

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

EMERSON PINHEIRO BATISTA

**AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA
ASSISTENCIA A SAÚDE**

SÃO LUÍS
2018

EMERSON PINHEIRO BATISTA

**AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA
ASSISTENCIA A SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em auditoria gestão e
planeamento em saúde, da Faculdade Laboro, para
obtenção do título de Especialista.

Orientador(a): Prof.(a). Mestre Luciana Cruz
Rodrigues Vieira

SÃO LUIS
2018

Batista, Emerson Pinheiro

Auditoria como ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência a saúde / Emerson Pinheiro Batista -. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

25 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) Faculdade LABORO. -. 2017.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Auditoria. 2. Qualidade. 3. Gestão. 4. Planejamento. I. Título.

CDU: 657

EMERSON PINHEIRO BATISTA

**AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA
ASSISTENCIA A SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em auditoria gestão e
planeamento em saúde, da Faculdade Laboro, para
obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)

Graduada em Farmácia
Especialista em residência Multiprofissional em Saúde
Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Examinador 1

Examinador 2

AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTENCIA A SAÚDE

EMERSON PINHEIRO BATISTA¹

RESUMO

A Auditoria na área da Saúde é uma importante recurso na orientação de uma gestão mais eficaz e comprometida a melhorar a assistência e o atendimento ao usuário. A, verificação das condições dos serviços de saúde, públicos e privados, a avaliação dos padrões técnico, administrativo e ético dos profissionais envolvidos são competências de uma auditoria coesiva. O presente artigo tem como objetivo evidenciar a auditoria como ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência em saúde. Este estudo, através de uma revisão de literatura, buscou artigos completos na base de dados do Google acadêmico, Scielo, Bireme, Banco de teses da USP, publicados entre os anos de 2002 a 2016, em português que tratassem da importância da auditoria para melhor qualidade de gestão e assistência em saúde.

Palavras-chave: Auditoria; Qualidade; Gestão; Planejamento.

¹ Especialização em Auditoria gestão e planejamento em saúde pela Faculdade Laboro, 2018.

AUDIT AS A TOOL FOR IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH CARE ASSISTANCE

ABSTRACT

The Health Audit is an important resource in guiding a more effective and committed management to improve care and service to the user. A, verification of the conditions of the public and private health services, the evaluation of the technical, administrative and ethical standards of the professionals involved are competences of a cohesive audit. The present article aims to evidence audit as a tool to improve the quality of health care. This study, through a literature review, looked for complete articles in the Google academic database, Scielo, Bireme, USP Thesis Bank, published between the years of 2002 and 2016, in Portuguese that dealt with the importance of auditing for better quality of management and health care.

Keywords:. Audit; Quality; management; Planning.

1 INTRODUÇÃO

A auditoria tem a sua utilização em vários momentos ao longo da história. Porém, foi no contexto da revolução industrial que a mesma passa a ter caráter científico, como também ganha o status de profissão, inicialmente através da contabilidade, com o objetivo de avaliar as indústrias que surgiam na época (SHAAB E BELÉM, 2008; DUARTE 2010).

Já a ideia de auditoria e controle, no contexto do sistema de saúde, teve início nas instituições privadas através, primeiramente, da análise dos planos de saúde, pautados principalmente na observação e estudo dos prontuários dos pacientes funcionando como uma ferramenta de melhoria da qualidade da assistência e principalmente no controle de gastos hospitalares (PINTO E MELO 2010).

Na saúde pública do Brasil, a auditoria surge inicialmente com a Lei Alípio Correia Neto, em 1952, e exigia dos hospitais filantrópicos o arquivamento de documentos que relatavam os históricos clínicos completos de todos os pacientes. A mesma se expande com a criação do o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, este, composto de um arcabouço amplo e complexo de princípios e diretrizes (ROSA, 2012).

Dessa forma, o SUS, ao longo dos anos, constitui uma grande política de saúde universal e igualitária. No entanto, apresenta inúmeras dificuldades, como: carência de recursos financeiros, crescentes custos do processo de atenção, corporativismo dos profissionais da saúde e deficiência na gestão.

Pensando nisso, surge paralelamente ao SUS, o Sistema Nacional de Auditoria uma ferramenta de qualidade de gestão que, se bem aplicada por profissionais capacitados, diagnostica não conformidades que embasam ações para melhorias serviço (AYACH, 2013; SANTOS; BARCELLOS, 2009; SANT'ANNA; 2002).

Segundo BRASIL (2011), a auditoria apresenta suas diretrizes baseadas em capilaridade, descentralização e a integração vertical, Integração horizontal com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS e foco na qualidade das ações. Estimando sempre um melhor impacto na saúde da população, esta ferramenta é considerada, em sua versão mais atual, como um poderoso instrumento gerencial, que permite o conhecimento, a validação, a interpretação, a análise e a otimização da informação. Com o aperfeiçoamento do conceito, segundo Pinto e Melo (2010) observa-se que a

auditoria se fundamentou como uma maneira de permitir o controle e a regulação da utilização de serviços de saúde.

Assim, um dos principais elementos de estudo dentro da auditoria na saúde são os sistemas de informação disponíveis pelo próprio Ministério da Saúde. Estes fornecem dados sobre o perfil de morbimortalidade da população, embasando as ações dos gestores em todas as esferas de governo (OPAS, 2007). Destaca-se nesse contexto, a atenção primária, pois, segundo a própria Organização Pan-americana de saúde (2007), ela estando bem estruturada e em conjunto com as outras esferas pode ser resolutiva em até 85% dos problemas em saúde apresentados pela população.

Em virtude do crescimento dos serviços de auditoria e da atuação do auditor em saúde no mercado de trabalho, faz-se necessário o aprofundamento em pesquisas, visando facilitar a observação a dimensões conceituais de métodos e resultados. Pois, a auditoria intervém hoje de maneira mais corretiva e preventiva para evitar fraudes e ajudar na realização do planejamento, atuando também como instrumento de controle e gestão.

Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo, através de estudo bibliográfico, abordar a auditoria como uma ferramenta de gestão para subsídios de planejamento em saúde.

Este estudo, através de uma revisão de literatura, buscou artigos completos na base de dados do Google acadêmico, Scielo, Bireme, Banco de teses da USP, publicados entre os anos de 2002 a 2016, em português. Os dados serão organizados em capítulos conforme afinidade dos temas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A EVOLUÇÃO DA AUDITORIA NO BRASIL

A importância da auditoria pode ser vista ao longo do tempo nos mais diversos cenários da história. Desde a república romana as contas governamentais já tinham bastante importância e tanto elas quanto as contas das outras províncias já eram fiscalizadas pelos encarregados das finanças a mando dos imperadores. (DUARTE, 2010)

De acordo com Shaab e Belém (2008) acredita-se que o termo auditor tenha aparecido nos fins do Século XIII, na Inglaterra, durante o reinado de Eduardo I. A primeira realização de uma auditoria foi registrada em 1314, a pedido da Rainha Elizabeth que designou o “Auditor do Tesouro” com intuito de controlar os gastos do governo.

Porém, foi na Inglaterra a partir da Revolução Industrial e expansão do capitalismo que surgiu a necessidade de utilização das atividades de auditoria, nesse contexto, a auditoria como profissão tem como objetivo, entre outros, ser uma ferramenta de análise e avaliação para atender às grandes empresas que surgiram naquela época, tendo caráter apenas de contabilidade (SOUSA; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2010; BANZANELLA; SLOB, 2013).

Para Schaab (2008), a auditoria no setor saúde iniciou quando mudou o enfoque que antes era apenas a área contábil, para a análise de registros com o objetivo mais administrativo de avaliar a eficácia e a efetividade da aplicação dos controles internos.

Pinto e Melo (2010), destacaram ainda que, a auditoria em saúde foi inserida no início do século XX como ferramenta de avaliação da qualidade da assistência, principalmente através da análise de registros em prontuários. Atualmente, a auditoria é usada como ferramenta de controle e regulação da utilização de serviços de saúde e controle de gastos.

Rosa (2012) reforça que os registros iniciais a respeito de auditoria em saúde tiveram origem em 1952, com a institucionalização da Lei Alípio Correia Neto, que

exigia dos hospitais filantrópicos o arquivamento de documentos que relatavam os históricos clínicos completos de todos os pacientes.

Nesse contexto, a mesma autora cita ainda que, no início dos anos de 1970, cria-se um sistema para controlar e avaliar assistência médica, tanto do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), quanto por parte do Sistema Supletivo e com esta criação descobriu-se atos fraudulentos e outras situações de desvios, com a retirada de fundos financeiros, tanto no órgão público quanto no suplementar. Porém, somente em 1983 foi legalizada a função de médico auditor e posteriormente foram surgindo leis que regiam a profissão (ROSA, 2012).

Já Coutinho (2011) aponta que, com a chegada de companhias estrangeiras, e o desenvolvimento das empresas brasileiras e o revigoramento do capitalismo, deu-se a implantação da auditoria no Brasil.

De acordo com Souza *et al.*, (2010) o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através da RS/45, de 12/07/84, foi a primeira normatização de auditoria na área do atendimento à saúde, que a exprime como um conjunto de ações administrativas, técnicas observacionais, que buscam a caracterização definida do desempenho assistencial, efetuado pelos integrantes de todos os níveis de execução, notadamente os referenciados às Unidades médico-assistenciais próprias, contratadas, conveniadas e em regime de cogestão.

Righi *et al.*, (2010) aponta que somente na década de 80 é que o setor da saúde voltou-se para a qualidade de uma forma mais gerencial e ativa. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988, impôs a necessidade dos serviços de auditoria como cita o artigo:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

De acordo com Sant'anna *et al.* (2002), a efetivação do SUS para executar a atividade de descentralização inicia na Lei n.º 9.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as ações e serviços da saúde e conceitua o SUS como a soma de condutas e exercícios de saúde, desenvolvidos por organizações públicas federais,

estaduais e municipais da gestão direta e indireta e das constituições que o poder público mantém.

Com a regulamentação da Lei 8.080, previu a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e com a implementação do SUS em 1988, estabeleceu-se ao setor a função de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde nos três níveis de gestão. (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Santos e Barcellos (2009) relatam que com a criação do SUS, em 1988, trouxe um caráter universal e igualitário às ações e serviços de saúde, visando regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para a atenção primária.

E ainda, os mesmos autores salientam que o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi criado para que se consolidem todas essas ações, mediante todos os fatores contrários, como carência de recursos financeiros, crescentes custos do processo de atenção e corporativismo dos profissionais da saúde, e também visando permitir a tomada de melhores decisões. O SNA foi estabelecido num conjunto particular, individual e com suas diferenças, sendo, portanto um complemento aos sistemas gerenciamento interno e externo.

Já em 1999, a sistematização dos serviços do SNA foi atribuída ao comando da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e a auditoria ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) (MELO; VAITSMAN, 2008). E, no que diz respeito à atuação do DENASUS este desenvolve suas ações na auditoria e fiscalização exclusiva do SUS, conduzindo as atividades propostas e avaliando seu desempenho (SANTOS; BARCELLOS, 2009).

Rosa (2012) cita sobre o decreto de 28 de julho de 2011, Decreto nº 7508/ onde o mesmo estabiliza o SNA. Ele apresenta-se de maneira organizacional sobre o SUS, a elaboração, assistência à saúde e o vínculo dos estados e municípios. Em seus requisitos, o trabalho antecipa convênios entre as federações com o intuito de sistematizar e agregar os serviços de saúde na rede regionalizada, determinando interesses e parâmetros de saúde, entre outros.

Oliveira e Pedroni (2015) afirmam que o SUS é um sistema relativamente novo e possui ainda muitas fragilidades, encontra-se em constante evolução nos seus serviços e necessita de uma excelente atuação para abranger o maior número possível de usuários. Nesse sentido é necessária uma avaliação criteriosa para alcançar os objetivos com maior excelência.

2.2 EVIDENCIAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO PORTA RESOLUTIVA PARA A MAIOR PARTE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

A década de 1990 foi marcada por altos investimentos no desenvolvimento da promoção à saúde e de importantes transformações da política nacional de atenção primária. Tais transformações colaboraram tanto para as modificações no sistema de descentralização, como na relevância assumida pela atenção primária à saúde no registro setorial. Entretanto, o aspecto da atenção primária estabelecida pelo Ministério da Saúde em meados dos anos 1990 foi inserida numa visão de reestruturação do sistema, de modificações do padrão de atenção e, incorporado no projeto discursivo, à procura de estabelecimento dos princípios do SUS de universalidade e integralidade (CASTRO; MACHADO, 2010).

Quando nos referimos ao contato da população aos serviços de saúde, a atenção primária tem sido avaliada como a principal porta de acesso e ponto primário de ligação da população com o sistema, ou seja, é o que se encontra mais próximo às famílias e à sociedade. A consolidação da atenção básica tem sido considerada como plano central para edificação do SUS (CECÍLIO *et al.*, 2012).

De acordo com Mendes (2010), os sistemas de atenção à saúde são resultados sociais que são determinados de acordo com as necessidades de saúde da população. Dessa forma, ao planejar uma proposta organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se iniciar pela observação da deficiência de saúde que se revela na população brasileira, pois esta é vista como fatores demográficos e epidemiológicos.

Os sistemas de saúde fundamentados na atenção primária dispõem de princípios estruturais e funcionais que possibilitam garantia e promoção universal a práticas e serviços como: recursos humanos, financeiros e tecnológicos; organização e

gestão adequada; atenção integral e continuada; desenvolvimento na promoção e prevenção; instrução familiar e comunitária; políticas e programas equitativos; ações intersetoriais (OPAS, 2007).

De acordo com o mesmo autor, as evidências internacionais apontam que os sistemas de saúde que são voltados à atenção primária quando são comparados aqueles que estão estruturados no método da atenção especializada respondem resultados significativos de saúde para a população, mais equidade, acesso mais satisfatório, maior compensação dos indivíduos e custos globais reduzidos.

Os sistemas de atenção à saúde ordenados numa estável diretriz para a atenção primária à saúde costumam ser mais apropriados, pois são constituídos pelas necessidades de saúde da população, ou seja, é a única maneira de desafiar a condição epidemiológica de hegemonia dos problemas de saúde crônicos e sensibilizar de forma significativa os níveis de saúde da população; são eficientes porque apresentam menores custos e reduzem a quantidade de procedimentos mais caros. Além disso, tem a tendência de resolver mais de 85% dos problemas de saúde relacionados à sua população (MENDES, 2010).

Ainda em seus estudos, Mendes (2010) enfatiza que a avaliação do registro de doenças no Brasil, avaliada em épocas distintas ligadas a incapacidade, determina que 14,7% desses registros são ocasionadas por doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição; 10,2%, por situações externas; 8,8%, por circunstâncias de maternidade e 66,3%, por doenças crônicas. Dessa forma, a soma das duas últimas, ambas de natureza crônica, apontam que 75% do volume de doenças na sociedade são indicados por condições crônicas, o que, ainda, elimina a porcentagem de doenças transmissíveis de curso extenso.

A inserção da estratégia de saúde da família foi caracterizada pela incorporação de estratégias flexíveis de ligações de trabalho para a introdução dos profissionais em seus grupos, buscando maneiras alternativas de contratação de recursos humanos fundamentada principalmente pela singularidade trabalhista do agente comunitário de saúde (JÚNIOR; DO NASCIMENTO; COSTA, 2011). A Saúde da Família transformou-se em uma política de Estado e uma das bases de suporte do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Araújo e Rocha (2007) dizem que, o trabalho desenvolvido em equipe tem como objetivo a aquisição de efeitos sobre as diferentes causas do processo saúde-doença. A prática interdisciplinar presume a perspectiva da ação de um profissional se reestruturar na prática do outro, onde estes são modificados para a interferir na veracidade na qual foram introduzidos. Contudo, a abordagem total dos familiares é facilitada pelo aumento de olhares de profissionais diversos que formam as equipes interdisciplinares. Assim, obtém-se um grande impacto sobre as diferentes fontes que intervêm no processo saúde-doença

De acordo com Brasil (2012) são itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal.

2.2.1. Política Nacional de Atenção Básica:

A Política Nacional de Atenção Básica (2010), define como atribuições de todos os profissionais de saúde:

- 1- Ter participação na territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- 2- Atualizar cadastro das famílias levando em consideração os atributos sociais, culturais, econômicos, demográficas e epidemiológicos;
- 3- Desenvolver a atividade de cuidado da saúde da população registrada tanto em unidades básicas quanto a domicílio;
- 4- Desenvolver ações de atenção à saúde de acordo com a necessidade de saúde da região;
- 5- Garantir ações de proteção, promoção, recuperação da saúde levando em consideração o processo de integralidade;

6- Atuar na participação do acolhimento dos indivíduos de acordo com as suas necessidades de saúde;

7- Notificar doenças e agravos;

8- Realizar ações de educação em saúde, entre outros.

No intuito firmar a inclusão da Estratégia de Saúde da Família no sistema de serviços e aumentar a dimensão, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como o aumento das atividades da APS no Brasil, o Ministério da Saúde deu origem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010).

A exposta portaria traz diversos requisitos políticos entre eles: Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2010).

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve: Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2010).

O NASF está ordenado em duas categorias: NASF 1 e NASF 2, onde se diferenciam na quantidade de profissionais de nível superior de diversas áreas de conhecimento, levando em consideração a quantidade de equipes em que estão agregados como mostra o quadro 1:

Quadro 1: Componentes do NASF 1 e 2

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (CONSTITUIÇÃO)	PROFISSIONAIS
NASF 1:	
<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo de 5 profissionais com formação de nível superior; - Deve estar incorporado a, no mínimo de 8 e no máximo de 20 equipes de Saúde da Família, com exceção nos Estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicólogo; - Assistente social; - Farmacêutico; - Fisioterapeuta; - Fonoaudiólogo; - Médico ginecologista; - Profissional da educação física; - Médico homeopata; - Nutricionista; - Médico acupunturista; - Médico pediatra; - Médico psiquiatra; -Terapeuta ocupacional.
NASF 2:	
<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo três profissionais com formação de nível superior; - Estar vinculado a, no mínimo, três equipes de Saúde da Família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicólogo; - Assistente social; - Farmacêutico; - Fisioterapeuta; - Fonoaudiólogo; - Profissional da educação física; -Nutricionista; Terapeuta ocupacional.

Fonte: Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

A organização e desenvolvimento do NASF dependem de algumas ferramentas, como o Apoio Matricial, que é uma ferramenta de tecnologia que visa oferecer assistência e suporte de nível técnico-pedagógico às equipes referenciais e promover a divisão de conhecimentos, para aumentar a resolução dos problemas (CUNHA; CAMPOS, 2011)

A Clínica Ampliada também faz parte dessas ferramentas e é caracterizada como o direcionamento a todos os indivíduos que exercem clínica, isto é, os profissionais de saúde na sua execução de zelo aos cuidados de saúde (BRASIL, 2010).

Como parte também desta ferramenta está o Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território, onde o primeiro é uma ação de multiprofissionalidade prática de saúde e o último configura-se como um incentivo de ações voltadas para a elaboração de saúde e à limitação de instabilidade em uma determinada localidade (SILVA *et al.*, 2013; VERDI *et al.*, 2012).

O atendimento distribuído entre os componentes do NASF e os da ESF deve ser diferenciado, com modificação em conhecimentos, prepara e compromissos mútuos, gerando assistência especializada pelo NASF dando apenas em condições extremamente essenciais, sempre obedecendo as regiões que estiver sob a sua incumbência (BRASIL, 2009).

Para Azevedo (2007) muito tem se estudado a respeito da efetividade da ESF sobre os impactos uteis que são gerados sobre os indicadores de saúde na sociedade e da preservação de equidade em saúde no país, porém há a constatação de que a ESF ainda tem sido construída e precisa de capacidade para fornecer as modificações do modelo de assistência, garantindo assim resultados significativos.

2.3 EVIDENCIAR A AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAUDE

Como observado, desde a década de 40 já era notório uma modificação das despesas o que desfavorecia a saúde pública em relação à assistência médica privada. Durante os anos 60 a divisão da assistência médica e saúde pública fortalecia um método de assistência que validavam intervenções pontuais e desalinhas, onde eram impedidas de lidar com a difícil situação de saúde da população. Esse modelo de assistência médica era garantido por meio da Previdência Social, porém entre os anos de 1975 a 1977 houve a estruturação da base jurídica legal do SUS (DE OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Brasil 2011 dentro da base jurídica do SUS a auditoria tem papel importante e as suas diretrizes baseiam-se em capilaridade, descentralização e a integração vertical que tem por finalidade garantir a atuação em toda a esfera nacional; Integração horizontal com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS, como programação, administração e verificação, sistemática e proteção em saúde; Foco na qualidade das ações e serviços estimando o impacto das atividades de saúde e exclusiva execução dos recursos na qualidade de vida dos usuários.

Para Lima (2013) com o acesso à tecnologia e os cidadãos cada dia mais convictos de seus direitos, as prestadoras de serviços procuram manter a continuidade da qualidade da assistência ofertada aos clientes otimizando dos recursos gastos, capacidade da equipe multiprofissional e satisfação dos pacientes tendo a auditoria como uma ferramenta que viabiliza esse processo.

Ayach *et al.* (2013) afirma a auditoria é uma das ferramentas de qualidade mais eficientes para monitorar um sistema de gestão, pois, quando bem aplicada e por profissionais capacitados, diagnostica não conformidades no serviço avaliado, que apresentam, além do conhecimento técnico-científico, atributos pessoais como imparcialidade, prudência e diplomacia, por meio de pareceres embasados por leis, portarias e resoluções.

Segundo Paim (2007) a qualidade é o cumprimento de requisitos básicos de segurança e processos, garantindo a conformidade do atendimento.

De conceito parecido a American Society for Quality Control (2008) define qualidade como: Uma totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam a satisfação de necessidades declaradas e implícitas.

A auditoria tem por definição como sendo uma atividade formal, executada por pessoa que não tenha responsabilidade direta na execução do serviço em avaliação e serve como subsídio para verificar a qualidade da organização e da assistência prestada (CAMPOS 2012).

De acordo com o Manual de 1998, a auditoria no SUS tem as seguintes finalidades:

- Fazer a avaliação das condições de serviços de saúde oferecidos à comunidade, com o objetivo de assegurar melhorias à assistência à saúde.

- Fiscalizar a permanência das condições estabelecidas que autorize ao SNA analisar a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde;
 - Gerar dados para custear a organização das tarefas que somam para o aprimoramento do SUS.
 - Qualificar membros dos recursos da instituição com o objetivo de melhorar as ferramentas, por meio da identificação de desvios das medidas definidas;
- E tem os seguintes objetivos (BRASIL, 1998; BRASIL, 2011):
- Edificar aportes para analisar a eficácia do sistema e suas metas;
 - Definir aceitação das estruturas de uma atividade, observando a execução das medidas estabelecidas;
 - Observar a qualidade da assistência à saúde que é oferecida e suas consequências, bem como demonstrar ideias para seu fortalecimento;
 - Avaliar a desenvoltura dos exercícios de atenção à saúde, projetos, ações, convênios, tratos, e outras medidas análogas.
 - Analisar de forma adequada, legal, legítima e eficaz a resolução dos serviços de saúde e a prática dos recursos da União que são repassados para Estados, Municípios e Distrito Federal;

Para Brasil (2011) a Auditoria é considerada em sua versão mais atual como um poderoso instrumento gerencial, que permite o conhecimento, a validação, a interpretação, a análise e a otimização da informação. Na auditoria do sistema público de saúde, este conceito é ainda mais fundamental porque existe uma questão ética que permeia a necessidade da destinação correta dos recursos públicos, a definição das prioridades e a garantia do acesso humanizado com qualidade do cidadão aos serviços de saúde.

Ainda de acordo o manual de auditoria do SUS (2011) o processo de trabalho da auditoria deve atuar nas funções de controle, avaliação e regulação além de otimizar as informações através dos sistemas de informações que geram dados para melhoria ao planejamento das atividades em saúde dentro das unidades básicas

Melo e Vaitsman (2008), cita que a avaliação constitui um processo sistemático e objetivo que busca analisar a efetividade ou o impacto de determinada

atividade, a partir de objetivos predeterminados, de maneira a reorientá-la para a conquista de benefícios.

Segundo Meneses (2012) a auditoria na atenção primária surgiu para controlar o próprio sistema público de saúde e com isso regulando os amplos preceitos constitucionais e normativos do SUS, bem como garante a efetividade do controle social, portanto uma ferramenta essencial para mensurar a qualidade da assistência e oferecer subsídios aos profissionais orientarem suas atividades.

Bazzanella (2013) cita que para avaliar a qualidade da assistência à saúde, a auditoria aplica alguns métodos que se diferenciam em tipos de auditoria, como a auditoria retrospectiva que comporta a análise de critérios e dados estabelecidos com base provindos do prontuário do paciente é realizada por meio de revisão sistemática após a alta do cliente da instituição e/ou unidade de internação Já a Auditoria Operacional ou Recorrente caracteriza-se pela verificação de critérios e como se processa a assistência *in loco*, com base na observação direta, na entrevista informal/formal e na análise de documentos.

Dentro do contexto do SUS Santos e Barcellos (2009), categorizam a auditoria em analítica que estabelece se de uma soma de ações que objetivam formular e implementar os efeitos de uma política, tendo em vista reestruturá-la ou reorientá-la. Está baseada na análise de arquivos, referências estatísticas, técnicas, decisões, relatórios, etc., com fundamento de investigar a assistência às regras e padrões estabelecidos e dá direção ao modelo de atenção à saúde. Já a auditoria de natureza operacional é a avaliação *in loco* das tarefas, ferramentas e requisitos estruturais que consistem em atividades que visam de controlar as ações, com análise direta das situações, aferição, investigação e outras medidas, com a finalidade de coordenar procedimentos, que busca ratificar ou não o cumprimento aos regulamentos exigidos, bem como ajustamento, competência, eficiência e segurança do processo de trabalho em saúde, assim como dos outras estratégias de controle atuais – avaliação, controle interno e externo e regulação –, supondo medidas solucionáveis para a evolução do cumprimento operacional. A sua vertente tradicional se atém à fiscalização dos resultados

Segundo Melo *et al* (2014), a intervenção dos programas não se faz somente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização do serviço de saúde, para que se alcance a qualidade nestes serviços. Os setores administrativos e os serviços de apoio logístico garantem o funcionamento dos setores operacionais e se comportam como “amortecedores” destes programas. Eles impedem que os setores desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados.

Segundo Carmo (2011) o processo da auditoria tem importância na gestão da qualidade porque contribui para o processo administrativo através da supervisão e avaliação de diversos aspectos como adequação e eficácia dos controles, integridade e confiabilidade das informações e registros, integridade e confiabilidade dos sistemas estabelecidos para efetivar as metas, planos, procedimentos, leis, normas e regulamentos, assim como sua utilização da maneira recomendada.

A auditoria do SUS também visa examinar a aplicação dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde a entidades públicas, filantrópicas e privadas; a gestão e execução dos planos e programas de saúde do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que envolva recursos públicos observando os seguintes aspectos: organização, cobertura assistencial, perfil epidemiológico, quadro nosológico, resolubilidade, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade da assistência prestada à saúde e adequação dos recursos repassados e a sua aplicação financeira (BRASIL, 2008).

Acrescentasse segundo Brasil (2011) a verificação dos contratos firmados pelo Ministério da Saúde com as Secretarias Estadual e Municipal e destas com a rede complementar, para a prestação de serviços no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA / Sistema de Informações Hospitalares - SIH - SUS, execução de obras e fornecimento de materiais, os convênios, acordos, ajustes e instrumentos similares e a prestação de serviços de saúde na área ambulatorial e hospitalar.

A auditoria, por fim, através da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e necessidade de melhoria ou de ação preventiva ou corretiva. Objetiva, portanto, propiciar ao gestor do SUS

informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde (BRASIL, 2011).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auditoria ao longo das últimas décadas tornou-se uma indispensável ferramenta nas relações administrativas de gestão. Este estudo demonstra que a auditoria nos serviços de saúde tem se tornado uma constante, principalmente dentro dos serviços que trabalham com gestão de qualidade.

Uma auditoria assertiva pode ter sua ação preventiva, tendo como objetivo preservar o bom gerenciamento de práticas políticas, administrativas do modelo organizacional de determinado órgão, evitando fraudes nesses sistemas através de esclarecimento e orientação, ou coercitiva, quando tem a função de punir a transgressão no modelo de gerenciar recursos financeiros.

Nesse sentido, a avaliação, monitoramento e o controle em saúde constituem instrumentos fundamentais na observação das políticas públicas e sobretudo na efetivação das mesmas e de suas ações de saúde prestadas à população visando a melhoria progressiva da assistência à saúde, dentro das propostas de universalidade, igualdade e equidade.

É importante considerar que o caminho para uma gestão de qualidade que vise melhorias para a população deve ser pautado na mudança e aprendizado, e sobretudo na ética.

Espera-se que o presente estudo, de forma direta, possa apoiar pesquisas futuras sobre a importância da auditoria em diversas áreas, oportunizando mais conhecimento a respeito e mais manejos para sua aplicação prática.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, ALM de. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007.** 2007. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008.** Diário Oficial da união. Brasília-DF. 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** Brasília-DF, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília-DF, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- COUTINHO, Janine Giuberti et al. **A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais.** 2009.
- CUNHA, Gustavo Tenório; DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. **Apoio matricial e atenção primária em saúde.** Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal.** Cad Saude Pública, p. 693-705, 2010.
- DE OLIVEIRA CECILIO, Luiz Carlos et al. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, 2012.
- DE SOUZA ARAÚJO, Marize Barros; DE MEDEIROS ROCHA, Paulo. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS.** Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP, 2012.
- HORI, ALICE AYAKO. **Potencialidades, limites e desafios da saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos/SP.** 2013. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo–Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Paulo.
- JUNIOR, Nivaldo Carneiro; DO NASCIMENTO, Vânia Barbosa; COSTA, Ieda Maria

Cabral. **Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares.** Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 971-979, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, 2010.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada.** 2007.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).** Washington, D.C.: OPAS, 2007.

SILVA, E. P. et al. **Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

VERDI, Marta Inez Machado et al. **Projeto de Saúde no Território. Especialização Multiprofissional em Saúde da Família- UNA-SUS| UFSC, 2012.**

AYACH, Carlos; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; GARBIN, Cléa Adas Saliba. **Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.237-248, 2013.

BAZZANELLA, Neivo Andre Lima; SLOB, Edna. **A auditoria como ferramenta de análise para a melhoria da qualidade no serviço prestado.** Caderno Saúde e Desenvolvimento| vol.3 n.2 | jul/dez 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curso Básico de Regulação Controle, Avaliação e Auditoria no Sus.** Brasília – DF, 2011.

CARMO, Kaliane Caribé Dias Do. **GESTÃO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: o papel da auditoria.** Universidade Castelo Branco Atualiza Associação Cultural Curso Especialização Mba Em Saúde - Gestão Hospitalar, Bahia, Salvador 2011.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira. **A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS.** Interface Comunicação, Saúde e Educação v.14, n.34, p.633-45, jul./set. 2010.

LIMA, Morgana Cristina Leôncio de. **Auditoria em enfermagem uma ferramenta na qualidade da assistência de saúde: uma revisão integrativa.** REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2014. Vol.6(2), 624-628.

MELO, Marilene Barros de; VAITSMAN, Jeni. **Auditoria e avaliação no sistema único**

de saúde. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan./jun. 2008
 MELO, William Oliveira Silva De et al. **Gestão da Qualidade na Saúde.** Revista UNINGÁ Vol.18,n.1,pp.24-28(Abr– Jun 2014) .

MENESES, Adson Bruno Rodrigues de et al. **Auditoria no âmbito da Atenção Primária: uma revisão integrativa da literatura.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 10, n. 2, p. 59-64, ago./dez. 2012.

OLIVEIRA, Fernanda dos Anjos; PEDRONI, Larissa Cristine BamBirra dos Reis. **Avaliação Da Importância Da Auditoria Na Atenção Primária À Saúde, Uma Revisão Da Literatura Atual.** Revista do Centro Universitário Newton Paiva 2015/1 - Número 10.

PAIM, Chennyfer da Rosa Paino; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.** RAS _ Vol. 9, No 36 – Jul-Set, 2007.

PINTO, Karina Araújo; MELO, Cristina Maria Meira de. **A prática da enfermeira em auditoria em saúde.** Rev Esc Enferm USP 2010.

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. **Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Uma Avaliação da Estratégia Saúde da Família.** Revista Produção Online v.10, n.3, set. 2010.

ROCHA, Enock Emmanoel Moreira; FILHO, Ilbanes Bomfim Silveira; SANT'ANNA, Tomé Roberto F. **A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.** Monografia Curso de Pós-Graduação em Contabilidade Pública da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

ROSA, Vitor Luis. **EVOLUÇÃO DA AUDITORIA EM SAÚDE NO BRASIL.** Monografia Especialização em Auditoria em Saúde, do Centro Universitário Filadélfia – UniFil, Londrina, 2012.

SANTOS, Leticia Costa; BARCELLOS, Valéria Figueiredo. **AUDITORIA EM SAÚDE: uma ferramenta de gestão.** Centro Universitário UNIEURO (Especialização em Gestão e Auditoria em Saúde). Brasília, 2009.

SCHAAB, Cristiane Maria Lenzi; BELÉM, Laura Regina Lopes. **Evolução Histórica da Auditoria e Atribuições do Médico Auditor no Brasil: Revisão de Literatura**

SOUZA, Luiziane Agostine Alves de; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, Ana Maria Luísa Canestraro. **Auditoria: uma abordagem histórica e atual.** RAS _ Vol. 12, No 47 – Abr-Jun, 2010.

TAVARES, Nelson Barbosa. **AUDITORIA DESEMPENHO OPERACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE.** Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul – TCE/MS. Responsável: Nelson Barbosa Tavares, Campo Grande, MS, 2015.