados por meio de auditoria médica administrativa das contas a seres 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 (AUBURQUERQUE et al., 2008). As chamadas contas hospitalares transformaram-se em Guia de Internação Hospitalar (GIH) e as atividades de auditoria foram estabelecidas como Controle Formal Técnico (BRASIL, 2012).

Em 1978, é criada a Secretaria da Assistência Médica subordinada ao Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) 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 Coordenadorias de Controle e Avaliação, nas capitais, e o Serviço de Medicina Social, nos municípios (BRASIL 2012).

Em 1988, a própria Constituição Federal (BRASIL, 1988) impõe a necessidade dos processos de auditoria, sendo que o seu art. 197 dispõe:

São de relevância pública as ações de serviços de saúde, cabendo ao poder dispor, nos termos da Lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, art. 197).

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

Em 1990, a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), regulamentada 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 de 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 território nacional, em cooperação técnica com Estados, Municípios e Distrito Federal (MELO; VAITSMAN,2008).

O SNA foi criado, finalmente, em 1983, instituído pelo artigo 6 da Lei 8.689, em 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993), e regulamentado pelo Decreto nº 1.651/95(BRASIL,1995). Por tratar especificamente da área de saúde, o SNA se constituiu no sistema atípico, singular, diferenciado, complementar aos sistemas de controle interno e externo e, principalmente, legítimo.

Segundo o Decreto nº 1.651(BRASIL,1995, art. 4º):

O SNA compreende os órgãos que foram 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 Estado, Distrito Federal e Município para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Em 1996, O Ministério da Saúde, procurando regulamentar as normas e disposições relativas ao SUS, elaborou a primeira edição de um Manual de Normas de Auditoria e, em agosto de 1998, foi lançada a segunda edição (MELO;VAITSMAN,2008). Em 1999 a organização de atividade 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, no Departamento Nacional de Auditoria do SUS DENASUS (MELO; VAITSMAN, 2008).

A função de controlar ações e serviços de saúde das operadoras de outro órgão é da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), regulamentada pela Lei de nº 9961 (BRASIL, 2000), cujo objetivo e a manutenção da qualidade a assistência à saúde (MELO; VAITSMAN, 2008).

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

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

Com a publicação do Decreto nº 5.481, 13 de julho de 2006, o DENASUS passou a integrar a estrutura da Secretaria da 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 a progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, tornando necessário consolidar a competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema (BRASIL, 2012).

O Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006 (BRASIL, 2006) define a nova estrutura do Ministério de Saúde, sem, contudo, promover alterações na competência da Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa e do DENASUS. Dessa forma, reuniram-se diversas estruturas responsáveis pela função de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que tem área de atuação complementar, com vistas a ganhar nacionalidade e maior efetividade ao aturem em conjunto.

Na Saúde suplementar, devido às modificações, desenvolvimentos e incorporações tecnológicas, os hospitais estavam num mercado em que, para sua manutenção, precisariam aumentar suas receitas e diminuir custos. Com isso, e devido à precariedade do sistema público, houve a proliferação da saúde privada, conduzida pelas Operadoras Planos de Saúde, ocasionando maior necessidade de controle e regulação desses processos, através da figura do médico auditor. Essa regulação foi criada pela Resolução de nº 8, de 3 de novembro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONS), 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, agências reguladoras desses serviços, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar a saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. A ANSS tem competência que vai 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 descredenciamentos de prestadores de serviços 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 nas atividades das operadoras;
[...];
- IV- fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços as operadoras;
- V- estabelecer parâmetro 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 de controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência da saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratado ou conveniado;
[...];
- XXI- monitorar a evolução dos preços de planos assistência à saúde, seus Prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
[...];
- XXIV- exercer o controle e avaliação dos aspectos concernente à garantia de acesso, manutenção e qualidade de 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 prestadoras de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- XXVII- fiscalizar os aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológico, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
[...];
- XXXVI- articular com os órgãos de defesa do consumidor visando se a eficácia da proteção à defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078 de 11 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 diárias e hospitalares, emissão de pareceres técnicos de procedimentos e visitas na rede credenciada, promovendo a correção e buscando aperfeiçoamento do atendimento médico-hospitalar ou ambulatorial de sua rede prestadora de serviços (PEREIRA, 2010).

Finalmente, em 28 de julho de 2011 foi publicado o Decreto nº 7508/11 (BRASIL,2011), que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde

e a articulação interfederativa, além de outras providências. O Decreto 7508/90 define o papel do SNA e suas competências de controle interno, promovendo a revisão do Decreto 1651, de 1995 e fortalecendo o seu papel.

O decreto efetiva o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, à assistência à saúde e a articulação dos Estados e municípios. Em suas disposições, o texto prever 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 de Saúde com descrição geográfica com a distribuição de recurso humano, 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 um o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, os mecanismos de controle clínico e a verificação dos resultados a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011).

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

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 o que deve ser feito e o que está sendo feito em número e qualidade eficazes. A Auditoria em Saúde está definitiva e formalmente incorporada aos sistemas de saúde de vários países do mundo, inclusive no Brasil, onde foi definitivamente regulamentada 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 citado, regulamentada em julho 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, prever acordos entre os federativos com a finalidade de organizar integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada, definindo responsabilidade, indicadores e metas de saúde, entre outros.

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. Caracteriza-se como a consolidação de anseios antigos por partes dos profissionais ligados à área de saúde, tendo como produto final a satisfação dos profissionais e serviços de saúde e do usuário, razão da assistência de todo o sistema.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. et al. **Gestão de finanças públicas**. 2 ed. Brasília:MS, 2008.

ATTIE, W. **Auditoria: conceitos e aplicações**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei de nº 4.728, de 14 de julho de 1965. Brasília-DF, 1965.

_____. Ministério da saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social; Ministério do Interior; Secretaria do Planejamento. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde- PREVE SAUDE. Brasília-DF, 1980.

_____. Ministério da Saúde. Portaria interministerial 01/85, MS/MPAS/MEC. Ratifica a estratégia das Ações Integradas de Saúde, entre outros. **Informação para saúde**, v.6, n.7, p.84-102. Brasília, 7 de jun. 1985.

_____. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília-DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.689, de 27 de julho 1993, Cria o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS, Brasília-DF, 1993.

_____. Presidente da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e da outras providências. Brasília-DF, 2000.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e da outras Providências. Brasília-DF, 2006.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm > Acesso em; 13 de set. 2016.

_____. Serviço Nacional de Auditoria. História de Auditoria em Saúde. Disponível em: < <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm> > Acesso em: 22 ago. 2016.

CALEMAN, G.; SANCHEZ, M.C.; MOREIRA, M.L. Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde. **Série Saúde & Cidadania** v.5, n.3, p.45-72, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

COSTA, M.S. et al. Auditoria em Enfermagem como estratégica de um marketing profissional. **Ver Bras Enferm**, v.4, nº 57, p. 497-9, 2004.

COUTINHO, T et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira Genecologia e Obstetria**. v. 25, n. 16, p.717-724, 2003.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. **J. Fam, Practic**, V.3 n. 9, p.277-284, 1999. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110905> > Acesso em: 13 set. 2016.

DUARTE, L.S. **Auditoria financeira**. 2010. (Relatório) Mestrado em Gestão. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões e creditações. **Acta Paul Enferm**, v 18,n.2, p.13-9, 2005.

FONSECA, A.S. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para gestão assistencial na atividade hospitalar. **O Mundo as saúde**. São Paulo, v.29 n.2, p.54-89, abr./jun. 2005.

JOHNSTON, M.V. et al. Neurobiology of hypoxic- ischemic injury in the developing brain. **Pediatr. Res.**, v.49, n.2, p.735-41. 2001.

KURCGANT, P et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1991.

LEITE, F.T. **Metodologia científica-métodos e técnicas de pesquisa**: monografias e dissertações, teses e livros. São Paulo: ideias & letras, 2008.

LIMA, S.B.S.; ERDMANN, A.L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em serviço de urgência e emergência. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.3, p.271-8, 2006.

LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A.M. características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n.02, p.344-361, 2007.

MANZO, B. F.; BRITO, M.J.M.; CORREIA, A.R. implicação do processo de acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46 n. 2, abr. 2012.

MELO, M.B.; VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no Sistema no Único de Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v.22, n.1, p.152-64, jan./jun. 2008.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo, Manole, 2001.

MITTEMPERGER, M.M. Auditoria medica de qualidade. **Mundo saúde**, v. 26 n.2, p. 271-274, abr-jun. 2002.

NEPOMUCENO, L.M.R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.4, Dec. 2008.

OLIVEIRA, J.A.R. **Cursos práticos de auditoria administrativa**. São Paulo; Saraiva. 2006.

OLIVEIRA, L.M. **Cursos básicos de auditoria**. São Paulo: Atlas, 2001.

O' REILLY, J. et al. Effects of time intervals and tone durations on auditory stream segregation. **Percept. Psychophys**,v.62, n.2, p. 626-636, 1990.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M.A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.4, p. 492-499, 2008.

PAIM, P.R.C.; CICONELLI, M.R. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde **RAS**, v. 9, n.36, p. 86, jun-set, 2007.

PEREIRA, A.A. **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, 2010.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**,Brasília, v. 59, n.4, Aug. 2006.

REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, 1, Mar. 1990.

RIBEIRO, J.M.et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, out. 2008.

RODRIGUES, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICÓ, M.C. Glosa hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde**. v.11, n.4, p. 210-4, out./dez., 2004.

SANTOS, L.C.; BARCELLOS, V. F. **Auditoria em saúde**: uma ferramenta de gestão. Monografia (Pós-Graduação e Auditoria em saúde). Centro Universitário UNIEURO, Brasília, 2009.

SCARPARO, A.F, FERRAZ, C.A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n.3, jun. 2008.

SOUSA, D. A.; FONSECA, A.S. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. **Nursing**, São Paulo, v.8, n.84, p. 234-238, mai.2005.