

FACULDADE LABORO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM  
SAÚDE.

**CAMILLA BARROS FAUSTINO**

**REPERCUSSÃO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE  
AUDITORIA DE CONTAS HOSPITALARES**

São Luís

2013

CAMILLA BARROS FAUSTINO

**REPERCUSSÃO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE  
AUDITORIA DE CONTAS HOSPITALARES**

Monografia apresentada ao curso de especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para a obtenção do título de especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profª Dra. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2013

Faustino, Camilla Barros

Repercussão das anotações de enfermagem no processo de Auditoria de Contas hospitalares / Camilla Barros Faustino. – São Luís, 2013.

28 f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Profª Drª Mônica Elinor Alves Gama

Monografia (Pós-Graduação) – Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento em Saúde, 2013.

1. Auditoria 2. Anotações de Enfermagem 3. Contas hospitalares  
I. Título

CDU 614.2:657.6

CAMILLA BARROS FAUSTINO

**REPERCUSSÃO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE  
AUDITORIA DE CONTAS HOSPITALARES**

Monografia apresentada ao curso de especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para a obtenção do título de especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

**Profª. Mônica Elinor Alves Gama** (orientadora)  
Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo - USP

---

**Profª. Rosemary Ribeiro Lindholm** (examinadora)  
Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo - USP

## RESUMO

Repercussão das anotações de enfermagem no processo de auditoria de contas hospitalares. Trata-se de uma revisão de literatura. A anotação de enfermagem é uma forma escrita de informações, cuidados e resultados sobre um determinado cliente. O prontuário do cliente é o principal instrumento utilizado para tal. A auditoria utiliza os prontuários para realizar a análise da conta hospitalar, sendo que o principal elemento analisado são os registros realizados pela equipe de enfermagem que assiste o cliente vinte quatro horas por dia. O trabalho em causa tem como objetivo estudar a repercussão que as anotações de enfermagem causam no processo de auditoria de contas hospitalares, considerando a literatura especializada. Foram utilizadas publicações nacionais, periódicos virtuais, livros, artigos eletrônicos e monografias compreendidas no período de 2000 a 2013. A análise e apresentação dos dados foram dispostos em capítulos. Através do estudo foi observado que um registro bem feito garante a qualidade do cuidado ao cliente e repercute diretamente na análise da conta hospitalar.

**Palavras-chave:** Anotação de Enfermagem. Auditoria. Contas hospitalares.

## ABSTRACT

Repercussion of nursing notes in the process of auditing hospital bills. This is a literature review. The nursing notes is a written form of information, care and outcomes for a particular customer. The record of the customer is the main tool for this. The audit uses the records to perform the analysis of the hospital bill, and the main element analyzed are the records kept by the nursing staff that assists the client twenty four hours a day. The work in question is to study the repercussion that the nursing notes in the audit process cause of hospital bills, considering the specialized literature. We used national publications, periodic virtual books, electronic articles and monographs in the period ranging from 2000 to 2013. The analysis and presentation of data were arranged into chapters. Through the study it was observed that a record well done ensures the quality of customer care and has a direct impact on the analysis of the hospital bill.

**Keywords:** Annotation of Nursing. Audit, Hospital bills.

## LISTA DE SIGLAS

- CFM – Conselho Federal de Medicina
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- COREN – Conselho Regional de Enfermagem
- CRM – Conselho Regional de Medicina
- SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
- CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
- AMB – Associação Médica Brasileira
- CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
- SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	11
3	<b>OBJETIVO</b> .....	12
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	12
5	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
5.1	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	13
5.2	PRONTUÁRIO DO CLIENTE.....	16
5.3	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.....	19
5.4	AUDITORIA DE CONTA HOSPITALAR.....	21
5.5	GLOSAS HOSPITALARES.....	23
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	25
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	26

## 1 INTRODUÇÃO

A qualidade na saúde é uma meta que toda instituição de saúde deseja alcançar. É uma proposta que engloba desde setores operacionais até setores de níveis gerenciais mais elevados (GURGEL, JÚNIOR e VIEIRA; 2002). Com isso a sistematização da saúde sofre mudanças contínuas, geradas pela competitividade e exigências de adequação às questões legais (ALMADA; 2008).

A auditoria surgiu na área contábil e seu desenvolvimento foi impulsionado pelo modo de produção capitalista dos países. O primeiro relato da criação do cargo de auditor aconteceu em 1314; seu surgimento teve como objetivo o controle financeiro dos tesouros da Inglaterra (VICENTE; 2011).

No Brasil, o modelo de saúde tem sofrido frequentes modificações desde sua criação. Tais modificações tiveram sua origem na década de 60, com a unificação dos institutos e das caixas de pensões, assistências e benefícios que atendiam seus associados e dependentes agrupadas de acordo com a categoria profissional a que pertencia o trabalhador. Porém esta unificação não tinha condições de atender o universo populacional a que se destinava. Diante deste fato, o governo passou a comprar serviços na área da saúde, sendo este o grande passo para o desenvolvimento da auditoria no Brasil. O setor dos serviços de saúde passou a ser terceirizado motivando o Governo a adotar medidas de controladoria para evitar desperdícios, cobranças indevidas e manter a qualidade dos serviços prestados. Para garantir que as medidas de controladoria fossem respeitadas foi criado o corpo funcional de auditores da previdência social (PAES e MAIA; 2005).

A auditoria consiste em uma atividade de levantamento de dados e posteriormente avaliação dos mesmos. Essa atividade geralmente está ligada a um determinado conjunto de normas pré-estabelecidas (PINTO e MELO; 2010). Para MOTTA (2010) a auditoria é avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente "in loco" e através da verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens cobrados na conta hospitalar. É através da conta hospitalar que são cobrados todos os itens referentes a assistência prestada ao cliente, e no processo de auditoria são identificados os itens em concordância ou não, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança

adequada. Esse processo vem tomando novas dimensões ao longo dos anos mostrando a importância de se avaliar as ações desenvolvidas no âmbito da saúde.

O ambiente de saúde atual exige uma demanda de sistemas eficientes de registros para o uso simultâneo da equipe de saúde (MASSAD E, MARIN H. F, AZEVEDO N.R.S; 2003). O prontuário do cliente é todo acervo documental referente ao registro de cuidados prestados, tornando-se um documento de valor legal; portanto deve ser preenchido com muita cautela e deve ser o mais autêntico possível. A organização dos registros ou anotações no prontuário tem por objetivo: garantir a continuidade da assistência; assegurar ao cliente uma assistência livre de riscos; segurança dos profissionais; atender as legislações vigentes; auditoria; ensino e pesquisa (COREN-SP; 2009).

As anotações de enfermagem que são feitas pelo auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro tem como objetivo principal fornecer informações sobre a assistência prestada ao paciente durante todo o período que o mesmo esteve aos cuidados da equipe de saúde (COREN-SP; 2009).

A elevação dos custos em saúde está diretamente relacionada ao emprego de novas tecnologias; ao aumento da expectativa de vida da população; ao crescimento da demanda; a escassez de mão de obra qualificada; má gestão das organizações, desperdícios de produtos, dentre outros fatores. (FRANCISCO e CASTILHO; 2002). Os custos crescentes e recursos escassos têm afetado os prestadores de serviço de saúde, fazendo com que as organizações limitem seus custos, sem prejudicar a eficiência dos serviços (MARQUIS e HUSTON; 2010).

Nos últimos anos a demanda por serviços de saúde de qualidade, tem mobilizado instituições e profissionais monitorizarem sistematicamente sua assistência para tentar promover o máximo de satisfação de seus usuários. Arelado a essa situação uso de novas tecnologias de alto custo na área de saúde, tem exigido tanto dos profissionais quanto das instituições um rigoroso controle de materiais, evitando prejuízos. A ausência de registro de enfermagem pode ocasionar recusa total ou parcial do pagamento de um determinado produto por parte do plano de saúde (FERREIRA et al; 2009).

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este estudo visa contribuir diretamente para estudos e mudanças de estratégias tanto para os profissionais quanto para as instituições de saúde, no sentido de melhoria da gestão na saúde. As glosas hospitalares têm causado grande impacto econômico no orçamento das instituições, portanto é necessário conhecer o tema abordado para identificar os problemas e criar métodos eficazes para a melhoria dos mesmos.

### 3 OBJETIVO

Estudar a repercussão das anotações de enfermagem no processo de auditoria de contas hospitalares, considerando a literatura especializada.

### 4 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

#### 4.1 Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da pergunta:** o que a literatura descreve sobre a repercussão das anotações de enfermagem no processo de auditoria hospitalar?
- **Localização e seleção dos estudos:** serão considerados o estudo de publicações nacionais, em periódicos virtuais, livros, artigos e monografias, sendo pesquisados ainda em base de dados eletrônicas tais como Scielo, Biblioteca virtual do Ministério da Saúde e Google Acadêmico.
- **Período:** 2000 a 2013.
- **Coleta de dados:** serão coletados dados referentes as anotações de enfermagem e de como elas influenciam no processo de auditoria hospitalar. Palavras – chave: anotação de enfermagem; auditoria hospitalar.
- **Análise e apresentação dos dados:** disposto em capítulos:  
Anotação de enfermagem  
Prontuário do cliente  
Comissão de revisão de prontuário  
Auditoria hospitalar  
Glosas hospitalares

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Essencialmente a enfermagem é uma profissão comprometida em cuidar do paciente, promovendo o bem estar do individuo. A equipe de enfermagem trata-se do maior grupo inserido na equipe de saúde, por esta razão sua atuação influencia direta e indiretamente na qualidade e nos resultados da maioria dos serviços prestados. Sua atuação engloba desde o cuidado clinico individual do cliente até questões mais burocráticas de gerenciamento. O acesso a uma informação precisa e fidedigna se faz necessária para um bom desenvolvimento da assistência (MASSAD, MARIN e NETO; 2003).

A percussora da Enfermagem Florence Nightingale já tinha o costume de relatar as informações relativas ao paciente e sempre destacava o quão importante era que as anotações fossem feitas para garantir a continuidade da assistência. Portanto o prontuário deve ser bem conservado e guardado com todo o cuidado. Os métodos para arquivamento devem ser seguidos à risca, pois, caso contrário, informações podem ser perdidas (CANAVEZI; 2013).

As intervenções feitas pelos enfermeiros dependem de uma informação correta. O avanço tecnológico e as demandas ético-legais têm exigido do profissional maior competência técnica científica, controle de qualidade e outros fatores que aumentam sistematicamente a quantidade de impressos ou documentações que respaldem todo processo do cuidar. Sendo assim temos como ferramentas do processo do cuidar: sistematização da assistência de enfermagem, evoluções diárias, prescrições médicas, rotinas admissionais, dentre outras burocracias. Todo registro feito nesses impressos requer exatidão, tempo e recurso (MASSAD, MARIN, NETO; 2003). É de extrema importância que todos os profissionais da equipe de saúde, sejam eles de nível técnico ou superior, registrem suas observações e procedimentos realizados no cliente. É indispensável o relato de queixas do cliente, sinais vitais, procedimentos realizados, alterações do estado clínico, intercorrências, alimentação e eliminações no prontuário (CRM; 2006).

As anotações de enfermagem que também podem ser denominadas de registros de enfermagem são um meio de comunicação escrita sobre informações relacionadas ao cliente e assistência prestada ao mesmo (MATSUDA et al; 2006). Os registros feitos pela equipe de enfermagem visam garantir a comunicação escrita entre os membros da equipe de saúde nas 24 horas, informando sobre o estado clínico do cliente (COREN-SP; 2009). As anotações são imprescindíveis no processo do cuidado visto que, tudo que é escrito a respeito do cliente deve ser verdadeiro, configurando assim a retratação fiel da realidade documentada (MATSUDA et al; 2006). Portanto, é necessário planejar um tempo para anotação no prontuário do cliente (SENES et al; 2004).

As anotações feitas de forma bem detalhada pode afastar alegações de imperícia, imprudência ou negligência por parte do profissional. Imperícia configura agir com inaptidão, é a falta de conhecimento técnico que o profissional deveria ter ao realizar uma ação privativa ao mesmo. Negligência consiste na não execução de uma ação que deveria ser executada. Imprudência é agir sem cautela, tomar decisões precipitadas, sem pensar nas consequências. É necessário que a equipe de enfermagem reflita na dimensão da responsabilidade do trabalho que executa. A responsabilidade implica em responder pelos seus próprios atos e pelos atos de outras pessoas envolvidas em determinada situação. Então se um enfermeiro delega uma atividade ao técnico de enfermagem, e essa atividade não é de competência legal do técnico de enfermagem, ambos serão responsabilizados pelo ato. A penalidade será admitida em menor ou maior grau dependendo da participação do indivíduo (OGUISSO e ZABOLI; 2006). Apesar disso, é necessário que os profissionais tomem consciência de que a anotação é a prova mais concreta e permanente da sua atuação profissional, por isso, ela deve ser uma das prioridades do dia a dia dos profissionais de saúde (MATSUDA, CARVALHO, ÉVORA; 2007).

Com o avanço da tecnologia, as anotações de enfermagem tem se tornada informatizada, porém ainda existem registros manuais que deixam a desejar, sejam pela caligrafia ilegível, rasuras ou outros problemas. Informatizadas ou manuais as anotações devem refletir a assistência prestada (CARRIJO e OGUISSO; 2006). Segundo Matsuda, Carvalho e

Évora (2007), alguns fatores podem influenciar a qualidade das anotações, tais como: baixo nível socioeducacional, quantitativo reduzido de trabalhadores na equipe, alta demanda por serviços, pouca valorização profissional e pouco investimento em educação continuada. Apesar disso, é necessário que os profissionais tomem consciência de que a anotação é a prova mais concreta e permanente da sua atuação profissional, por isso, ela deve ser uma das prioridades do dia a dia dos profissionais de saúde.

Todos os registros feitos no prontuário do cliente tornam - se um documento legal, portanto é preciso que os mesmo sejam feitos com responsabilidade e com autenticidade (COREN-SP; 2009).

Em um estudo feito por Carrijo e Oguisso (2006), mostrou que do ano de 1957 até o ano de 2005 foram feitos 51 artigos a respeito de anotação de enfermagem, onde 31 artigos tinha relevância aos aspectos éticos e legais, mas somente 4 artigos discorriam detalhadamente sobre o tema. Esses resultados refletem a despreocupação por parte dos profissionais sobre o assunto. Se há pouco interesse em se estudar sobre o assunto, isso pode estar refletindo a prática diária dos profissionais.

## 5.2 PRONTUÁRIO DO CLIENTE

O nome prontuário vem do latim *promptuarium*, que se refere a um lugar em que se guardam coisas que devem estar à mão (HOUAISS; 2001). É um documento de caráter legal, sigiloso e científico que reúne todas as informações a cerca de um determinado cliente. Possui ampla aceitação na área da saúde, sendo utilizado como meio de comunicação da equipe multiprofissional. As irregularidades em seu preenchimento podem ter efeitos danosos para o cliente e para a equipe de saúde. Falta de organização de papéis, anotações incompletas e até mesmo omissões prejudicam o controle e as avaliações da assistência prestada. Estando completo o prontuário possibilita avaliação do desempenho da instituição responsável, além da qualidade e quantidade de serviços prestados, tudo baseado nas informações incluídas no prontuário. (CRM - DF; 2006).

Existem dois tipos de prontuário: eletrônico e o manual. O PEP (prontuário eletrônico do paciente) é disposto em meios eletrônicos e permitem agregar todas as informações pertinentes ao paciente de forma prática. A integração dos dados torna possível a redução de transcrições manuais que muitas vezes apresentam erros significativos (PIRES, 2003). O PEP proporciona benefícios como: acesso rápido as informações do paciente, acesso as intervenções realizadas, acesso ao conhecimento científico, melhoria da efetividade do cuidado etc. O prontuário impresso não é mais suficiente para atender as demandas constantes de informações, considerando principalmente a falta de praticidade e o volume total de papéis. Dentre as desvantagens do prontuário impresso podemos citar: só pode estar em um lugar ao mesmo tempo, conteúdo livre, muitas vezes sem uma ordem definida, anotações ilegíveis e incompletas, para servir como conteúdo científico, as informações precisaram ser transcritas, ocasionado possíveis erros (MASSAD et al, 2003).

Os primeiros sistemas de informação hospitalar surgiram na década de 60, visando uma comunicação interna entre os setores do hospital. Posteriormente esses sistemas passaram a armazenar alguns dados do prontuário e, em 1972, iniciaram-se as discussões para definir os pré requisitos essenciais (CANAVEZI; 2013).

O prontuário engloba diversos registros como: questões administrativas, resultados de exames, histórico da doença, prescrições, evoluções e etc. Com o passar dos anos, o prontuário se torna um documento histórico que muitas vezes é utilizado em pesquisas. Infelizmente não tem se dado valor ao prontuário como fonte de pesquisa, fato observado em um hospital em São Paulo que possui dez décadas de existência, mas um acervo de prontuário de apenas das últimas três décadas (CARRIJO e OGUISSO; 2006).

Segundo o CREMESP (2004), os documentos padronizados que devem fazer parte do prontuário são: fichas de atendimento ambulatorial e de urgência, evolução médica, de enfermagem e outros profissionais, partograma(em obstetrícia), prescrição médica e de enfermagem, exames complementares, relatório cirúrgico, resumo de alta etc. e os itens que não podem faltar: identificação da paciente, anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, diagnóstico(s) definitivo(s) e tratamento(s) efetuado(s). No prontuário não poderá conter anotações em lápis, utilização de corretivos, rasuras, espaço ou linhas em branco entre uma e outra anotação, e ainda anotações que não se referem ao paciente.

O prontuário impresso deve ser guardado até dez anos, a contar da data do último registro de atendimento ao paciente. Após esse período poderá se utilizar métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas, como a digitalização, desde que reproduza todas as informações dos documentos originais. Os prontuários que não foram arquivados eletronicamente terão o prazo mínimo de vinte anos a contar da data do último registro (CFM; 2007- RESOLUÇÃO).

Por ser um acervo documental padronizado, tem como objetivo atender as legislações vigentes, garantir a continuidade da assistência, garantir a segurança de pacientes e profissionais, auditoria, ensino e pesquisa (COREN-SP; 2009). As irregularidades encontradas no preenchimento do prontuário podem ter efeitos danosos tanto para o cliente como para a equipe de saúde. A falta de conhecimento das normas que regem o prontuário e suas implicações ético profissionais podem refletir a má prática e outras infrações (CRM-DF; 2006).

É de competência da instituição de saúde guardar o prontuário, e facilitar a disponibilidade do mesmo nos serviços ambulatoriais, unidades de internação e serviços de emergência para garantir a continuidade da assistência.

A desvalorização do prontuário, qualquer seja sua causa, configura inobservância ao princípio bioético de beneficência (CRM – DF; 2006). O princípio da beneficência exige que o profissional contribua para o bem estar do cliente, promovendo ações para prevenir e remover o mal, que neste caso seria a doença; e fazer o bem, promovendo o equilíbrio entre a saúde física, mental e emocional (LOCH; 2002). O desconhecimento das normas do prontuário e de suas implicações ético - profissionais reflete a má prática por parte dos profissionais (CRM – DF; 2006).

A desvalorização do prontuário, qualquer seja sua causa, configura inobservância ao princípio bioético de beneficência (CRM – DF; 2006). O princípio da beneficência exige que o profissional contribua para o bem estar do cliente, promovendo ações para prevenir e remover o mal, que neste caso seria a doença; e fazer o bem, promovendo o equilíbrio entre a saúde física, mental e emocional (LOCH, 2002). O desconhecimento das normas do prontuário e de suas implicações ético - profissionais reflete a má prática por parte dos profissionais (CRM – DF; 2006).

Os prontuários devem ser supervisionados pela instituição para que seja mantida a qualidade e a preservação das informações documentadas (CRM; 2002-RESOLUÇÃO).

### 5.3 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A resolução nº1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários, no intuito de fiscalizar itens indispensáveis no prontuário.

A existência de uma comissão ativa na instituição é fator de grande relevância, pois possibilita a fiscalização e orientação das equipes de saúde no sentido de estimular o uso correto do prontuário. A elaboração detalhada das normas fica a critério de cada instituição, porém alguns itens são indispensáveis e estão detalhados na resolução (CRM-DF, 2006).

Os participantes da comissão são escolhidos a critério da instituição, devendo ser coordenado por um médico.

**Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:**

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário

confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

**a.** Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

**b.** Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus

respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

**c.** Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos

profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

**d.** Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a

assinatura e o respectivo número do CRM;

**e.** Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

**f.** Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

A análise dos prontuários geralmente é feita por amostragem, incluindo todos setores do hospital. É feita a coleta de dados para estatística, levando em consideração as informações do paciente e das doenças. É

realizado revisões qualitativas e quantitativas visando garantir a transparência do atendimento prestado (CRM-DF; 2006).

A comissão de revisão de prontuários atua de forma consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, ações voltadas para melhorar o preenchimento do prontuário (SANTOS e FREIXO; 2011).

## 5.4 AUDITORIA DE CONTAS HOSPITALARES

A auditoria hospitalar é um tema de grande importância às instituições de saúde, porque é através dela que as instituições podem manter-se financeiramente e ainda promover uma assistência de qualidade (PAES e MAIA; 2005). Para que as instituições possam se manter no mercado competitivo, elas têm que associar baixos custos com uma boa qualidade da assistência ao cliente e isto constitui um grande desafio. Conseqüentemente, as instituições de saúde começaram a adotar uma visão empresarial, para que possam sobreviver as mudanças do mercado, exigindo dos profissionais envolvidos refletirem sobre os custos envolvidos na assistência do paciente. A auditoria tem sido uma importante ferramenta para mensuração da qualidade e dos custos da instituição (BICHANGA e BUD; 2000).

Entende-se por auditoria em um sentido mais amplo como uma atividade profissional que analisa, controla e autoriza (PAES e MAIA; 2005). É a avaliação sistematizada da qualidade da assistência, verificada através dos registros feitos nos prontuários ou através das condições de dos próprios pacientes. A prática de auditoria pode seguir várias vertentes, existindo assim a auditoria de cuidados que avalia a qualidade da assistência prestada ao paciente e auditoria de custos que faz o controle de gastos e do faturamento da instituição (FERREIRA e BRAGA; 2009). As modalidades da auditoria são: pré-auditoria (realização da avaliação de procedimentos médicos antes mesmo de se concretizar); auditoria concorrente (acompanha todo processo de atendimento ao cliente durante a sua internação) e auditoria de contas (momento em que é feita a análise dos gastos com o paciente). Todas essas fases são necessárias para o desenvolvimento do processo de auditoria (MOTTA; 2010).

Algumas condutas são necessárias na prática da auditoria pelos profissionais, tais como: conhecer o ambiente a qual está inserido, conhecer os aspectos técnicos – científicos da área auditada, conhecer os acordos entre as instituições, trabalhar com honestidade e bom senso, manter o sigilo e agir dentro dos preceitos éticos e legais de sua profissão (MOTTA; 2010).

No cenário atual a auditoria é uma ferramenta muito importante de controle e regulação dos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito a parte financeira de todo processo (PINTO e MELO; 2010).

Dentre os instrumentos de trabalho mais utilizados na auditoria podemos citar: prontuário, conta hospitalar, tabelas de honorários médicos (AMB, CBHPM, etc), tabela de negociação adotada (Taxas e Diárias), tabela de órteses e próteses, tabelas de valores BRASÍNDICE, código internacional de doenças, dicionários de especialidades farmacêuticas e de genéricos, fichas de atendimentos médicos, laudos médicos etc. É importante também que os auditores conheçam detalhes do contrato firmado entre as partes envolvidas (PAES e MAIA; 2005).

É necessário que as instituições estabeleçam protocolos referentes a assistência, para servir como referência no momento da auditoria. Podemos citar: utilização de cateteres e sondas, tratamento de feridas, fracionamento de medicações etc (PAES e MAIA; 2005).

A conta hospitalar do paciente refere se as despesas envolvidas na assistência durante o período de uso do serviço de saúde. Ela é a descrição de todos procedimentos médicos e não médicos realizado ao paciente durante o período de internação hospitalar. Geralmente ela é composta por cabeçalho (identificação da instituição, identificação do cliente, identificação do médico assistente, identificação do procedimento realizado), diárias, taxas, descrição de materiais e medicamentos utilizados, honorários médicos, SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) (MOTTA; 2010). É importante ressaltar que a cobrança dos gastos com o paciente depende de vários itens descritos corretamente no prontuário. São aceitos cobranças de procedimentos realizados por médicos e de outros profissionais da saúde. A falta de registros no prontuário, solicitações impressas e evolução dos profissionais poderão ocasionar despesas não cobradas. Prestar assistência a um paciente sem anotar no prontuário pode significar perda de recursos financeiros (CRM-DF; 2006).

## 5.5 GLOSAS HOSPITALARES

A elevação dos custos na área da saúde tem exigido dos profissionais a aquisição de conhecimento sobre custos, bem como a racionalização dos mesmos no processo de manutenção do equilíbrio entre custos financeiros e resultados satisfatórios. É importante que as instituições tanto públicas como privadas adotem sistemas de gerenciamento de custos para que os serviços de saúde possam controlar os gastos, mas mantendo, ao mesmo tempo, uma atenção de qualidade. Para isso, é necessário o envolvimento dos profissionais de saúde na formulação e desenvolvimento desses sistemas. A equipe de enfermagem tem sido o grupo com o maior potencial para assegurar uma assistência rentável, pois estão próximos ao paciente 24 horas e executam a maior parte dos procedimentos. Diante disso, pode-se afirmar que, quando se determina o custo de um determinado procedimento ou serviço prestado ao cliente, é possível garantir um preço mais justo e mais competitivo para a instituição (FRANCISCO e CASTILHO; 2002).

Entende-se por glosa a recusa parcial ou total do pagamento de um determinado valor (DENASUS; 2005). Os registros feitos pela equipe de enfermagem são fonte de informações muito importantes para a cobrança de produtos e procedimentos referentes ao paciente. No entanto muitas das vezes as anotações são inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, causando grande impacto no orçamento das instituições (FERREIRA e BRAGA; 2009).

As glosas são aplicadas quando uma determinada situação ou cobrança gera dúvidas em relação ao que é praticado rotineiramente pela instituição. Elas podem ser administrativas quando ocorrem falhas operacionais no momento da cobrança e técnicas que são decorrentes da equipe de saúde, por não anotarem ou justificarem determinados procedimentos realizados ou materiais solicitados (FRANCISCO M.T.R, 1993). Outros motivos que podemos citar são: dados cadastrais inconsistentes, cobranças indevidas em decorrência de falhas do sistema informatizado, ausência de autorizações prévias para determinados procedimentos, anotações incompletas, ilegíveis ou sem identificação dos profissionais, anotação de utilização de produtos não prescritos, cobrança de

sessões de outros profissionais sem que os mesmos façam anotação referente ao serviço que foi prestado (MOTTA; 2010).

O procedimento de glosa ocorre com frequência, principalmente no início da implantação do serviço de auditoria nas instituições, por isso é importante que se estabeleça esquema de ações com regras claras. O prestador de serviços médicos recebe a lista dos itens glosados que poderá ser anexado à conta hospitalar. É importante que a lista esteja com a data da análise. O prestador de serviço, por exemplo, o hospital deve cumprir o prazo acordado entre as partes e elaborar o recurso de glosa, que é a justificativa ou esclarecimento da cobrança dos itens que foram glosados. A operadora recebe os recursos, analisa e envia uma resposta ao recurso (MOTTA; 2010).

O registro de enfermagem é de suma importância para evitar glosa hospitalar, levando em consideração que a equipe de enfermagem está junto ao paciente nas 24 horas, as anotações de medicações, procedimentos, sinais vitais e tudo que diz respeito ao paciente devem ser relatados. Em um estudo feito por Ferreira e Braga (2009) que tinha como objetivo identificar o impacto que as anotações de enfermagem tinham no contexto das glosas hospitalares, foi observado que medicações não registradas como feitas nas anotações de enfermagem, ou não checadas nas prescrições medicas provocam um grande impacto financeiro. Por exemplo: foram glosados 21 itens da medicação Maxcef 2g, por não existir o registro ou a não checagem da medicação, causando um débito de 2.505,00 reais para a instituição.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Um registro de enfermagem bem feito garante a qualidade do cuidado ao paciente e o respaldo ético legal tanto para o profissional de saúde quanto para a instituição. Além de garantir a continuidade da assistência ao paciente, os registros garantem uma cobrança adequada dos procedimentos realizados no paciente. Ausência de registros pode causar grande impacto econômico no faturamento da instituição, por isso tem se exigido a cada dia que o profissional se responsabilize em registrar dados pertinentes a assistência prestada.

## REFERÊNCIAS

ALMADA E. **Parceria da Microsoft implementa sistemas pela qualidade no atendimento à saúde**. Disponível em:

<[http://www.microsoft.com/brasil/setorpublico/temas/atd\\_saude.msp](http://www.microsoft.com/brasil/setorpublico/temas/atd_saude.msp)>. Acesso em 14 de mai de 2012.

Bichanga CA, Bud MH. Gerenciamento de custos através de avaliações de cobranças e sua efetividade. In: 7º ENFTEC; 2000; São Paulo. **Anais eletrônicos**. São Paulo; 2000.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.821 de 11 de julho de 2007. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821\\_2007.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm)>.

Acesso em 01 de mai de 2013.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo . **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 3. ed. São Paulo : 2004. 141p. Disponível em:

<[http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod\\_publicacao=6](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=6)>. Acesso em 25 mai 2013.

BRASÍLIA. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**. Brasília, DF: 2006. Disponível em:

<<http://www.crmdf.org.br/sistemas/biblioteca/files/7.pdf>>. Acesso em 25 de fev 2013.

**CANAVEZI, Cleide Mazuela. Registros de Enfermagem: Implicações para a prática profissional. Programa de aprimoramento profissional do COFEN. Brasília, 2013.**

CARRIJO, Alessandra Rosa; OGUISSO, Taka. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. spe, 2006 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000700012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700012&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 20 fev 2013.

CASTRO, AA, Clark OAC. **Planejamento da pesquisa**. São Paulo: 2001.

Disponível em: <

[http://www.decisaoclinica.com/planejamento/pdf/lv4\\_01\\_planeja.pdf](http://www.decisaoclinica.com/planejamento/pdf/lv4_01_planeja.pdf)>. Acesso

em 25 mai 2013.

Eduardo Massad, Heimar de Fátima Marin, Raymundo Soares de Azevedo neto ; colaboradores Antonio Carlos Onofre Lira. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo : 2003. Disponível em: <

<http://www.sbis.org.br/site/arquivos/prontuario.pdf>>.

Acesso em 19 de mai de 2013.

FERREIRA, T S; BRAGA, A L S. **Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares**.

Aquichán, Bogotá, v. 9, n. 1, Jan. 2009 . Disponível em:

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 fev de 2013.

FRANCISCO, Ivone Maria Fonseca; CASTILHO, Valéria. A enfermagem e o gerenciamento de custos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, set. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342002000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000300005&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 29 abr. 2013.

GURGEL Junior, GARIBALDI Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 mai 2012.

Houaiss A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**, 1.<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro: 2009.

LOCH, Jussara de Azambuja. Princípios da bioética. In: KIPPER, D.J. (Ed.). **Uma introdução a bioética**. Publicação Nestlé. Nutrição infantil, 2002. (Temas pediatria, 73). Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>>. acesso em 01 mai de 2013.

MARQUIS B.L., HUSTON C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 6 ed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 2010.

MASSAD E.; MARIN, H. F.; NETO R. S. A.; **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/site/arquivos/prontuario.pdf>>. Acesso em 09 de abr de 2013.

Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006;8(3):415-21. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a12.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm). Acesso em 23 de fev 2013

MATSUDA, L; CARVALHO, A; ÉVORA, Y. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Brasil, 6 out. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5307/3380>>.

OGUISSO, Taka (org.); ZABOLI, Elma (org.). **Ética e bioética: desafios para enfermagem e a saúde**. Editora Manole, Barueri – SP, 2006. Série enfermagem. Tamara Cianciarullo – coordenadora da série.

PAES, Pedro Paulo Lima; MAIA, Juliana Ribeiro. **Manual de Auditoria de Contas Médicas**. Ministério da Defesa, Exército Brasileiro, 4<sup>a</sup> região militar/4<sup>a</sup>

divisão de exército. Juiz de Fora – MG, 2005. Disponível em: <[http://dsau.dgp.eb.mil.br/arquivos/PDF/qualidade\\_gestao/manual\\_Auditoria.pdf](http://dsau.dgp.eb.mil.br/arquivos/PDF/qualidade_gestao/manual_Auditoria.pdf)>. Acesso em 15 de fev de 2013.

PINTO, Karina Araújo; MELO, Cristina Maria Meira de. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Set. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 fev de 2013.

PIRES, F.A. et al Prontuário Eletrônico: Aspectos Legais e Situação Atual. **Revista da Sociedade de Cardiologia Estado de São Paulo** – vol 13 – no 6 novembro/dezembro de 2003. Disponível em: <<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/476.pdf> >. Acesso em 20 mai de 2013.

SANTOS, Nanci Moreira; FREIXO, Aurora Leonor. **A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da Comissão de Revisão de Prontuários**. III Simpósio Baiano de Arquivologia. Salvador – Bahia 2011. Disponível em: <http://www.arquivistasbahia.org/3sba/wp-content/uploads/2011/09/Santos-Freixo.pdf>. Acesso em 04 de mar de 2013.

SÃO PAULO. Conselho regional de enfermagem. **Anotações de enfermagem**. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://novo.sobecc.org.br/programacao/coren/anotacoes\\_enfermagem.pdf](http://novo.sobecc.org.br/programacao/coren/anotacoes_enfermagem.pdf)>. Acesso em 19 de fev de 2013.

SENES et al. **Manual de anotação de Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004.

VICENTE, Ernesto Fernando Rodrigues. **Auditoria Contábil**. UFSC /CSE / Departamento de Ciências Contábeis, Florianópolis, 2011. Disponível em: <[http://www.e.fernando.cse.prof.ufsc.br/Auditoria\\_Contabil\\_Miolo\\_14\\_01\\_11.pdf](http://www.e.fernando.cse.prof.ufsc.br/Auditoria_Contabil_Miolo_14_01_11.pdf)>. Acesso em 15 de fev de 2013.