

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

MARISA RODRIGUES DA ROSA

**PADRONIZAÇÃO DA GESTÃO DO PROCESSO DE AUDITORIA INTERNA EM
UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SANTA MARIA**

Porto Alegre
2017

MARISA RODRIGUES DA ROSA

**PADRONIZAÇÃO DA GESTÃO DO PROCESSO DE AUDITORIA INTERNA EM
UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SANTA MARIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem – Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Karin Viégas.

Porto Alegre

2017

R788p Rosa, Marisa Rodrigues da
Padronização da gestão do processo de auditoria interna em um hospital privado na cidade de Santa Maria / por Marisa Rodrigues da Rosa. – 2017.
55 f. : 30cm.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Leopoldo, RS, 2017.
Orientadora: Profa. Dra. Karin Viégas.

1. Enfermagem - Auditoria. 2. Custo hospitalar. 3. Gestão do processo - Gestão hospitalar - Erro de medicação. I. Título. II. Viégas, Karin.

CDU 657.6:614.253.5

MARISA RODRIGUES DA ROSA

**PADRONIZAÇÃO DA GESTÃO DO PROCESSO DE AUDITORIA INTERNA EM
UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SANTA MARIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem – Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 13 de janeiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosane Ciconet – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – RS.

Profa. Dra. Taís Maria Nauderer – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – RS.

Profa. Dra. Karin Viégas (Orientadora) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – RS.

Dedico este trabalho ao meu amigo José R. De Nardin, pela pessoa admirável em sua essência. Seu estímulo impulsiona-me a buscar conhecimento e crescimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por ter iluminado meu caminho durante toda a minha vida.

Agradeço, de todo o meu coração, aos meus pais, Benoni R. da Rosa e Zulmira R. da Rosa (*in memoriam*), aos meus irmãos, meus sobrinhos e meus afilhados, por sempre me incentivarem a buscar o aprimoramento da minha profissão.

Agradeço, com carinho, a minha orientadora Karin Viégas, pelo incentivo, dedicação e por orientar meus passos e pensamentos com sabedoria.

Agradeço a minha amiga Audrei Alves, pelo ombro amigo e incentivo.

Agradeço ao Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo, por intermédio do Senhor Provedor Pio Trevisan, à Provedoria, ao Setor de Contas e à Unidade 200, pelo auxílio, paciência e compreensão na execução deste trabalho.

Agradeço a todos os professores do curso, por proporcionarem o conhecimento tão necessário e tão valioso para o meu crescimento profissional.

A todos que contribuíram de alguma forma para que eu chegasse até aqui, minha eterna gratidão.

RESUMO

Objetivo: Propor uma padronização da gestão do processo de auditoria interna para a melhoria da qualidade dos serviços de um hospital privado na cidade de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul. **Método:** Pesquisa transversal, cujos dados foram coletados de maneira prospectiva, por meio da análise de 200 prontuários, após a alta dos pacientes internados em uma das unidades de atendimento clínico-cirúrgicas, no período de agosto a outubro de 2016, a fim de identificar as glosas ocorridas no período. **Resultados:** Verificou-se que a categoria com maior quantidade de glosas é a de técnico em enfermagem, sendo o turno da tarde o de maior ocorrência delas. Os erros de prescrição médica foram prevalentes, totalizando 56,3% do total; entre eles, os medicamentos suspensos representaram 80,6%. Os erros de enfermagem mais frequentes são os de prescrição de cuidados realizados e não checados, representando 62,5% do total. As glosas mais encontradas das contas auditadas foram em relação aos custos dos procedimentos remunerados. Para minimizar as glosas, foram sugeridos: encontros semanais entre enfermeiros auditores e a equipe assistencial, criação de um *checklist* para o carro de emergência e dispensação de medicações por dose unitária. **Conclusão:** Fica clara a necessidade de implantar um processo de auditoria, atrelando qualidade assistencial e cobranças hospitalares ao cotidiano dos enfermeiros.

Descritores: Auditoria de Enfermagem. Custos hospitalares. Erros de medicação.

ABSTRACT

Objective: Propose a standardization of the internal audit process's management, to the improvement of services quality of a private hospital in the city of Santa Maria, a country side city of Rio Grande do Sul. **Method:** Transversal research, prospectively collected, through the analysis of 200 medical records, after the discharge of patients hospitalized in one of the clinic-surgical units from August to October 2016, in order to identify the glosses Occurred in the period. **Results:** It was verified that the category with more hospital gloss quantity is the nursing technician, being the afternoon the shift with more occurrences of it. The medical prescription errors were the prevalent, totalizing 56.3% of total; between them, the suspended medicines represented 80.6%. The most frequent nursing errors are the ones of prescriptions of realized care and not verified, representing 62.5% of total. The hospital gloss more found in the audited accounts were in relation to the costs of remunerated procedures. To minimize the hospital gloss, it was suggested: weekly meeting between the nurses' auditors with the assistential team, creation of a checklist to the emergency car and the dispensation of medications per unit dose. **Conclusion:** It's clear the necessity of the implantation of an audit process, unifying assistential quality and hospital charges to the day by day of nurses.

Keywords: Nursing audit. Hospital costs. Medication errors.

LISTA DE SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
IPERGS	Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
QTX	Quimioterapia
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
FUSEX	Fundo de Saúde do Exército
GEAP	Fundação de Seguridade Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Finalidade, classificação e objetivos dos tipos de auditoria.....	17
Quadro 2 – Descrição das glosas quanto ao registro dos profissionais	28
Quadro 3 – Itens prescritos mais glosados nos prontuários avaliados.....	31
Quadro 4 – Motivos das glosas, classificação (administrativo, técnico) e proposta ..	32
Quadro 5 – Sugestão de composição de <i>kits</i> para os materiais não checados	33
Quadro 6 – Tabela de identificação das glosas.....	35
Quadro 7 – Matriz de planejamento de auditoria.....	37
Quadro 8 – Escala de serviço por turno para auditoria interna	39
Quadro 9 – Checklist do uso do carro de emergência	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2Objetivos específicos	14
2.3 Meta	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1 Conhecimentos necessários para ser um enfermeiro auditor	16
3.2 Classificação das auditorias	17
3.3 Saúde complementar	18
3.4 Prontuário médico e registros de enfermagem.....	20
3.5 Os custos hospitalares	20
4 MÉTODO	22
4.1 Delineamento	22
4.2 Local.....	22
4.3 Tamanho amostral	22
4.4 Procedimentos de coleta de dados	23
4.5 Análise dos dados	23
4.6 Elaboração da matriz de planejamento da auditoria	24
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
6 RESULTADOS E PROPOSTA	27
6.1 Caracterização das contas avaliadas e caracterização das glosas.....	27
6.2 Relação das glosas com os registros dos profissionais	28
6.3 Processo de registro de contas que ocasionam glosas técnicas	31
6.4 Ações para qualificar a gestão da qualidade.....	33
6.4.1 Identificação das glosas	33
6.4.2 Matriz de auditoria de enfermagem.....	36
6.4.3 <i>Checklist</i> de gastos em situações de emergência.....	40
7 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	49
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	52
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UNISINOS	53

1 INTRODUÇÃO

O termo auditoria tem sua origem na palavra latina *audire*, que significa ouvir (RIOLINO; KLIUKAS, 2003), sendo definida como uma atividade específica do Sistema de Controle e Avaliação. A auditoria requer observações comprovadas de atos e fatos, análises de relatórios e registros de procedimentos individuais, coletivos, concomitantes ou posteriores às ações que estejam determinando problemas na eficácia de serviços prestados. (SOUZA; MOURA; FLORES, 2002). Segundo Pinto e Melo (2010, p. 672), “a auditoria é adotada como ferramenta de controle e regulação da utilização de serviços de saúde e, especialmente na área privada, tem dirigido o seu foco para o controle dos custos da assistência prestada”.

Na área da saúde, a auditoria aparece, pela primeira vez, nos Estados Unidos, no início do século XX, como uma ferramenta importante na avaliação na qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio da avaliação dos prontuários médicos. (PINTO; MELO, 2010). O prontuário médico é um instrumento sigiloso, constituído de várias informações, como laudos de exames e registros da equipe de saúde, geradas a partir de avaliações do paciente e da assistência prestada. (SOUZA, 2016).

No Brasil, as publicações a respeito de auditoria iniciaram na década de 70. Entretanto, somente em 2001, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconheceu o papel do enfermeiro auditor, por meio da Resolução nº 266/2001 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001), que designa ao enfermeiro, privativamente, organizar, dirigir, coordenar, avaliar, ter visão holística, prestar consultoria, controlar a implantação do sistema de gestão da qualidade, entre outras atividades. (DORNE; HUNGARE, 2013).

Apoiando o administrador no sentido de detectar erros que sobrecarregam os custos e impedem a promoção de um serviço de qualidade, a auditoria favorece para que se atinjam metas dentro das unidades de saúde. No serviço de enfermagem, há a possibilidade de gerar redução e manutenção dos gastos, para que sejam realizados outros investimentos em tecnologia. (SILVA; SANTO, 2013). Por isso, a importância da qualificação e da educação continuada dos profissionais de saúde, garantindo-se, assim, a manutenção da estabilidade financeira da instituição de saúde.

A escolha do tema diz respeito ao processo de trabalho da enfermagem, principalmente dos registros, no Complexo Hospitalar Astrogildo de Azevedo, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, em que, além do processo de assistência,

é de responsabilidade do enfermeiro dar ciência de todas as contas oriundas de sua unidade de internação, dentro da sua especificidade e complexidade.

É possível perceber que as equipes de enfermagem provenientes da formação acadêmica, de um modo geral, não estão preparadas com o conhecimento e o treinamento necessários para aferição de contas hospitalares, pois o foco desses acadêmicos, durante grande parte da formação, restringe-se à assistência ao paciente.

Os cuidados realizados com os pacientes precisam estar registrados corretamente dentro do turno de trabalho, facilitando as orientações necessárias ao grupo em tempo hábil para a adequação dos registros. A avaliação deve ser realizada pelo enfermeiro gestor da unidade, garantindo registros adequados e completos no prontuário médico.

O prontuário é um documento de grande importância, pois reúne informações fornecidas pelo paciente ou pelo responsável legal e resultados obtidos de qualquer procedimento realizado dentro do hospital. Ele destina-se a avaliar a evolução do paciente e a auxiliar na escolha dos procedimentos terapêuticos e/ou de reabilitação mais adequados. (BRASIL, 2002).

Para a instrumentalização desse processo, o papel do enfermeiro gestor da unidade é essencial e de grande responsabilidade para a efetivação dos processos gerenciais, de modo que outros colaboradores possam proceder de forma correta, ou seja, realizando anotações claras e precisas, o que diminuirá o número de glosas e evitará o surgimento de dúvidas por parte dos convênios. Para que isso ocorra, os registros de enfermagem devem garantir a documentação completa de todo o processo de cuidado durante a permanência do paciente na unidade hospitalar, em todos os turnos. (SOUZA, 2016).

O termo “glosa” pode ser definido como o cancelamento ou a recusa parcial ou total de orçamento, conta ou verba, por serem considerados ilegais ou indevidos. Em outros termos, refere-se aos itens que o auditor do plano de saúde não considera cabíveis para pagamento. As glosas são aplicadas quando qualquer situação gera dúvidas em relação à regra e à prática adotadas pela instituição de saúde. (GOTTO, 2001; PELLEGRINI, 2004).

O enfermeiro auditor deve focar a análise do prontuário nos registros, identificando pontos críticos e fornecendo subsídios para a equipe de saúde a um correto e completo registro, facilitando a auditoria de contas hospitalares, bem como

uma cobrança adequada dos materiais e equipamentos utilizados durante a internação. (SOUZA, 2016).

As glosas podem ser classificadas em administrativas ou técnicas. As primeiras são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, falta de interação entre o plano de saúde ou falha no momento da análise da conta do prestador. As glosas técnicas estão relacionadas à apresentação dos valores dos serviços e medicamentos utilizados e não aos procedimentos médicos adotados. Essas glosas ou correções são geradas quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. (RODRIGUES; FERROCA; JERICÓ, 2004).

Diante disso, é notória a constatação de que a maior deficiência nos processos com mais glosas é da área assistencial. (FRANÇOLIN et al., 2012). Portanto, existe a necessidade de incluir, na formação dos profissionais envolvidos nas prescrições, disciplinas que possam prepará-los para tais situações. Dessa forma, será possível torná-los aliados do gestor da unidade, na sistematização de suas rotinas, procurando a capacitação da equipe quanto à identificação da prescrição médica e dos cuidados de enfermagem e à administração correta da referida prescrição, com o aprazamento, a checagem e a evolução adequados, bem como a identificação do profissional que realizou a tarefa. É necessário que toda a equipe assistencial, antes do término do seu turno, esteja com seus processos devidamente delineados e corretos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Propor a padronização da gestão do processo de auditoria interna para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares de um hospital privado na cidade de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as contas avaliadas, verificando os registros dos profissionais, relacionados aos atendimentos quanto ao turno.
- Analisar os registros médicos de enfermagem, fisioterapia e nutrição.
- Verificar quais as principais falhas de procedimento no processo de registro das contas que ocasionam glosas.
- Organizar ações que permitam a melhoria na qualidade da gestão de custos.

2.3 Meta

Implantar e avaliar, em tempo real, a padronização do processo de auditoria interna e o impacto nos registros e na receita hospitalar.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As auditorias de enfermagem consistem em processos de verificação dos procedimentos realizados durante o atendimento ao paciente. Elas podem ser vistas como uma maneira eficiente de manter um padrão de qualidade no atendimento, bem como um documento legal aceito judicialmente para a comprovação dos cuidados auferidos, dos horários em que os mesmos foram realizados e da relação de profissionais envolvidos com o relatório apresentado. (FERREIRA et al., 2009).

No Brasil, a auditoria de enfermagem é regida pela Resolução nº 266/2001, do COFEN, como já mencionado. O dispositivo legal trata da competência do enfermeiro auditor no exercício de suas atividades, definindo-o como aquele que deve dirigir, planejar, coordenar e avaliar os serviços de auditoria de enfermagem, além de prestar consultoria, auditoria e emitir parecer sobre matéria pertinente. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Quando integrante de equipe de auditoria em saúde, o enfermeiro deve atuar em todas as etapas de planejamento, execução, avaliação e elaboração de medidas, contratos e programas. O enfermeiro auditor, atuando sozinho ou constituindo uma empresa prestadora de serviços de auditoria, deverá estar regularmente inscrito no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e, da mesma forma, registrar seu título de auditor. Quando no exercício de suas funções, independe da presença de outro profissional, não necessita de autorização prévia, inclusive para acessar contratos, adendos, prontuários ou qualquer documento da instituição auditada, bem como o contato com o paciente, quando necessário, devendo respeitar os princípios constitucionais, legais, técnicos e éticos. Quando educador, deve participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da auditoria de enfermagem. É seu dever preservar sua autonomia, liberdade de trabalho, sigilo profissional, bem como respeitar os mesmos parâmetros em relação aos demais membros da equipe. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Muitos profissionais de enfermagem não possuem o hábito de registrar suas atividades com detalhes. Tal falta de registro pode incorrer em falhas que não podem ser diagnosticadas previamente, além de impedir a defesa dos cuidados executados em casos de processos judiciais. (GALLO; MATTOS, 2012).

A cada dia que passa, aumentam as exigências para os profissionais de enfermagem no sentido de comprovar as atividades desenvolvidas. Existe uma cobrança muito grande por parte da sociedade, dos pacientes e dos envolvidos na administração da unidade de saúde para que todos os procedimentos sejam qualificados, beneficiando o processo de cuidado.

A prática de auditoria de enfermagem contribui para a otimização dos recursos físicos e materiais que estão disponíveis nos serviços de saúde e para a melhoria da atuação dos profissionais, seja no planejamento ou na execução técnica do trabalho, gerando uma maximização dos custos envolvidos e maiores benefícios para paciente, hospital e administradoras de planos de saúde. (PINTO; MELLO, 2010).

Nesse sentido, a realização constante de auditorias de enfermagem consiste em uma proposta de trabalho com ferramentas de controle dos processos executados. Os profissionais de enfermagem necessitam de orientações e normatizações para que os registros se tornem cada vez mais efetivos, facilitando a sua averiguação e evitando glosas.

3.1 Conhecimentos necessários para ser um enfermeiro auditor

Para exercer a função de enfermeiro auditor, alguns requisitos mínimos são solicitados, conforme consta no Manual de Auditoria do Tribunal de Contas:

- a) Conhecer e aplicar as normas, procedimentos e técnicas de auditoria;
- b) Avaliar o âmbito, a extensão e os recursos necessários para a execução da tarefa em face dos objetivos propostos;
- c) Avaliar os riscos identificados na pré-análise das transações e operações a serem auditadas e o impacto potencial desses riscos para o próprio trabalho de auditoria;
- d) Conhecer e utilizar os fundamentos, princípios, normas e técnicas da administração pública;
- e) Identificar boas práticas da administração pública;
- f) Reconhecer e avaliar a relevância e significação dos eventuais desvios em relação às boas práticas da administração pública, efetuando as pesquisas necessárias para chegar a soluções viáveis; interpretar os fundamentos de direito, orçamento, finanças, contabilidade e gestão pública e métodos quantitativos, permitindo identificar a existência de riscos e problemas, ou a possibilidade de eles ocorrerem; e de recomendar soluções ou métodos corretivos necessários;
- g) Utilizar ferramentas e tecnologias que tornem os exames mais ágeis e seguros;
- h) Efetuar análise profissional, imparcial e isenta; relacionar-se, participando de equipes intermultidisciplinares;
- i) Elaborar seus relatórios de forma analítica, descritiva e fidedigna ao objeto da auditoria, identificar e compreender as transações e operações a serem

auditadas, bem como as práticas e normas relevantes aplicáveis para o alcance dos objetivos da auditoria. (BRASIL, 2011, Título I, Cap. III, Seção 3.2).

3.2 Classificação das auditorias

De acordo com a finalidade da auditoria, em relação à execução, é possível classificá-la como analítica e operativa; quanto ao método, como prospectiva (pré-auditoria), concorrente e proativa (supervisão) e retrospectiva (revisão de contas); quanto à forma de intervenção, como interna e externa (independente); quanto ao tempo, como contínua e periódica; quanto à natureza, regular (normal, ordinária) e especial (específica, extraordinária); e, quanto ao limite imposto à auditoria, como total e parcial.

Quadro 1 – Finalidade, classificação e objetivos dos tipos de auditoria

(continua)

Finalidade	Classificação	Objetivo
Execução	Analítica	Consiste na análise de relatórios, processos e documentos com a finalidade de sustentar a verificação <i>in loco</i> e para subsidiar o planejamento da auditoria operativa, podendo, entretanto, ser concluída sem, necessariamente, gerar uma ação operativa (BRASIL, 2011).
	Operativa	Consiste na verificação <i>in loco</i> do atendimento aos requisitos legais e/ou normativos que regulam os sistemas e atividades relativas à área da saúde, por meio do exame direto dos fatos, documentos e situações, para determinar a adequação, a conformidade, economicidade, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e efetividade dos processos para alcançar os objetivos propostos (BRASIL, 2011).
Método	Prospectiva ou pré-auditoria	Avalia os procedimentos médicos antes de sua realização. Esse tipo de auditoria é utilizado no sistema de saúde suplementar, por exemplo, na emissão de um parecer, ou pela operadora de plano de saúde, sobre um determinado tratamento ou procedimento (MOTTA, 2004).
	Concorrente ou proativa ou supervisão	É a análise pericial ligada ao procedimento no qual o paciente está envolvido durante o atendimento (MOTTA, 2004).
	Retrospectiva ou revisão de contas	Consiste na análise pericial dos procedimentos médicos realizados, com ou sem a análise do prontuário médico, após a alta do paciente (MOTTA, 2004).
Forma de intervenção	Interna	É realizada por elementos da própria instituição, devidamente informados e treinados (KURCGANT, 2016).
	Externa ou independente	É realizada por profissionais que não pertencem à instituição, contratados especificamente para a auditoria (KURCGANT, 2016).

Quadro 1 – Finalidade, classificação e objetivos dos tipos de auditoria

(conclusão)

Finalidade	Classificação	Objetivo
Tempo	Contínua	Há uma integração entre uma auditoria e outra, observando-se a evolução dos resultados, com soluções mais visíveis e imediatas. (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).
	Periódica	Relaciona-se a certos períodos, não possuindo características de continuidade de revisão (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).
Natureza	Regular, normal ou ordinária	Realiza-se em período determinado no planejamento, com objetivos regulares de comprovação (KURCGANT, 2016).
	Especial, específica ou extraordinária	É desenvolvida para finalidade específica, não inserida no planejamento, realizada para apurar denúncias ou para atender a alguma demanda específica (BRASIL, 2011).
Limite imposto a ela	Total	Abrange todos os setores da instituição (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).
	Parcial	Abrange apenas alguns serviços da instituição (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Para o processo de auditoria, segundo o Tribunal de Contas (BRASIL, 2011), devem-se levar em consideração algumas questões. Entre elas, destacam-se: o conhecimento do objeto, o alvo da auditoria; a identificação das áreas/pontos potencialmente significantes; a definição dos destinatários do relatório de auditoria; a definição do objetivo geral da auditoria; a definição dos objetivos específicos (questões de auditoria); a delimitação do escopo; a avaliação do controle interno; o estabelecimento do risco de auditoria; a definição do perfil da equipe; os recursos necessários; a elaboração da matriz de planejamento; a definição do cronograma e a elaboração do plano de auditoria.

3.3 Saúde complementar

A Constituição da República de 1988 consolidou a presença da iniciativa privada na prestação de serviços à saúde, fornecendo liberdade de exploração do mercado de saúde suplementar, com o lucro sendo permitido para as operadoras de saúde. Entretanto, os planos de saúde privados que exploram essa atividade econômica têm a obrigação de assegurar a “existência digna de todos” que dela participam, sejam consumidores ou empregados, de acordo com o artigo 170 da Constituição Federal. (BRASIL, 1988).

De acordo com Riani (2010), a saúde privada é prestada de três formas:

- 1) particular pura, em que o cidadão escolhe o profissional ou prestador e paga o preço combinado, realizando um contrato;
- 2) por intermédio de operadora de plano de saúde, em que o consumidor, por meio de contrato de adesão, tem à sua disposição um catálogo de prestadores para escolher e paga um preço determinado, que é reajustado anualmente;
- 3) por intermédio de prestadora de serviço do Estado, atuando de forma complementar, sendo remunerada pelas realizações dos serviços por meio de uma tabela pactuada. (RIANI, 2010, p. 23).

No hospital alvo deste estudo, todos os convênios necessitam de autorização prévia para procedimentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), Quimioterapia (QTX) e medicações de alto custo, exceto em casos de urgência ou emergências. Nesse caso, é necessário comunicar as chefias sobre os materiais e medicamentos utilizados e providenciar a autorização o mais rápido possível.

O hospital aceita convênios particulares. Entre os principais, destacam-se: CASSI (Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil), FUSEX (Fundo de Saúde do Exército), GEAP/PATRONAL (funcionários públicos do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS) e UNIMED.

Os serviços contemplados pela CASSI incluem: isolamento (cobrado por diária), taxas de quimioterapia (ambulatorial e internado), ar comprimido, nebulização, oxigênio e protoxido de azoto.

Os serviços contemplados pelo GEAP/PATRONAL incluem: taxas de quimioterapia (ambulatorial e internado), ar comprimido, nebulização, oxigênio, protoxido de azoto, gás carbônico, curativos (pequeno, médio e grande), tração transesquelética, monitorização de pressão intracraniana, bomba de circulação extracorpórea, taxas de uso de desfibrilador fora da UTI, taxas de uso de respirador ultrassônico, taxas de capinógrafo, taxas de dreno termostático, taxas de monitorização fora da UTI, taxas de monitorização de pressão intracraniana, taxas de respirador fora da UTI, taxas de fototerapia (por hora), taxas de oxímetro fora da UTI, taxas de incubadora fora da UTI, taxas de berço aquecido fora da UTI, taxas de bomba de infusão fora da UTI, taxas de marca-passo temporário.

Os serviços contemplados pela Unimed incluem: taxas de quimioterapia (ambulatorial e internado), ar comprimido, nebulização, oxigênio, protoxido de azoto, curativos (pequeno, médio e grande), balão intra-aórtico (primeiro dia e dias subsequentes), avaliação nutricional (mediante prescrição), marca-passo temporário (por dia), tração esquelética (por dia).

3.4 Prontuário médico e registros de enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode ser entendida como um processo planejado e organizado, no qual o enfermeiro trabalha com novos conceitos e propostas que poderão trazer mais significado à sua profissão, por possibilitar a busca da identidade própria. Com isso, ele poderá utilizar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos, desenvolvendo, assim, a sua competência nos cuidados do processo saúde/doença. O profissional deixa de atender a ordens médicas somente e passa a ser considerado como o sujeito das ações, pois tem a possibilidade de especificar as metas, programar os cuidados de enfermagem e avaliar, continuamente, o paciente e a resposta ao cuidado. Pode, ainda, estabelecer seu próprio diagnóstico, planejar a sua assistência e a prescrição dos cuidados ao paciente. (FARIAS et al., 2011).

O COFEN, de acordo com a Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009, trata da SAE e da implantação do Processo de Enfermagem (PE), que compreende cinco etapas: o histórico de enfermagem, que inclui a coleta de dados e o exame físico; o diagnóstico de enfermagem, formulado de acordo com os problemas identificados na fase anterior; o planejamento de enfermagem; a implementação de enfermagem; e a avaliação de enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

3.5 Os custos hospitalares

Pode-se entender a contabilidade de custos como um centro processador das informações gerenciais em nível de decisão, controle e planejamento dentro das empresas. (BRITO; FERREIRA, 2006). Conforme Silva, Silva e Pereira (2016):

Há três tipos de custos em avaliação econômica: diretos, indiretos e intangíveis. O primeiro diz respeito aos insumos usados para prover as intervenções sob análise, levando em consideração o ambiente médico-hospitalar, como recursos humanos, instalações físicas, medicamentos, internações e diagnósticos. Também são incluídas as ações complementares, sendo exemplos transporte, dieta específica, adaptação de ambiente domiciliar e cuidadores. A segunda modalidade de custo refere-se aos relacionados à perda de produtividade no mercado de trabalho, tais como presenteísmo, absenteísmo e morte precoce. A terceira modalidade de custo diz respeito às perdas em qualidade de vida, particularmente relacionadas à dor, ao sofrimento e à exclusão social. (SILVA; SILVA; PEREIRA, 2016, p. 437-438).

Os custos hospitalares são uma ferramenta consideravelmente importante para o gerenciamento, o qual é também atribuição dos enfermeiros. Campos e Santos (2008) consideram que:

A gerência de recursos materiais com destaque no controle de custos hospitalares é uma atividade exercida pelo enfermeiro dentro de suas unidades de trabalho, o que lhe ocasiona um sentimento ambíguo quanto à sua real função na unidade de internação, pois o afasta da sua razão de existir: o cuidado. [...] Essas atividades incluem observação direta dos cuidados de enfermagem prestados pelos técnicos e auxiliares, com controle de material utilizado, implantação de planilhas de controle de material, educação continuada com ênfase no trabalho em equipe e análise de planilhas de custos emitidas pela Gerência de Enfermagem. (CAMPOS; SANTOS, 2008, p. 255).

Teixeira (2012) expõe a necessidade de os enfermeiros, conforme sua formação e as diretrizes da instituição em que trabalham, considerarem os custos hospitalares para a avaliação do resultado de suas ações, especialmente em razão das pressões econômicas mundiais crescentes. Evidentemente, a busca dessas informações faz-se necessária para que se possa verificar o retorno financeiro da assistência de enfermagem aos serviços de saúde.

4 MÉTODO

A seguir, apresenta-se o método escolhido para este estudo.

4.1 Delineamento

Pesquisa transversal e coletada retrospectivamente.

4.2 Local

A pesquisa foi realizada em uma das unidades de atendimento clínico-cirúrgica de um hospital privado, em Santa Maria, cidade do interior do Rio Grande do Sul. A unidade alvo possui 29 leitos, tendo totalizado, até o final de 2015, 9.861 atendimentos, compreendendo 250 particulares, 5.287 pelo convênio IPERGS, 3.310 pelo convênio Unimed e 1.014 por outras formas de internação. (PERIN, 2016).

A instituição é um hospital geral, com clínica de atendimento geral e pronto-socorro de urgência e emergência. Atende casos cirúrgicos, cardíacos, vasculares, traumatológicos, bariátricos e demais internações. Oferece serviços de Hemodinâmica, Reumatologia, Oxigenação e Câmara Hiperbárica, Quimioterapia, Medicina Nuclear e Diagnósticos por imagem. Possui um bloco cirúrgico com 15 salas de cirurgia, sendo uma sala inteligente totalmente informatizada, utilizada para procedimentos guiados por imagem e/ou minimamente invasivos. A estrutura do hospital dispõe de 446 leitos comuns, 66 leitos de UTI, divididos entre as seções UTI Geral Adulto, Coronariana, Neurológica, Pediátrica e Neonatal. No que diz respeito à equipe, o hospital conta com dois médicos do trabalho, 56 médicos funcionários, 135 enfermeiros, 653 técnicos em enfermagem, 31 auxiliares de enfermagem, oito nutricionistas, dois assistentes sociais, 10 farmacêuticos, dois odontólogos e 667 servidores administrativos, totalizando um quadro de 1.566 colaboradores. Atende, em média, 1.600 casos ao mês. Oito profissionais de enfermagem cuidam da auditoria, sendo quatro enfermeiros e quatro técnicos em enfermagem (PERIN, 2016).

4.3 Tamanho amostral

A amostra foi constituída de prontuários médicos dos pacientes que tiveram alta hospitalar, havendo o cuidado de observar se a vigilância do processo foi respeitada, identificando os tipos de glosas. Baseado no relatório semestral da unidade de auditoria, o tamanho amostral foi calculado para estimar a prevalência de glosas, com erro de 5%, IC 95%, sendo 200 prontuários escolhidos aleatoriamente.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Apêndice A) contempla os elementos necessários para a pesquisa, incluindo a distribuição dos funcionários conforme escala de trabalho. A coleta de dados ocorreu no período entre agosto e outubro de 2016.

A partir da análise dos prontuários, verificaram-se as práticas e os procedimentos realizados na unidade que influenciam as taxas obtidas por meio da vigilância de resultados, como, por exemplo: cumprimento das precauções básicas e de isolamento; cuidados apropriados na inserção e manutenção dos dispositivos invasivos, como dispositivos intravasculares e ventilação assistida; preparação de doentes cirúrgicos; práticas de descontaminação de material e equipamentos. (GEADA; PEDRO, 2010).

Para realizar a auditoria dos prontuários, na unidade hospitalar em questão, foi necessário: identificar e caracterizar as glosas; distinguir o turno em que mais ocorrem (manhã, tarde ou noite); reconhecer a categoria profissional que apresenta os maiores erros (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas ou nutricionistas); e especificar os erros que implicam maiores consequências na gestão das contas.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de maneira quantitativa, descritiva e associativa entre as variáveis, as quais foram codificadas e inseridas em uma planilha do Microsoft Excel, criada para este projeto. Os resultados são apresentados na forma de tabela e quadros.

Ao final, após a defesa da dissertação, um relatório será encaminhado para o diretor executivo da instituição, contendo os resultados e o plano de ação sugerido.

4.6 Elaboração da matriz de planejamento da auditoria

Atualmente, existe uma normatização de orientação para a enfermagem referente à auditoria de contas. Entretanto, algumas normas padronizadas de checagem não ocorrem na prática, além de não existir uma matriz (*checklist*) do prontuário por convênio.

A elaboração de uma matriz auxiliará na prevenção e correção de falhas no processo da auditoria de contas. Assim, após a análise dos dados, organizou-se uma matriz (*checklist*) dos registros do prontuário médico e uma escala de serviço por turno, para que as auditorias internas sejam realizadas.

Essa proposta poderá ser implantada após avaliação e aprovação do diretor técnico do hospital pesquisado. Após estabelecida, em um período de seis meses, será realizada uma nova avaliação a fim de verificar se houve diminuição de glosas em relação ao período anterior.

Esses dois instrumentos servirão como fonte de informações sobre possíveis falhas que possam interferir diretamente nas contas dos pacientes, mesmo que ocorram de forma esporádica. Caberá, então, ao enfermeiro auditor gerar um relatório com os problemas decorrentes, para que seja possível elaborar planos de ação e reeducação junto à equipe, a fim de minimizar as falhas identificadas. Entre as ações de educação, podem-se sugerir: treinamentos, conscientização, valorização de pontos positivos e reflexões sobre os pontos negativos, revisões de normas e rotinas e orientação contínua para toda a equipe. Caso a instituição não conte com um Serviço de Educação Continuada, o próprio auditor pode desenvolver um processo educativo, com o objetivo de auxiliar os colegas, gerando, dessa maneira, benefícios para os pacientes e para a instituição. (SILVA; CASA, 2006).

Para propor uma padronização da gestão do processo de auditoria interna, primeiramente foram analisados os padrões de registros e informações das contas hospitalares de 200 prontuários. A partir dessa análise, todos os motivos de glosas foram levantados e foi gerada somente a classificação técnica (relacionada a valores dos serviços, materiais e medicamentos utilizados nos procedimentos), por ser de fácil detecção e estar disponível no momento da coleta de dados.

Segundo Attie (2011), a classificação pode ser administrativa (falhas operacionais no momento da cobrança) ou técnica. A administrativa só é possível de

ser detectada após a conta final ser auditada pelo convênio e retornar à instituição, o que seria inexecutável durante o período de realização desta pesquisa, razão pela qual se optou pela classificação técnica.

O primeiro passo para a elaboração da matriz de planejamento da auditoria foi a delimitação do objetivo da auditoria, qual seja: diminuir as glosas. Após essa etapa, foi realizado o desdobramento dos itens que compõem a matriz final, os quais abordaram os diferentes aspectos do escopo da auditoria.

A matriz de planejamento permitirá estruturar o processo de avaliação das contas hospitalares ao longo da internação do paciente. Desse modo, após a elaboração e a entrega para a instituição, a equipe técnica de auditoria, alinhada com as lideranças das unidades de cada área específica, poderá realizar as adaptações necessárias para que a matriz possa ser implantada em outros setores da instituição.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho foi realizado de acordo com a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros, e visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Os benefícios desta pesquisa referem-se à diminuição de gastos indevidos com materiais e procedimentos, tanto para a instituição quanto para o plano de saúde e para o paciente. Por esses mesmos motivos, acredita-se que a pesquisa pode acarretar danos mínimos aos prontuários, como amassados e rasgos, quando manuseados.

Conforme o Termo de Anuência (Anexo A), o responsável concordou que o hospital participasse da pesquisa. Não houve necessidade de utilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois a coleta de dados foi secundária, ou seja, as informações obtidas para a pesquisa estavam contidas nos prontuários médicos.

Assim, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS e foi aprovado sob o número 1.634.986 (Anexo B).

A divulgação dos resultados corresponde à defesa pública da dissertação de mestrado e à publicação de artigos e trabalhos em eventos científicos. Todos os dados provenientes desta pesquisa serão armazenados por cinco anos e, após esse período, serão descartados por meio de picotagem.

6 RESULTADOS E PROPOSTA

Para melhor compreensão, os dados serão apresentados conforme os objetivos propostos.

6.1 Caracterização das contas avaliadas e caracterização das glosas

Na tabela 1, estão caracterizadas as glosas que ocorreram no período pesquisado, por turno e por categoria profissional. Observando o número total de glosas, percebe-se que a categoria com maior quantidade de glosas foi a de técnico em enfermagem, sendo o turno da tarde, o de maior ocorrência.

Tabela 1 – Caracterização das glosas por turno e categoria profissional das contas avaliadas

Profissional	Manhã	Tarde	Noite	Total
Médico	0	0	0	0
Enfermeiro	0	0	6	6
Técnico em enfermagem	278	317	198	793
Fisioterapeuta	0	0	0	0
Nutricionista	140	191	63	394
TOTAL	418	508	267	1193

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os profissionais envolvidos nos cuidados devem anotar, no prontuário, todos os procedimentos realizados de forma clara e detalhada, pois este é um documento legal.

Em relação ao enfermeiro, é ele quem faz a prescrição e o controle, o que torna mais fácil prescrever, checar e evoluir tais prescrições, diminuindo o número de falhas de checagem. Já em relação aos técnicos em enfermagem, o maior problema são os curativos. O hospital elaborou um protocolo a ser seguido nesses casos, porém, talvez por ser um procedimento recentemente implantado, ainda não entrou na rotina desses profissionais, causando glosas em relação à checagem e evolução.

Com isso, o hospital deve fornecer cursos de educação continuada para os profissionais de saúde sobre a importância dos registros corretos e claros, com o preenchimento adequado do prontuário, minimizando, assim, as glosas. (MULATINHO et al., 2012).

Para garantir a continuidade do cuidado e o acompanhamento do paciente, é importante o registro cuidadoso da data e do horário dos atendimentos prestados. Em caso de auditoria, a ausência desses registros pode significar a não realização de um determinado procedimento, o que irá prejudicar financeiramente o hospital onde o paciente foi ou está sendo assistido, ocasionando a não remuneração por parte do convênio. (BACELAR; ALMEIDA; ANDRADE, 2002).

6.2 Relação das glosas com os registros dos profissionais

A partir dos 200 prontuários avaliados, 467 glosas foram encontradas, sendo a maioria relacionada às prescrições médicas (n=263; 56,3%), das quais se destacam as prescrições de medicamentos suspensos (80,6%). Uma glosa de medicação suspensa ocorre quando o médico suspende o uso de determinada medicação, mas não o registra no prontuário. Entre as glosas relacionadas aos registros de enfermagem (prescrição de 24 enfermeiros), a prescrição dos cuidados realizados que não foram checados representou 62,5%. No quadro 2, apresenta-se a descrição das glosas.

Com um índice de glosas de quase 16%, a prescrição de medicamentos reaprazados ocorre quando, por algum motivo, o paciente está ausente do leito no momento da medicação (procedimentos cirúrgicos ou clínicos). Dessa forma, no momento em que o paciente retorna ao leito, as medicações seguintes precisam ser reaprazadas, ou seja, há a necessidade de mudança de horário para sua dispensação.

Quadro 2 – Descrição das glosas quanto ao registro dos profissionais

(continua)

Profissional	Registros (tipo)	Quantidade	Total
Médico	Prescrição de medicamentos suspensos	Manhã: 90 Tarde:59 Noite:63	212
	Prescrição de medicamentos (re)aprazados	Manhã:20 Tarde:07 Noite: 15	42
	Prescrição de medicamentos modificados	0	0

Quadro 2 – Descrição das glosas quanto ao registro dos profissionais

(conclusão)

Profissional	Registros (tipo)	Quantidade	Total
Médico	Prescrição de cuidados não checados	Manhã: 03 Tarde: 02 Noite: 03	08
	Prescrição de cuidados (re)aprazados	Manhã: 01	01
Enfermeiro	Prescrição de medicação em alta, óbito e transferência	Manhã: 02 Noite: 02	04
	Prescrição de cuidados realizados e não checados	Manhã: 13 Tarde: 01 Noite: 01	15
	Prescrição de cuidados nulos	Manhã: 04	04
	Prescrição de cuidados (re)aprazados	Manhã: 01	01
Fisioterapeuta	Prescrição suspensa pela clínica de fisioterapia	Manhã: 64 Tarde: 64	128
Nutricionista	Prescrição de dieta suspensa	Manhã: 09 Tarde: 12 Noite: 06	27
	Prescrição de dieta (re)aprazada	0	0
	Prescrição de dieta modificada	0	0
	Prescrição de dieta nula	Noite: 01	01
	Prescrição de dieta em alta, óbito e transferência	Manhã: 08 Tarde: 08 Noite: 08	24

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Apesar de os registros de fisioterapia serem verificados, esse serviço é terceirizado no hospital e possui uma organização que se dispõe da seguinte forma, conforme o convênio:

a) IPERGS e Unimed: possuem fichas próprias para autorização. Nesse caso, o convênio só paga se a solicitação de fisioterapia estiver na ficha de autorização devidamente preenchida. A Unimed paga conforme o plano do conveniado e por solicitação médica, sendo permitido, no máximo, vinte sessões anuais. O IPERGS paga, dependendo do caso clínico e da prescrição médica, até duas sessões por dia;

b) todas as guias de autorização são encaminhadas para os convênios pela clínica de fisioterapia, com exceção da Unimed e do IPERGS, para os quais são encaminhadas junto à conta do hospital;

c) a evolução é feita em ficha própria (para a fisioterapia) do hospital, comum a todos os convênios.

A nutrição clínica é a área da nutrição que enfatiza o atendimento nutricional a pacientes internados. A equipe identifica necessidades nutricionais diferenciadas, e o acompanhamento permite ao nutricionista a adequação da dieta do paciente. Os pacientes internados no hospital passam por uma avaliação nutricional subjetiva

global, realizada pela equipe de nutricionistas e anexada ao prontuário médico.

A prescrição dietética é realizada pelo médico. Nesse contexto, verificou-se que não há checagem contínua dessa avaliação pela equipe. Assim, a sugestão é que a equipe de enfermagem realize a checagem da dieta (via oral e por sonda), já que a mesma avalia a aceitação ou não pelo paciente, o qual geralmente é evoluído no prontuário. Desse modo, as dietas enterais podem ser tratadas pela enfermagem como procedimento realizado, havendo horário conforme a prescrição, assim como acontece com os medicamentos.

Reafirmando a importância dos registros completos de enfermagem, o artigo 41 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determina que é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem prestar informações escritas e verbais completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). E o artigo 69 do Código de Ética Médica registra ser vedado ao médico deixar de elaborar prontuário para cada paciente. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

O prontuário médico deve seguir regras, tais como (BOTELHO, 2014): inserir nome do paciente, em todas as folhas do prontuário, de forma legível; todos os registros devem ser assinados pelo profissional que prestou o cuidado, permitindo identificá-lo. Além da assinatura, devem constar o nome legível e o conselho ao qual pertence. Isso pode ser realizado por meio de um carimbo constando os dados profissionais.

Na pesquisa, identificou-se que os registros não estão sendo utilizados como instrumentos de comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, pois não há o cuidado em apontar todos os eventos e informações imprescindíveis para o cuidado, tais como sinais, sintomas e exame físico dos pacientes. (VITURI; MATSUDA, 2008). Todas as anotações, principalmente as de enfermagem, são fundamentais para a assistência, uma vez que a prática do cuidado gera informações relevantes para a evolução dos pacientes. Os registros documentam a assistência prestada e, quando imprecisos, podem demonstrar a deficiência na qualidade. (MENEZES; BUCCHI, 2011).

No quadro 3, apresentam-se os itens que mais foram glosados nos prontuários analisados, bem como uma média de custo. É possível identificar que, entre as maiores glosas encontradas nas contas auditadas, estão os custos dos procedimentos remunerados, sendo, sobretudo, uso de oxigênio e nutrições especiais. O não

cumprimento dos procedimentos básicos de checagem, bem como a evolução de cada procedimento, torna essas glosas frequentes. As checagens exigidas pelos convênios diminuiriam, drasticamente, a quantidade e a perda financeira das glosas.

Quadro 3 – Itens prescritos mais glosados nos prontuários avaliados

Itens glosados	Motivo da glosa	Valores (R\$)
HGT	Checado e não evoluído ou não checado	14,28
Oxigênio / hora	Checado e não evoluído ou não checado ou suspenso e mantido	Varia de acordo com convênio (de 24,00 a 215,00) Média = 97,22
Isolamento / 24h	Checado e não evoluído ou não checado ou suspenso e mantido	35,41
Dieta Enteral Nutrison 1.000 ml	Checado e não evoluído ou não checado	817,60
Dieta Enteral Standard 1.000 ml	Checado e não evoluído ou não checado	817,60
Dieta Enteral Novasorce 1.000 ml	Checado e não evoluído ou não checado	293,58
Dieta Enteral Peptamen 1.000 ml	Checado e não evoluído ou não checado	1.434,00
Equipo Enteralfix	Checado e não evoluído ou não checado	853,50
Suplemento Nutricional	Checado e não evoluído ou não checado	(de 49,71 a 75,42) Média = 62,56
Askina Biofilm	Checado e não evoluído ou não checado	138,26
Óleo de canola	Checado e não evoluído ou não checado	(de 3,00 a 6,00) Média = 4,5
Dermodex Prevent	Checado e não evoluído ou não checado	56,22
Kit Aspiração (luva, sonda e cloreto de sódio)	Checado e não evoluído ou não checado	10,00
Kit Central (cateter, fio, luva e xylestesin)	Checado e não evoluído ou não checado	250,00
Curativos	Checado e não evoluído ou não checado	(de 41,64 a 69,40) Média = 55,52
Custo total de perda (média)		4.940,25

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

6.3 Processo de registro de contas que ocasionam glosas técnicas

As glosas mais encontradas das contas auditadas são em relação aos custos dos procedimentos remunerados, como: curativos (por sessão com dimensão), verificação de HGT (por sessão), nebulização (por sessão), sondagens (por sessão), enteroclistmas, aplicação de medicamentos no ambulatório, oxigênio (por hora, com

início e término), isolamento (por dia), dietas e equipos (por sessão).

Um exemplo de glosa é a prescrição de dietas enterais. Os maiores erros ocorrem quando elas são checadas e não evoluídas ou quando não são checadas, mas são evoluídas. *Kits* com o material necessário para cada troca minimizariam esses problemas.

Pelo sistema de auditoria, somente haverá remuneração por parte dos convênios se os procedimentos estiverem corretamente checados e evoluídos no prontuário médico.

No quadro 4, encontram-se os principais motivos das glosas, sua classificação e as propostas de soluções.

Quadro 4 – Motivos das glosas, classificação (administrativo, técnico) e proposta

Motivo glosa	Classificação	Proposta
Checado e não evoluído	Técnica	Dietas enterais dispensadas da farmácia com equipo para bomba de infusão
Não checado	Técnica	<i>Kit</i> de aspiração de vias aéreas <i>Kit</i> passagem de acesso central <i>Kit</i> de sondagens
Suspenso e mantido	Técnica	<i>Checklist</i> diário da prescrição

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A falta de anotação adequada do horário de início e término da oxigenoterapia na evolução da enfermagem, por exemplo, é um dos fatores que mais resulta em glosa, fato confirmado por Ferreira et al. (2009).

Outra falha observada está no preenchimento do cabeçalho das prescrições. Em casos de isolamento e utilização de oxigênio, os protocolos seguem 24 horas de prescrição. Em caso de óbito, transferência ou alta, é necessário circular o horário que estaria prescrito e corrigir, a caneta, o horário em que ocorreu o fato, evitando, dessa maneira, a glosa por parte da fonte pagadora.

A padronização da prescrição também é de extrema importância. Ela deve ser gerada em duas vias, uma para o convênio e outra que permanece no prontuário médico. É importante seguir um padrão, e sugere-se dar prioridade para a via do convênio, a fim de evitar o esquecimento das devidas anotações.

Considerando que todos os procedimentos e as ações da equipe de saúde geram um custo, o principal meio de assegurar o recebimento do valor gasto na

assistência prestada, evitando glosas, é a realização de registros precisos, claros, objetivos, completos e referentes a todas as ações (CLAUDINO et al., 2013).

Entre as propostas de soluções para os itens não checados, sugere-se a criação de *kits*, conforme exposto no quadro 5.

Quadro5– Sugestão de composição de *kits* para os materiais não checados

Kit	Material	Quantidade
Aspiração de vias aéreas	Sonda aspiração plástica nº 10/12 Luvas de aspiração (plástica) Soro fisiológico 0,9% 10ml	6 unidades 6 pares 6 flaconetes
Acesso central	Cateter Mono ou duplo lúmen Xilocaína líquido sem vaso Par de luvas estéril	1 unidade 1 frasco 1 par
Sondagem vesical de demora	Sonda Foley 2 vias Coletor de urina sistema fechado Água destilada 20ml Seringa de 20ml (mulher/homem) Luva estéril Xilocaína geleia 2% sem vaso Gaze	1 unidade 1 unidade 1 unidade 1/2 unidade 1 par 1 tubo 1 envelope
Sondagem vesical de alívio	Sonda uretral plástica Seringa de 20ml Luva estéril Xilocaína geleia 2% sem vaso Gaze	1 unidade 1 unidade 1 par 1 tubo 1 envelope
Sondagem nasogástrica	Sonda gástrica longa plástica Luva de procedimento	1 unidade 1 unidade
Sondagem nasoenteral	Sonda enteral com guia Seringa 20ml Luva de procedimento	1 unidade 1 unidade 1 par

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

6.4 Ações para qualificar a gestão da qualidade

6.4.1 Identificação das glosas

A fim de melhorar a gestão e diminuir o número de glosas, sugere-se, com esta pesquisa, maior organização, uma vez que é possível ter acesso ao índice de glosas. Com isso, reuniões semanais poderiam ser realizadas para verificar o maior número de glosas naquele turno. No quadro 6, tem-se uma sugestão de tabela para melhor identificação destas. Esse processo envolve toda a equipe e começa a criar o hábito de checar e evoluir de forma correta diariamente, além de diminuir os prejuízos do hospital.

Neste trabalho, observou-se que o IPERGS não cobra a checagem dos prontuários para realizar o pagamento das contas. Cria-se, então, o hábito de não cuidar da checagem e da evolução dos prontuários de usuários desse convênio. Como o IPERGS é o convênio mais utilizado dentro da unidade avaliada, é possível inferir que outros convênios possam ser tratados da mesma forma. Entretanto, todos os demais cobram o procedimento.

Por outro lado, também há um prejuízo financeiro da instituição (PEREIRA et al., 2010). Com isso, um sistema de gerenciamento de custo faz-se necessário, evitando a perda financeira do serviço. Além disso, é indispensável a presença e o envolvimento dos profissionais no controle desse sistema, a fim de garantir uma gestão eficaz. (MENEZES; BUCCHI, 2011). Assim, auditoria pode tornar-se uma ferramenta capaz de proporcionar indicadores de qualidade e de aprimorar os serviços prestados. (VIANA et al., 2016).

Quadro 6 – Tabela de identificação das glosas

 UNIDADE: _____ RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____					
Item glosado	Quantidade	Motivo da glosa	Valor	Responsável	Data/Turno

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

6.4.2 Matriz de auditoria de enfermagem

A partir da pesquisa, sugere-se, ainda, que o enfermeiro cuide do (pré) fechamento da conta. O ideal é que este seja diário. Com a matriz de auditoria, tem-se exatamente a quantidade de material pedido para determinado procedimento, e, nela, verifica-se a checagem e evolução do mesmo.

A matriz de auditoria (Quadro 7) foi construída para ser utilizada pelas enfermeiras auditoras no processo de avaliação das contas hospitalares dos pacientes internados. Ela auxiliará na realização da auditoria de enfermagem desenvolvida enquanto o paciente estiver internado. Com esse documento, é possível realizar um acompanhamento de erros e incoerências relacionadas aos registros de enfermagem no prontuário do paciente. É uma lista de verificação que fornece, ao final de um determinado período, um indicativo de possíveis erros e de suas consequências.

O prontuário médico serve como base para a realização da auditoria, possibilitando identificar problemas e orientar a equipe assistencial. Desse modo, o auditor não só terá um registro o mais completo possível como também um respaldo ético e legal. (SETZ; D'INNOCENZO, 2009). Pinto e Melo (2010) afirmam que o prontuário é o principal elo entre o enfermeiro auditor e a equipe assistencial, permitindo-lhe avaliar toda a assistência prestada contida nos registros do prontuário do paciente.

A SAE, aliada à auditoria interna, demanda análises para a busca de melhorias na gestão do serviço, contribuindo para a organização e diminuindo erros. (MENEZES; BUCCHI, 2011).

Além da matriz, também foi elaborada uma escala de serviço por turno para a realização da auditoria interna, conforme mostra o quadro 8.

Quadro 7 – Matriz de planejamento de auditoria

(conclusão)

Dia	Nº Prescrição	Dieta EQBI	O2 24h (início e término)	Isolamento 24 h (Início e término)	Soluções eletrólitos	Nebulização	Medicações	Curativos (tamanho P M G) ¹ / retirada de pontos / curativo de ostomias	Outros (fraldas, óleo, pomadas, curativos especiais ² , sondagens, punção venosa, bolsas de ostomias)	Avaliador (Coren)
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

¹**Curativo pequeno:** gastrostomia, traqueostomia, cateter venoso central, cateter totalmente implantado. **Curativo médio ou grande:** tipo de lesão FO, úlcera por pressão, úlcera venosa, úlcera diabética.

²**Curativos especiais:** coberturas primárias, Adaptic – Aquacel AG – Actisorb Plus – Kaltostat.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Quadro 8 – Escala de serviço por turno para auditoria interna



Mês:							Unidade:										Turno: [] Manhã [] Tarde [] Noite														
Nome do responsável	Coren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															

Divisão dos leitos por empregados:

Responsável 1 – leito 201 ao 205

Responsável 2 – leito 206 ao 210

Responsável 3 – leito 211 ao 215

Responsável 4 – leito 216 ao 220

Responsável 5 – leito 221 ao 226

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

6.4.3 Checklist de gastos em situações de emergência

Ainda nesta pesquisa, foi observado que, na instituição, não existe um instrumento de checagem para quando o carro de emergência é utilizado. O controle sobre a utilização das medicações, em função da situação gerada no hospital avaliado, não é tão eficaz como poderia ser.

Em muitos casos, ocorre que vários materiais são utilizados no momento de uma emergência, e isso pode gerar perda de estoque e falta de débito na conta do paciente. Para isso, um instrumento operacional foi criado, no qual são identificados todos os medicamentos e materiais necessários nessas ocorrências. O *checklist* proposto (Quadro 9) permitirá maior controle sobre os itens utilizados, diminuindo o número de glosas e o ônus para o convênio e hospital.

Quadro 9 – Checklist do uso do carro de emergência

(continua)

 <div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;">Etiqueta do paciente</div>			
Data: ___/___/___ Hora início: Hora término:			
MEDICAMENTOS	QUANTIDA DE USADA	MATERIAIS	QUANTIDAD E USADA
SF 0,9 % 500 ml		AGULHA 25 X 12	
SG 5 % 1.000 ml		AGULHA 25 X 7	
SOL. RINGER 1.000 ml		CADARÇO	
SG 5 % 250 ml		ESPARADRAPO	
SG 10 % 1.000 ml		EXTENSOR O2	
ATROPINA		CÂNULA TRAQUEOSTOMIA PLÁSTICANº_	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4 % 10 ml		CATETER INTRAVENOSONº_____	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4 % 250 ml		CATETER LUMEN SIMPLES 14 g	
CLORETO DE SÓDIO 0,9 % 10 ml		COLETOR DE URINA	
DESLANOSIDEO		ELETRODO DESCARTÁVEL	
DIMORF 10 mg		EQUIPO INTRAFIX COMPACT AIR	
DEXAMETASONA 10 mg – 4 mg/ml		EQUIPO INTRAFIX PRIMEL AIR	

Quadro 9 – Checklist do uso do carro de emergência

(conclusão)

DOPAMINA 50 mg – 5 mg/ml		EXTENSOFIX 20 cm	
ADRENALINA		EXTENSOR AR COMP.	
DORMIRE 50 mg – 10 ml		LÂMINA BISTURI Nº _____	
DORMIRE 5 mg		LUVA LUPLATEX	
DORMONID 15 mg		LUVA MUCAMBO Nº _____	
ÁGUA BID. 10 ml		MÁSCARA HUDSON	
ÁGUA BID. 20 ml		MÁSCARA VENTURI	
ÁGUA BID. 250 ml		MICROPORE LARGO (5,0 CM)	
ATLANSIL		MICROPORE MÉDIO (2,5 CM)	
FENTANIL 10 mg		MONONYLON 3-0	
FUROSEMIDA		SEDA 2-0 813	
GLICOSE 50 %		SERINGA 03 ml	
HEPARINA (EV)		SERINGA 05 ml	
HIDANTAL 250 mg – 50 mg/ml		SERINGA 10 ml	
HIDROCORTIZONA 500 mg		SERINGA 20 ml	
LANEXATE		SERINGA 60 ml CATETER	
MANITOL 250 ml		SERINGA 60 ml LUER	
NORADRENALINA		SERINGA INSULINA	
SF 0,9 % 1.000 ml		SONDA FOLEY 2V nº _____	
SF 0,9 % 100 ml		SONDA NASOGÁSTRICA nº _____	
SF 0,9 % 250 ml		SONDA URETRAL PLÁSTICA Nº _____	
SOLUMEDROL 125 mg		TORNEIRINHA 3V	
SUCCINIL COLIN		TOT nº _____	
TERBUTIL 0,5 mg – 1 ml			
TRIDIL			
VOLUVEM 250 ml			
XYLESTIN 2 % C/V – 20 ml			
XYLESTIN 2 % S/V – 20 ml			
XYLESTIN GELEIA			
XYLESTIN SPRAY			

Assinatura: _____ COREN: _____

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa auxiliou no controle das contas hospitalares, pois, embora tenha sido aplicada em apenas uma unidade, já trouxe resultados de melhoria, reduzindo os gastos financeiros da instituição. Durante sua execução, pôde-se aplicar algumas ações avaliativas com a finalidade de qualificar a assistência prestada. A geração de novos conhecimentos referente às contas auditadas possibilitou uma avaliação real dos problemas diários enfrentados na unidade, bem como as condutas em relação a eles, tais como a padronização de reuniões diárias, baseadas nos índices de glosas fornecidos pelo hospital, o que pode servir de base para verificar o número de glosas por turno, na busca de soluções para minimizá-las. Esse procedimento de reuniões diárias envolve toda a equipe e cria o hábito de checar e evoluir corretamente e diariamente. Além disso, poderia minimizar o número de glosas e gerar um padrão de anotação qualificado e checagem em todos os turnos, para todos os profissionais envolvidos.

Como sugestão de melhoria, um *checklist* para o carro de emergência foi criado, a fim de sistematizar a cobrança dos materiais utilizados. Além disso, em caso de situação de emergência, o carro estará sempre abastecido, primando pela segurança do paciente.

Outra sugestão que, futuramente, poderá ser implantada é a dispensação de medicações por dose unitária, o que, além de aumentar a segurança do paciente, diminui o número de glosas e, conseqüentemente, os custos. Como um dos maiores índices de glosas analisado foi justamente a suspensão de medicações sem a devida anotação no prontuário, a dispensação unitária poderia ser utilizada para reduzir os erros, custos e perdas. As medicações poderiam ser solicitadas a cada troca de plantão ou a cada 12 horas, o que faria com que essas informações fossem checadas duas vezes durante o dia. Além disso, como estariam embaladas uma a uma, o que não fosse utilizado, no caso de suspensão, poderia ser devolvido para uso em outra ocasião. Ressalta-se que tal sugestão depende do processo de dispensação da farmácia, o que não foi analisado nesta pesquisa.

Para fins de conclusão, é importante destacar que os resultados desta pesquisa não devem ser generalizados para as unidades não avaliadas, mesmo que estas possuam as mesmas características da unidade em estudo, pois os resultados dependeram não só da equipe assistencial avaliada, mas também do perfil do

paciente encontrado. Fica clara, portanto, a necessidade de implantar um processo de auditoria nas unidades hospitalares, não se limitando somente à visão financeira e disciplinatória, mas atrelando uma visão empreendedora, com qualidade assistencial, ao cotidiano da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ATTIE, William. **Auditoria: conceitos e aplicações**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BACELAR, Simônides; ALMEIDA, Wanderley Macedo de; ANDRADE, Glória Maria. Falhas e dúvidas comuns no uso do prontuário do paciente. **Brasília méd**, Brasília, v. 39, n. ¼, p. 42-51, 2002.

BOTELHO, Fernanda Rebouças. **Organização e conscientização da importância do prontuário como ferramenta na assistência ao paciente na unidade de saúde palmital em Lagoa Santa, Minas Gerais**. 2014.35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família) – Curso Estratégia da Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Lagoa Santa, 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: O Conselho, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 08 out. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Distrito Federal. Tribunal de Contas. **Manual de Auditoria: parte geral 2ª v**. Brasília: TCDF, 2011. 146 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS: orientações básicas**. Brasília. 2011. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2016.

BRITO, Magnólia Fernandes; FERREIRA, Leonardo Nunes. **A importância da auditoria interna hospitalar na gestão estratégica dos custos hospitalares**. 2006. 16 f. Trabalho desenvolvido na graduação de Ciências Contábeis da Universidade Católica de Brasília. (Bacharel em Ciências Contábeis) – Curso de Ciências Contábeis, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.macielauditores.com.br/site/a-importancia-da-auditoria-interna-hospitalar-na-gestao-estrategica-dos-custos-hospitalares/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

CAMPOS, Claudilene Vitor; SANTOS, Leila das Graças Siqueira. A percepção do enfermeiro sobre o seu papel no gerenciamento de custos hospitalares. **REME rev.**

min. Enferm., Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 249-256, abr./jun., 2008. Disponível em: <reme.org.br/artigo/detalhes/265>. Acesso em: 08 dez. 2016.

CLAUDINO, Helen Gomes et al. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 397-402, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a20.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 266**, de 05 de outubro de 2001. Aprova atividades de Enfermeiro auditor. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2662001_4303.html>. Acesso em: 01 ago. 2015.

_____. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 dez. 2016.

_____. **Resolução n. 311**, de 08 de fevereiro de 2007: aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº1931/2009**. Publicada no Diário Oficial da União de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_4.asp>. Acesso em: 07 dez. 2016.

DORNE, Juliane; HUNGARE, Jaqueline Volpato. Conhecimentos teóricos de auditoria em enfermagem. **Revista UNINGA**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 11-17, jul./set., 2013. Disponível em: <<http://www.mastereditora.com.br/review>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

FARACO, Michel Maximiano; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. Auditoria do método de assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 421-424, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2016.

FARIAS, M.C. et al. Sistematização da assistência de Enfermagem: ferramenta importante na prática do profissional enfermeiro. **Perspectiva Amazônica**, Santarém, v.1, n.1, p.73-81, jan. 2011.

FERREIRA, Tânia et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichan**, Colômbia. 9,n. 1, p. 38-49, 2009.

- FRANÇOLIN, Lucilena et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm.**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/3981>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- GALLO, Adriana Martins; MATTOS, Irene Lopes de. Posicionamento dos técnicos de enfermagem sobre a importância dos registros de informação em prontuários. **RevistaF@pciência**, Apucarana-PR, v.9, n. 11, p. 88–100, 2012.
- GEADA, Ana Cristina; PEDRO, Ana Luisa. Planear a vigilância epidemiológica das infecções associadas aos cuidados de saúde. **Nursing**, Portugal 255, 2010. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3560-planear-a-vigilancia-epidemiologica-das-infecoes-associadas-aos-cuidados-de-saude#.V0tRI_krLIU>. Acesso em: 29 mai. 2016.
- GOTTO, Dora Yoko Nozaki. **Instrumento de auditoria técnica de conta hospitalar mensurando perdas e avaliando a qualidade da assistência**. 2001. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em projetos Assistenciais de Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.
- KURCGANT, Paulina. **Administração em enfermagem**. 3.ed. São Paulo: EPU, 2016.
- MENEZES, Juliana Guerrino Barbosa Rocha de Lima; BUCCHI, Sarah Marília. Auditoria em enfermagem: um instrumento para assistência de qualidade. **Enferm UNISA**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 68-72, 2011. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2011-1-12.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- MOTTA, Ana Letícia. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. 2.ed. São Paulo: Ed. Látria, 2004.
- MULATINHO, Letícia Moura et al. Auditoria de enfermagem: uma contribuição à minimização das glosas hospitalares. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Recife, v. 1, n. 1, p. 35-40, jan./mar. 2012.
- PELLEGRINI, G. Glosas convênio x prestador. In: **Congresso Latino Americano de Serviços de Saúde e 3ª Jornada de Gestão e Clínicas Médicas**, 2004. São Paulo, Anais eletrônicos, São Paulo, 2004.
- PEREIRA, Patrícia Mirapalmete et al. Auditor nurse's importance in qualification of the nurse care. **Revenferm UFPE online**, Recife, v. 2, n. 4, p. 504-509, abr/jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.644-7078-1-LE.0402201008>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- PERIN, Ângela Maria. O maior hospital privado do RS. **Revista do HCCA**, ano 1, n. 1, p. 8-11, 2016.

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, p. 671-678, set. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2016.

RIANI, Marlus Keller. **Planos de saúde**: a harmonização dos interesses na relação de consumo. 2010. 146 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito Empresarial, Faculdade de Direito Milton Campos (FDMC), Nova Lima, 2010.

RIOLINO, Angelina Nagy; KLIUKAS, Gabriela Brunetti Vellego. Relato de experiência de enfermeiras no campo de Auditoria de Prontoário: uma ação inovadora. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 65, n. 6, p. 35-38, 2003.

RODRIGUES, Vanessa; PERROCA, Márcia; JERICÓ, Marl. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v.11, n. 4, p. 210-214, out./dez. 2004.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

SILVA, Agneta Torres da; SANTO, Eniel do Espírito. Auditoria como ferramenta para a excelência da gestão hospitalar. **Rev Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 43-60, 2013. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/57>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SILVA, Everton Nunes da; SILVA, Marcus Tolentino; PEREIRA, Maurício Gomes. Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 437-439, abr./jun. 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00437.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2016.

SILVA, Patrícia Cristina da; CASA, Evelen Cristiane Spilla. Auditoria interna em enfermagem e educação continuada: um feedback positivo. **Rev Enferm UNISAN**, Santo Amaro, v. 7, p. 48-51, 2006.

SOUZA, Naiara Nágela Nascimento. A necessidade do prontuário para a auditoria de enfermagem. **Webartigos**, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-necessidade-do-prontuario-para-a-auditoria-de-enfermagem/140705/#ixzz4QwqOkIj0>>. Acesso em: 09 mar. 2016.

SOUZA, Vânia de; MOURA, Fátima; FLORES, Mirian Lacerda. Fatores determinantes e consequências de falhas registradas na assistência de enfermagem – um processo educativo. **REME Rev mineira enferm**, Belo Horizonte; v. 6, n. ½, p. 30-34, 2002.

TEIXEIRA, Renata Valéria Longo. **A qualidade, os custos e a enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento de Enfermagem, Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

VIANA, Carla Denise et al. Implementation of concurrent nursing audit: na experience report. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e3250014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100702&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 dez. 2016.

VITURI, Dagmar Willamowius; MATSUDA, Laura Misue. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. **Online Braz J Nurs.**, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2008.1241/295>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

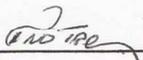
ANEXO A- TERMO DE ANUÊNCIA**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS****TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR OU
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Título do projeto de pesquisa:

**PADRONIZAÇÃO DA GESTÃO DO PROCESSO DE AUDITORIA INTERNA
PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE UM
HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SANTA MARIA, NO INTERIOR DO RIO
GRANDE DO SUL**

Eu, **PIO TREVISAN**, responsável pelo setor/instituição **HOSPITAL DE CARIDADE DR. ASTROGILDO DE AZEVEDO**, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido por (pesquisador responsável) **MARISA ROSA**, dos objetivos e metodologia a ser utilizada, concordando com a realização da pesquisa no local.

Data **30/05/2016**



Pio Trevisan
Assinatura do responsável pelo
setor/instituição e carimbo

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PADRONIZAÇÃO DA GESTÃO DO PROCESSO DE AUDITORIA INTERNA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SANTA MARIA, NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: MARISA RODRIGUES DA ROSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57151016.8.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.634.986

Apresentação do Projeto:

A mestranda Marisa Rodrigues da Rosa apresenta seu Projeto de Dissertação de Mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Mestrado Profissional em Enfermagem – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, sob a orientação da Profa. Dra. Karin Viégas. Seu objetivo consiste em realizar um estudo sobre a "padronização da gestão do processo de auditoria interna para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares de um hospital privado na cidade de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul." A metodologia contempla coleta de dados junto aos prontuários dos pacientes internados em uma das unidades de atendimento clínico-cirúrgica de um hospital da cidade. Em seguida, análise dos mesmos e apresentação de uma proposta de normatização dos registros do prontuário do paciente. Esta proposta será colocada em prática e, após um período de seis meses, nova coleta e análise de dados está prevista, sempre junto aos prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral está inadequado. Parte de um prejuízo que somente a pesquisa poderá averiguar e, caso exista, à luz de certos padrões, propor um novo. O prejuízo é o de que a "gestão do processo de auditoria interna para a melhoria da qualidade dos serviços" deste hospital é falho.

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

Continuação do Parecer: 1.634.986

Somente após a coleta e análise dos dados é que será possível averiguar se são ou não falhos e se, a partir de então, é o caso de propor uma gestão do processo de auditoria interna para a melhoria da qualidade dos serviços. Pode até a pesquisa descobrir que não existe tal necessidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A coleta de dados junto aos prontuários não apresenta riscos. Os benefícios da pesquisa dizem relação à possibilidade de contribuir na elaboração de uma proposta mais eficiente e adequada de normatização dos registros do prontuário do paciente no hospital estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Há contradições entre os objetivos da pesquisa e a imediata proposta de uma apresentação de proposta de normatização dos registros do prontuário do paciente. Rever isso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

É apresentado um Termo de Anuência para a realização da coleta de dados junto ao Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo, Santa Maria, RS.

Recomendações:

Rever o objetivo geral da pesquisa. Como afirmado acima, somente após a coleta e análise dos dados é que será possível averiguar se há falhas e se, a partir de então, é o caso de propor uma gestão do processo de auditoria interna para a melhoria da qualidade dos serviços. Pode até a pesquisa descobrir que não existe tal necessidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_740656.pdf	17/06/2016 14:54:44		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	17/06/2016 14:54:20	Karin Viegas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	17/06/2016 11:18:26	Karin Viegas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/06/2016	Karin Viegas	Aceito

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 1.634.986

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10:49:28	Karin Viegas	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA.pdf	17/06/2016 10:48:14	Karin Viegas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 13 de Julho de 2016

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador)

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br