

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

FABRÍCIO MILAGRE ANGELI

**GLOSAS HOSPITALARES: O IMPACTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NA AUDITORIA**

VITÓRIA
2018

FABRÍCIO MILAGRE ANGELI

**GLOSAS HOSPITALARES: O IMPACTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NA AUDITORIA**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profª Claudia Manola Cubani

VITÓRIA
2018

FABRÍCIO MILAGRE ANGELI

**GLOSAS HOSPITALARES: O IMPACTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NA AUDITORIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof^a. Claudia Manola Cubani

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, UCV

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, UCV

Dedico este trabalho para Sérgio Braz Angeli, o melhor pai do mundo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, pelo amor, incentivo e apoio incondicional que apesar de todas as dificuldades sempre esteve ao meu lado e fortaleceu para que esse momento acontecesse e teve um grau de importância irrelevante, agradeço a minha madrasta Lucineia que teve toda paciência e cooperação durante esse período, a minhas filhas Amanda e Helena que foram meu incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Obrigado ao meu irmão Wesley, que nos momentos da minha ausência dedicada ao estudo superior, sempre me fez entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente! Obrigado! Primas Juciara e Rosiane, Tios Rita e Luiz pela contribuição valiosa da presença constante em minha vida.

Meus agradecimentos as minha melhores amigas Helaine Lana e Dalva Pedruzzi que o tempo inteiro estavam me fortalecendo, minhas companheiras de trabalhos e irmãs na amizade foram de extrema importância nessa formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza, não poderia jamais de citar o nome da minha coordenadora Lidiane Novaes pelo desempenho e carinho com a formação do profissional que hoje sou e mais do nunca tenho certeza que Deus sempre coloca anjo em nossa vida para que nos incentive a não desistir da caminhada e que a vitória vem através das lutas, A minha orientadora Claudia Manola Cubani pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos, agradeço a Prof. Dalina Lopes que em meus momentos de desânimo em nossos estágios devido ao cansaço sempre me ajudou a repor essas energias com muito ânimo e com palavras positivas e incentivo, agradeço a essas professoras por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por todos que se dedicaram a minha formação, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

“Tudo parece indefinível, até que pelas frestas do meu caminho escuro vejo-me novamente em festa, convidando-me a desafiar o que me espera...”

Jaime Vieira

RESUMO

Atualmente, o mercado de trabalho torna-se extremamente competitivo e para que as instituições permaneçam nesse mercado é necessário associar baixos custos com trabalho de qualidade. A auditoria surge como uma importante ferramenta para a análise da qualidade dos serviços oferecidos e dos custos das organizações da área da saúde, sendo tida como uma avaliação que ocorre formalmente, a qual analisa se o desenvolvimento das atividades está de acordo com os objetivos institucionais propostos. Além disso, a auditoria tem como finalidade a investigação dos gastos da instituição. Para isso, ocorre a verificação das estatísticas da organização hospitalar, do faturamento total e dos processos de glosas. Glosa é o cancelamento que ocorre total ou parcialmente, estando relacionada a uma conta ou orçamento ilegal. Em outras palavras, são itens nos quais a cobrança efetuada não é compatível com o que foi firmado entre o contratado e o contratante. Como a área de auditoria de enfermagem é de extrema relevância; porém, ainda pouco estudada, este projeto justifica-se pela necessidade de analisar a importância da auditoria de enfermagem, tendo em conta o papel desempenhado pelo enfermeiro na qualidade do serviço prestado aos clientes, acarretando na reflexão dos mesmos através do conhecimento do papel desse profissional da saúde nas auditorias. O objetivo geral do trabalho será avaliar a repercussão da assistência de enfermagem nas glosas hospitalares. Já os específicos; conhecer auditoria e seus processos no âmbito hospitalar; analisar as anotações de enfermagem em unidade hospitalar; conhecer o impacto da assistência de enfermagem na auditoria. Para tal, a pesquisa será desenvolvida a partir da pesquisa feita na biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os seguintes descritores; glosas hospitalares, auditoria hospitalar e impacto da enfermagem na auditoria. Serão analisados artigos acadêmicos, teses, monografias e trabalhos de conclusão de curso, em português.

Palavras-chave: Glosa. Auditoria. Papel do Enfermeiro.

ABSTRACT

Currently, the labor market becomes extremely competitive and for institutions to remain in this market it is necessary to associate low costs with quality work. Audit emerges as an important tool for analyzing the quality of the services offered and the costs of health organizations, and is considered as a formal evaluation, which analyzes whether the development of activities is in accordance with the proposed institutional objectives. In addition, the audit is intended to investigate the institution's expenses. For this, the verification of the statistics of the hospital organization, of the total billing and the processes of glosses occurs. Gloss is a cancellation that occurs in whole or in part, being related to an illegal account or budget. In other words, they are items in which the billing is not compatible with what was signed between the contractor and the contractor. As the area of nursing audit is extremely relevant; but still little studied, this project is justified by the need to analyze the importance of the nursing audit, taking into account the role played by the nurse in the quality of the service provided to clients, leading to their reflection through the knowledge of the role of this professional audit. The general objective of the study will be to evaluate the impact of nursing care on hospital glossaries. Already the specifics; to know audit and its processes in the hospital scope; analyze the nursing notes in the hospital unit; the impact of nursing care on the audit. For this, the research will be developed from the research done in the Virtual Health Library (VHL), with the following descriptors; hospital glossaries, hospital audit, and nursing impact on auditing. Academic papers, theses, monographs and course completion papers will be analyzed in Portuguese.

Keywords: Gloss. Audit. Role of the Nurse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Exemplo de hospital do início do século XIX.....	44
Figura 02 - Funcionamento da Auditoria	46
Figura 03 - Prontuário x Registros de enfermagem.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Cinco dimensões de um hospital.....	27
Quadro 02 – Custos hospitalares.....	30
Quadro 03 - Atuação do enfermeiro no centro cirúrgico.....	32
Quadro 04 – Materiais OPME e suas descrições.....	35
Quadro 05 – Comparativo entre Auditoria Interna e Externa.....	47
Quadro 06 – Entendo o conceito de glosa.....	51
Quadro 07 – Casos mais comuns de Glosas.....	53
Quadro 08 – Documentação necessária à fundamentação da glosa de acordo com o tipo de atendimento.....	53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS.....	24
1.1.1 Objetivos gerais	24
1.1.2 Objetivos específicos	24
1.2 JUSTIFICATIVAS.....	24
2 REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 O HOSPITAL.....	25
2.2 A SITUAÇÃO ATUAL DOS HOSPITAIS NO BRASIL.....	29
2.3 SISTEMA DE CUSTOS.....	30
2.4 SETORES HOSPITALARES.....	31
2.4.1 Centro cirúrgico	32
2.4.2 Materiais Consignados - OPME	34
2.4.3 Internação cirúrgica	36
2.4.4 Pronto Socorro	38
2.4.5 Unidade de Terapia Intensiva	39
2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	40
2.6 PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS.....	41
2.7 AUDITORIA.....	42
2.7.1 História da auditoria	42
2.7.2 Formas de auditoria	46
2.7.2.1 Auditoria interna.....	46
2.7.2.2 Auditoria externa.....	46
2.7.3 O auditor	47
2.7.4 O médico auditor	48
2.7.5 O enfermeiro auditor	48
2.8 GLOSA HOSPITALAR.....	49
2.8.1 Conceitos	49
2.9 ALGUMAS LEGISLAÇÕES QUE ABRANGEM A GLOSA.....	51
2.10 APLICABILIDADE DA GLOSA.....	52
2.11 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À APLICAÇÃO DA GLOSA.....	54
2.12 REGISTROS DE ENFERMAGEM.....	55

3 METODOLOGIA.....	57
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

A auditoria hospitalar vem se reestruturando com o passar do tempo, devido a necessidade de atendimento de excelência com novas tecnologias, que vem desafiando o controle e efetividade dos processos hospitalares. Neste cenário, o papel fiscalizador e controlador, dá lugar ao papel educativo (COUTINHO, 2011).

DIAS e outros (2011), quando desenvolveram pesquisas a respeito do tema, objetivaram entender e descrever a função do profissional de enfermagem na função de auditor, partindo de uma revisão bibliográfica, com consultas em artigos nas bases dados da LILACS e SCIELO, com as seguintes temáticas; qualidade de assistência de enfermagem, auditoria de enfermagem, auditoria e supervisão de enfermagem. Como conclusão, os estudos analisados relatam as principais distorções e não conformidades existentes nas anotações de enfermagem, e descrevem, também, os prejuízos financeiros e a função administrativa do enfermeiro. O estudo, aqui desenvolvido, apresenta a prática da auditoria em formato de ferramentas de aprendizagem simples e concisas, que podem auxiliar na função de liderança do enfermeiro junto à equipe de enfermagem.

Seguindo as diretrizes de Florence, na atualidade as anotações de enfermagem consistem nos registros ordenados e sistematizados de “toda informação, procedimentos, orientações e assistência que a equipe de enfermagem realizou durante o período em que o paciente esteve sob os seus cuidados”. Esses registros servem, principalmente, para que o serviço de auditoria seja realizado (SEIGNEMARTIN et al., 2013, p. 02).

Quando um paciente é internado, um custo bastante extenso se apresenta, pois toda uma equipe de médicos, enfermeiros e auxiliaries são deslocados para observá-lo e agir, quando for necessário, enquanto ele esteja internado. O procedimento de se garantir a validação do valor disponibilizado durante a assistência, e impedir as glosas, ocorre em virtude das devidas anotações de enfermagem que atestam o cuidado e a dinâmica do cuidado (TREVISAN; STUMM, 2011).

Diante desse contexto, a auditoria refere-se a uma ferramenta para analisar as atividades e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, quando do cuidado do paciente, desde o momento em que o mesmo entra na Unidade de

Saúde, até o momento em que é devidamente liberado pelo médico responsável. O instrumento que deve ser corretamente utilizado é o prontuário, que possui como objetivo dar qualidade de assistência ao paciente, e em paralelo reduzir custos, para que a empresa possa ter sua contabilidade equilibrada (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2013).

Atualmente, o mercado de trabalho torna-se extremamente competitivo, e para que as instituições consigam resistir neste Mercado, faz-se necessário associar baixos custos com trabalho de qualidade (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991).

Em instituições voltadas para a área da saúde não é diferente; clínicas, hospitais e organizações afins passam a estar posicionadas e organizadas de modo a se diferenciar e permanecer no mercado, mesmo com todas as alterações que ocorrem constantemente (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991).

Tal imposição do mercado exige profissionais da saúde cada vez mais qualificados, e com uma preocupação maior para a análise e entendimento de custos de sua organização (GOTO, 2001).

Neste contexto, a auditoria surge como uma importante ferramenta para a análise da qualidade dos serviços ofertados, assim como os custos inerentes aos negócios das empresas atuantes no setor hospitalar. A auditoria, então, é tida como uma avaliação que ocorre formalmente, a qual analisa se o desenvolvimento das atividades está em conformidade com os objetivos institucionais propostos (GOTO, 2001).

De acordo com Moraes e outros (2015), a auditoria está totalmente ligada aos padrões de qualificação e financeiro de uma instituição hospitalar, que por sua vez é definida em uma revisão detalhada e avaliação da qualidade e do serviço prestado.

Assim, a auditoria se apresenta como um instrumento que possibilita identificar falhas e promover novas medidas apropriadas para corrigir e prevenir. Com essa avaliação sistemática, o labor da equipe de enfermagem pode ser monitorado tendo suma importância as anotações feitas pelas equipes de enfermagem. Com isso, os clientes passam a ser beneficiados, tendo a possibilidade de possuir um tratamento de melhor qualidade através de um serviço com maior qualidade e segurança (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).

Os dados coletados pelos auditores permitem que a equipe de enfermagem possa analisar os aspectos positivos e negativos de seu trabalho, podendo alterar a sua

conduta fornecendo um trabalho de excelência aos pacientes. Por esta razão, a auditoria é considerada por muitos estudiosos como instrumento educativo, que visa apontar os acertos e entender os resultados não satisfatórios. E, dessa forma, promover mudanças que servirão de estímulos para um melhor desempenho profissional (SOUZA; MOURA; FLORES, 2002).

O prontuário do paciente, nos dias atuais, apresenta-se como de fundamental importância para se observar e analisar a qualidade do serviço prestado pela equipe de enfermagem, sendo, muitas vezes, utilizado na elaboração do faturamento pelos auditores internos ou externos à instituição (TANJI et al., 2004).

E quando se fala no serviço de enfermagem, a auditoria apresenta-se cada vez mais essencial no controle da qualidade e no aumento da satisfação do cliente diante de uma eficaz assistência. No entanto, profissionais criticam a rigorosa análise dos prontuários, alegando que o mesmo analisa apenas anotações e não os cuidados que o profissional teve com seus clientes. Mesmo assim, é notória a correlação existente entre essa avaliação e os cuidados da equipe no desenvolvimento de seu trabalho (AZEVEDO, 2000).

O profissional de enfermagem, exercendo seu papel como auditor, precisa ter o acesso a toda e qualquer informação proveniente do paciente, que consta em seu prontuário, e a qualquer documentação que lhe for ofertada/disponibilizada, para realizar suas funções adequadamente (FLORÊNCIO, 2015).

Neste sentido, há vários tipos de auditorias, inclusive aquelas que visam a diminuição dos gastos tidos como desnecessários. A essa auditoria dá-se o nome de auditoria de custos. A auditoria de custos prima por controlar a conferência dos faturamentos dos planos de saúde, assim como a verificação de exames através de visitas frequentes a pessoas internadas; podendo, assim, correlacionar informações. Além disso, tal auditoria tem como finalidade a investigação dos gastos da instituição (PELLEGRINI, 2004).

Glosa é o cancelamento que ocorre total ou parcialmente, estando relacionada a uma conta ou orçamento ilegal. Em outras palavras, são itens nos quais existe uma enorme diferença entre o que é cobrado e o que foi efetivamente objeto de contrato entre o contratado e o contratante (GOTO, 2001).

No processo de cuidado do ser humano, algo fundamental com o qual o profissional de enfermagem precisa observar são os registros de enfermagem, pois ali encontram-se informações valiosas acerca do paciente. É o meio de comunicação existente entre os profissionais da saúde acerca daquele paciente. Quando feito adequadamente, pode ser usado para diversas outras finalidades (OCHOA-VIGO et al., 2001).

Assim, essas glosas são provenientes de erros operacionais no ato da cobrança ou na apresentação de valores dos serviços e fármacos utilizados pelo paciente. (PELLEGRINI, 2004).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivos gerais

- Identificar, mediante revisão bibliográfica, o impacto da assistência de enfermagem nas glosas hospitalares e os motivos que contribuem para essas falhas.

1.1.2 Objetivos específicos

- Conhecer a auditoria e suas dinâmicas no âmbito hospitalar;
- Refletir sobre as anotações de enfermagem em unidade hospitalar;
- Ter ciência do impacto da Assistência de Enfermagem na auditoria;
- Saber como a anotação de enfermagem pode auxiliar no momento em que se queira otimizar as glosas hospitalares.

1.2 JUSTIFICATIVAS

Este trabalho tem por justificativa a execução de atividades em estágio extracurricular em um hospital de grande porte no setor de auditoria, a qual observei um desalinhar entre assistência de enfermagem e sua respectiva descrição.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O HOSPITAL

Historicamente no início da assistência médica, no começo da civilização foi uma época caracterizada por uma forte influencia mística e religiosa, as doenças eram totalmente voltadas para questão do sobrenatural, os sacerdotes em designados como médicos dessa época (ABBAS, 2001).

Acredita se que essa assistência hospitalar, começou na china no século XII a.C., aonde os doentes pobres eram atendidos em algumas unidades (RAMOS, 1972).

Na Grécia, os “Asclepio” eram santuários que recebiam doentes, na maioria das vezes viajantes, e possivelmente tiveram uma influencia sobre as observações de Hipocrates, que foi considerado o pai da medicina empírica, existem relatos que eram predominantes os hospitais militares em Roma, com a intenção de cura e recuperação plena dos soldados que voltam das guerras (ABBAS, 2001).

Na época cristã, o Concilio de Nicéia, obrigou que os bispos construíssem hospitais em parcerias com as catedrais de cada região, provendo atendimento aos que não possuíam recursos para tal, aos peregrinos fatigados e aos doentes privados da esperança da cura. No período da Idade Média existiu uma quantidade grande desses locais por toda Europa, pois promoveram esses atendimentos em nome da caridade Cristã (ABBAS, 2001).

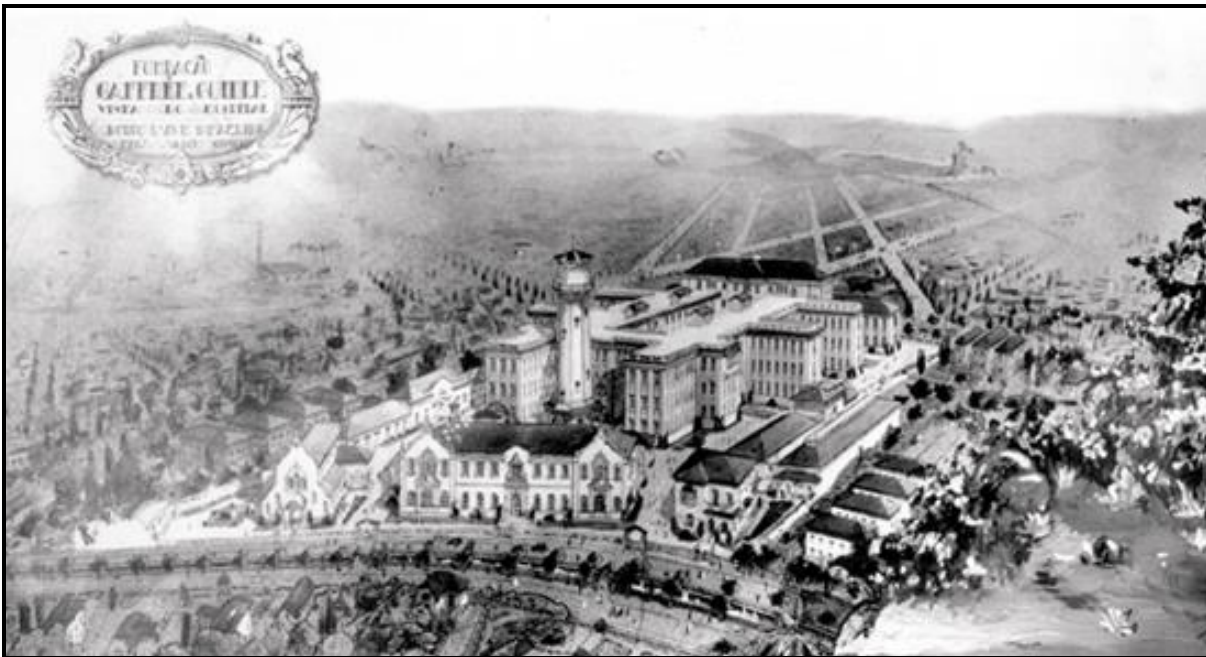
No período do Mercantilismo, foram construídos hospitais para obter o controle de doenças que pudessem ser transmitidas, e assim foram sendo montadas as primeiras maternidades com a visão de proteção aos nascimentos (ABBAS, 2001).

A Revolução Industrial gerou um crescimento rápido das cidades, e com isso trouxe também grandes problemas em relação às condições de vida dos pobres, e com isso as tecnologias foram evoluindo e exigindo mão de obra saudável, exigia uma demanda ordenada em relação ao setor produtivo (MEDEIROS; ROCHA, 2004).

Os locais que, nos dias hodiernos, são chamados de hospitais, desde sua primeira concepção, sempre foi um ambiente para abrigar e cuidar pessoas que carecem de uma boa saúde. Durante a Idade Média a Igreja Católica utiliza os espaços para

tartar de enfermos, e paralelo a isso forneciam assistência religiosa, que diga-se de passage, era o seu maior interesse frente aos moribundos. Com o fim da Idade Média, os hospitais tiveram outra destinação, a saber; doentes mentais, leprosos, enfim, toda sorte de sujeito que era excluído pela sociedade. Pouco a pouco foram surgindo as conhecidas *clínicas*, e com isso os hospitais passaram por uma revolução conceitual. Nas clínicas, os pacientes eram observados, tratados e cuidados cientificamente, respeitando os valores da vida, e com o desenvolvimento do capitalismo as clínicas viraram enormes fontes de lucro, devido ao fato de um doente necessitar, de imediato, de tratamento e de cuidados especiais imediatos para retornar aos seus afazeres (ORNELLAS, 1998).

Figura 01 - Exemplo de hospital do início do século XIX



Fonte: Sanglard (2007)

Um hospital é um conjunto de métodos bem complexos, pois é de extrema relevância usar um método mais humano e menos mecânico, mesmo sendo um local com muitos equipamentos, material e instalações. Tendo esta visão é necessário que toda equipe responsável por prestar assistência sejam bem instruídos e treinados para promoverem um atendimento com satisfação para os clientes, sem perder seu lado humano (ORNELLAS, 1998).

A tecnologia teve um grande avanço nos últimos 50 anos. Foi um progresso brutal, e todos os dias aparecem novas técnicas de diagnóstico, que permitem uma análise

rápida das situações que anteriormente ficavam ocultas. Em contrapartida, com essas inovações os custos são bem altos, mas dando a cada dia novas terapias de cura, técnicas cirúrgicas mais especializadas, proporcionando a essa clientela um prolongamento de vida que antes eram de expectativas zero de sobrevivência, a todo momento esses profissionais estão adquirindo treinamentos em suas áreas para os novos desafios (ABBAS, 2001).

O paciente em hipótese alguma pode ser comparado a uma peça em construção, ele necessita muito dessa interação com essa equipe multidisciplinar que proporciona e leva esse cuidado, sem falar do vínculo criado entre esses membros das instituições. Fica claro que esses profissionais da rede hospitalar estão totalmente voltados para suprir as expectativas desses clientes, envolvendo um laço de segurança, dinâmica e cuidado, e ser atentos a todas as atividades (COSTA, 1978).

O hospital é uma organização altamente complexa, e totalmente completa, pois abarca todas as tecnologias de ponta que estão surgindo, novos conhecimentos na área médica e a ciência aplicada (RIBEIRO et al., 2009).

De acordo com Ribeiro e outros (2009, p. 04 apud Daft, 1999), podemos conceituar um hospital “a partir de cinco dimensões que são apresentados no Quadro 01:

Quadro 01 - Cinco dimensões de um hospital

DIMENSÕES	CARACTERÍSTICAS
Produção e consumo simultâneos	Caracterizado pelo atendimento médico que é recebido simultaneamente pelo paciente, envolvendo também exames diagnósticos e resultados seguidos de diagnóstico médico, simultaneamente;
Produtos personalizados	Plano de tratamento e padrões de conduta que dependem da patologia, assim, cada paciente recebe o tratamento específico;
Participação dos clientes nos processos de produção	Caracterizado pelos registros médicos e de enfermagem. A informação do cliente (paciente) é fundamental para o processo de tratamento;
Produto intangível	Não existe produto físico como resultado do atendimento, especificamente na assistência médica e de enfermagem;
Ênfase em pessoas	Caracterizado pelo atendimento às pessoas. Quando não existem pessoas (pacientes), não existe atendimento;

Fonte: Adaptado de Ribeiro e outros (2009, p. 3 - 4)

No ambiente hospitalar, há o cruzamento de diversas formas de comunicação, desde a falada até a escrita, sendo que todas as formas auxiliam na melhoria do

atendimento ao paciente. Dessa forma, a comunicação deve ocorrer de forma séria e eficaz, uma vez que as necessidades dos clientes precisam ser supridas (MATSUDA, 2006).

A comunicação tem um grande significado, independente se for quem vai receber ou enviar, essa mensagem pode ser transmitida por símbolos, palavras e gestos e meios não verbais, entendendo que todo esse processo só vai ter utilidade se todo conteúdo de comunicação for igual para ambos. Existem tipos de comunicações que não são verbais, que não citam signos verbais, mas relata ser impossível um cidadão usar a comunicação verbal sem utilizar mensagens não verbais, diz que e de suma importância a comunicação pelo efeito da formação personalidade e estrutura do caráter do indivíduo (CASTRO; SILVA, 2001).

Para que ocorra uma boa comunicação no hospital, o registro rigoroso do prontuário é muito importante, sendo este uma das formas principais de comunicação entre as equipes da saúde, a qual é considerada multidisciplinar (LABBADIA; ADAMI, 2004).

Assim, tal prontuário torna-se um instrumento fundamental ao combate às glosas hospitalares, objetivando melhorias na qualidade do serviço desenvolvido ao cliente. Para isso o prontuário deve conter informações úteis, tais como os resultados alcançados e o estado clínico do cliente (LABBADIA; ADAMI, 2004).

Os registros de enfermagem se apresentam como a comunicação escrita contendo informações sobre os cuidados com o cliente ao longo de sua internação hospitalar. Assim, quando completados de maneira correta, tais registros contêm informações fundamentais ao cuidado, possibilitando uma frequente comunicação entre os elementos de uma equipe multidisciplinar, permitindo, também, a elaboração de estudos e pesquisas na área da enfermagem (ABDON et al., 2009).

De uma maneira ampla, os registros no âmbito hospitalar precisam ser realizados de forma clara e precisa, com anotações corretas e legíveis sem opiniões individuais, devem incluir informações transmitidas pelo próprio cliente e familiares, generalizar é um ato que deve ser evitado, sendo os erros ortográficos, palavras de baixo calão e gírias evitados. Quando acontecer erros, estes devem aparecer com um risco, indicando a incorreção, evitando o uso de borrachas e corretivos. Esses registros não podem deixar espaços abertos para possíveis preenchimento de terceiros estranhos ao processo (OCHOA-VIGO et al., 2001).

Desse modo, os registros passam a possuir informações técnicas sobre o cuidado requerido pelos pacientes, auxiliando no desempenho profissional da equipe (ROQUE; MELO; TONINI, 2005).

Na resolução COFEN 311 de 2007, o Art. 25 ressalta que são de responsabilidades e “deveres dos profissionais e enfermagem registrar no prontuário dos pacientes as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar” (BRASIL, 2007, p. 3).

Além disso, o Art. 68 afirma que, em relação às organizações empregadoras, é direito desse profissional “registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa” (BRASIL, 2007, p. 7).

E, ainda nesse contexto, os Art. 71 e 72 determinam os seguintes pontos: “incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar” e “registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa” respectivamente. Sendo assim, o enfermeiro torna-se de fundamental importância para uma maior qualidade nos cuidados dos pacientes (BRASIL, 2007, p. 7).

Tem o objetivo de mostrar com clareza todo o processo de reformulação pelo qual essas instituições vêm passando, assim mostra-se um relato dos acontecimentos marcantes de sua história e suas importantes definições sobre essas finalidades encontradas na literatura, e também seus vastos problemas encontrados nesse setor (ABBAS, 2001).

2.2 A SITUAÇÃO ATUAL DOS HOSPITAIS NO BRASIL

Em qualquer empresa, o investimento em tecnologia é crucial para o seu crescimento. Para os hospitais, vendo-os como empresas, tais práticas não são diferentes das práticas de desenvolvimento tecnológico de outras empresas, uma vez que os pacientes demandam cada vez mais equipamentos tecnológicos capazes de solucionar uma gama de problemas que se tornam mais complexos a cada dia que se passa. Porém, ter tecnologia de ponta é algo dispendioso, e isso impacta diretamente no valor dos serviços cobrados, que junto à falta de expertise administrativa dos médicos que administram os hospitais, e que não conseguem

minimar os gastos, otimizando-os, acaba dificultando a entrada de pacientes mais carentes, obrigando-os a procurarem a rede pública de saúde, que não oferece serviços de qualidade (ABBAS, 2001).

OLIVEIRA (1998) afirma que no Brasil cobra-se do paciente para qualquer movimento ou necessidade. Essas instituições empresariais não podem cobrar dos pacientes da forma como se cobra, pois se assim se comportam, ficam distantes da realidade, pois se é bem verdade que existe um custo no atendimento ao paciente, é bem verdade que esse custo não é tão alto como querem transmitir.

No setor médico existem diversos motivos para que os valores sejam extremamente altos. Abaixo, no Quadro 02, exemplos de motivos pelos quais os preços acabam se tornando extremamente altos:

Quadro 02 – Custos hospitalares

CUSTOS HOSPITALARES
Falta de especialização dos hospitais;
Baixa produtividade;
Forma de estabelecimento dos preços dos serviços;
Falta de otimização no uso de materiais;
Preço alto do oxigênio (R\$ 200 a R\$ 800, com custo de R\$ 60)/dia;
Ausência de concorrentes;
Margem pequena dos compradores de serviços de saúde;

Fonte: Adaptado de Abbas (2001, p.29)

Do Quadro 02 acima, nota-se que existe uma enorme discrepância de toda a situação, pois os gastos hospitalares possuem um valor excessivamente alto, ao passo que a remuneração nas empresas é bem mais baixo.

2.3 SISTEMA DE CUSTOS

ABBAS (2001) fala que um sistema de custos possibilita um conjunto de dados e informações com intuito de proporcionar um suporte fidedigno para o sistema decisório da empresa. Diante das particularidades das instituições e observado que o sistema de custos nessas empresas, tem o objetivo não apenas de determinar valores dos trabalhadores, mas também tem o objetivo de análise interna que

possibilite uma clara visão dos resultados alcançados pela gestão. Os tradicionais sistemas de custeio assim chamados, tem sido necessário nas ultimas décadas, mas sem mostrar qualquer tipo de variação a esse extenso período.

Martins (2010), fala que custos está diretamente envolvido com prestação de serviço, e seus resultados, intimamente ligados com o faturamento da empresa. O lucro ou o prejuízo está direcionado aos processos desenvolvidos, não importando qual seja a instituição. Goto (2011), complementa a descrição definindo custos hospitalares como no pagamento de serviços realizados ao paciente/clientes. Quando estas ações não são firmes em sua descrição, geram-se glosas, que nada mais são que o cancelamento e/ou recusa de pagamento dos atendimentos.

2.4 SETORES HOSPITALARES

Desde o período de Florence Nightingale a classificação dos pacientes já era realizada, no entanto, a partir dos anos de 1930, nos Estados Unidos, essa classificação passou a ser mais utilizada em redes hospitalares norte-americana, com o intuito de investigar a complexidade e do quadro clínico do paciente e com isso obter uma definição mais fidedigna sobre o setor e recursos necessários para assistir e monitorar tais ações a serem elaboradas, criando, com isso, métodos para que pudessem a germinar os conceitos de padronização que são tão importantes no sidas atuais (LAUS; ANSELM, 2004).

Através da identificação dos dados coletados do paciente, pode-se definir o tratamento e setor que o mesmo será encaminhado, gerando uma qualidade no atendimento prestado com muito mais eficácia, e com um planejamento. Outros pontos a serem considerados, e que observamos ser natural, mas que na época de sua implementação foi uma verdadeira inovação, dizem respeito à estrutura institucional, que traz consequências de forma que esses leitos são concedidos nas diferentes unidades de internação, respeitando os princípios das especialidades médicas. Isso proporciona uma otimização dos serviços médicos (LAUS; ANSELM, 2004).

2.4.1 Centro Cirúrgico

O centro cirúrgico é um ambiente onde a enfermagem é indispensável, ou seja, desde a década de 1960 que esses profissionais já tinham uma grande importância e destaque, as predominâncias dos instrumentais eram de sua responsabilidade, atendiam as solicitações dos médicos, faziam e as ações de previsão para um bom desenvolvimento das operações e trabalhavam com o intento de promover um ambiente seguro, limpo e confortável para realização do ato anestésico e os procedimentos cirúrgicos e assistiam esses pacientes o tempo que ele estivesse nesse setor (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO, 2000).

Toda equipe tem que aprender a defrontar com vários aspectos pertinentes, a competência técnica, aos recursos materiais e também ao relacionamento, sem esquecer a comunicação com a família e paciente. Para esses indivíduos o medo acaba gerando um enorme grau de ansiedade, e com isso criando fatores que agregam a complexidade desse setor (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO, 2000).

Com o intenso desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e dos instrumentais, as cirurgias se tornaram mais complexas e diretamente obrigou que o enfermeiro dessa unidade possuísse um embasamento científico e lhe desse uma identidade (JOUCLAS, 1991).

As funções do profissional de enfermagem em um centro cirúrgico são várias, e por isso será abordado, no Quadro 03, apenas algumas poucas funções, porém, cabe observar um item que foi colocado no Quadro 03, a saber, o cuidado com o paciente que esteja se submetendo ao procedimento cirúrgico.

Quadro 03 - Atuação do enfermeiro no centro cirúrgico

(continua)

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO
Atividades voltadas para o funcionamento da unidade;
Atividades técnico-administrativas;
Atribuições assistenciais;

Quadro 03 - Atuação do enfermeiro no centro cirúrgico

(conclusão)

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO
Administração de empregados;
Ajudar a equipe multitarefa no que for preciso;
Sempre agir ativamente para manter o ambiente propício para o atendimento ao paciente;
Administração dos materiais que serão utilizados;
Deixar o paciente ciente de tudo;
Deixar o paciente preparado para a cirurgia;
Fazer os devidos registros de enfermagem;
Agir no transporte do paciente;

Fonte: Santos, Silva e Gomes (2014, p. 697)

De acordo com Horta (1979), em seu clássico livro “Processo de Enfermagem”, no qual desenvolveu a “teoria das necessidades humanas básicas”, assim o disse:

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre o reconduzir à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (HORTA, 1979, p. 29).

Horta, com sua teoria, queria expressar a essência do papel de enfermagem, que é o de cuidar do ser humano. Ainda que no centro cirúrgico o profissional tenha a atenção toda voltada para outras situações, o objetivo central dele deve ser cuidar do paciente, ter o paciente em primeiro lugar (ROZA, 1989).

No ano de 1985 foi apresentado um padrão assistencial qualificado de Sistema Assistencial de Enfermagem Perioperatoria (SAEP), com a intenção de levar uma assistência integral contínua participativa e diferenciada, avaliada e documentada, aonde o paciente e singular a assistência de enfermagem em uma atenção conjunta que proporciona um cuidado contínuo, e também envolve a família a participar desse cuidado e avaliando essa assistência oferecida (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990). O enfermeiro do centro cirúrgico trabalha com um drama no desenvolvimento de suas ações para exercer a utilização do (SAEP), causando um enorme adversidade nas tomadas de decisões. Essas dificuldades têm persistido, devido a parte administrativas das instituições de saúde em compreender a real necessidade e importância da atuação do enfermeiro esta assistindo esse cliente durante o período

perioperatório, ocasionando um afastamento da função assistencial e gerando uma atividade gerencial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO, 2000).

O objetivo do hospital é fornecer subsídios que ajudem na dinâmica do ato cirúrgico, a cirurgia através de toda equipe médica e enfermeiros, os equipamentos e insumos adequados para a realização desses processos, etc. É necessário proporcionar condições adequadas para essa equipe poder planejar uma estrutura correta para suprir as necessidades desse indivíduo durante e após o ato cirúrgico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO, 2000).

No que diz respeito a centro cirúrgico não se pode esquecer a OPME que segundo Brasil (2015) descreve sua definição e importância no universo da cirurgia nos levando a seguir uma discussão singular no decorrer do trabalho.

2.4.2 Materiais Consignados – OPME

A área de materiais especiais dá apoio ao centro cirúrgico/hemodinâmica/UTI, e a utilização das órteses, próteses e matérias especiais, que são rotineiramente conhecidos por OPME, está diretamente relacionado aos procedimentos invasivos. Diversos estudos afirmam que a pioneira em usar os referidos materiais, foi a ortopedia e, logo depois, a cardiologia, aprimorando-os (SILVA, 2012).

Alguns autores, estudiosos da ortopedia, relatam em seus escritos que algumas múmias egípcias portavam imobilizações do tipo tala, e que na Grécia e Roma antigas, houve, inclusive, algumas tentativas de desenvolvimento de próteses artificiais, pois foram encontrados membros estranhos, tais como pernas de madeira, mãos de ferro, pés postiços, etc. Os estudiosos antigos ainda conseguiram desenvolver equipamentos fundamentais para o dia-a-dia, como brocas e serras. Como havia conflitos o tempo inteiro, e com isso diversas dilacerações, era natural que o ramo fosse desenvolvido para a época, pois havia a necessidade de o guerreiro está no front de batalha (SILVA, 2012).

No campo cardíaco, o primeiro registro ocorreu em 1952, quando do desenvolvimento da primeira prótese para a aorta descendente, e sua posterior implantação. Em seguida desenvolveram o aparelho de circulação extracorpórea,

que representou enormes avanços no campo cardíaco, e que abriu caminho para que em 1960 os cientistas pudessem lograr êxito na substituição de uma válvula mitral por uma prótese. Assim, devido ao fato de ter ocorrido o sucesso neste primeiro procedimento, a prótese começou a ser desenvolvida em larga escala, para comercialização (SILVA, 2012).

Atualmente os OPME são extremamente sofisticados e complexos, e as tecnologias subjacentes, que dão suportes ao desenvolvimento de tais equipamentos, são tecnologias de ponta, principalmente quando se trata de intervenção endovascular e percutâneo, que tornam os tratamentos menos invasivos (SILVA, 2012). No Quadro 04 abaixo, tem-se uma descrição acerca dos materiais consignados OPME:

Quadro 04 – Materiais OPME e suas descrições

OPME	DESCRIÇÃO
Órteses	É uma ajuda externa, destinada a suplementar ou corrigir uma função deficiente ou mesmo complementar o rendimento fisiológico de um órgão ou um membro que tenha sua função diminuída;
Prótese	São aparelhos e/ou equipamentos que venham substituir partes do corpo humano amputada ou mal formada;
Materiais Especiais	São materiais implantáveis temporários ou para síntese, e os não implantáveis que auxiliam durante o processo cirúrgico;

Fonte: Garrasino (2011, p. 14-15)

Para Jardim (2008), dentre diversos pontos analisados, pelas operadoras, na busca de redução de custos, está no uso de materiais de OPME, que, como analisados, são materiais de custo elevado. Há uma enorme preocupação no sentido de desenvolver formas para controle da qualidade dos materiais, desenvolvimento de protocolos baseados na boa prática médica, negociação coletiva com grupos desenvolvedores de tais materiais, etc. Tudo com a finalidade de redução de custos, o que poderá acarretar uma diminuição de custos para o consumidor final, o que se torna em uma vantagem competitiva, pois se uma empresa tem um custo ao consumidor menor do que outra empresa, conseqüentemente ela terá prioridade quando o cliente for buscar por tratamento.

O debate em torno dos materiais especiais, observando a preocupação das empresas atuantes na saúde, é relativamente novo. O índice de inflação no campo da saúde não pode ser observado somente pelo indicador do IGP-M, ou

referenciados em outros índices nacionais, cuja base de cálculo é a cesta básica do brasileiro, assim como outras necessidades. A área da saúde exige atualização constante, e o gasto com equipamentos avançados é exorbitante, tamanha responsabilidade das operadores de saúde frente aos órgãos reguladores (SOUZA; MOURA; FLORES, 2002).

A atuação das empresas privada no campo da saúde é distinto e peculiar, frente a qualquer outro ramo econômico de atuação empresarial, pois como já foi dito, a necessidade de investimento em pesquisa é constante. Ajuda a aumentar os gastos as enormes travas no controle da qualidade durante a fabricação de equipamentos utilizados pelos profissionais da saúde. A responsabilidade civil diante desses equipamentos aumenta sensivelmente o custo do negócio, o que acaba sendo motivo de aumento do preço dos serviços para o consumidor final (JARDIM, 2008).

Poucas empresas atuam na fabricação e comercialização dos equipamentos e materiais utilizados durante uma intervenção médica; seja simples, seja complexa. O fato de existirem poucas empresas atuantes, provoca, também, aumento de preço no custo final para as empresas atuantes na saúde, que precisam adquiri-los, pois esses fabricantes acabam se protegendo. Outra observação a ser feita é que não se compra equipamentos em grande quantidade. A fabricação acaba sendo personalizada, pois cada usuário possui sua peculiaridade (JARDIM, 2008).

Um ponto de discussão interessante ocorre quando surge a necessidade de se utilizar determinado equipamento OPME. Como podem existir outros equipamentos similares, um médico pode optar por um equipamento mais caro, ao passo que a empresa ou o paciente, que vão adquirir o equipamento, preferem optar por um mais simples, que pode caber em seus orçamentos. Isso causa é uma séria discórdia, pois os médicos preferem atuar com equipamentos originais, ao passo que os usuários querem cortar custos, e isso acaba gerando um impasse (JARDIM, 2008).

2.4.3 Internação Cirúrgica

O período em que o paciente fica hospitalizado, acarreta sentimentos diversos; insegurança, medo, estresse, etc. Geralmente trata-se de um período em que não ocorreu planejamento; talvez uma eventualidade na vida do paciente. Situação que

praticamente não é desejada pelos seres humanos. Isso acaba gerando um desequilíbrio dentro do paciente, o que é particularmente danoso para as intervenções cirúrgicas, pois pode gerar conflitos existenciais, e enormes preocupações (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

A unidade de internação cirúrgica é utilizada para atender aos pacientes que serão submetidos à cirurgias, e por isso é usada no pré, intra e no pós-operatório. O ambiente é todo preparado, e talvez se torne o ambiente mais Seguro e limpo de toda a unidade de saúde, devido às complexas cirurgias existentes. A equipe atuante em uma unidade de internação cirúrgica deve ser bem preparada para atender aos pacientes, que geralmente estão alterados, pouco antes do procedimento, devido à imensa ansiedade (HADDAD, 2004).

Devido à enorme complexidade do setor, seja com a preparação dos materiais que serão utilizados, seja no preparo emocional, intelectual e comportamental dos profissionais que irão atuar no centro cirúrgico, tornou-se tema de diversos debates no meio acadêmico, o que gerou vários artigos e estudos a respeito deste tema. Basta uma simples busca para constatar as dezenas de artigos que são publicos com este tema (HADDAD, 2004).

O enfermeiro atuante em tal ambiente é incontestavelmente importante, não importa em qual fase o paciente esteja. Em especial a fase pré-operatória, pois é onde o profissional de enfermagem precisa ajudar o paciente a atingir um equilíbrio para o ato cirúrgico, tentando amenizar a ansiedade do cliente, transmitindo segurança e confiança. Saber lidar com todas essas situações adversas é imprescindível (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Foram realizados estudos em alguns hospitais acerca de eventos adversos. Ficou constatado que na unidade de intervenção cirúrgica é onde ocorrem os maiores indicadores de situações contrárias, quando da colocação de catéteres, sondas, drenos, erros de manipulação e administração de medicamentos, dentre outras. Deduz-se do exposto que, mesmo o centro cirúrgico sendo um local bastante visado pelas normas da saúde e segurança, ainda resta muito a melhorar, principalmente no trato dos profissionais que atuam nesse ambiente (NASCIMENTO et al, 2008).

2.4.4 Pronto Socorro

O Pronto Socorro é um setor de Saúde ao atendimento de pacientes externos, podendo ou não haver risco de morte. É caracterizado por ter um rápido atendimento, pelo menos em tese a ideia do pronto Socorro é essa, e por isso funciona durante 24 (vinte e quatro). Possui leitos de urgência e emergência, além de espaços de repouso (GAIDZINSKI, 2005).

Esse setor é, praticamente, a porta de entrada para a Unidade de Saúde, por isso necessita contar com uma excelente estrutura física, com profissionais qualificados e experientes, para agilizar o atendimento dos pacientes, e fazendo a correta destinação de cada paciente que deseja atendimento médico. Por ser o “início” do atendimento aos clientes, recebe todos eles, de todas as classes sociais e culturas, as mais diversas, e com isso acaba gerando uma sobrecarga de trabalho nos profissionais atuantes neste setor (GAIDZINSKI, 2005).

Um típico Pronto Socorro é bastante agitado, pois o fluxo de pacientes é constante o tempo todo, possuindo alguns picos de atendimentos em momentos diversos, e em dias da semana, geralmente finais de semana. Por isso é bastante importante o Pronto Socorro ter um quadro qualificado com profissionais da saúde, para distribuir adequadamente a carga de trabalho, o que pode ser benéfico, ao longo prazo, até mesmo para os hospitais, pois assim tenderá a não ter funcionários desanimados, doentes e sobrecarregados (GAIDZINSKI, 2005).

Por isso, por ser a porta de entrada na Unidade de Saúde, um bom atendimento é primordial para não agravar os problemas e as preocupações, pois quando um paciente vai a um Pronto Socorro, vai porque está se sentindo doente, e não sabe o motivo, podendo ser qualquer problema. E é por isso que precisa de muita atenção, para não agravar sua ansiedade, e seu desequilíbrio emocional. O profissional da saúde precisa ter bastante paciência e atenção com o paciente, para ouvir suas queixas e seus problemas, que em muitos casos podem ser facilmente solucionados (SILVA et al., 2016).

Em momentos de urgência e emergência, classificar o paciente corretamente, em consonância com o nível de risco a que ele está submetido, é de muita validade, pois assim poderá otimizar o uso dos médicos, no sentido de dar prioridade para

aqueles pacientes em situação de maior risco. Tais classificações seguem protocolos internacionais, e por isso precisa ser utilizado corretamente (SILVA et al., 2016).

O enfermeiro é o profissional mais habilitado, nesta unidade, para analisar o paciente de urgência e emergência. Por isso esse profissional precisa entender o protocolo internacional utilizado para classificação de indivíduos que chegam no pronto Socorro. Alguns protocolos utilizados são a escala norte americana *Emergency Severity Index* (ESI), a escala australiana *Australasian Triage Scale* (ATS), o protocolo canadense *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS©) e o protocolo inglês *Manchester Triage System* - MTS©, protocolo de Manchester (SOUZA et al., 2011, p. 2-3).

O protocolo de Manchester é manuseado em diversos países, e foi estudado por um grupo de especialistas brasileiros, que entenderam a necessidade desse protocolo no Brasil, e assim viabilizaram sua adequação aos prontos socorros brasileiros. Minas Gerais foi o primeiro Estado a utilizar o protocolo de Manchester, e foi aceito como element de política pública a partir de 2008. Esse protocolo classifica os indivíduos conforme suas necessidades e prioridades. Sua metodologia tem essa finalidade: entender e identificar os sintomas iniciais, criar um fluxograma de decisão e então determinar o tempo necessário para ser atendido (SILVA et al., 2016).

2.4.5 Unidade de Terapia Intensiva

Essa unidade foi criada quando surgiu a necessidade de se ter um espaço para tratar pacientes que estavam em situações extremamente graves, e que por isso precisavam de um melhor acompanhamento. Assim, desenvolveram métodos de observação continuada para tais pacientes, o que teve enorme sucesso de melhora da saúde desses pacientes (VILA; ROSSI, 2002).

Esses ambientes são vitais para os pacientes em situações mais graves, porém, contraditoriamente, cria situações tensas, pois o paciente que ali se encontra, quando consciente, sabe que está em um quadro bastante crítico, e que pode vir a óbito a qualquer momento. A equipe que ali atua fica emocionalmente exaurida, deixando o lado humano, o lado emotivo, vir à tona em algum momento, e por isso precisam usar meios de descarregar esse excesso de emoção negativa. Importante

frisar a necessidade de um atendimento mais humanizado, nesses setores, com total excelência no atendimento, zelo no trato com os pacientes e com os parentes dos pacientes internados, e o cuidado precisa ser amplo, não apenas na restauração da saúde do paciente, mas também nas questões sociais, afetivas, psicológicas, etc (VILA; ROSSI, 2002).

Mesmo existindo normas de excelência para atuar com pacientes que estejam internados nessas unidades de tratamento, o índice de óbitos é muito grande, e com isso cria-se uma ideia, errônea, de que Unidade de Tratamento Intensivo é local certo de mortes de pacientes, o que aumenta ainda mais o desequilíbrio emocional dos envolvidos, o que acaba por agravar a situação do paciente que precisa de tratamento, pois quando ele chega na UTI, já chega com o pensamento de que a morte está chegando, ou se aproximando, e isso o abala psicologicamente, e tem reflexo em sua recuperação (SOARES et al., 2017).

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Assistência de Enfermagem (AE) ficou conhecida, e reconhecida pelos profissionais de enfermagem, como uma metodologia que proporciona uma organização do labor de enfermagem, tendo como metas primárias beneficiar o cuidado, organizar o contexto de sua atuação e registrar a prática profissional, e como metas secundárias, mas não menos importante, dar reconhecimento ao profissional de enfermagem em toda a sua atuação como profissional que é (SALVADOR et al., 2016).

Para um procedimento cirúrgico, os profissionais de enfermagem precisam seguir os protocolos aceitos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizado na resolução 358/2009, e que ficou conhecido entre os profissionais como SAE. Essa resolução diz respeito à Sistematização da Assistência de Enfermagem. O Processo de Enfermagem ocorre em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam; i) coleta de dados de enfermagem; ii) diagnóstico de enfermagem; iii) planejamento de enfermagem; iv) implementação; v) avaliação de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

2.6 PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

A padronização de sistemas é reconhecida há bastante tempo como sendo de enorme importância, em vários setores da sociedade. Desde a Revolução Industrial, quando começou o processo de troca da força humana pelas máquinas, a padronização vem se aperfeiçoando, surgindo, assim, diversos métodos de como fazê-lo, o que proporciona aumento na qualidade dos produtos e serviços. No campo da saúde, a padronização está voltada para os padrões de avaliação, e visa ter resultados benéficos para os pacientes, dando-lhes uma assistência de enfermagem conforme sua prioridade (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

O enfermeiro que esteja capacitado, seja intelectualmente, seja experimentalmente, consegue racionalizar os procedimentos médicos no seu dia-a-dia, e com isso apresenta maior segurança no desenvolvimento de todos os procedimentos; transmite mais confiança, inclusive para os pacientes, do que vai e precisa fazer. Isso é desejável dentro de um ambiente profissional, onde há um alto custo com insumos, devido ao fato de conseguir uma economia diante dos produtos utilizados, o que pode ser reconhecido na diminuição dos custos, pois como já foi falado, o setor da saúde possui um custo muito alto com os equipamentos e insumos hospitalares (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

Santos e outros (2013), faz uma análise acerca da prática do enfermeiro-gestor na área da saúde. A gestão de um profissional enfermeiro está voltada, basicamente, para a promoção no cuidado com o paciente, no desenvolvimento de melhores condições para o trabalho, otimização de recursos e materiais, pois o enfermeiro, estando em contato diretamente com o paciente, sabe gerir melhor os recursos. Ele também consegue observar melhor as práticas de enfermagem, pois conhece todos os procedimentos que precisam fazer diante dos pacientes.

O profissional de enfermagem, ativo em variados espaços dentro de uma unidade de saúde, possui responsabilidades diversas, sendo estas, desde o cuidado inicial com o paciente, atendendo-o quando de sua chegada ao posto de saúde, até nas diversas gerências de um hospital, sendo entendida como uma administração dos campos gerenciais e assistenciais que fazem parte da rotina do enfermeiro, com o intuito de realizar as melhores práticas do cuidado (SANTOS et al., 2013).

Conforme Santos e outros (2013, p. 258),

A gerência do cuidado de enfermagem mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas como seres humanos complexos e que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado complexo, constituída por equipes de enfermagem e saúde com competências/aptidões/potências gerenciais próprias ou inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros. A prática gerencial do enfermeiro envolve múltiplas ações de gerenciar cuidando e educando, de cuidar gerenciando e educando, de educar cuidando e gerenciando, construindo conhecimentos e articulando os diversos serviços hospitalares e para-hospitalares, em busca da melhor qualidade do cuidado, como direito do cidadão.

Porém, vários profissionais de enfermagem entendem que gerenciar e cuidar são atividades distintas, e que não podem ser compatíveis. Eles afirmam que há uma “diferença entre cuidado direto e cuidado indireto”, sendo o primeiro a função primordial do enfermeiro. Não conseguem entender, ainda, que o cuidado indireto existe, e que faz parte do sistema, assim como o contato direto, ou seja, são atividades complementares, e não excludentes (SANTOS et al., 2013, p. 258).

2.7 AUDITORIA

2.7.1 História da Auditoria

O nome “auditoria” tem origem no latim “*audire*”, cuja definição original era conferir a contabilidade das instituições, e devido a esses motivos os auditores tinham seus talentos no setor contábil das instituições. Existem autores que dizem que há registro da atividade de auditoria desde o ano de 2.600 a.C., pois naquela época, a prática já era de grande importância para se ter conhecimento dos bens e valores dos tesouros públicos das grandes civilizações antigas, mais especificamente os egípcios, os gregos e os romanos (INNOCENZO, 2010).

Existem outros autores que afirmam que o termo foi cunhado na Inglaterra, que “como dominadora dos mares e do comércio em épocas passadas, teria iniciado a disseminação de investimentos em diversos locais e países e, por consequência, o exame dos investimentos mantidos naqueles locais”. Fato é que a auditoria surgiu e se desenvolveu devido à necessidade de investidores e proprietários precisarem saber a real situação dos patrimônios e dos investimentos em que atuavam (ATTIE, 2011, p. 07).

A auditoria começou a ser utilizada na área da saúde, no começo do século XX, posto que foi primariamente usada na verificação da qualidade da assistência, quando profissionais começaram a analisar os prontuários dos pacientes (PINTO; MELO, 2010).

No Brasil, os registros não tem uma data concreta do início do trabalho de auditor na campo da saúde. Existem, porém, relatos de que na data de 1952 foi criada a lei Alipio Netto, instituindo obrigações para que as instituições filantrópicas arquivassem toda documentação da história clínica de seus clientes. Nos dias hodiernos, o uso de auditoria na área da saúde é adotado como parte de controle

e regulação na utilização dos serviços de saúde. Na área privada, em especial, tem concentrado forças para diminuição dos custos, e seus controles (MEZOMO, 2001).

Há relatos, no entanto, que mencionam que a auditoria de saúde no Brasil teve início devido à necessidade de um controle mais robusto com a chegada de empresas estrangeiras, com o desenvolvimento das empresas brasileiras e com a consolidação do mercado de capitais (MEZOMO, 2001).

Coutinho (2011, p. 08), apresenta uma narrativa interessante a respeito da evolução da auditoria na saúde no Brasil. Vejamos:

Até 1976, a auditoria em saúde era realizada pelos supervisores do INPS, não sendo realizada em hospitais. Com a mudança de INPS para INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, foi criada a Coordenação de Controle e Avaliação nas capitais e o Serviço de Medicina Social nos municípios. Com o crescimento das empresas, as seguradoras veem no mercado uma oportunidade e começam, na década de 1980, a ingressar no seguro saúde. Primeiramente, a Sulamérica, a seguir, o Itaú (hospital) e, em sequência, o Bradesco Saúde. O cargo de médico auditor passa a ser reconhecido, em 1983, e as auditorias passaram a ser realizadas nos hospitais. Em seguida, foram criadas leis para regulamentar essa atividade.

A responsabilidade básica do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), é realizar auditorias no Sistema Único de Saúde, ajudando no aperfeiçoamento da gestão, objetivando melhorias da atenção e da disponibilidade aos serviços de Saúde. A gestão dos recursos financeiros também faz parte dos atributos do SNA (MEZOMO, 2001).

Na década de noventa, aconteceram diversos eventos que levaram as operadoras de planos de saúde a profissionalizarem seus processos gerenciais. Com isso, enfermeiros foram impulsionados a se qualificarem, a entenderem melhor do

mercado de gestão, para que pudessem se habilitar na função de enfermeiro gestor. Qualidade ao cliente era questão chave a ser resolvida (SCARPARO et al., 2010).

De acordo com Silva e outros (2012), O Ministério da Saúde, intencionado em regulamentar e aceitar as normas e disposições do SUS, criou, em 1996, o primeiro Manual de Normas de Auditoria. Porém, com o desenvolvimento de novas tecnologias, que tiveram implicações diretas na área da saúde, o enfermeiro auditor descobriu a necessidade de se atualizar, e passou, obrigatoriamente, e como forma de se diferenciar, a ter um compromisso social mais em evidência, fornecendo melhor qualidade em seus serviços prestados, sempre buscando a redução de custos, para a satisfação do patrão.

Franco e Marra (2001), afirmam ser a auditoria um método de contabilidade que se valhe de procedimentos próprios, que lhes são específicos. São utilizados quando da análise dos documentos e registros de inspeções, com o objetivo de captar informações, que geralmente ficam escondidas em infinitos relatórios, e confirmações em relação ao controle da empresa. O objetivo assegurar se os controles dos registros estão em acordo com os princípios dos fundamentos da contabilidade, e se os relatórios estão coerentes, conforme figura 02.

Figura 02 – Funcionamento da Auditoria



Fonte: COUTINHO (2011)

A auditoria em enfermagem busca conhecer as deficiências que ocorrem nos diversos registros no âmbito hospitalar, de modo que se façam intervenções que influam nos gastos e glosas do hospital (CHINAGLIA, 2008).

A referida auditoria é realizada por intermédio de um conjunto de processos, que reúnem todos os profissionais que trabalham diretamente no local de análise. Dessa forma, a auditoria conceitua-se como tendo uma rigorosa análise, cujo objetivo é a avaliação dos serviços prestados pelo setor de enfermagem, fazendo-se um paralelo entre o serviço prestado e o que é definido pela instituição de saúde (MOTTA, 2008).

A finalidade da auditoria é garantir ao cliente um serviço de qualidade, estreitando o vínculo existente entre a equipe de enfermagem e o setor administrativo. A auditoria é uma prática presente em instituições públicas e privadas acarretando na redução de gastos desnecessários e desperdícios de equipamentos, fármacos e materiais. Muitas instituições utilizam erroneamente a auditoria, visando tão somente o controle financeiro, no entanto, essa ferramenta que atinge não só os pacientes como também toda a equipe multidisciplinar, auxilia no aumento da eficácia no trabalho prestado e, conseqüentemente, em sua qualidade (FONSECA et al., 2005).

Para Scarparo (2005), esse é um assunto pouco estudado e pouco financiado cientificamente. Contudo, por ser uma área em largo crescimento, destaca-se a avaliação dos prontuários hospitalares, havendo, também, a revisão de governo ou pela operadora de saúde nos casos de instituições privadas.

A auditoria é utilizada como uma ferramenta de gestão para aprimorar o Sistema do SUS e as empresas privadas. Contribui para a uso adequado dos recursos disponíveis, a garantia de acesso real e a qualidade total da atenção a saúde oferecidas aos cidadãos (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

O objetivo único das atividades da auditoria é analisar com fidelidade os controles internos das evidências mostradas em documentos internos. Faz parte de um método gerencial desenvolvido e com total compromisso com os objetivos determinados pela administração (CUNHA; BEUREN, 2006).

Descreve que:

Ainda que as contas estejam corretas e que os controles internos sejam seguros, a certificação do nível de qualidade e de credibilidade dos informes

se constitui em sinalizador inequívoco para a condução dos negócios (CUNHA; BEUREN, 2006, p. 2).

Cunha e Beuren (2006), afirmam que os processos da auditoria são denominados de averiguações totalmente técnicas, que, se realizadas em grupo, proporcionam o desenvolvimento de uma opinião mais límpida do auditor sobre diversos documentos. Essas evidências serão alcançadas conforme a introdução desses procedimentos aplicados sempre que necessários, com mais profundidades e extensão.

2.7.2 Formas de auditoria

Existem diversos tipos de auditorias, que podem ser resumidas em dois modos; a interna e a externa.

2.7.2.1 Auditoria Interna

É um tipo de auditoria praticado por profissionais que são empregados das próprias auditadas; instituições, sociedade, associações e fundações que são contratados para tal finalidade. Aplicam seus trabalhos na avaliação e validação do controle de tais gastos e procedimentos internos, porém não é um profissional independente, visto que possui vínculo empregatício com a instituição e não tem autonomia de expôr suas opiniões para os usuários envolvidos nos processos externos sobre os documentos contábeis calculados e encerrados (HOOG; CARLIN, 2009).

2.7.2.2 Auditoria Externa

É um conjunto de métodos e técnicas, com base científica da auditoria, que possui como objetivos emitir pareceres sobre análise dos documentos apresentados pelo contratante, em relação à questão patrimonial e financeira, ou também sobre resultados das operações e serviços prestados a essas operadoras de serviço (CREPALDI, 2000).

Esse tipo de auditoria é desenvolvida por profissionais que não são empregados das empresas contratantes, mas que são necessários para melhor entendimento da

situação real da empresa, ou organização. Mesmo tendo um certo status de independência, um auditor externo tem seus interesses em completa sintonia com a empresa que o contratou, o que faz com que não emita parecer que poderá danificar a imagem de seu cliente (ARAÚJO; SIMÕES; SILVA, 1978).

Quadro 05 – Comparativo entre Auditoria Interna e Externa

ELEMENTOS	AUDITORIA EXTERNA	AUDITORIA INTERNA
Sujeito	Profissional Independente	Auditor interno (funcionário da empresa)
Ação e objetivo	Exame das demonstrações financeiras	Exame dos controles operacionais
Finalidade	Opinar sobre as demonstrações financeiras	Promover melhorias nos controles operacionais
Relatório principal	Parecer	Recomendações de controle, interno e eficiência, administrativa
Grau de independência	Mais amplo	Menos amplo
Interessados no trabalho	A empresa e o público em geral	A empresa
Responsabilidade	Profissional, civil e criminal	Trabalhista
Intensidade dos trabalhos em cada área	Menor	Maior
Continuidade do trabalho	Periódico	Contínuo

Fonte: Adaptado de Faraco e Albuquerque (2004)

O auditor externo deve examinar os documentos e demonstrações financeiras, conforme normas de auditoria. Tem acesso a muitas informações sigilosas da empresa por isso deve ser neutro no momento da análise. Não é o seu intuito principal procurar irregularidades como roubos, e erros propositais. A auditoria externa não exclui a auditoria interna, pois sendo situações diferentes, se complementam, conforme Quadro 05 (ALMEIDA, 1996).

2.7.3 O Auditor

O profissional auditor é definido como aquele sujeito que analisa e apresenta pontos de vista acerca de determinado conjunto de dados. Tem o objetivo de promover um trabalho de continuidade para a empresa que o contratou, e para isso precisa de

conhecimentos técnicos aprofundados acerca da área onde atua (SANTOS; PAGLIATO, 2007).

Diversas competências são necessárias a um Auditor, dentre elas pode-se citar o sigilo, a descrição, a visão generalista, o zelo profissional, etc. Existem vários atributos necessários, e que se todos fossem citados, ficaria o texto demasiado grande (SANTOS; PAGLIATO, 2007).

Em especial, para este trabalho, a auditoria em saúde é um ramo que pode atuar em diversos setores, e ser atuada por diferentes profissionais. Dentre esses setores existem a auditoria médica e auditoria de enfermagem, que mais se destacam. As duas possibilitam áreas específicas de fecundo trabalho (PAIM; CICONELLI, 2007).

Os auditores apresentam características positivas, como a de obter a capacidade de evitar situações constrangedoras para manter um clima de respeito e parceria com aqueles que no momento estão sendo auditados; ter descrição em relação a comentários e observações sobre a análise dos dados coletados e avaliações desenvolvidas, e extremamente necessárias terem uma boa comunicação concisa, clara e correta. Os auditores devem ter conhecimentos específicos, pois essa ciência específica deve estar relacionada à auditoria que será realizada (SANTOS; PAGLIATO, 2007).

2.7.4 O Médico Auditor

Esse profissional na maioria das vezes tem uma vasta experiência na assistência clínica e cirúrgica, ou seja já possui uma bagagem em atendimentos hospitalares e consegue compreender as fases do processo, sendo atendimento em ambulatórios que são denominados pequenos riscos ou em internações e cirurgias denominados alto risco (PAIM; CICONELLI, 2007).

2.7.5 O Enfermeiro Auditor

O enfermeiro necessita de uma atuação de pelo menos 5 anos em redes hospitalares, que consiga entender bem as rotinas da profissão, tem o objetivo de auditar contas médicas analisando os prontuários e todo atendimento prestado pela

instituição durante a permanência deste cliente independente se foi atendimento clínico ou cirúrgico, verificando evidências, anotações, evoluções e checagens de medicamentos ministrados pelo profissional de enfermagem do hospital (PAIM; CICONELLI, 2007).

Tanto médico quanto enfermeiro necessita de um processo que envolve um planejamento que tem o intuito de procurar acelerar autorizações de exames, cirurgias ou procedimentos necessários para plena recuperação desde indivíduo e descrever a situação real encontrada, e preparar um relatório voltado para as conclusões e constatações atuais (PAIM; CICONELLI, 2007).

Fazer uma auditoria no campo da enfermagem apresenta diversos riscos e desafios, os quais podemos apresentar como a identificação de uma identidade profissional, maior integração os profissionais auditores do campo da enfermagem, ampliação da integração com auditores de outros campos, descobrir novos métodos, enfim, há uma infinidade de desafios a serem conquistados (SILVA, 2012).

2.8 GLOSA HOSPITALAR

2.8.1 Conceitos

A glosa hospitalar é a suspensão total ou parcial da fatura auditada, por ser considerado impróprio ou ilegítimo, ou seja, refere-se a tópicos em que o auditor da empresa de saúde entende não ser obrigado ao pagamento. As glosas são empregadas quando esse auditor julga que existem situações que juram não serem cabíveis ao pagamento dessa fatura (GALVÃO, 2002).

Uma parte importante das glosas hospitalares é elaborada pela ausência de evidências, anotações e evoluções, da equipe de enfermagem e médica. Acreditasse que se promovessem mais ações educativas mostrando a importância dessas evidências e a conscientização das equipes multidisciplinares haveria uma redução drástica dessas glosas, os usos de protocolos assistências também iriam facilitar a mensuração dessas ações, sendo assim a auditoria teria um instrumento a mais para tentar diminuir as glosas (GALVÃO, 2002).

Os registros do prontuário de paciente/cliente e uma ferramenta essencial para o setor do faturamento/cobrança, para auditoria interna e externa, para aquisição de dados importantes sobre a assistência ou procedimentos prestados aos pacientes e para análise institucional, sendo assim esses registros são de extrema validade para os setores envolvidos nesse processo de análise de faturamento, tanto da instituição quanto para o prestador do plano de saúde, esses registros precisam ser anotados com o máximo de qualidade e perfeição, essas evoluções, anotações, checagens e procedimentos serão avaliados como também os materiais e medicamentos, e isso repercutirá no equilíbrio financeiro das empresas de saúde. Por isso é indispensável nesse processamento o absoluto conhecimento dessa equipe, a normatização do processo de trabalho por protocolos, a capacitação sistematizada e o real conhecimento sobre o teor das informações e dos impressos para as anotações (GALVÃO, 2002).

Pode-se definir esses protocolos assistenciais como orientações sistematizadas, muitas vezes por intermédio de um fluxograma, com sustentação nas diretrizes e evidências da literatura e formado por profissionais de uma instituição no qual serão executados. Tem como prioridade os setores mais críticos e básico para o processo de decisão, e uma atuação que incrementa valores ao negócio, mas que precisa envolver pessoas responsáveis e com boa comunicação, não se resume apenas em um preenchimento de ficha, mas sim uma amostra do que é necessário para a sequência do cuidado do paciente. A assistência sistematizada usa protocolos com intuito de adquirir um equilíbrio entre condições melhores ao cliente e melhoria na qualidade, tem objetivo de promover treinamentos pertinentes, proporcionar rastreabilidade e repetitividade, ordenar evidências objetivas e usar métodos de avaliação com eficácia e adequadas ao sistema de gestão. Essa padronização dos protocolos assistenciais possuem a intenção real de desenvolver ideias; analisar, organizar e coletar, e também promover a verificação e padronização, se apresentando como base para os indicadores de riscos/qualidade (HINRICHSEN, 2012).

De acordo com o autor supracitado, para se entender o conceito de glosa, deve-se ter em conta alguns conceitos associados como, por exemplo: erro, impropriedade, irregularidade, fraude, dolo e ressarcimento, conforme o Quadro 06.

Quadro 06 – Entendendo o conceito de glosa

DESCRITOR	DESCRIÇÃO
ERRO	Juízo incorreto acerca de uma coisa ou de um fato derivado da ignorância ou do imperfeito conhecimento da realidade das circunstâncias concretas ou dos princípios legais aplicáveis. Ato involuntário de omissão, desatenção, desconhecimento ou má interpretação de fatos na elaboração de registros e demonstrações contábeis. Engano; equívoco;
IMPROPRIEDADE	Qualidade daquilo que não é próprio, que não é adequado, inexato, inoportuno. Consiste em falhas de natureza formal de que não resulta dano ao erário;
IRREGULARIDADE	Qualidade daquilo que é irregular. Não conformidade com as normas gerais por todos observadas, como as regras, a lei, a moral ou os bons costumes. Caracteriza-se pelo prejuízo ou malversação do dinheiro público, desvio da finalidade do objeto ajustado, não observância dos princípios de legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e economicidade. É constatado a existência de desfalque, alcance, desvio de bens ou outra ação de que resulte prejuízo quantificável para o erário;
FRAUDE	Atos voluntários de omissão e manipulação de transações, adulteração de documentos, registros e demonstrações contábeis, tanto em termos físicos, quanto monetários. Logro; ação praticada de má-fé;
DOLO	É o artifício ou expediente astucioso, empregado para a prática de um ato que aproveita ao autor, ou a terceiro;
RESSARCIMENTO	Compensação; indenização; devolução de valor;

Fonte: BRASIL (2004, p. 6-7)

Glosa possui, assim, diferentes conceitos; no entanto, o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) defende o conceito de que glosa é “a rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS, utilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços, causando danos aos cofres públicos” (BRASIL, 2004, p. 7).

2.9 ALGUMAS LEGISLAÇÕES QUE ABRANGEM A GLOSA

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 37, defende que a administração pública e tudo aquilo que a envolve direta ou indiretamente deve ter princípios legais, morais e pessoais. Já em seu Art. 70, a Constituição de 1988 defende que qualquer pessoa, seja física ou jurídica, assim como instituições privadas ou não que administre dinheiro devem prestar contas de seus ganhos e gastos. O Art. 197 da mesma Constituição ressalta que, por ser de direito público, os serviços de saúde devem ser fiscalizados, controlados e regulamentados (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080 de 1990, denominada de Lei Orgânica da Saúde, em seu Art. 33 diz que o Ministério da Saúde, através da aplicação de auditorias, acompanhará o destino da verba repassada às instituições de saúde (BRASIL, 1990b).

2.10 APLICABILIDADE DA GLOSA

Existem, basicamente, dois procedimentos importantes que precisam ser verificados na aplicação da glosa, de acordo com Brasil (2004, p. 14).

O primeiro diz que a prática de atos ilegais ou ilegítimos ocasiona ressarcimento ao erário, recomendação de correção do procedimento e responsabilização dos autores do ato e da autoridade administrativa competente com envio para o Ministério Público; já o segundo que a prática de atos antieconômicos ou indevidos em que não seja constatada a má fé gera recomendação ao gestor de correção do procedimento realizado e/ou ressarcimento ao erário.

No momento em que essas empresas têm suas faturas hospitalares glosadas pelas operadoras de saúde, a instituição de saúde tem uma ferramenta muito importante chamada de recurso de glosa, cuja intenção é recuperar essas perdas financeiras. Compreende-se que esse recurso de glosa é uma ferramenta utilizada para recuperar os descontos inadequados e fazer a correção ou encontrar os erros de faturamento (TORRES, 1977).

Após a execução da glosa, outros métodos serão observados, tanto quanto ao que se refere a processos internos, e também aos interrelacionados com o auditado, de acordo com as orientações instruídas pelo DENASUS/MS. No primeiro momento deve ser assegurada a instituição o direito de ampla defesa como e de acordo com o Art. 26 da Lei 9.784 de 29 de janeiro de 1999, que estabelece um tempo de concordância com as instruções de DENASUS/MS. Comunicar sobre a portaria nº 1.751, de 02/10/2002, que esta relacionada ao parcelamento dos valores glosados, quanto a restituição que e de acordo com a IN/TCU nº 35, de 23/08/2000, o não ressarcimento dos valores glosados e motivo para instauração de Tomada de Contas Especial – TCE. Considerar que os valores glosados contados em intervenções de auditoria, e de competência da diretoria do Fundo Nacional de Saúde - FNS validar os procedimentos necessários para o reembolso ao fundo, ate o momento da instauração do TCE se for necessário. No quadro 07, a seguir, será

listado os tipos de glosas mais comuns (alguns deles), juntamente com a legislação que é utilizada como fundamento para tais glosas, e o tipo de glosa (BRASIL, 2004).

Quadro 07 – Casos mais comuns de Glosas

MOTIVO DA GLOSA	BASE LEGAL	TIPO DE GLOSA
Ausência de boletim cirúrgico	Manual do SIH – Resolução CFM-1638	Glosa Total
Cobrança de parto sem a presença do pediatra na sala de parto	PT/SAS/MS – nº 96 PT/GM/MS – nº 572	Glosa Parcial
Cobrança de parto, cuja sala de parto não está de acordo com a PT/MS/SAS 96/94	PT/SAS/MS – nº 96 PT/GM/MS – nº 572	Glosa Parcial
Atos profissionais realizados simultaneamente no mesmo hospital ou em hospitais diferentes pelo mesmo profissional.	Resolução CFM nº 1.363 Lei nº 8.429 de 06/92	Glosa Total
Procedimento cobrado difere do tratamento realizado	Código de Ética Médica Decreto lei nº 2848/40 – Código Penal art. 171	Glosa Parcial
Pacientes com registros de internados, mas que não se encontram no hospital	Lei nº 8.429 Código Penal art. 171	Glosa Total
Realização de mudança de procedimento sem a solicitação e/ou autorização do auditor/gestor	Manual do SIH – versão 2003	Glosa Parcial
Cobrança de procedimento cuja faixa etária do paciente é superior ou inferior ao estabelecido na tabela de procedimentos e sem a devida autorização do gestor	PT/MS/SAS – nº 544 de 1999	Glosa Total
Tratamento de patologia rápida, de rápida resolução não codificada na tabela de procedimentos do SIH	Manual do SIH – versão 2003	Glosa Parcial
Emissão indevida de AIH para paciente internado na categoria particular ou assistido por plano de saúde do próprio hospital ou de outras instituições.	Código de Ética Médica. Lei nº 8.429 de 92 Código Penal art. 172	Glosa Total

Fonte: adaptado de Brasil (2004)

Os motivos para a aplicação da Glosa são vários, e não serão todos apresentados. Apenas alguns, para dar uma ideia a respeito do que ocorre.

2.11 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À APLICAÇÃO DA GLOSA

Para a fundamentação da glosa, são necessários inúmeros documentos os quais variam de acordo com o tipo de atendimento, sendo este subdividido em: atendimento hospitalar, atendimento ambulatorial, fundamentação legal e a glosa de recursos financeiros. No Quadro 08 um detalhamento a respeito de cada item (BRASIL, 2004).

Quadro 08 – Documentação necessária à fundamentação da glosa de acordo com o tipo de atendimento

Tipo de atendimento	Documentos necessários à glosa
Atendimento hospitalar	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Tabela de procedimentos do SIH/SUS mês de competência do processamento analisado; Tabela de órtese /prótese e materiais especiais vigente; Autorização de Internação Hospitalar – AIH – 1/Definitiva - Meio Magnético; AIH - 7 - AIH – 5(Longa Permanência); - Demonstrativo de Distorções Encontradas na AIH X Prontuários; Prontuário Médico; Laudo Médico para Solicitação de Procedimentos Especiais - MANUAL DO AUDITOR; Cópia do Documento de Ordem de Pagamento/ou Extrato Bancário referente ao pagamento do processamento de AIH pagas. Nos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica o número da Ordem Bancária é disponibilizado pelo Sistema de Administração Financeira – SIAFI ou DATASUS, nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal este documento é solicitado ao gestor;
Atendimento ambulatorial	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Tabela de Procedimentos do SIA/SUS vigente; Boletim/Relatório de Produção Ambulatorial – (BPA/RPA); Boletim de Débito de Pagamento (BDP); Boletim Diário de Atendimento (BDA); Relatório Síntese de Produção de APAC; Relatório Demonstrativo de APAC - Apresentadas/Pagas; - Planilha de distorções elaboradas pela equipe utilizando Banco de dados DATASUS: APAC X Prontuário, BPA X Prontuário, Cadastro X Produção; Ficha de Programação Física Orçamentária – FPO; Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo – APAC – I/ Formulário; Demonstrativo de APAC – II/ Meio Magnético; Prontuário Médico/ Ficha de Atendimento Ambulatorial; Documento que atesta a composição das equipes do PSF
Fundamentação legal	A legislação pertinente ao objeto da auditoria precisa ser citado, no momento em que for apresentado os documentos para aplicação da Glosa. Precisa estar baseado em algo.
Glosa de recursos financeiros	Nota Fiscal/Fatura; Recibos; Nota de Empenho; Ordem Bancária; Ordem de Pagamento/ Relações de Créditos; Extratos Bancários; Relatórios do SIOPS; Demonstrativos de Créditos para Estados/ Distrito Federal/ Municípios – DATASUS/MS; Relatórios do SIAFI; - Folhas de Pagamento; Contratos de Terceiros de Pessoa Física ou Jurídica.

Fonte: Adaptado de Brasil (2004, p. 14 - 16)

Se no momento da análise sobre a prestação de serviço de saúde, forem identificadas situações irregulares ou impróprias à assistência prestada, deverá ser examinada com cautela para que aconteça a aplicação da glosa, conforme Quadro 08 (BRASIL, 2004).

2.12 REGISTROS DE ENFERMAGEM

Scarpato e outros (2010), relatam a importância dos registros da assistência de enfermagem prestada como um instrumento essencial para o processo da auditoria, demonstrando que as evidências escritas são de suma importância no momento da coleta dos dados sobre taxas, materiais e medicações a serem cobrados pela prestadora de serviço no intuito de diminuir ao máximo os riscos de glosas que impactam diretamente na movimentação monetária do hospital enquanto empresa, pois seus gastos não serão devidamente pagos seja pelo governo ou pela operadora de saúde nos casos de instituições privadas.

Para Borsato (2011), a comunicação entre as diversas equipes que estão diante de um atendimento médico, é importante para se ter um denominador comum. Vejamos:

Considerando que 50% das informações referentes ao cuidado são fornecidas pela equipe de enfermagem, espera-se, hoje, que os registros realizados por esta equipe permitam a comunicação permanente entre os membros da equipe multiprofissional, com transmissão de informações que facilitem o planejamento, tomada de decisões clínicas e gerenciais e continuidade da assistência prestada (BORSATO, 2011, p. 528).

No exato momento em que o profissional precisa tomar as decisões adequadas, para o melhor para o seu paciente, ter instrumentos adequados para a coleta de informação, de acordo com um pensamento crítico, e com métodos, auxilia o profissional de enfermagem a angariar bons resultados (SPIGOLON; MORO, 2012).

Auditoria é como uma análise científica e sistemática das contas, livros, comprovantes e outros documentos relacionados à parte de fincas da empresa, com a intenção definir a integridade do conjunto de controle interno contábil, e focado nos resultados das operações e auxiliar a instituição com qualidade nos controles internos, relacionado ao setor administrativo e contábil (MOTTA, 2008).

Fonseca e outros (2005), dizem que a auditoria de enfermagem tem por finalidade o aperfeiçoamento na qualidade do atendimento prestado e oferecido ao cliente, e

mostra que é indispensável essa parceria em comum entre o setor administrativo e o assistencial, com o intuito de não só proporcionar uma boa qualidade assistencial, mas não haver perca financeiras para instituição.

Para Labbadia e Adami (2004), os atores hospitalares precisam se comunicar e registrar corretamente, e esta ação torna-se uma grande ferramenta para informar todo o histórico do paciente/cliente cronológico, clínico e entre profissionais. A enfermagem deve utilizar, assim como os demais profissionais, o prontuário para descrever os procedimentos/intervenções e os resultados obtidos sendo eles positivos ou não, para melhor segmento clínico oportunizando melhores resultados.

Assim, ter um conjunto de informações, ou dados, e sua coerente representação, contribui para a padronização dos sistemas de informações no campo da enfermagem, e essa padronização contribui de forma positiva para o paciente ter o melhor atendimento, com eficiência e qualidade (SPIGOLON; MORO, 2012). (BORSATO et al., 2011)

Dessa forma consegue-se elaborar uma relação entre prontuário e registros de enfermagem, que é bem expresso na figura 03 abaixo:

Figura 03 – Prontuário x Registros de enfermagem



Fonte – Adaptado de Poveda (2018)

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir da pesquisa feita na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os seguintes descritores; glosas hospitalares, auditoria hospitalar e impacto da enfermagem na auditoria. Foram analisados artigos acadêmicos, teses, monografias e trabalhos de conclusão de curso, em português. Foram inclusos todos os trabalhos acadêmicos numerados com ISSN, na linguagem portuguesa e que possuem relação ao tema da pesquisa proposta. Foram excluídos os trabalhos acadêmicos nos quais não estão em português, não possuem correlação ao tema da pesquisa proposta e que não se encaixem no ano pré-determinado para realização o estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O impacto sobre as glosas hospitalares são considerados um grande prejuízo para a instituição, e através dos estudos conseguimos entender que alguns motivos que poderiam ser evitados, são comuns, e levam ao grande prejuízo, tais como; cobranças indevidas, cobranças fora do contrato feito pela empresa e a contratante, ausência de documentos necessários para a cobrança da fatura do cliente durante sua permanência na instituição, procedimentos realizados sem autorizações solicitadas, e mais tantas outras situações existentes (SILVA, 2012).

As falhas no processo apontadas pelos descritores vem citar erros no processo administrativo, quando se fala de documentação correta, para o envio da cobrança de procedimentos, cuidados e cirurgias realizadas para o tratamento desse cliente. Entende-se que a falha no processo do relato dos cuidados, procedimentos e cirurgias prestado pelo paciente tem grande influência na aplicabilidade de tais glosas (SILVA, 2012).

Tem-se em mente que as soluções para redução dessas glosas, pela enfermagem, seria o entender, pelo profissional de enfermagem, o quanto é importante as anotações dos cuidados ofertados durante o tratamento do paciente, ou seja, as anotações e as evoluções dessa equipe é de suma importância. A capacitação profissional também tem grande relevância nesse quadro, contribuindo para diminuição desse impacto gerado pela assistência de enfermagem (BORSATO, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como recursos obtidos através dessa pesquisa propõe-se um olhar institucional onde pude visualizar e compreender que certas formalidades acrescentam um padrão de expectativas superior desejada, através desses estudos compreendi pelos relatos obtidos dos autores mencionados que é de extrema importância proporcionar a essa equipe multidisciplinar recursos e orientações para que aconteça uma assistência de enfermagem com excelência em qualidade, sem esquecer da importância de descrever os dados coletados no período de permanência desse indivíduo na instituição hospitalar.

Não podemos deixar de citar que a defasagem do quadro de funcionário da instituição hospitalar sugere um comprometimento da rotina de atendimentos e procedimentos, podendo sinalizar um compromisso maior da educação continuada com esse quadro de funcionários, e faz com que os demais profissionais fiquem sobrecarregados de trabalho, o que cria o desenvolvimento de doenças próprias do setor.

A criação de comissões hospitalares para padronização de materiais, medicamentos e procedimentos vem a ser um grande instrumento direcionador da assistência. Temos também a Enfermagem Baseada em Evidência que vem a contribuir com o conhecimento técnico científico, e torna-se, atualmente, de suma importância para o auditor, pois consegue observar todos os custos do negócio e proporcionar um melhor cuidado ao paciente.

Vale ressaltar que a padronização de rotinas e investimentos em prevenção de controles através de orientações educativas para uma melhor dinâmica entre paciente e profissionais e com isso uma melhor interação funcional para instituição hospitalar, é muito bem aceito e bem visto. Em linhas gerais, a orientação pedagógica acaba por criar um ambiente solidificado, no qual todos terão conhecimento do que podem e do que não podem.

Neste estudo pôde ser avaliado que uma demanda hospitalar necessita de recursos apropriados, com estudos e referências que ressaltam a importância de uma dinâmica funcional, gerando capacitações e como retorno poderemos obter novas vivências, melhores possibilidades visíveis com recursos mais objetivos de

implantação funcional, ambiente agradável de trabalho e melhoria substancial no cuidado ao paciente.

Através dessa pesquisa podemos compreender que no decorrer nas vivências mencionadas poderemos ter ganhos de produção, satisfação profissional e dos clientes e evitando fadigas desnecessárias que afetam o desenvolvimento de um padrão elevado de profissionalismo.

Natural pensar a respeito da redução dos custos que as empresas hospitalares precisam impor aos seus funcionários, e nas técnicas que precisa desenvolver para otimizar os seus trabalhos, pois sendo uma empresa, visa o lucro, e se o negócio não gera lucro, então não razão em se ter um negócio que demanda muito gasto.

Em contrapartida, em um hospital público, trata-se de uma obrigação do Estado em cuidar dos pacientes, e com isso, os gestores públicos podem e devem cobrar dos funcionários, otimização na utilização de recursos, uma vez que a verba destinada para tal área é bastante limitada, e assim não há dinheiro “sobrando” para agir de qualquer forma. Importante o profissional pensar dessa forma, até mesmo para dar um bom cuidado ao paciente, pois uma vez que falta recursos, o cuidado ao paciente fica prejudicado, porque não haverá dinheiro para a compra dos materiais mais básicos.

Como proposta de estudos futuros temos uma pesquisa direcionada aos profissionais de enfermagem em relação ao seu entendimento do registro e descrições em relação aos fatores relacionados ao cenário de fragilidade e dificuldade em documentação sua assistência, assim como uma pesquisa de campo para entender como os recursos públicos são gastos na compra/utilização de materiais para o atendimento de pacientes na rede pública de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Kátia. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Programa de pós-graduação em engenharia de produção. Universidade federal de santa Catarina. 171f. Santa Catarina 2001. Disponível em: <<http://www.institutonsg.com.br/arquivos/download/12.pdf>>. Acesso em 10 junho de 2017.

ABDON, J. B. et al. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev Rene.**, v. 10, n. 3, p. 90-96, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4821/3560>> Acesso em 25 junho de 2017.

ALMEIDA, M. C. **Auditoria: Um Curso Moderno e Completo**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

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

AYACH, Carlos; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; GARBIN, Cléa Adas Saliba. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 237-248, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de abril de 2018.

ARAÚJO, Maria Vanda de; SIMOES, Ir. Cleamaria; SILVA, Celina Lima. AUDITORIA EM ENFERMAGEM. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 466-477, 1978. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671978000400466&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

AZEVEDO, S. S. Auditoria em enfermagem: proposta de implantação no hospital municipal Lourenço Jorge. In: 7º ENCONTRO DE ENFERMAGEM E TECNOLOGIA. **Anais eletrônicos do 7º ENFTEC**. São Paulo, 2000. (Material adquirido na biblioteca da Universidade federal do Espírito santo).

BRASIL. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução 311 de 2007**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 13 fev. 2007. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em 30 mai. 2017.

_____. Conselho federal de Enfermagem. **Resolução-COFEN 266/2001**. 2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 31 mai. 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos

Deputados, Edições Câmara, 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 31 mai. 2017.

_____. **Lei nº 8.078 de 11 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 11 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em 31 mai. 2017.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 31 mai. 2017.

_____. **Lei nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 10 jan. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em 31 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento nacional de Auditoria (DENASUS). Manual de glosas do Sistema Nacional de Auditorias.** 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/MANUAL%20DE%20GLOSA%20DO%20SNA.pdf>>. Acesso em 31 mai. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. Relatório de Gestão do exercício de 2012. Brasília, 2012, 193 p. In: **Sistema Nacional de Auditoria.** Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202012.pdf>>. Acesso em: 17 de outubro de 2016.

BORSATO, Fabiane Gorni et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 527-533, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018

CASTELLANOS, Brigueta Elza P.; JOUCLAS, Vanda Maria Galvão. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Rev Esc Enfermagem USP**, 1990 dezembro; 24(3):359-70. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234199002400300359>>. Acesso em: 14 de abril de 2018.

CASTRO, Rosiani B. R. de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 80-87, Jan. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

CHINAGLIA, K. **A importância da Auditoria de Enfermagem para as Instituições de Saúde**. 2008. Disponível em: <<http://www.mhariolincoln.jor.br/index.>> Acesso em 30 mai. 2017.

COSTA, Maria José Chaves. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 321-339, 1978. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671978000300321&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

COSTA, Veridiana Alves de Sousa Ferreira; SILVA, Sandra Cibelly Ferreira da; LIMA, Vivian Caroline Pimentel de. O pré-operatório e a ansiedade do paciente:: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 abr. 2018

COUTINHO, Franciane Silva. **Auditoria em Saúde**. Disponível em: <http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-15-Auditoria-em-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 12 de março de 2018.

CREPALDI, S. A.. **Auditoria Contábil: Teoria e Prática**; São Paulo: Atlas, 2002.

CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 734-741, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018

CHRISTOFORO, Berendina Elsinia Bouwman; CARVALHO, Denise Siqueira. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 14-22, Mar. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

CUNHA, Paulo Roberto da; BEUREN, Ilse Maria. Técnicas de amostragem utilizadas nas empresas de auditoria independente estabelecidas em Santa Catarina. **Rev. contab. finanç.**, São Paulo , v. 17, n. 40, p. 67-86, Apr. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-70772006000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-70772006000100006>.

DIAS, T.C. et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Brasileira enfermagem**, Brasília 2011 setembro; outubro v. 64 n.5 p. 931-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf>>. Acessado em 26 junho de 2017.

FARACO, Michel Maximiano; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz. Auditoria do método de assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 4, p. 421-424, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 mai. 2017.

FLORÊNCIO, Pêdar Almiranda Bispo. **AUDITORIA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**. 2015. 66 p. Monografia de especialização (Programa de Pós-Graduação lato sensu em Contabilidade e Controladoria, Auditoria e Perícia Contábil) - Universidade do Tuiuti, Paraná, 2015. Disponível em: <<http://tcconline.utp.br/media/tcc/2015/06/AUDITORIA-DE-ENFERMAGEM.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

FONSECA, Ariadne da Silva et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2005. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/29/05_Auditoria_indicadores.pdf>. Acesso em 30 maio de 2017.

FRANCO, H.; MARRA, E. **Auditoria Contábil**. São Paulo: Atlas, 2001.

GALVÃO C.F. **Estudo do papel da auditoria de enfermagem para a redução dos desperdícios em materiais e medicamento**. Mundo saúde, 2002; vol. 26 n.2 p.275-82.

GARRASINO, Rafael Canellas Ferrara. **A negociação dos materiais de OPME de saúde privada: uma proposta de ferramenta para análise à vista da teoria dos jogos**. 2011. 92 p. Dissertação de mestrado (Mestre em Tecnologia do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia)- Centro Federal de Educação Tecnológica do Rio de Janeiro (CEFET/RJ), Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://dippg.cefet-rj.br/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=784&Itemid=168>. Acesso em: 12 abr. 2018.

GAIDZINSKI R. R, et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre (RS): Artemed; 2005.

GUERRERO, Giselle Patrícia; BECCARIA, Lúcia Marinilza; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 966-972, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600005&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

GOTO, D. Y. N. **Instrumento de auditoria técnica de conta hospitalar mensurando perdas e avaliando a qualidade da assistência**. 2001. 38 p. Monografia (Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

GROSSI, L. M; PISA, I. T.; MARIN, H. de F.. Tecnologia da Informação e Comunicação na Auditoria em Enfermagem. **Revista Journal of Health Informatics**, São Paulo, n. 1, p. 30-34, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/314/227>>. Acesso em: 14 de abril de 2018.

HADDAD, Maria do Carmos Lourenço. **Qualidade da assistência de enfermagem: processo de avaliação em hospital universitário público**. Londrina (PR): Universidade de São Paulo; 2004, p. 250. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>>. Acesso em: 14 de abril de 2018.

HOOG, W. A. Z; CARLIN, EVERSON, L. B. **Manual de Auditoria Contábil**. 3ª ed. Curitiba: Juruá, 2009. p.385.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**/ Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. São Paulo: Editora EPU, 1979. 56p.

HINRICHSEN, S.L. **Qualidade & Gestão de Riscos Segurança do Paciente**. Rio de Janeiro: **Medbook**; 2012.

INNOCENZO, M. et al. **Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari; 2010.

JARDIM, Diana Indiará Ferreira. **Controle de custos de implantes ortopédicos para coluna lombar por operadoras de planos de saúde**. Porto Alegre. UFRGS. 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/15625>>. Acesso em: 14 de abril de 2018.

JOUCLAS VMG. **Consideráveis sobre o planejamento de recursos humanos em enfermagem em centro cirúrgico**. Enfoque (São Paulo). 1991; vol.19, n.1, p 18-22.

LABBADIA, Lilian Iestingi; ADAMI, Nilce Pive. **Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário**. 1. ed. São Paulo: ACTA Paulista de Enfermagem, 2004.

LAUS, Ana Maria; ANSELMÍ, Maria Luiza. **Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem**. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 643-649, Aug. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018. Acesso em: 14 de abril de 2018.

LUZ, Alessandra da; MARTINS, Andréia Pereira; DYNEWICZ, Ana Maria. **Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria**. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 2, p. 344- 361, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v9i2.7165> >. Acesso em: 20 de fevereiro 2018.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 10ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

MATSUDA, L. M. **Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?** **Rev Eletr Enf.**, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7080/5011>>. Acesso em: 14 de abril de 2018.

MAZIERO, V.G et al. Qualidade dos Registros dos Controles de Enfermagem em um Hospital Universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, n.1, p. 165-170, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>>. Acesso em: 14 de abril de 2018.

MEDEIROS, Soraya Maria de; ROCHA, Semíramis Melani Melo. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, p. 399-409, June 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Mar. 2018.

MELO, Danielli Fernanda Ferreira de; NUNES, Thamara Adryelle de Sousa; VIANA, Magda Rogéria Pereira. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. **Rev. Interd.** v. 7, n. 2, p. 36-44, abr. mai. jun. 2014. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/425>> Acesso em: 20 fev. 2018.

MEZOMO, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos* (1 ed.). São Paulo: Loyola. 301 p.

MORAIS, C. G. X. et al. Registros de Enfermagem em Prontuário e suas Implicações na Qualidade Assistencial Segundo os Padrões de Acreditação Hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Revista Acreditação**, Rio De Janeiro, n. 9, p. 64-84, 2015. Disponível em:<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626617>>. Acesso em: 14 de abril de 2018

MOTTA, A. L. C. **Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Iátria, p. 166, 2008.

NASCIMENTO, Camila Cristina Pires et al . Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 16, n. 4, p. 746-751, Aug. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018

OCHOA-VIGO, Kattia et al . Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 35, n. 4, p. 390-398, Dec. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

OLIVEIRA, Cícero de. **O Hospital do futuro no Brasil**. Capturado em 12 de março de 2018. Disponível em: <<http://www.ciahospitalar.com.br>>.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 51, n. 2, p. 253-262, June 1998 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671998000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

PELLEGRINI, G. Auditoria em faturamento. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E 3ª JORNADA DE GESTÃO E CLÍNICAS MÉDICAS. **Anais eletrônicos do Congresso Latino Americano de Serviços de Saúde e 3ª Jornada de Gestão e Clínicas Médicas**. São Paulo, 2004.

PAIM, Chennyfer da Rosa Paino; ZUCCHI, Paola. Auditoria de avaliação dos serviços de saúde no processo de credenciamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1163-1171, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700048&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

PEREIRA L.L.; TAKAHASHI R.T. Auditoria em enfermagem. In.: Kurcgant P, organizadora. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 215 -22.

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, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 março de 2018.

POVEDA, Vanessa de Brito. **Registros de enfermagem**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3338441/mod_resource/content/1/registros-anota%C3%A7%C3%A3o%20AIF%20AULA.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

RAMOS, R. **A integração sanitária: doutrina e prática**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 1972.

RIBEIRO, Marlowa Barcellos et al. Processo em centros cirúrgicos: Desafios e propostas de solução. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XXIX., 2009, Salvador - BA. **A Engenharia de Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão**. Salvador: ENGEPE, 2009. p. 1-12. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009_TN_STP_091_615_14596.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2018.

ROQUE, Keroulay Estebanez ; MELO, Enirtes Caetano Prates; TONINI, Teresa. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 409-416, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

ROZA, Irmgard Brueckheimer. O papel do enfermeiro em centro cirúrgico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 10(2): 20-25, jul. 1989. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=114880&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 FEV. 2017.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira et al . Objeto e ambiente virtual de aprendizagem: análise de conceito. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 3, p. 572-579, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300572&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. **An. mus. paul.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 257-289, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-47142007000200020&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

SANTOS, A. G; PAGLIATO, W. **Curso de Auditoria**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2007. p.372.

SANTOS, Felipe Kaezer dos; SILVA, Maria Virgínia Godoy da; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. Conhecendo as formas de cuidar dos enfermeiros de centro cirúrgico - uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 696-703, set. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300696&lng=en&nrm=iso&tln>. access on 20 nov. 2017

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de mar. 2018.

SCARPARO, A. F. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. **Rev Nurs**, v.80, n 8, p.46-50, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16435&indexSearch=ID>>. Acesso em 30 mai. 2017.

SCARPARO, A. F. et al. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado de saúde. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n.1, p.85-92, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a10.pdf>> Acesso em 30 maio de 2017.

SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem no Pronto Atendimento de um Hospital Escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza 2013 v.14 n.6, p.1123-1132. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3724/2944>> . Acesso em 30 Agosto de 2017.

SILVA, Pollyane Liliane et al . Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 50, n. 3, p. 427-433, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300427&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

SILVA, Maria Verônica Sales da et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 3, p. 535-538, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300021&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2018.

SOARES, Jobyson Gervázio et al. Taxa de mortalidade em Unidades de Terapia Intensiva: Uma revisão integrativa. **REVISTA COOPEX**, v. 08, p. 1-13, 2017. Disponível em: < <http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=3-6f65f063740dee500ecbb6441716887f.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO. Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilizado. Práticas recomendadas - **SOBECC**. São Paulo: SOBECC; 2000.

SOUZA, Cristiane Chaves de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(1):[08 telas] jan-fev 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf >. Acesso em: 12 abril 2018.

SOUZA, V.; MOURA, F. L.; FLORES, M. L. Fatores determinantes e consequências de falhas registradas na assistência de enfermagem: um processo educativo. **Rev Min Enf**, v. 6, n. 1/2, p. 30-34, 2002. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/794>>. Acesso em 30 mai. 2017.

SPIGOLON, Dandara Novakowski; MORO, Claudia Maria Cabral. Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 4, p. 22-32, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 abr. 2018.

TANJI, S. et al. A importância do registro no prontuário do paciente. **Enfermagem atual**, p. 16-20, 2004. (Material adquirido na biblioteca da Universidade federal do Espírito santo).

TREVISAN, Rúbia Olinhg Spengler; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE AUDITORIA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR. **Revista Contexto & Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 20, p. 51-60, jun. 2013. ISSN 2176-7114. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1502>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

TORRES, L. Auditoria em enfermagem. [Tese de doutorado]. São Paulo: USP; 1977.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 10, n. 2, p. 137-144, Apr. 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 02 set. 2017.