O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR EM INSTITUIÇÕES E OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

THE ROLE OF THE NURSE AUDITOR IN INSTITUTIONS AND OPERATORS OF HEALTH PLANS

Cristiano Caveião[1]

[1] *Faculdade Educacional Araucária – Especialista em Auditoria e Gestão de Saúde*

RESUMO

A auditoria é uma especialidade nova na área médica. Apesar de estar inserida nos Conselhos de Medicina e de Enfermagem, no Brasil, existem poucas literaturas especializadas, visto que ainda está em desenvolvimento, porém já existem associações da classe em nível regional e federal. O presente estudo tem como objetivo relatar as atividades desenvolvidas pelo auditor de enfermagem nos hospitais e operadoras de plano de saúde. Para tanto, optou-se pela revisão bibliográfica. Define-se auditoria como um conjunto de medidas através das quais, peritos internos ou externos revisam as atividades operacionais de determinados setores de uma instituição, com a finalidade de mensurar a qualidade dos serviços prestados. Pode-se dizer que a auditoria é uma estratégia para melhorar o cuidado através de levantamento prévio e identificação da deficiência na organização e assistência prestada. O enfermeiro auditor deverá ter as seguintes responsabilidades: dominar a legislação vigente; atuar em concordância da mesma; agir com ética, dentro dos preceitos do exercício da profissão; conhecer os contratos entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde; manter-se atualizado sobre os aspectos científicos da enfermagem; dominar o conteúdo da composição da conta hospitalar. A auditoria é uma tendência de mercado, sendo um ramo em ascensão com vertentes de enfoques diversos, como auditor de contas, qualidade da assistência na pesquisa e processos. A valorização do enfermeiro auditor é uma realidade nas instituições hospitalares que buscam neste profissional a consolidação do atendimento prestado por suas equipes.

Palavras-Chave: Auditoria; Enfermeiro Auditor; Qualidade.

ABSTRACT

The audit is a new specialty in medicine. Despite being inserted at the Medical and Nursing in Brazil, there is little literature specialized, since it is still in development, but already there are associations of the class in a regional and federal. This study aims to report the activities undertaken by the auditor of nursing in hospitals and providers of health plan. Thus, it was decided for review. Audit is defined as a set of measures through which internal and external experts review the operational activities of certain sectors of an institution for the purpose of measuring the quality of services. You could say that the audit is a strategy to improve care through prior survey and identification of disabilities in the organization and assistance. The nurse auditor should have the following responsibilities: mastering the law, act in the same agreement, to act ethically within the rules of practice, know the contracts between service providers and operators of health plans, keeping up to date on the scientific aspects of nursing, master the content of the composition of the hospital account. The audit is a trend of the market, with a branch on the rise with several strands of approaches, as auditor of accounts, quality of care in research and processes. The development of nurse auditor is a reality in hospitals seeking work in the consolidation of the care provided by their teams.

Key words: Audit; Nurse Auditor; Quality.

INTRODUÇÃO

Com a evolução da assistência à saúde há uma necessidade de aquisição de conhecimentos fundamentais sobre auditoria para os profissionais de saúde, principalmente a Enfermagem, que necessita diminuir perdas, reduzir custos e glosas e eliminar os desperdícios hospitalares, sem perder a qualidade da assistência ao cliente BORK (2003).

A Enfermagem é o maior consumidor intermediário dos serviços de saúde, sendo natural que recaia sobre ela grande parte da responsabilidade de conter custos.

Segundo SOUZA (2001), os hospitais são empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares contratados pelas operadoras de saúde, nos quais a auditoria de enfermagem pode atuar no serviço interno de educação continuada para a orientação da equipe interdisciplinar sobre o modo adequado de realizar anotações da assistência prestada e na revisão de contas médico-hospitalares.

A auditoria de enfermagem, embora evidente, há décadas e com visão direcionada à qualidade da assistência, enfatiza também as questões de custos, principalmente devido à situação econômica em que o país se encontra (ALBUQUERQUE, et al, 2008).

Diante da necessidade de tornar os serviços de saúde viáveis, por questões econômicas, os hospitais precisam aumentar sua receita e as operadoras diminuir seus custos; com isso há a necessidade de repensar os diversos processos, verificando que os profissionais da área da saúde não devem e não podem mais realizar seus trabalhos sem análise, preparo e conhecimento, demandando a necessidade de profissionais qualificados para este trabalho. A auditoria de enfermagem vem ao encontro a esta demanda para diagnosticar, organizar, controlar e mensurar os processos de registros (SOUZA, 2001).

O presente estudo tem como objetivo relatar as atividades desenvolvidas pelo auditor de enfermagem nos hospitais e operadoras de plano de saúde. Para tanto, optou-se pela revisão bibliográfica, abrangendo a bibliografia tornada pública em relação ao tema objeto do estudo, incluindo publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, monografias, teses, entre outros (LAKATOS; MARCONI, 1995).

HISTÓRIA E EVOLUÇÃO

A auditoria é uma especialidade nova na área médica. Apesar de estar inserida nos Conselhos de Medicina e de Enfermagem, no Brasil, existem poucas literaturas especializadas, visto que ainda está em desenvolvimento, porém já existem associações da classe em nível regional e federal.

De acordo com SÁ (1998) a auditoria teve sua origem na área contábil e sua importância é reconhecida há milênios, desde a antiga Suméria. Os primeiros registros acerca de auditoria datam de mais de 4.500 a. C; feitos em tabuletas de argila, onde eram registradas transações entre a família real de Urukagina e o templo sacerdotal sumariano

Existem também práticas de auditoria realizadas nas províncias romanas nas cartas a Trajano (97- 117 d.C), escritas por Plínio (61-112 d.C). Nos escritos de Plínio pode-se deduzir que seria difícil um império tão vasto, sendo tão poderoso e possuindo tão alto grau de cultura, além de uma escrita contábil evoluída e seriamente considerada, deixar de possuir práticas de auditoria (SÁ, 1998).

No Brasil, a partir da década de 60, a assistência médica brasileira passou por profundas alterações; pela fusão das Caixas de Previdência e Assistência Médica por atividade profissional (IAP), e com o surgimento do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Paralelamente ao INPS, que assumiu a maior parte da assistência médica pública, surgiu, aquilo que se convencionou chamar de Sistema Suplementar de Assistência Médica. Tal sistema passou a ser composto pelas Medicinas de Grupo, pelas Cooperativas Médicas, pelas Seguradoras de Saúde e por último, pelas Auto-Gestões de Assistência Médica em empresas públicas e privadas (LOUVERDOS, 1997).

Na década de 70, houve o aparecimento da necessidade de um sistema de controle e avaliação da assistência médica, tanto por parte do INPS, quanto por parte do Sistema Supletivo. Esta necessidade deve-se ao fato de que começaram a surgir fraudes criminosas e outros desvios graves,com a evasão de recursos financeiros, tanto no sistema público quanto no suplementar. Essas fraudes e desvios foram amplamente divulgados por toda a mídia (LOUVERDOS, 1997).

Segundo ALBUQUERQUE et. al. (2008), em 1976, o Ministério da Previdência sistematizou a avaliação dos serviços médicos prestados, através da auditagem médica e administrativa das contas a serem pagas. O sistema Supletivo também trilhou o mesmo caminho, e na década de 80 tivemos a consolidação da Auditoria Médica como uma atividade necessária a todas as modalidades e referências.

CONCEITOS

SOUZA (2001) define auditoria como um conjunto de medidas através das quais, peritos internos ou externos revisam as atividades operacionais de determinados setores de uma instituição, com a finalidade de mensurar a qualidade dos serviços prestados.

Pode-se dizer que a auditoria é uma estratégia para melhorar o cuidado através de levantamento prévio e identificação da deficiência na organização e assistência prestada. Também pode ser definida como a avaliação sistemática da qualidade de assistência de enfermagem verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente ou das próprias condições deste (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Conforme ATTIE, 1998 o termo *auditor* tem origem latina (aquele que ouve, o ouvinte), na realidade provém da palavra inglesa *to audit* (examinar, corrigir, certificar).

CLASSIFICAÇÃO E TIPOS

Segundo GALVÃO (2001) a auditoria na área da saúde tem sido classificada quanto à forma de intervenção, ao tempo, à natureza e ao limite.

Quanto à forma de intervenção, a auditoria se classifica em interna e externa. A auditoria interna é executada por pessoas da própria instituição, devidamente treinadas e orientadas. Tem como vantagem maior profundidade no trabalho, tanto pelo conhecimento da estrutura administrativa como das inovações e expectativas nos serviços, o que possibilita a elaboração de uma análise mais profunda, com recomendações mais apropriadas à realidade organizacional. Como desvantagens destacam-se a dependência administrativa, que pode limitar a amplitude das conclusões e recomendações finais do trabalho de auditoria; e também o envolvimento afetivo do profissional com a instituição poderá intervir nos julgamentos a serem realizados, prejudicando e até mesmo invalidando os resultados (JUNQUEIRA, 2001).

A auditoria externa é realizada por pessoas contratadas pela instituição, especificamente para a realização desta. Este tipo de auditoria traz como vantagem a imparcialidade dos auditores pela falta de vinculo afetivo à instituição. Tem por desvantagens a falta de maior conhecimento sobre os aspectos organizacionais e técnicos da empresa, por não vivenciar a realidade da instituição, podendo impedir a apresentação de uma análise mais profunda e específica (CALEMAN, 1998).

Em relação ao tempo, a auditoria pode ser classificada como contínua e periódica. A contínua observa um cronograma preestabelecido, fazendo cobertura integral por exercícios ou períodos, onde as avaliações se sucedem, sempre a partir da última. A periódica é aplicada em tempos preestabelecidos, porém sem visar à continuidade. Quanto à natureza, a auditoria se classifica em normal e específica. A normal é aplicada em termos definidos, com objetivos regulares de comprovação; a específica atende a uma necessidade esporádica, considerando o limite (GOTO, 2001).

A auditoria pode ainda ser parcial ou total. A auditoria total atinge todos os setores da instituição e a parcial restringe-se a alguns serviços; a auditoria pré é a análise para determinar a necessidade da internação hospitalar (SCARPAZO, 2005).

Quanto aos tipos de auditoria, citam-se a retrospectiva; a operacional e a concorrente. A auditoria retrospectiva é aquela orientada para a análise das atividades, numa revisão de resultados finais dos cuidados prestados. A auditoria operacional ou concorrente desenvolve-se enquanto o cliente está internado. Envolve a análise e avaliação dos registros de enfermagem, entrevista com o paciente ou familiar, exame físico e observação do ambiente. Ela é mais dinâmica, por permitir tomar providências se problemas forem detectados (MARQUES, 2004).

Vale lembrar ainda a auditoria de resultados. Segundo SCARPAZO (2004) em organizações de saúde, a auditoria oferece aos administradores um meio de aplicação do processo de controle para determinar a qualidade dos serviços prestados. Uma auditoria pode ser retrospectiva, simultânea ou prospectiva. Auditorias retrospectivas são realizadas

após o paciente receber os serviços. Auditorias simultâneas são feitas enquanto o paciente recebe o serviço. Auditorias prospectivas tentam identificar a maneira como as atuais intervenções afetarão o desempenho futuro.

Segundo o referido autor, as auditorias de resultados podem ser definidas como a finalidade dos cuidados ou a forma como o estado de saúde do paciente mudou em conseqüência da intervenção. Auditorias de resultados determinam quais os resultados alcançados em conseqüência de intervenções específicas de enfermagem nos pacientes. Essas auditorias pressupõem que o resultado demonstra, com precisão, a qualidade do cuidado oferecido. Muitos especialistas entendem as medidas de resultado como os indicadores mais valiosos da qualidade dos cuidados, até o final do século XX, a maior parte das avaliações de cuidados hospitalares focalizou a estrutura e o processo.

GOTO (2001) enfatiza que atualmente há um reconhecimento cada vez maior do que é possível separar a contribuição da enfermagem do resultado obtido com o paciente; esse reconhecimento de resultados sensíveis à enfermagem cria uma responsabilidade para os enfermeiros enquanto profissionais, importante no desenvolvimento da enfermagem como profissão.

Já a auditoria de processo, conforme KURCGANT (1991) é utilizada para medir o processo de cuidado e a forma como esse foi realizado, bem como para pressupor a existência de uma relação entre o processo empregado pelo enfermeiro e a qualidade do atendimento prestado. Vias críticas e orientações clínicas padronizadas seriam exemplos de esforços de padronização do processo de cuidado. Eles também possibilitam medir os desvios dos padrões de processo aceitos como a melhor prática.

As auditorias de processo costumam voltar-se à tarefa e focalizar se o atendimento dos padrões de prática foi satisfeito ou não. Padrões de processos podem ser documentados em planos de cuidado do paciente, em manuais de procedimentos ou em enunciados de protocolos de enfermagem.

COMPETÊNCIAS DA ENFERMAGEM

Segundo BORK (2003) o enfermeiro interessado em dar início a um processo de auditoria deve ter em mente que mais importante do que o recurso é a crença do grupo na necessidade desse processo, especialmente do pessoal que presta cuidado direto ao paciente. O grupo deve estar esclarecido de que auditoria não avalia uma pessoa, mas sim o conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe de trabalho.

O enfermeiro auditor deverá ter as seguintes responsabilidades: dominar a legislação vigente; atuar em concordância da mesma; agir com ética, dentro dos preceitos do exercício da profissão; conhecer os contratos entre prestadores de serviços e operadoras

de planos de saúde; manter-se atualizado sobre os aspectos científicos da enfermagem; dominar o conteúdo da composição da conta hospitalar (MOTA, 2003).

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros Auditores em Saúde (SOBEAS) e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) consideram a situação do enfermeiro auditor na Auditoria Gerencial, Auditoria de Qualidade e Assistência a Auditoria Quântico Econômico (materiais e medicamentos) (SOBEAS, 2008).

A Lei 7.498/87, em seu artigo 11, reconhece a função do enfermeiro auditor. “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe ainda: consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria de enfermagem” (COFEN, 2005).

A Resolução COFEN 266/2001 aprova as atividades do enfermeiro auditor como administrador da área de saúde, e por isso, precisa estar informado sobre economia, finanças, política e estar consciente que muitas decisões tomadas poderão trazer pressões daqueles que não concordarem com ela. No desenvolvimento deste trabalho pressões e erros poderão ocorrer, pois o auditor é um ser humano; sendo assim, a comunicação tem papel fundamental para que isso não ocorra (AHESP, 2009; BICHANGA; BULL, 2000).

O auditor deve informar à equipe de saúde de forma verbal ouvir sobre o motivo de todas as condutas. Explicações claras e objetivas à equipe de saúde sobre o ‘porque’ da ocorrência de glosas e orientações são fundamentais para que sejam evitados certos erros futuros (PELLEGRINI, 2004; TINJI, et al, 2004).

Segundo JUNQUEIRA (2001) o auditor precisa ter ainda conhecimento amplo sobre: tipos de contrato entre a empresa e o cliente; entre a empresa e prestadores de serviços; manuais de intercâmbio entre empresas (cooperativas médicas); manuais de auditoria médica; tabelas de honorários e procedimentos; câmara de compensação.

Desta forma, o perfil ideal do enfermeiro para atuar nesta área deverá ser de alguém sistemático, ético, detalhista, com bom nível de atenção e de memória, grande senso de humor, capacidade de liderança, gosto por desafios e capacidade de se comunicar (MARQUES, 2004, SCARPAZO, 2004, GALVÃO, 2002).

ATIVIDADES DO ENFERMEIRO AUDITOR

No prontuário médico o enfermeiro audita: concordância das prescrições e das evoluções médicas com as anotações de enfermagem; administração e prescrição de medicamentos conforme prescrição médica; utilização de materiais conforme orientação médica; tempo de cirurgia nos relatórios de anestesia; materiais e medicamentos usados no centro cirúrgico conforme relatório de anestesia (JUNQUEIRA, 2001).

Segundo MOTA (2003) no posto de enfermagem é de responsabilidade do enfermeiro auditor: possibilidade de fracionamento e compartilhamento de medicamentos;

validade estabelecida, reutilização, periodicidade de troca e qualidade de materiais descartáveis; conservação e calibração dos equipamentos utilizados nos pacientes (bombas de infusão, monitor cardíaco, oxímetro, respiradores, nebulizadores e outros); tipo de acomodação do paciente; protocolos de enfermagem da Comissão Infecção Hospitalar; protocolo médico; além de checagem precisa verificar o aprazamento, medicamentos, multidoses, fracionamento de pomadas, estabilidade de medicamento aberto (para decidir se utiliza o frasco inteiro ou apenas os mililitros).

Nas contas médicas o enfermeiro deve auditar: número de diárias; tipo de acomodação; porte da sala de cirurgia; serviços complementares; taxas hospitalares; quantidade de materiais e medicamentos (MOTA, 2003).

A análise do prontuário deverá ser feita da seguinte forma:

• Solicitação da internação: conferir o procedimento solicitado e o procedimento autorizado com o procedimento realizado. Em caso de mudança de procedimento, verificar se o mesmo foi autorizado (guias autorizadas);

• Avaliar a compatibilidade entre o procedimento realizado e a anamnese, exame físico e SADT (Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico) no prontuário; laudos, diária médica;

• Prescrição médica: comprar medicamentos prescritos com o diagnóstico;

• Evolução médica e de enfermagem: deve ser diária;

• Anotações de enfermagem: analisar cuidados de enfermagem e anotações correspondentes no prontuário;

• Descrição cirurgia: analisar a compatibilidade da descrição com o procedimento solicitado/autorizado/realizado; e material médico;

• Evolução/anotações de enfermagem: sala de recuperação pós anestésica (RPA): prescrição e anotações de enfermagem de materiais médicos utilizados;

• Ficha de consulta pré-anestésica;

• Ficha obstétrica: analisar informações sobre o tipo de parto e indicações;

• Ficha do recém nascido: analisar informações sobre o nascimento;

• Saída de sala de material de OPME: analisar se o material utilizado está compatível com o procedimento autorizado; verificar a presença de etiquetas/lote; guias autorizadas e fornecedor.

A fatura hospitalar é composta pelos seguintes itens: cabeçalho, identificação do local de atendimento, identificação do cliente, identificação do médico assistente, identificação do procedimento realizado, diárias, taxas, discriminação dos materiais e medicamentos; honorários médicos SADT (Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico). Para analisá-la são necessárias algumas ferramentas que permitam esse trabalho para que se tenha uma menor incidência de erros; podem-se utilizar as seguintes ferramentas: tabela

AMB (Tabela da Associação Médica Brasileira); contratos e tabelas hospitalares; protocolos; custos hospitalares; revista Simpro; Revista Brasíndice; resoluções do COREN (Conselho Regional de Enfermagem)/ COFEN (Conselho Federal de Enfermagem); resoluções do CRM (Conselho Regional de Medicina), tabela CBHPM e tabelas próprias (SOBEAS, 2008).

DIÁRIAS

As diárias hospitalares são cobradas por um período de 12 a 24 horas, sendo indivisíveis dentro de uma instituição hospitalar. São determinados através de todos os custos, diretos e indiretos gerados. Alguns serviços utilizam o modelo padronizado pela ABRANGE (Associação de Medicina de Grupo do Estado de São Paulo) e AHESP (Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo).

Define-se diária hospitalar como a permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A definição de hora, início/fim do período é de competência da instituição hospitalar. As diárias estão divididas em (PELLEGRINI, 2004):

• Apartamento simples: composto de quarto com acomodação para acompanhante e banheiro privativo.

• Apartamento Standart: composto de quarto com acomodação para acompanhante, banheiro privativo, com telefone.

• Apartamento luxo: aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, telefone, televisão, etc.

• Suíte: aposento com banheiro privativo, ante-sala, acomodação para acompanhante, telefone, televisão, etc.

• Berçário: quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe internada).

• Berçário patológico: quarto para atendimento a recém-nascidos, que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não).

• Enfermaria: composto de quarto coletivo para três ou mais pacientes, sem acompanhantes, com banheiro comum.

• Hospital/dia: acomodação de pacientes para cirurgia ou exames, com permanência de um dia no hospital, não corresponde a uma diária convencional.

• Isolamento: alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar.

• Quarto coletivo (2 leitos): composto de quarto coletivo, com banheiro comum, sem acompanhante.

• Quarto privativo: composto de quarto com acomodação para acompanhante e banheiro semi-privativo.

• Unidade de Terapia Intensiva: acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente.

• Unidade de Terapia Semi-Intensiva: acomodação com instalações para mais de um paciente, para tratamento intensivo, sem a presença médica permanente.

• Alojamento conjunto: acomodação do recém-nascido no aposento da mãe.

Para realizar a composição das diárias normais em enfermaria, quarto, apartamento, suíte, berçário normal de recém-nascido e hospital/dia, o enfermeiro auditor precisa analisar (AHESP, 2009).

• Leito próprio (cama, berço).

• Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante quando em apartamento.

• Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental.

• Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto diárias especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia).

• Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; de diurese; curativos; sondagens, aspirações; inalações; mudanças de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, entre outros); cuidados e higiene pessoal do paciente, preparo do corpo em caso de óbito; orientação nutricional no momento da alta; transporte de equipamentos (raio x, eletrocardiógrafo, ultras-som, etc).

• Taxa administrativa: material administrativo, recursos humanos.

As diárias de UTI e Unidade de Terapia Semi-Intensiva adulto e pediátrica deverão ter todos os itens que compõem as diárias normais acrescido de alguns equipamentos, como: monitor cardíaco, oxímetro de pulso, desfibrilador/cardioversor, nebulizador, aspirador a vácuo (exceto o de aspiração contínua) e bomba infusora. Na UTI neonatal além dos descritos anteriormente, berço aquecido e incubadora (GALVÃO, 2002).

Não estão inclusos na diária: materiais e medicamentos dos cuidados de enfermagem; utilização de equipamentos e instrumento cirúrgico, exceto aqueles incluídos na composição das diárias especiais; honorários médicos; SADT; taxas de salas em centro cirúrgico e centro obstétrico (porte 0 a 7 e sala de recuperação pós-anestésica) e taxas de sala fora do centro cirúrgico (ambulatorial/tratamento, emergência e/ou reanimação, endoscopia, gesso, hemodiálise, observação em pronto-socorro, pequenas cirurgias, quimioterapia e transfusão de sangue e derivados) (JUNQUEIRA, 2001).

Os honorários médicos correspondem aos valores pagos aos médicos de um modo uniforme para todas as especialidades, pelos procedimentos realizados. É representado pelo coeficiente de honorários (CH), tendo seu valor estipulado pela Associação Médica

Brasileira (AMB), sendo utilizado por diversas operadoras e instituições de saúde (PELLEGRINI, 2004).

O Serviço de Apoio e Diagnóstico e Terapêutico (SADT) envolve todos os serviços utilizados pelo paciente durante sua internação ou procedimento e devem ser cobrados na conta hospitalar de acordo com a descrição de quantidade e valor estabelecido para sua realização, sempre compatível com o relatado no prontuário o paciente. Deve conter junto a conta hospitalar o pedido, quando necessário, autorização prévia e os laudos dos exames datados e assinados pelo médico que realizou; a tabela utilizada é a AMB 92 (SOBEAS, 2008).

Os materiais e medicamentos devem ser discriminados na conta hospitalar com suas respectivas quantidades e preços, sempre havendo compatibilidade com a prescrição médica e checagem correta pela enfermagem no prontuário do paciente; sendo o preço cobrado de acordo com a tabela estabelecida em contrato (ALBUQUERQUE, et al, 2008).

Em relação aos documentos do prontuário, segundo a Resolução nº 70, de 14 de novembro de 1995, pela Comissão de Revisão de Prontuários Médicos da CREMESP, no artigo 3º, alínea I, relata os documentos padronizados que devem fazer parte do prontuário médico: ficha de anamnese, ficha de evolução, ficha de prescrição terapêutica, ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e de outros métodos de diagnóstico auxiliares. Ficando distribuídos na seguinte ordem(SOBEAS, 2008):

(1) capa ou envelope do prontuário;

(2) ficha de identificação do paciente;

(3) formulário ou pauta de diagnósticos;

(4) folha de anamnese e exame físico;

(5) ficha de pronto-socorro;

(6) formulário de internação e alta;

(7) ficha obstétrica;

(8) ficha de recém-nascido;

(9) ficha de odontologia;

(10) folhas de evolução da doença;

(11) folhas de pedidos de parecer;

(12) guias e relatórios de encaminhamentos;

(13) laudos de exames complementares na seguinte ordem: exames anatomopatológicos (biopsias, citologias), audiometria, da unidade de hemoterapia (“banco de sangue”) (tipagem, exame de anticorpos, exame de compatibilidade sangüínea), exames da dermatologia (micológicos), endoscopias (brônquicas, gástricas, do colo), ecocardiografias, eletrencefalografias, imaginologia (ecografias, radiografias, tomografias computadorizadas, medicina nuclear), laudos laboratoriais (culturas, bacterioscopias,

antibiogramas, hemograma, gasometria, ionograma, provas de função hepática e renal e outros);

(14) folhas especiais de procedimentos terapêuticos: ficha de desenvolvimento e crescimento, ficha de hemodiálise, relatório de quimioterapia, relatório de radioterapia, ficha de diálise peritoneal, ficha de nutrição parenteral;

(15) ficha de descrições cirúrgicas;

(16) ficha anestésica;

(17) folhas de prescrição;

(18) relatório de enfermagem, folhas de prescrição e de informações da enfermeira e folhas de dados vitais (temperatura, pulso e respiração), balanço hídrico, eliminações;

(19) relatórios de profissionais não-médicos (assistente social, farmacêutico, estomaterapeuta, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, ortopedista, pedagogo, psicólogo, terapeuta ocupacional);

(20) atas de esterilização (vasectomia e ligadura tubária);

(21) folha com resumo de alta, de óbito ou de transferência;

(22) relatório de necropsia e cópia da declaração de óbito;

(23) ficha de controle de infecção hospitalar;

(24) folha de termo de consentimento livre e esclarecido.

DISCUSSÃO

Na área da saúde, a auditoria consiste na análise crítica e sistemática da assistência prestada, comparando-a com padrões de atendimento e utilização de recursos considerados de excelência.

O perfil ideal do enfermeiro para atuar nesta área deverá ser de alguém sistemático, ético, detalhista, com bom nível de atenção e de memória, capacidade de liderança, gosto por desafios e capacidade de se comunicar; além de atuar em educação continuada em serviço, na emissão de relatórios e indicadores mensais de identificação do número de glosas e eventuais intercorrências detectadas.

Com a evolução da assistência à saúde, a elevação de custos e a busca da qualidade dos serviços percebem-se o desenvolvimento do enfermeiro na área de auditoria, pois ele é o profissional mais envolvido em tal assistência. A auditoria de enfermagem vem tomando novas dimensões ao longo dos anos e mostrando sua importância dentro das instituições hospitalares e planos de saúde. A partir desta nova abordagem, as instituições de saúde começaram a constatar a necessidade de diminuir perdas, reduzir custos e extirpar desperdícios.

CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES

O Enfermeiro vem assumindo um novo papel, com novas oportunidades no sistema relacionado à administração de serviços de saúde. Esta é uma realidade em se tratando de hospitais; com isso surge a necessidade da aquisição de conhecimentos.

O perfil profissional pode ser verificado por meio das ações diretas esperadas do enfermeiro:

• Presta cuidado seguro respaldado pela Lei do Exercício Profissional e direcionado pela evidência científica.

• Apresenta habilidade no discurso com a equipe e com o paciente, além de habilidade escrita.

• Tem capacidade de contextualização e integração de informações pertinentes para a tomada de decisão precisa e ágil; capacidade de solucionar problemas, fazer diagnóstico e oferecer alternativas viáveis; capacidade de tomar decisões identificando prioridades, além de buscar dados científicos.

• Conhece e aplica os princípios éticos, morais e legais no cuidado; exibe respeito ao outro e zela pelo paciente.

• Gerencia com metas e objetivos claros; planeja e delega de forma racional as atividades; otimiza os recursos humanos e materiais; é colaborativo, aceita desafios, é criativo, vislumbra alternativas, planeja e antecipa a ação e tem capacidade de envolver a equipe para a obtenção de resultados.

• Tem capacidade de comunicação com a equipe, lidera a promoção da saúde e recuperação, bem como possui conhecimento técnico-científico.

Desta forma, a auditoria é uma tendência de mercado, sendo um ramo em ascensão com vertentes de enfoques diversos, como auditor de contas, qualidade da assistência na pesquisa e processos. A valorização do enfermeiro auditor é uma realidade nas instituições hospitalares que buscam neste profissional a consolidação do atendimento prestado por suas equipes.

REFERÊNCIAS

AHESP – ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Padronização de sistemas de internação na área da saúde.** Disponível em http://www.ahesp.com.br/padronizacao. Acesso em 01 de janeiro de 2012.

ALBUQUERQUE, A. T; et al. **Auditoria em enfermagem:** práticas educativas no ambiente hospitalar. Disponível em http://www.universidadeunimed.com.br. Acesso em 12 dez 2008.

ATTIE, W. **Auditoria**: conceitos e aplicações. São Paulo: Atlas, 1998.

BICHANGA, C. A; BULL, M. H. **Gerenciamento de custos através de avaliações de cobranças e sua efetividade.** 7º ENFTEC, Anais, São Paulo, 2000.

BORK, A. M. **Enfermagem de excelência:** da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CALEMAN, G; et al. **Auditoria:** controle e programação de serviços de saúde. V. 5, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 266/2001.** Aprova as atividades de Enfermeiro Auditor. Disponível em http://www.cofen.org.br/legislacoes. Acesso em 03 de outubro de 2012.

GALVÃO, C. R. Estudo do papel da auditoria de enfermagem para redução de desperdícios de materiais e medicamentos. **Mundo Saúde,** v. 26, n. 2, abr/jun, 2002.

GOTO, D. Y. N. **Instrumento de auditoria técnica de conta hospitalar, mensurando perdas e avaliando a qualidade da assistência**. Monografia Graduação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

JUNQUEIRA, W. N. **Auditoria médica em perspectiva:** presente, futuro de uma especialidade. Criciúma: O Autor, 2001.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

KURCGANT, P.; et al. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

LOUVERDOS, A. **Auditoria e análise de contas médico-hospitalares.** São Paulo: STS, 1997.

MARQUES, L. C. **Manual de gerenciamento de enfermagem.** São Paulo: Associados, 2004.

MOTA, A. L. C. **Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento.** São Paulo: Iátria, 2003.

PELEGRINI, G. Auditoria em faturamento. In: **Congresso Latino Americano de Serviços de Saúde e 3ª Jornada de Gestão e Clínicas Médicas,** São Paulo, Anais, 2004.

SÁ, A. L. **Custo de auditoria.** 8 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

SCARPAZO, A. F. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. **Nursing,** v. 80, n. 8, São Paulo, janeiro, 2005.

SOBEAS – Sociedade Brasileira de Enfermeiros Auditores em Saúde. Disponível em http://www.sobeas.org.br. Acesso em 01 jun de 2008.

SOUZA, M. P. Auditoria em saúde. **Nursing,** Ed. brasileira, São Paulo, v. 43, n. 4, dez/2001.

TINJI, S; et al. A importância do registro no prontuário do paciente. **Enfermagem Atual,** nov/dez, 2004.