

AUDITORIA NA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Onilda Rubin¹
Vitoria Vilas Boas da Silva Bomfim²
Daniel Jonathan Medvedovsky Alba³
Julia Stuker Cezar⁴
Nathan Gamba da Costa⁵
Karoline de Souza Oliveira⁶
Mari Nei Clososki da Rocha⁷
Andreza Kelly de Assis Alexandre⁸
Renata Vieira Soares⁹
Luiz Eduardo Takenouchi Goulart¹⁰

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo do tipo pesquisa bibliográfica revisão da literatura sobre Auditoria na Qualidade Assistência de Enfermagem. Portanto, a pesquisa tem como objetivo geral: revisar artigos científicos e didáticos que explorem Auditoria hospitalar na Qualidade da assistência de enfermagem evidenciada. Durante a pesquisa foi possível perceber a importância do Enfermeiro Auditor na qualidade da assistência. Além de identificar alguns recursos como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), instrumento utilizado durante o serviço prestado ao paciente por meio dos registros, anotações nos prontuários, que auxiliam durante o processo de verificação da assistência e nas cobranças dos gastos. Portanto, a Auditoria é uma avaliação sistemática de qualidade da assistência, que beneficia o cliente, resulta no processo de educação, controla os custos, investiga, analisa a eficiência e eficácia dessa assistência prestada garantindo os direitos do cliente e mantém a instituição no mercado competitivo em parâmetros de excelência.

1013

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem. Qualidade de Assistência à Saúde.

ABSTRACT: It is a qualitative study of the type researches bibliographical revision of the literature on Auditing in the Quality Attendance of Nursing. Therefore, the research has as general objective: to revise scientific and didactic goods that you/they explore Auditing hospitalar in the Quality of the attendance of evidenced nursing. During the research it was possible to notice Nurse Auditor's importance in the quality of the attendance. Besides identifying some resources like Sistematizaçãoo of the Attendance of Nursing (SAE), instrument used during the service rendered the patient through the registrations, annotations in the handbooks, that aid during the process of verification of the attendance and in the collections of the expenses. Therefore, the Auditing is a systematic evaluation of quality of the attendance, that benefits the customer, it results in the education process, it controls the costs, it investigates, it analyzes the efficiency and effectiveness of that rendered attendance guaranteeing the customer's rights and it maintains the institution in the competitive market in excellence parameter.

Keywords: Nursing auditing. Quality of Attendance a Health.

¹ Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

² Centro Universitário Jorge Amado.

³ Centro Universitário UNIFTC Daniel.

⁴ Centro de Atenção Psicossocial de Tamandarai.

⁵ Secretaria da Saúde de Torres.

⁶ Universidade Federal de Minas Gerais.

⁷ Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

⁸ Universidade Federal de Campina Grande.

⁹ Centro Universitário Alfredo Nasser.

¹⁰ Universidade de São Caetano do Sul-USCS. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2298-5536>.
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6690521904891673>.

1 INTRODUÇÃO

Partindo de uma experiência como paciente aguardando atendimento através de convênio em um hospital privado, durante evento relacionado com a qualidade de assistência de enfermagem, surgiu à idéia de realizar pesquisa nesta área, especialmente no que se refere aos relatos de pacientes durante a espera na recepção da emergência do Hospital Dom Vicente Scherer, pertencente ao Complexo Hospitalar Santa Casa, em Porto Alegre, RS.

Para uma Enfermeira Auditora, avaliar o exercício da função é um ponto crucial no processo da qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que este trabalho refere na avaliação da assistência prestada ao cliente. A auditoria, atualmente demonstra uma nova realidade, sendo que o trabalho prestado era uma função restrita à Contabilidade, surge uma concepção direcionada nas necessidades da saúde e adaptada na qualidade dessa assistência de enfermagem (SCARPARO E FERRAZ, 2008).

Diante do exposto a equipe de enfermagem se preocupa na produção de serviço, como prestá-los a cada individuo satisfazendo as suas necessidades e desejos, assim a fidelização poderá acontecer através de uma conquista de um feedback ativo, bem como o gerenciamento do relacionamento do cliente, sendo fundamental para conquistar e cativar a carisma desse cliente.¹⁰¹⁴ No intuito de valorizar essa abordagem, o presente trabalho caracterizar a essência da qualidade da assistência de Enfermagem, dando enfoque em auditoria, como método de avaliar e controlar a assistência prestada, a fim de alcançar uma melhor qualidade desse serviço prestado pela equipe (KOTLER, 1998).

A habilidade em administrar o relacionamento com os clientes insere o profissional enfermeiro nas áreas de auditoria, que atuam no mercado desenvolvendo os serviços conforme as exigências do usuário. Assim, novas normas e protocolos são criados, priorizando a eficiência e eficácia da qualidade da assistência como metas do trabalho (CAMELO e JUNIOR 2006). Surgem avanços tecnológicos e especialização dos recursos humanos de maneira a suprir as necessidades do mercado esse fato poderá

afetar nos alcances dos objetivos da organização, porém nesse sistema de informação a sistematização de assistência de enfermagem (SAE), indiscutível a sua participação através da enfermagem. Atuando nas anotações, nas evoluções realizadas no prontuário, a fim de descrever o cuidado prestado durante o tratamento (KURGANT, 2005).

Portanto, a pesquisa tem como objetivo geral: revisar artigos científicos e didáticos que explorem Auditoria hospitalar na Qualidade da assistência de enfermagem evidenciada. Objetivos

específicos: identificar a importância da auditoria na qualidade da Assistência de enfermagem; verificar a existência da avaliação da qualidade de assistência a nível hospitalar.

2. REVISÃO TEÓRICO

A enfermagem no contexto da globalização mundial desenvolve em seu trabalho o enfoque cuidado com qualidade. Diante dessas condições a enfermagem ampliou suas habilidades no mercado, a fim de manter-se sempre presente inseri-se como uma prestadora de assistência e controladora do custo e da qualidade do serviço prestado. Assim, o trabalho propõe desenvolver alguns temas como: auditoria, auditoria em enfermagem, qualidade de assistência de enfermagem, acreditação hospitalar, sistematização da assistência de enfermagem (SAE), aspectos legais das anotações de enfermagem.

1.1 Auditoria

A auditoria tem uma história de origem contábil, em que seus registros datam ano 2600 a.C. Mas a partir do século XII d.C. recebendo o nome pela técnica de auditoria, constatando-se na Inglaterra o seu maior desenvolvimento, com a Revolução Industrial no século XVII, a prática da auditoria recebe novas diretrizes, na busca de atenderem às necessidades das grandes empresas. ¹⁰¹⁵ O primeiro trabalho realizado na área da saúde foi por um médico George Gray Ward, nos Estados Unidos por volta de 1918, nesse trabalho era realizada a verificação da qualidade da assistência prestada ao cliente através claro dos registros descritos pela enfermagem no prontuário do paciente (KURCGANT, 2005).

A auditoria consideravelmente contábil em alguns aspectos, sendo responsável por testar a eficiência do funcionamento do serviço prestado por uma instituição, seja ela pública ou privada. Caracteriza-se por englobar não apenas conceitos de caráter controlador e fiscalizador demonstram informações financeiras, atitudes profissionais e preventivas. Reflete numa combinação de educação e estudo permanente (ATTIE, 2006).

A evolução da auditoria externa no Brasil ocorreu por uma necessidade legal. Nas últimas décadas instalaram-se no Brasil, diversas empresas internacionais de auditoria. Os Estados Unidos da América a partir de seus investimentos no Brasil trouxeram a prática de auditoria que posteriormente foram se aperfeiçoando. Em 1965, pela Lei nº. 4.728 (disciplinou-se no mercado de capitais e estabeleceram-se medidas para desenvolvimento) sendo mencionada pela primeira vez na legislação brasileira a expressão auditores independentes. Posteriormente o Banco Central do Brasil (BCB) estabeleceu uma série de regulamentos, tornando a obrigatoriedade em quase todas

as empresas a integrar no Sistema Financeiro Nacional (SFN) e companhias abertas. Estabeleceram-se por meio de uma circular nº. 179, de 11-51972 as normas gerais de auditoria, os quais foram elaborados pelo Instituto dos Auditores Independentes do Brasil (IAIB) atualmente denominado IBRACOM (Instituto Brasileiro de Contadores).

A auditoria propõe uma nova idéia voltada a controlar os custos e gerenciar-los com objetivo de avaliação a qualidade dessa assistência ao cliente. A clareza na análise de dados beneficia nesse controle. O gerenciamento que também faz parte desse trabalho de controle utiliza-se como ferramenta a verificação de documento que são responsáveis por fornecer informações num estudo através do análise e de conferencia numa importante reflexão (ATTIE, 2006).

A auditoria deve ser compreendida como um conjunto de ações de assessoramento e consultoria. Com a finalidade de identificar áreas deficientes do serviço, sua atuação na área da saúde especificamente em instituições Hospitalares auxilia nas decisões e planejamentos e organizações. Fornecer dados que provoque a melhoria dos programas elaborados, subsidia através de seus dados uma acessória na qualidade da assistência com seus conhecimentos, além de atualizar os programas de reciclagens (KUCGANT, 2005).

A função do auditor em sua aplicabilidade pode ser através da Auditoria Operacional, um analise da essência da ação prestada, verificando e interpretando, criticando e orientando essa¹⁰¹⁶ orientação ocorre da seguinte forma:

Acontece quando o paciente encontra ainda hospitalizado ou em atendimento ambulatorial. Deveser realizada da seguinte forma:

Exame do paciente e confronto com as necessidades levantadas com a prescrição de enfermagem ou cuidadas realizado pela enfermagem confrontar com esses parâmetros estabelecidos.

Avaliação realizada pelo pacientes e familiares relata suas percepções quanta assistência prestada, logo após a prestação do serviço sendo importante à percepção do familiar que realmente acompanhou o paciente.

Apesquisa junto com a equipe médica, verificando o cumprimento da prescrição médica e interferência das condutas de enfermagem terapêutica e médica (sempre ter cautela nas questões éticas).

Independente dos tipos de procedimentos, a auditoria conta uma elaboração de um plano auditorial, ou seja, coletas de dados em seguida serão analisadas frente aos padrões estabelecidos e por fim um relatório. Constando nesse relatório o período da internação, a dada a que se refere a

sua elaboração, número de ordem, descrição dos casos auditados, conclusões e assinatura do auditor (KUCGANT, 2005). A auditoria pode ser classificada quanto a forma de intervenção:

a) Auditoria Interna: poderá ser realizada por um elemento da própria instituição, tem como vantagem maior profundidade do trabalho, tanto pelo conhecimento da estrutura administrativa, como das inovações e expectativas dos serviços. Proporciona sugerir soluções apropriadas. Como desvantagem, a dependência administrativa limitada à amplitude das conclusões e das recomendações finais do trabalho. Poderá haver envolvimento afetivo do auditor com os elementos realizadores do trabalho, invalidando-o.

b) Auditoria Externa: é realizada por elementos não pertencente à instituição, contratado pessoas externas especificamente para realização do trabalho de auditar. Tem vantagens de liberdade de atuação por sua independência afetiva. Porém sua desvantagem não vivencia a prática, a realidade da instituição podendo realizar um trabalho superficial, e suas sugestões apresentadas pouco adequadas à solução dos problemas existentes (KUCGANT, 2005).

Quanto ao tempo: auditoria contínua e periódica, sendo a contínua a avaliação em período determinado e revisada a partir da última; auditoria periódica, seu tempo também é preestabelecido.

Quanto a sua natureza poderá ser normal e específica, quando normal é realizada em ¹⁰¹⁷ período determinado com objetivos regulares de comprovação, já na auditoria específica atende a uma necessidade do momento.

Quanto ao limite pode ser duas formas totais que abrange todos os setores da instituição e o parcial limita alguns serviços. Conforme as necessidades de cada instituição.

1.2 Auditorias em enfermagem

Na era da complexidade dos mercados competitivos a gestão hospitalar passou a focar a administração e intervir na prática. O enfermeiro, profissional contribui como colaborador, elaborando preceitos técnicos científicos na visão de melhor atender as necessidades dos pacientes. A auditoria no Brasil vem tomando impulso nos últimos cinquenta anos, tentando validar sua metodologia a realidade atual do mercado na área da saúde (KURCGANT, 2006). Auditoria em Enfermagem, trata-se de um método sistemático que tem por objetivo avaliar a qualidade de assistência prestada ao cliente, uma análise através dos prontuários, garantindo o serviço prestado no intuito de ser justo na hora de cobrar por essa assistência, além de verificar sua qualidade (MOTTA, 2006).

Já em algumas instituições hospitalares foram necessárias modificações na forma de

exercer a gestão, surge o enfermeiro auditor. Devido o grau de exigência do cliente e ao aumento da demanda de custo, o profissional da área da saúde precisou adequar às necessidades desse mercado. Flexibilizando sua função de administrador numa postura de gerenciador da qualidade da assistência com a diminuição de gastos durante o atendimento do usuário. A habilidade em gestão do relacionamento com os clientes como uma nova estratégia na conquista da fidelidade dos serviços oferecidos, atuando no mercado e favorecendo as instituições de saúde e convênio a prioridade da eficiência como metas organizacionais (CAMELO e JUNIOR 2006). É necessário, portanto, que diante desse quadro desafiador, o enfermeiro que gerencia uma instituição evidencie sua liderança. Trabalho em equipe, criar grupos de pessoas que desempenham habilidade e conhecimento. A estrutura humana é constituída por multiprofissionais, que por meio de um processo dinâmico e interativo prestam assistência sistematizada e global ao cliente durante sua permanência. A competência, num saber de agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimento, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização. O enfermeiro auditor está envolvido em todas essas ações assistenciais administrativas. A enfermeira auditora sofre, portanto, alguns conflitos que fazem parte desse sistema de controle, tomar decisões que estarão sujeitas aos impactos unilaterais (BONFIN; MALAGUTTI, 2008). A fim de compreender as percepções manifestadas da auditoria¹⁰¹⁸ enfermagem é importante ressaltar o perfil de o enfermeiro auditor incluir características como ser ético, discreto, possuir senso crítico, capacidade de análise, organização, além de comprovado conhecimento teórico-prático (CIANCIANRULO, 1997).

Segundo, Junqueira (2001) define alguns princípios básicos do auditor em relação à execução de seus trabalhos:

- Independência: que assegure a imparcialidade.
- Soberania: que garanta o domínio do julgamento profissional na elaboração de seus relatórios e pareceres.
- Imparcialidade: pelo qual está obrigado a abster-se de intervir nos casos onde haja conflitos de interesses.
- Objetividade: apoiando em fatos e evidências que permitam a percepção da realidade, averacidade dos fatos.
- Atualização e Conhecimento Técnico: que permitam manter atualizado no cumprimento das normas e técnicas da evolução da área da saúde.
- Cautela e Zelo Profissional: devendo atuar com prudência, habilidade, precaução e esmero, reduzido ao mínimo sua margem de erro.
- Comportamento ético: protegendo os interesses dos beneficiários e prestadores de serviços, não favorecendo a terceiros ou a si próprio, no exercício de sua função.
- Sigilo e Descrição: ficando obrigado a guardar confidencialmente as informações obtidas. Dados, demonstrações e documentos não poderão ser fornecidos a terceiros, nem ser utilizados em proveito pessoal, exceto quando fruto da auditoria.

Entretanto Motta (2003) descreve o perfil da enfermeira auditora com as seguintes características:

- Trabalhar tendo sempre a ética como referência. Os princípios éticos devem predominar.
- Ter conhecimento técnico-científico, acompanhando todo o desenvolvimento tecnológico na saúde em geral e principalmente na especialidade de enfermagem que audita.
- Conhecer os estudos atuais práticos baseados em evidências.
- Desenvolver a capacidade de persuasão pela experiência pela experiência anterior, conhecimento e expressão.
- Ter disciplina, não violando os direitos dos outros.
- Agir como educadora.
- Ser tolerante.

A enfermagem auditora deve possuir conhecimento prático sobre as questões que envolvem enfermagem, e ter essa visão clara que seja voltada não somente para os custos e receitas, mas principalmente para a qualidade da assistência prestada. Enquanto no desenvolvimento de sua função executar o que permite a sua legislação, ou seja, auditoria de enfermagem.

O enfermeiro auditor devera comprometer de atuar em equipe com médico auditor repassar situações que envolvam questões médicas que permitindo que a resolução venha do médico auditor. Trocar informação com diversos membros da equipe que atuam nas cobranças das contas hospitalares como os faturistas, entretanto não delegar suas funções a eles.

O conhecimento devera estar presente renovando ou aceitando novas mudanças para conseguir realizar as cobranças hospitalares e sempre solicitadas expor sua opinião de auditoria frente e não suposições. Auditores trabalham com fatos tal qual eles aconteceram e usam de técnica e científica para chegar a uma conclusão precisa.

É importante que o enfermeiro atue na auditoria faça especialização em auditoria para possuir um embasamento teórico sobre as ações que devem ser realizados. Capacitação, qualificação e reciclagem são menos devem acompanhar um auditor eficiente.

1.30 Enfermeiro Auditor no Hospital

A auditoria de enfermagem realizada em ambiente hospitalar é executada por um enfermeiro ou uma equipe de enfermeiros dependendo da necessidade institucional. Esse profissional pode atuar na auditoria de contas hospitalares e/ou auditoria da qualidade.

O enfermeiro auditor de contas hospitalares realiza a análise dos prontuários antes da fatura da conta e envio ao convênio. Geralmente esta análise é realizada após a alta do paciente

(auditoria retrospectiva) ou durante sua internação (auditoria concorrente).

Na auditoria realizada após a alta do paciente o enfermeiro auditor avalia a exatidão das cobranças hospitalares com aquilo que está checado e prescrito no prontuário. Através de um relatório de consumo diário do paciente é possível realizar esta verificação.

O auditor então, avalia as quantidades entre os materiais, medicamentos e procedimentos e prescrição médica, registros de gastos de enfermagem e prescrição de enfermagem e a partir disso faz adequações no relatório de consumo, indicando ao setor de faturamento itens que devem ser modificados na cobrança da conta.

Não é permitido ao enfermeiro auditor, conforme a Resolução COFEN 266/20^oI, alterações no prontuário do paciente. Após esta verificação da compatibilidade e solicitação das alterações nos relatórios de gastos, esta conta poderá passar ainda pela auditoria médica administrativa que verificará específicas referentes à sua especialidade.

Entenda-se aqui, como relatório de consumo ou de gasto, um impresso que discrimina todo o consumo do paciente, não faz parte do prontuário; contém todos os medicamentos dispensados para aquele paciente e materiais utilizados pela enfermagem e/ou para procedimentos médicos.

Em alguns hospitais, o enfermeiro auditor faz esta verificação diretamente no sistema informatizado já alterando aquilo que acha necessário (na cobrança); neste caso a conta chega ao 1020 faturamento, pronta; só basta verificar os demais itens que não envolvem procedimentos de enfermagem.

Alguns auditores enfermeiros verificam a conta antes e depois da fatura para evitar que a conta hospitalar enviada contenha itens de digitação errados. A rotina de cada enfermeiro, na análise das contas, depende diretamente dos processos internos de cada instituição; a informatização sem dúvida contribui e muito na cobrança das contas.

A auditoria concorrente de a conta hospitalar facilita o diagnóstico e esclarecimento de registros equivocados, pode ser realizada diariamente com a visita do auditor de enfermagem na unidade hospitalar e verificação das anotações e gastos do paciente. Alguns auditores utilizam o "check-list" como ferramenta para resolver problemas encontrados nas unidades (JUNQUEIRA, 2001).

Trabalhar qualidade em auditoria significa alcançar seu objetivo, entretanto por questões de tempo e número de pessoal, nem sempre o mesmo enfermeiro que realiza a análise das contas hospitalares (com intuito de cobrar) é o mesmo que trabalha com a qualidade assistencial. De qualquer

forma, um complementa o serviço do outro, pois qualidade também depende de uma

cobrança justa.

Segundo Kluck et al (2002) o alcance da qualidade pelos serviços de saúde é uma atividade coletiva, tornando-se um diferencial técnico e social necessário para atender a demanda de uma sociedade cada vez mais exigente, que envolve não só o usuário do sistema, como também os gestores; isso requer a implementação de uma política de qualidade nas organizações, tanto na rede pública como na rede privada. Atualmente impossível garantir uma gestão sem abordar a qualidade. Neste contexto, a auditoria assistencial toma forma, e essencialmente a de enfermagem como meio de aferir, verificar, qualificar e avançar em indicadores assistenciais. A auditoria de enfermagem assistencial pode ser realizada em uma instituição hospitalar a partir da formação de uma comissão de auditoria, envolvendo os enfermeiros auditores e enfermeiros assistenciais que não estejam diretamente ligados à área a ser auditada, ou ser desenvolvida somente pelos enfermeiros auditores.

No caso da Comissão de Auditoria, uma das vantagens é a adesão dos enfermeiros frente ao processo, ou seja, compreendem mais e adquirem um conhecimento prático frente à realidade dos procedimentos e também registros de enfermagem; a auditoria se fortalece nesse processo.

Segundo Kurcgant (1991) os principais requisitos para realização de um processo de auditoria são:

1021

- Filosofia e estrutura administrativa compatíveis com a proposta da enfermagem, a qual se constitui em planejar, programar, coordenar e controlar suas atividades com o objetivo de oferecer melhor assistência ao paciente.
- Padrão de assistência desejado, estabelecido e conhecido por todo o pessoal do serviço de enfermagem, pois o padrão da qualidade do serviço pode ser referido como bom ou não desde que comparado a um padrão pré-estabelecido (ou seja, o que significa assistência de enfermagem para aquela instituição). É importante ressaltar que a existência de padrões não-condizentes com a realidade local limita se não inutiliza, todo o processo.
- Recursos Humanos com adequados treinamentos técnicos e capacidade como auditor. Esses elementos formarão uma comissão, que deverá reunir-se periodicamente, mantendo um processo contínuo e permanente.
- Instrumento contendo os itens que deverão ser observados na auditoria.

Na realização de uma auditoria de qualidade retrospectiva, utiliza-se o prontuário para verificar, através dos registros de enfermagem, a assistência prestada ao paciente. O primeiro passo neste caso é estabelecer o número de prontuários que serão auditados. Pode-se seguir a seguinte regra: até 50

altas/mês: todos os prontuários, mais de 50 altas/mês: 10% dos prontuários, todo prontuário de óbito deve constar na auditoria.

Após esta delimitação é importante possuir um instrumento de busca ativa, com os padrões que serão analisados na auditoria de enfermagem, por exemplo: método de admissão do paciente, atendimento das prescrições médicas, sistema de elaboração de plano de cuidados, relatório de enfermagem (completo, incompleto), sinais vitais checados de acordo com o diagnóstico do paciente e necessidades do paciente.

A auditoria concorrente também poderá ser utilizada para aferir a qualidade de enfermagem prestada e conforme Kurcgant (1991) pode ser realizada da seguinte maneira:

- Exame do paciente e confronto das necessidades levantadas com a prescrição de enfermagem e/ou avaliação dos cuidados *in loco* (acompanhar o funcionário e confrontar com os parâmetros estabelecidos);
- Entrevista com o próprio funcionário logo após a prestação do cuidado, levando-o à reflexão e servindo como material de auditoria;
- Avaliação feita pelo paciente e sua família, verificando a percepção destes quanto à assistência prestada; neste caso, é importante que sejam selecionados familiares que tenham realmente acompanhamento com o paciente.
- Pesquisa junto à equipe médica, verificando o cumprimento da prescrição médica e interferências das condutas de enfermagem na terapêutica médica (trabalho mais difícil e muito mais criterioso, em vista das questões éticas envolvidas).

1022

Em qualquer uma das formas de auditoria, é importante ter um instrumento válido para a busca de informações, análise e posteriormente elaboração de um relatório de auditoria, onde constam as conclusões e opiniões de auditoria. Sá (1977) recomenda que o relatório de auditoria apresente os seguintes dados:

- Período a que se refere.
- Data da sua elaboração.
- Número de ordem.
- Descrição dos casos auditados.
- Conclusões.
- Assinatura do Auditor.

O Enfermeiro Auditor Atuando na Educação Continuada dos hospitais se responsabilizando pela orientação de toda a equipe interdisciplinar que tem acesso ao prontuário, para que se conscientizem sobre a importância de seu preenchimento esclarecendo dúvidas e dando orientações contínuas (MOTTA, 2003).

Algumas organizações não fazem alocação de profissionais auditores em Educação Continuada e em todos os tipos e objetivos de auditoria, seja de qualidade ou na conta hospitalar, indicadores devem surgir e devem ser encaminhados ao setor de Educação Continuada para obtenção de subsídios em treinamento e reciclagem de pessoal, mesmo não sendo, como cita Kurcgant (1991) o objetivo da auditoria, a exatidão dos registros, acaba tornando-se consequência.

O ideal do desenvolvimento da auditoria é enquadrar essas duas funções dentro da instituição hospitalar, de qualidade e da análise da conta hospitalar, isso porque uma depende da outra e complementam-se na busca pela oferta de um cuidado com qualidade e com baixo custo e justa remuneração.

1.4 A atuação do enfermeiro auditor nas operadoras de saúde

O enfermeiro do plano de saúde possui papel fundamental na organização do serviço prestado ao usuário. A auditoria realizada pelo enfermeiro do plano de saúde pode ser: externa, externa "in loco", interna. O enfermeiro também atua na promoção e prevenção da saúde dos usuários e no credenciamento junto aos prestadores de serviços.

Na auditoria externa o enfermeiro vai aos prestadores, e analisa as contas hospitalares após a alta do usuário do seu plano de saúde. É chamada de externa quando realizada nas instalações dos prestadores, mas não deixa de ser retrospectiva já que é feita após a alta do paciente.

A Auditoria externa "in loco" é realizada enquanto o paciente estiver internado, e visa o fechamento diário da conta hospitalar e a visita ao paciente, à visita ao paciente é importante na verificação dos procedimentos envolvidos com a prestação do cuidado e também para verificar se está a contento do usuário a instituição e o atendimento.

A auditoria Interna é a análise das contas hospitalares de hospitais, clínicas, laboratórios, enfim todos os prestadores que possuam envolvimento com o pessoal de enfermagem, realizado dentro das instalações das operadoras de saúde. Também é considerada retrospectiva, pois envolve o fato após o ocorrido.

A atuação do enfermeiro na promoção e prevenção dos usuários envolve a delimitação do perfil dos usuários que pertencem ao plano e a implantação de metas de cuidados domiciliares específicos para o acompanhamento e prevenção de fatores de risco.

A detecção de que o perfil dos usuários possui em sua maioria Hipertensão Arterial, ou riscos para tal, indica a implantação de programa para este fim, com metas e diretrizes desenvolvidas com o objetivo de controlar a patologia e em outros casos preveni-la. Esta uma

relação importante de custo e benefício, enquanto estes programas realizados pelo enfermeiro proporcionam uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, por outro lado, oferece um controle de custos para o plano, pois o usuário que tem menos intercorrências onera e utiliza menos os serviços do plano de saúde. O auditor

enfermeiro do plano de saúde participa do processo de credenciamento da rede prestadora percebendo pela satisfação do cliente e visita ao local o atendimento ofertado pelo prestador. O objetivo do plano de saúde é que o usuário seja sempre bem atendido, pois sua satisfação neste caso também reportar ao plano de saúde (MOTTA, 2001).

1.5 Qualidades de Assistência de Enfermagem

Na década de 60 o mercado expandiu com sua prestação de serviço reconhecida como produto de passível padronização, garantindo qualidade. Destacando-se assim no mercado privado, através da qualidade que ganhou destaque. Atingiu o setor público de saúde que rapidamente precisou reorganizar seus processos de trabalho, a fim de garantir qualidade e custo. Nessas mudanças a enfermagem também evoluiu, ampliou seus conhecimentos e demonstrou ser provedora de cuidados assistenciais com qualidades realizados na saúde através dos seus serviços assegurando uma terapêutica correta e bem administrada (ZANON, 2001).

1014

Na área da saúde essa expansão foi muito parecida, por que o desenvolvimento tecnológico da prática médica trouxe maiores custos por conta das novas técnicas aplicadas, o governo financiava a atenção à saúde, a qual se tornou um campo de estudos e de práticas dentro do movimento que consolidou os serviços como objeto de campo científico (CORDON; JUNIOR, 2006). A qualidade de assistência é percebida pelo cliente, que almeja de uma assistência com eficiência e eficácia no atendimento. Os clientes são beneficiados com a possibilidade de receber uma assistência de melhor qualidade e segurança. A auditoria concebe ao paciente essa barganha de receber não apenas uma assistência, mas o que realmente condiz as suas necessidades (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).

Assistência com qualidade amplia-se deixando de ser interpretada como um serviço único, mas de uma ação que compromete todos outros setores, sendo gerencial e integrada em diversos níveis de serviço. Esse resultado no positivo esperado na qualidade da assistência tem um mérito de um modelo de gestão. Entendida como preocupação em todos os hospitais e previne erros identifica problemas e produz soluções, além de programar-las através dessas ações. A busca da qualidade é uma realidade continuam sem fim, critérios de excelência como Prêmio Nacional da

Qualidade (FPNQ) é uma entidade privada sem fins lucrativos cuja finalidade é contribuir para melhoria da qualidade das empresas brasileira. Na avaliação modelos de gestões podem ser utilizados no critério de excelência como: liderança, informações e conhecimento, estratégia, processos, clientes, sociedade e resultado (BURMESTER apud PEREIRA; GALVÃO; CHANES, 2005).

A garantia da prestação de serviços com qualidade está interligada as necessidades que as instituições de saúde enfrentam é assunto antigo desde 1950, destaca-se como colaborador nessa área professor universitário William Edward Deming consultor. No período da segunda guerra mundial tornou-se reconhecido pela melhoria dos processos produtivos, destacando seu trabalho no Japão. Ensinou grandes executivos como melhorar projetos, qualidade de produto, teste de venda (NOGUEIRA, 1994; MALIK; SCHIESARI, 1998).

Os 14 pontos para a gestão descrevem o caminho para a qualidade total, conforme Deming o qual deve ser continuamente aperfeiçoados:

1. Criar constância de propósito de aperfeiçoamento do produto e serviço, a fim de torná-los competitivos, perpetuá-los no mercado e gerar empregos.
2. Adotar uma nova filosofia, visto que vivemos numa nova era econômica. A administração ocidental deve despertar para o desafio, conscientizar-se de suas responsabilidades e assumir a liderança em direção à transformação.
3. Acabar com a dependência de inspeção para a obtenção da qualidade. Eliminar a necessidade de inspeção em massa, priorizando a internalização da qualidade do produto.
4. Acabar com a prática de negócios compensador baseado apenas no preço. Em vez disso, minimizar o custo total. Insistir na idéia de um único fornecedor para cada item, desenvolvendo relacionamentos duradouros, calcados na qualidade e na confiança.
5. Aperfeiçoar constante e continuamente todo o processo de planejamento, produção e serviços, com o objetivo de aumentar a qualidade e a produtividade e, conseqüentemente, reduzir os custos.
6. Fornecer treinamento no local de trabalho.
7. Adotar e estabelecer liderança. O objetivo da liderança é ajudar as pessoas a realizar um trabalho melhor, assim como a liderança dos trabalhadores, a liderança empresarial necessita de uma completa reformulação.
8. Eliminar o medo.
9. Quebrar as barreiras entre departamentos. Os colaboradores dos setores de pesquisa, projetos, vendas, compras ou produção devem trabalhar em equipe, tornando-se capazes de antecipar problemas que possam surgir durante a produção ou durante a utilização dos produtos ou serviços.
10. Eliminar slogans, exortações, e metas dirigidas aos empregados.
11. Eliminar padrões artificiais (cotas numéricas) para o chão de fábrica, a administração por objetivos (APO) e a administração através de números e metas numéricas.
12. Remover barreiras que despojem as pessoas de orgulho no trabalho. A atenção dos supervisores deve voltar-se para a qualidade e não para números. Remover as barreiras que usurpam dos colaboradores das áreas administrativas e de planejamento/engenharia o justo direito de orgulhar-se do produto de seu trabalho. Isso significa a abolição das avaliações de desempenho ou de mérito e da administração

por objetivos ou por números.

13. Estabelecer um programa rigoroso de educação e auto-aperfeiçoamento para todo o pessoal.

14. Colocar todos da empresa para trabalhar de modo a realizar a transformação. A transformação é tarefa de todos.

De acordo com Garay (1997) a gestão da qualidade refere-se ao processo ativo de determinar e orientar o caminho a ser percorrido para atingirmos os objetivos empregando todos os recursos contidos na produção de um 'bem ou de um serviço. A qualidade nos serviços de saúde deve ser enfatizada, principalmente porque o produto é consumido durante a sua produção, é, portanto, diferente da produção de bens em que é possível separar o produto com defeito, sem consequências expressivas, exceto a perda da matéria-prima e o retrabalho.

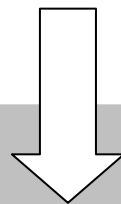
A inserção de indicadores de qualidade assistenciais voltados à enfermagem é um dos grandes precursores para a realização de uma auditoria da qualidade dos serviços de enfermagem. Alguns dos indicadores utilizados como acompanhamento da qualidade de enfermagem em pacientes hospitalizadas são uma iatrogenia, quedas de leitos, flebites e úlceras de pressão. A satisfação do cliente frente ao serviço de enfermagem sempre deve ser mencionada uma vez que o paciente, mesmo levemente, irá nos fornecer parâmetros para adequação do atendimento de enfermagem. Buscar a fidelização dos clientes é satisfazer ou esclarecer frente às rotinas de 1016
maneira harmoniosa e convicta.

Na garantia da assistência a ser prestada ao cliente exige do enfermeiro auditor um determinado conhecimento e embasamentos científico para aplicabilidade do plano de saúde, o estudo sobre questões que não estão restritos apenas a estes parâmetros; a Agência Nacional de Saúde Suplementar possui inúmeras resoluções referentes à regulamentação e operacionalização das operadoras.

Para adquirir conhecimento relativo à atuação na prevenção e promoção da saúde aos usuários do plano de saúde, cabe lembrar a História Natural da Doença e todos os fatores que estão envolvidos junto a ela bem como os níveis de aplicação das ações de saúde. A doença passa por três fases: Pré-Patogênese, Fase clínica e sequelas nas quais estas três etapas dizem respeito à História Natural de uma doença. Sendo importante ter conhecimento dessas três fases para enquadrar as ações na área da saúde e da auditoria (AUDIBRA, 2000).

Conforme na tabela 1 são a seguintes etapas dizem respeito a historia da doença:

PRE-PATOGENESE	
INESPECIFICA	ESPECIFICA
Condições gerais do indivíduo ou do ambiente, que predisõem a uma ou várias doenças.	A presença de fatores causais favorece o aparecimento de uma doença.
FASE CLÍNICA	
PRECOCE	AVANÇADA
Da situação anterior resultou uma doença cujos primeiros sinais e sintomas se tornaram aparentes.	A doença segue sua evolução, terminando com a morte, com a cura ou deixando seqüelas



SEQÜELAS

As sequelas ou consequências das doenças podem ser reparadas com maior ou menor eficiência permitindo a reabilitação do indivíduo.

Segundo Junqueira (2001), a representação gráfica apresentada deve-se identificar em qual dos estágios da doença o indivíduo está para assim permitir ações adequadas que contribuam realmente em sua reabilitação e/ou proporcionem uma melhor qualidade de vida a partir de seu conhecimento referente à doença e perspectivas de cura. Esse trabalho envolve o médico, o enfermeiro e o educador. Na tabela 2 estão representados os níveis de aplicação das ações de saúde:

Conforme Junqueira tabela 2 representa estágio da doença

POSIÇÃO DAS BARREIRAS EM QUE PODEMOS OPOR A MARCHA DAS DOENÇAS						
1º NIVEL	2º NIVEL	3º NIVEL	4º NIVEL	5º NIVEL		
Promoção da Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico e Tratamento	Limitação do Dano	Reabilitação		

A Organização Mundial da Saúde (1981) define a qualidade no setor de saúde como o conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando essencialmente os valores sociais existentes.

Na história do Sistema Único de Saúde (SUS), surge a partir de mudanças conceituais de normativas e operacionais em consonância com diretrizes, numa tendência na defesa do cidadão visa um instrumento de gestão que se destina a fortalecer o SUS, contribuindo efetivamente na qualidade de atenção aos usuários. O Ministério da saúde controla essa assistência à auditoria através Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Antes da Constituição brasileira de 1988, a saúde era considerada um direito de poucos, o privilégio da assistência restringia-se apenas ao contribuinte com a Previdência Social, e assim mesmo o acesso era muito precário. Sabemos que questões a saúde estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida da população, numa concepção ampliada, só poderia ser visto e o homem inserido num contexto, de moradia, alimentação, água, esgoto, transporte, educação e lazer, assim emergiu na década de 1970 o Movimento Sanitarista, organizando os profissionais no comprometimento dessa assistência (BRASIL, 1996).

Desde 1998, o Ministério da Saúde – MS desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além da aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002. Seu objetivo principal foi à avaliação dos serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. A Secretaria

de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, através de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC optou por reformular o PNASH, com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde. Assim, a partir de 2004/2005, passou a denominá-lo PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PNASS.

Para a efetivação deste objetivo, criou-se um grupo de trabalho para a formulação deste novo programa, com representantes de diversas secretarias e autarquias do Ministério da Saúde, dentre as quais, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, DATASUS, Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Gestão Participativa, coordenados pela Coordenação Geral de Regulação e Avaliação-CGRA/DRAC/MS. No primeiro momento priorizou-se a aplicação do PNASS, de forma censitária, nos serviços de Hospital Geral, Hospital Especializado e Unidade Mista; Hospitais Especializados com leitos obstétricos; Ambulatório de Especialidade e Policlínica; Estabelecimentos de saúde com serviços próprios de alta complexidade em Oncologia e Nefrologia havendo a possibilidade de ampliação destas prioridades para versões futuras (BRASIL, 2005).

O Sistema Único de Saúde – SUS encontra-se definido nos artigos 196 a 200 da ¹⁰¹⁹ Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – 8080/90 e 8142/90, e é regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas – NOBs e Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS. O artigo 15 da Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde, em seus itens primeiro e terceiro estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população. O artigo 17 da mesma lei, em seu item sétimo, define que é responsabilidade dos Estados e dos Municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho. A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2005).

1.6 Acreditação Hospitalar

Acreditar significa “conceder reputação”, tornar digno de confiança, e é neste sentido que se utilizam os termos acreditado que merece ou inspira confiança (HOUAISS, 2008).

Na busca da qualidade assistencial dos serviços de saúde tornou-se necessário ampliar os conhecimentos. Nesse contexto, o Sistema Brasileiro de Acreditação, liderado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), promove o desenvolvimento e a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a Qualidade na assistência à saúde de nossos cidadãos, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país. Uma vez que a garantia da qualidade exige um maior nível de profissionalismo e, para que ocorra a satisfação do paciente, por intermédio de uma atenção competente, apropriada e oportuna, de serviços com um mínimo de complicações.

Com a Constituição de 1988 definindo a saúde como direito social universal, fazendo com que desta forma os hospitais deixassem de serem os centros do modelo assistencial, transferindo aos municípios a gestão dos serviços de saúde passou-se a observar a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população (ONA, 2009).

Ao chegar à década de 90 surgem no Brasil iniciativas regionais relacionadas diretamente com a Acreditação hospitalar, mais especificamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul. Um projeto foi encaminhado ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), onde definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar. A partir do Manual editado pela OPAS e das experiências estaduais, buscou-se então estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos. Surge então, em 1998, o "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar". Em abril/maio de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se a partir daí a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores. A Acreditação começa a ser discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde, em junho de 1995, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS).

A criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde envolveu a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade da qual faziam parte além do grupo técnico do Programa, representantes de provedores de serviço, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde. Esta Comissão ficou responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa

(ONA, 2009).

Serviço Hospitalar - Acreditada
segundo ONA (2009).

- Hospital Geral de Pronto Socorro Deputado Nelson
Marchezan Canoas/RS
- Fundação Pio XII - Hospital do Câncer
de Barretos Barretos/SP
- Santa Casa de Misericórdia de Passos

Passos/MG

- Real Hospital Português de Beneficência em
Pernambuco Recife/PE
- Hospital do
Câncer de Muriaé
Muriaé/MG
- Santa Casa de São José
dos Campos São José dos
Campos/SP
- Hospital
Unimed Natal
Natal/RN
- Hospital São Francisco
Francisco Beltrão/PR

• Real Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital
Beneficência Portuguesa de Campinas
Campinas/SP

1021

• O.S.S. Santa Marcelina - Hospital Cidade
Tiradentes São Paulo/SP

• Hospital Municipal Dr. Benedicto
Montenegro São Paulo/SP

• Hospit
al Santa Cruz
Curitiba/PR

• Hospital
São Domingos
São Luis/MA

• Hospital Maternidade
de Campinas Campinas/SP

• Hospital Alvorada Taguatinga - Hospital
Itacolomy São Bernardo do Campo/SP

• Hospital Nossa Senhora das Graças
Curitiba/PR

• Hospital e Maternidade São
Camilo - Ipiranga São Paulo/SP

- Hospital Abreu Sodré
São Paulo/SP
- Policlínica
Pato Branco Pato
Branco/PR
- Clínicas Santa
Genoveva S/C
Goiânia/GO
- Hospital Pompéia
Caxias do Sul/RS
- SOS Cardio Serviços
Hospitalares
Florianópolis/SC
- Hospi
tal do
Círculo
Caxias do
Sul/RS
- Associação Evangélica Beneficente de Campinas - Hospital
SamaritanoCampinas/SP
- Hospital e Maternidade
Sinos BrasileiroOsasco/SP
- Hospital São José
São José dos Campos/SP
- Hospital Ministro
Costa Cavalcanti Foz do
Iguaçu/PR
- Hospital Regional
Vale do ParaíbaTaubaté/SP
- Casa de
Saúde Campinas
Campinas/SP
- Santa Casa de Misericórdia de
Ponta GrossaPonta Grossa/PR
- Instituto de Neurologia de Curitiba
Curitiba/PR
- Hospital e Maternidade
Santa HelenaSão Bernardo do
Campo/.P.
- Hospital e Maternidade
São CristóvãoSão Paulo/SP.

Processo de Avaliação

Dentro do Sistema Brasileiro de Acreditação, o processo de avaliação para certificação é de responsabilidade das Instituições Acreditadoras Credenciadas pela ONA. Essa atividade é

desempenhada pela equipe de avaliadores das Instituições Acreditadoras Credenciadas, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação - ONA específico. É a Organização Prestadora de Serviços Saúde (OPSS) que manifesta o interesse pela avaliação, diretamente a uma das Instituições desta seção foi baseado nas Normas Orientadoras da ONA (2000).

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, incorporado no Manual Brasileiro de Acreditação, é um instrumento de avaliação da qualidade institucional, composto de seções e subseções. Nas subseções existem padrões definidos segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo, do inicial ao mais desenvolvido e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores. Para cada nível são definidos itens de verificação que orientam a visita e a preparação do serviço de saúde para a Acreditação. Os padrões seguem o princípio do “tudo ou nada”, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido. Os padrões são interdependentes, pois os estabelecimentos devem funcionar como um conjunto harmônico de serviços e, concomitantemente, como parte de uma rede local de estabelecimentos integrados. Os três níveis definidos em cada subseção são:

I. NÍVEL 1

1023

As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde avaliada, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

Princípios orientadores:

- habilitação do corpo funcional;
- atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários;
- estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas.

II. NÍVEL 2

As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna.

Princípios orientadores:

- existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados;
- evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários;
- evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

III. NÍVEL 3

As exigências deste nível contemplam evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, bem como evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Princípios orientadores:

- evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico;
- utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados;
- utilização de sistemas de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

1024

Os requisitos do Manual são cumulativos: para que uma organização seja acreditada em um determinado nível, é necessário que os padrões correspondentes àquele nível estejam atendidos em todas as subseções. Assim, para uma organização ser acreditada é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1; para ser acreditada plena, é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1 e todos os de Nível 2; para ser acreditada com excelência, é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1, Nível 2 e Nível 3. Em caso de apresentar não conformidades menores é facultada a manutenção do processo em aberto por um período máximo de noventa dias para a resolução das mesmas e, na formulação do resultado final pesará o mesmo critério, na medida em que seja atingida conformidade com todos os padrões necessários para o devido enquadramento em um dos três níveis.

A avaliação para certificação pode resultar em

- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Não Acreditada.
- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada (Certificado com validade de 2 anos) .
- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada Plena (Certificado com validade de 2 anos) .

- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada com Excelência (Certificado com validade de 3 anos).

É facultada à Organização de Saúde a solicitação de um diagnóstico organizacional, antes de solicitar a visita para a certificação. Esse processo também é realizado pelas Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA (2009).

O Processo de Acreditação Internacional (Joint Commission International-JCI).

É um processo baseado em avaliar para melhorar o desempenho, sendo a avaliação baseada em padrões e critérios bem definidos, de modo a assegurar consistência ao processo. O planejamento da avaliação é feito “sob medida”, com base nas características do hospital, informadas em geral pelo diretor da instituição, quando do preenchimento da solicitação da avaliação. A Joint Commission International foi criada em 1999, para subsidiar JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations a maior agência acreditadora do EUA. A missão da JCI é melhorar a qualidade da assistência a saúde na comunidade internacional, fornecendo serviço de acreditação.

No Brasil, a JCI tem um acordo formal, assinado em setembro de 2000, que prevê exclusividade de oferta de serviço em conjunto. Através do acordo de certificação de acreditação internacional de instituições de saúde no Brasil, tendo emissão de um único certificado com selo ¹⁰²⁵ CBA e JCI repaldando assim, sua validade internacional (CBA, 2006).

Durante a avaliação, os avaliadores verificam a conformidade da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos pelo hospital, comparados com os padrões do manual. As fontes de informação utilizadas pelos avaliadores são: entrevistas com pacientes e familiares, entrevistas com profissionais do hospital, reuniões e observação direta, através de visitas aos diversos setores do hospital. São ainda analisados diversos documentos relevantes do hospital, incluindo os prontuários dos pacientes. Todas essas atividades são acompanhadas por pelo menos um profissional do hospital, de acordo com a agenda preparada de comum acordo entre a direção do hospital e a agência acreditadora.

O trabalho de campo termina com uma reunião de encerramento com os líderes institucionais, durante a qual os avaliadores fornecem ao hospital um relatório de decisão preliminar, baseado em seus achados durante a avaliação. Esse relatório é então enviado ao Comitê de Acreditação, que tem entre suas atribuições, a aprovação do relatório e outorga da acreditação.

O ciclo de acreditação tem a duração de três anos – seis meses antes da data de seu término, a agência acreditadora notifica a instituição, com vistas à realização de nova avaliação para reacreditação e um novo ciclo tem início (JCI, 2009).

1.7. Sistematizações de Assistência de Enfermagem

A sistematização de Assistência de Enfermagem entende-se como uma metodologia empregada para identificar os problemas e seus potenciais. Propõem estabelecerem diagnósticos e intervenção de enfermagem (CROSSETTI, 2005).

Já no processo de cuidar compreende numa relação entre o cuidador e o paciente para haver o sucesso. A identificação desses problemas o diagnóstico de enfermagem e a exigência de soluções acuradas para resolvê-los. Essa faceta tem por base método científica, além do raciocínio clínico (CROSSETTI, 2008).

A definição da Sistematização de Assistência Enfermagem (SAE) não se opõe ao processo de enfermagem segundo Crossetti (2005), a autora explica que o processo tem acompanhado a evolução da enfermagem em assistir o paciente, sendo comum a interpretação como um instrumento de enfermagem, o SAE pressupõe como uma metodologia de assistência utilizada na identificação do problema de saúde e seus reais potenciais. Sendo o método objetivo e o subjetivo ¹⁰²⁶ criado durante a avaliação do cliente de forma despojada que já era parte do “processo de enfermagem’ na busca do tratamento e na intervenção da doença”. Portanto nesse esforço de construir modelos teóricos procurando viabilizar e definir o domínio social e humanístico, individualizando essa assistência no intuito de satisfazer o perfil do cliente, respeitando de forma ética suas crenças e valores elaboraram-se um gerenciador assistência, permitindo o uso do SAE como essa ferramenta teórica (SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 2008).

Conforme Cianciarullo 2001 apud Neves (2006) a sistematização da assistência beneficiou-se nessa prática através dos novos modelos teóricos contribuído ao processo de cuidar. O autor afirma que a teoria proporciona um aprimoramento, além de seguir como guia proporcionando avaliar a qualidade e a eficiência do serviço prestado. Dessa forma, responsável também em organizar e gerenciar resultando num controle da assistência prestada ao cliente.

Num estudo realizado por Scarparo e Ferraz (2008), descrevem a importância do papel que a auditoria quando aplicada diretamente no processo da sistematização da assistência de enfermagem, onde se encontra direcionada na educação permanente para a que a existência dos

registros de enfermagem legíveis e claros e não apenas entrando no mérito da cobrança da conta a ser paga pelo serviço prestado, mas em questões legal onde anotar no prontuário do paciente é considerada como uma das atividades prestada durante a assistência de enfermagem no art.14 onde regulamenta o exercício profissional (COREN, 2005).

Num outro estudo realizado, de natureza exploratória descritiva referente à utilização do SAE após análise de 85 recursos de glosas alguns itens sobressaíram por apresentar problemas que estavam embasadas nas anotações relativas à checagem de enfermagem no qual refletia no cuidado e também apresentando um custo relativamente significativo. A aplicação corretamente do processo de enfermagem evitaria erros frequentes quanto ao registro de assistência de enfermagem (RODRRIGUES;PERROCA; JERICÓ 2005).

Na tentativa de organização de condições para a prestação da assistência. Os passos do processo de enfermagem vão desde o primeiro contato enfermeiro-paciente, entendido como relação terapêutica, com o intuito de identificar os problemas e objetivar metas para as suas resoluções.

De acordo com Figueiredo, Leite e Machado (2006) uma metodologia assistencial de enfermagem, para que seja satisfatória e eficaz, deve estar associada aos passos do processo de enfermagem.

1027

Para Wanda Horta (1979, p. 35) “o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”.

Nesse contexto, Horta (1979) refere que as fases ou passos são distinguidos em seis, os quais devem apresentar uma interação de procedimentos, que são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Acesso aos dados/histórico de enfermagem: através do contato com o paciente, observações e interferências das necessidades; compreensão do indivíduo e familiares sobre o que está acontecendo, nível de ansiedade, informações quanto ao autocuidado, exame físico, exames laboratoriais, história pregressa, prescrição e diagnóstico médico.

Segundo Horta apud Leopardi (1979, p. 35) “o histórico de enfermagem é um roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para a (o) enfermeira (o)) do ser humano que torna possível a identificação de seus problemas”.

O histórico do paciente é necessário quanto às seguintes áreas: física, psicológica, sócio-

cultural, espiritual, cognitiva, habilidades funcionais, desenvolvimento, economia e estilo de vida. Nas quais, juntamente com os achados clínicos e laboratoriais diagnósticos são documentados para que constituam uma fundamentação para o desenvolvimento do plano de cuidados.

Diagnóstico de enfermagem: constatação de problemas encontrados de acordo com as necessidades do paciente. O diagnóstico de enfermagem é uma forma uniforme, encontrada para a identificação, focalização e abordagens das necessidades específicas dos pacientes e das respostas aos problemas reais ou alto risco.

Segundo NANDA – Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem apud Doenges et al (2000, p. 9) o diagnóstico de enfermagem exige várias etapas no processo de identificação do problema/ necessidade, os quais incluem:

Coleta de uma base de dados do paciente (entrevista de enfermagem, exame físico e exames diagnósticos), combinadas com a informação coletada por outros prestadores de cuidado de saúde;

Revisão e análise de dados do paciente;

Síntese dos cuidados dos pacientes obtidos enquanto uma totalidade e então, a manutenção do julgamento clínico sobre a resposta do paciente a estes problemas/processos vitais, reais ou de alto risco;

Comparação e cotejamento das relações entre os julgamentos clínicos contra os fatores¹⁰²⁸ relacionados e as características definidoras recentes ao diagnóstico de enfermagem selecionado. Esta etapa é crucial para a escolha do termo adequado de diagnóstico de enfermagem a ser utilizado no estabelecimento de uma afirmativa específica sobre o diagnóstico do paciente;

Combinação do diagnóstico de enfermagem com os fatores relacionados e características definidoras para criar uma formulação diagnóstica do paciente.

Segundo Horta apud Leopardi (2006, p. 200), diagnóstico de enfermagem:

É a fase em que se analisam os dados colhidos no histórico, identificando os problemas de enfermagem que levam à avaliação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem para seu atendimento. O grau de dependência pode ser estabelecido conforme as possibilidades individuais de auto cuidado, de modo que será: totalmente dependente, o paciente que não pode fazer por si mesmo as ações que satisfaçam necessidades básicas; parcialmente dependente, quando há tanto a intervenção dos profissionais naquilo que a pessoa não pode fazer por si mesmo quanto ao auto cuidado; totalmente independente, quando o paciente necessita de orientação e estímulo e supervisão em tarefas de auto cuidado.

O diagnóstico de enfermagem, mais especificamente, é aquele embasado em dados recém coletados. A identificação precisa das necessidades e a nomeação diagnóstica proporciona a base para a escolha das prescrições de enfermagem.

Para NANDA apud Doenges et al (2000, p. 9) afirma que:

O diagnóstico de enfermagem pode ser uma resposta física ou psicossocial. Os diagnósticos de enfermagem físicos incluem aqueles que pertencem aos processos biológicos, tais como circulação (perfusão tissular alterada), ventilação (troca gasosa prejudicada) e eliminação (constipação). Os diagnósticos de enfermagem psicossociais incluem aqueles pertencentes à mente (confusão aguda), às emoções (medo) ou relacionamentos/estilo de vida (desempenho de papel alterado).

O diagnóstico de enfermagem é reavaliado, podendo ser reestruturado conforme o grau de evolução do quadro saúde/doença do paciente.

Plano assistencial: é a determinação da assistência de enfermagem que o indivíduo deve receber diante o diagnóstico estabelecido.

De acordo com Horta apud Leopardi, (2006, p. 200) “o plano assistencial é sistematizado em termos do conceito de assistir em enfermagem, isto é, encaminhamentos, supervisão (observação e controle), orientação, ajuda e execução de cuidados, ou seja, a disposição dos cuidados na seqüência do FAOSE, de acordo com o nível de dependência estabelecido”.

Plano de cuidados/prescrição de enfermagem: decisão quanto ao método de observação de necessidades e identificação de caminhos alternativos para a satisfação das necessidades do enfermo.

O plano de cuidados contém, não apenas ações iniciadas pelas prescrições clínicas de ¹⁰²⁹ enfermagem, mas também os cuidados prestados por todas as disciplinas em saúde relacionadas.

Para Horta apud Leopardi (2006, p. 200) o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem é “detalhamento do plano assistencial, por meio de um roteiro diário, devendo ser avaliado sempre, favorecendo a obtenção de novos dados necessários para que ocorra a próxima fase”.

As prescrições de enfermagem são medidas a serem adotadas quanto ao cuidado ao paciente e as ações/prescrições são selecionadas, com intuito de atingir objetivos desejados, estabelecidos para sua cura e/ou reabilitação, bem como metas para alta.

A intenção é de que as atividades prescritas beneficiem o paciente/família de forma previsível, conforme os problemas identificados e objetivos escolhidos.

As prescrições são maneiras de individualizar a prestação de cuidados ao paciente, utilizando uma metodologia específica que supra suas necessidades, devendo incorporar os potenciais achados do paciente, quando possível.

É necessário ser traçado um objetivo para o tratamento. Tanto o profissional quanto o paciente devem ter claro qual o real significado terapêutico e quais metas serão objetivadas.

Para que se possa elaborar uma metodologia de cuidados abrangente e satisfatória, é

necessário que haja uma interação multiprofissional que vise o mesmo objetivo, a promoção da saúde e reabilitação do paciente. Sendo que todos os dados, evidenciados por qualquer membro da equipe multidisciplinar, devem ser registrados no prontuário do paciente, para que todos os outros profissionais da equipe possam obter acesso a tais informações, em relação ao paciente.

Evolução de enfermagem: é um relato diário das mudanças ocorridas com o paciente enquanto estiver sob assistência profissional ou a avaliação de sua resposta à assistência de enfermagem e o prognóstico de enfermagem baseia-se na estimativa da capacidade do paciente em atender suas necessidades básicas alteradas, após ser implantado, pela enfermagem, o plano assistencial.

A avaliação e a documentação ajudam a assegurar que o cuidado seja adequado e prestado, como também, para que o paciente e seus familiares possam prosseguir com os cuidados em diferentes setores. **Prognóstico de enfermagem:** é a perspectiva de reabilitação do processo saúde-doença.

Segundo Horta (1979, p. 36) “o prognóstico de enfermagem é a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem”.
Aspectos legais das Anotações

1030

Desde a época de Florence Nightingale, que reescreveu, em 1858, que o objetivo da enfermagem era “colocar o paciente na melhor condição para que a natureza atue sobre ele, os expoentes da enfermagem”. As enfermeiras têm a responsabilidade de realizar papéis conforme definido no Social Policy Statement, de aderir à legislação da prática de enfermagem conforme código de ética (BRUNNER; SUDDART, 2006).

Na regulamentação do exercício da enfermagem, possui seu amparo legal pelo conselho regional de enfermagem, órgão institucional responsável pelo exercício profissional. É entidades paraestatais o COFEN e os CORENs, isto é, embora dotadas de personalidade jurídica de direito privado, prestam eles atividades de serviço público. Através da lei no 7.498, de 25 de junho de 1986 segundo art. II – regulamenta o exercício legal do enfermeiro auditor na execução de todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe a consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem (COREN, 2001). Em 2001 foi elaborada pelo Conselho Federal de Enfermagem a Resolução COFEN Nº. 266/2001 dispõe sobre as atividades do enfermeiro Auditor, em suas diferentes atuações esta resolução direciona o exercício profissional, impondo restrições e estabelecendo diretrizes para desenvolvimento das funções sem fugir dos primórdios da profissão

enfermagem.

Regulamentação do exercício da enfermagem capitulada em nove partes

VIII

IX - Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem. As Instituições de saúde que estabelecem um serviço de auditoria de enfermagem organizado e bem conduzido proporcionam benefícios para os clientes/pacientes, para instituição e para profissão. Os pacientes serão beneficiados com a possibilidade de receber uma assistência de melhor qualidade; a instituição por que fornece a verificação do alcance dos objetivos e auxílio no controle de custos e cobranças das contas hospitalares; e para profissão por que possibilita indicadores da assistência.

Em sua regulamentação do exercício da enfermagem, possui seu amparo legal pelo conselho regional de enfermagem, órgão institucional responsável pelo exercício profissional. É entidade paraestatais o COFEN e os CORENS, isto é, embora dotadas de personalidade jurídica de direito privado, prestam eles atividades de serviço público. Através da lei no 7.498, de 25 de junho de 1986 segundo art. II – regulamenta o exercício legal do enfermeiro auditor na execução de todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe a consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem (COREN, 2001).

1031

No que se confere como direito ao cliente (consumidor), publicado em 05 fevereiro de 2002, segundo Segui (2005) apud Orguissio e Schimidt (1999), discute-se quanto de forma legal e assim viável no que se cita a relação entre profissionais com clientes nos Art.14, 61 e 63 referem-se relativamente à prestação serviço ao descrito como consumidor ou usuário os danos relativos às informações inadequadamente prestadas cuja prestação dos serviços considerados nocivos ou perigosos a saúde. Assim a fim de sua legalidade é não apenas um dever do profissional da saúde usar o registro no prontuário com qualidade e de sua própria proteção essa fonte de anotações prestada como direito do consumidor em ter esse acesso de forma legível.

I- É da competência privativa do Enfermeiro Auditor no exercício de suas atividades:

- Organizar, dirigir, planejar, consultoria coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem.

II- Quanto integrante da equipe de auditoria em Saúde:

- a) Atuar no planejamento, execução e avaliação da programação da saúde;
- b) Atuar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais em saúde;
- c) Atuar elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- d) Atuar na construção de programas e atividades que visem à assistência integral á

saúde individual de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

e) Atuar na elaboração de programas e atividades da educação sanitária, visando à melhoria do indivíduo, família e da população em geral;

f) Atuar na elaboração de contratos e Adendos que dizem respeito à assistência de enfermagem e incompetência do mesmo;

g) Atuar em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de enfermeiro ou pessoal técnico de enfermagem, em especial enfermeiro auditor, bem como provas e títulos de especialização em auditoria de enfermagem;

h) Atuar em todas as atividades de competência de Enfermeiro Auditor, de conformidade com o previsto nas leis do Exercício da Enfermagem e Legislação pertinente;

i) O enfermeiro auditor, deverá estar regulamentemente inscrito no COREN de sua jurisdição onde presta serviço, bem como ter seu título registrado, conforme dispõe a Resolução COFEN Nº. 261/2001;

j) O enfermeiro auditor, quando da constituição de empresa prestadora de serviço de auditoria e afins, deverá registrá-la no COREN da jurisdição onde se estabelece se identificar no COREN da jurisdição fora de seu foro de origem, quando prestação de serviço;

k) O enfermeiro auditor, segundo a autonomia legal conferida pela lei e Decretos que tratam do Exercício Profissional de Enfermagem, para exercer sua função não depende da presença de outro profissional;

l) O enfermeiro Auditor tem Autonomia em exercer suas atividades sem depender de prévia autorização por parte de outro membro auditor, enfermeiro ou multiprofissional;

m) O enfermeiro auditor para desempenhar corretamente seu papel, tem direito de acessar os contratos e adendos pertinentes à instituição a ser auditada;

n) O enfermeiro auditor, para executar suas funções de auditoria, tem direito de acesso ao prontuário do paciente e toda a documentação que se fizer necessária;

o) O enfermeiro auditor, no cumprimento de sua função, tem o direito de visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com serviço de enfermagem prestado, bem como a qualidade. Se necessário, acompanhar os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório.

III- Considerando a interface do serviço de enfermagem com os diversos serviços, fica a livre conferência da qualidade dos mesmos no sentido de coibir o prejuízo relativo à assistência de enfermagem, devendo o enfermeiro auditor registrar em relatório tal fato e sinalizar aos seus pares auditores, pertinentes à área especificam, descaracterizando sua omissão.

IV- O enfermeiro auditor, no exercício de sua função, tem direito de solicitar esclarecimento sobre fato que interfira na clareza e objetividade dos registros, com fim de se coibir interpretação equivocada que possa gerar glosas/desconformidade infundidas.

V- O enfermeiro, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária; é vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por representante legal. Havendo identificação de indícios de irregularidades no

procedimento do cliente, cuja comprovação necessite de análise no prontuário do paciente, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instauração de auditoria.

VI- O enfermeiro auditor, quando no exercício de suas funções, deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico-econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem estar do ser humano enquanto paciente/cliente.

VII- Sob o prisma ético:

- a) O enfermeiro auditor, no exercício de sua função, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios constitucional, legal, técnico e ético;
- b) O enfermeiro auditor, como educador deverá participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da Auditoria da Enfermagem, e Auditoria Geral, contudo, sem delegar ou repassar o que é privado do enfermeiro auditor;
- c) O enfermeiro auditor, quando integrante de equipe multidisciplinar, deve preservar sua autonomia, liberdade de trabalho dos membros da equipe, respeitando a privacidade, o sigilo profissional, salvo os casos previstos em lei, que objetive a garantir do bem estar do ser humano e a prevenção da vida;
- d) O enfermeiro auditor, quando em sua função, deve sempre respeitar os princípios profissionais, legais e éticos no cumprimento com seu dever;
- e) A competência do enfermeiro auditor abrange todos os níveis onde há a presença da atuação de profissionais de enfermagem;

- Havendo registro no Conselho Federal de Enfermagem da Sociedade de Auditoria em¹⁰³³ Enfermagem de caráter Nacional, as demais organizações Regionais deverão seguir o princípio estatutário e regimental da sociedade Nacional.

Regulamentação de Planos de saúde

A Lei 9.656 de 1998 que regulamenta os planos de saúde, e foi incorporada aos consumidores em 1999, aponta alguns itens fundamentais implantados na nova legislação, estabelecendo limites e proibições, como:

- Proibir o veto de entrada de consumidores com idade avançada ou portadores de doenças em planos empresariais;
- Estabelecer limites para o descredenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas;
- Proibir a imposição de limites de prazo e de valores máximos para a internação hospitalar;
- Proibir a determinação de carências por atraso no pagamento;
- Limitar os prazos de carências;
- Proibir rescisão unilateral do contrato pela empresa.

Diante destas modificações os planos já existentes sofreram alterações como:

- Planos ambulatoriais: Cobrem consultas médicas sem limites e também SADT;
- Plano Hospitalar: Impedida a limitação de prazos de internação e vedadas às limitações para internação em Unidades de Terapia Intensiva;
- Plano Hospitalar com Obstetrícia: Cobertura para o recém-nascido e filho adotivo durante 30 dias após o parto e inscrição do recém-nascido e filho adotivo sem cumprimento de carências, desde que a inscrição ocorra no máximo 30 dias do nascimento.

A instituição da Lei 9.656/98 estabeleceu a criação de saúde, sendo o mais abrangente chamado de Plano Referência. Além desse o Plano Ambulatorial com a seguinte cobertura permitida:

- Consultas Médicas em clínicas básicas e especializadas.
- Número ilimitado de consultas médicas.
- Limitações somente para casos de doença mental.
- Procedimentos ambulatoriais de sutura.
- Primeiros Socorros.
- Cirurgia ambulatorial não ultrapassando 12 horas.
- Urgência, emergência, remoção, diálise, hemodiálise, quimioterapia ambulatorial, radioterapia, hemoterapia, cirurgias oftálmicas ambulatoriais.

Plano Hospitalar com a seguinte cobertura permitida:

1034

- Internação Hospitalar e internação hospitalar em UTI- sem limitações incluindo as despesas médicas e de enfermagem.
- Alimentação durante a internação.
- Exames complementares, materiais e medicamentos.
- Radioterapia e Quimioterapia, transfusões e remoções.
- Despesas de acompanhante (- 18 anos + 65).
- Cirurgias odontológicas que necessitem internação.
- Transplante de rim e córnea.

Plano Hospitalar/Obstetrícia com a seguinte cobertura permitida: e Idem plano hospitalar.

Plano Referência com as seguintes coberturas, lembrando que todas as doenças relacionadas pela OMS.

- Consultas e exames sem limitação.
- Partos.
- Atendimento em todos os tipos de acomodação sem limite de prazo, valor e quantidade.
- Não exclui doenças.

A mesma Lei que implantou os planos também cita algumas especificações referentes à utilização dos planos de saúde. São elas:

- a) Referente à Abrangência Geográfica: Pode ser oferecido um plano de saúde com cobertura local, nacional e internacional, dependendo da necessidade de cada associado.

b) Referente aos Prazos de Carência:

Vinte e quatro horas para urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergências (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis) após a assinatura do contrato. O usuário que necessita do plano sobre estas condições deve ser atendido e ter suas despesas custeadas pela operadora.

- Dez meses para parto.
- Seis meses para as demais situações.
- Vinte e quatro meses para doenças e lesões pré-existentes.

A doença ou lesão pré-existente conceitua-se por aquela que o consumidor sabe ser possuidor ou portador no momento da contratação do plano. Nesses casos ele tem cobertura parcial temporária até cumprir dois anos de carência, ou seja, não tem direito à cobertura para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta e tecnologia - CTI e UTI - e os cirúrgicos. Nessas situações, se o consumidor preferir o atendimento sem cumprir carência estipulada, pode escolher pagar um valor maior para ter acesso a esse atendimento, isso se chama "agravo".

c) Referente aos reajustes:

- Contratual: ocorre anualmente na data de aniversário do contrato. O percentual depende de autorização da ANS.

- Faixa Etária: A lei determina que os planos firmados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados apresentem sete faixas que devem estar expressamente estabelecidas no contrato com os respectivos percentuais de aumento. O valor estipulado para a última faixa, 70 anos ou mais, deve ser no máximo, seis vezes o valor da primeira faixa até 17 anos. Os percentuais de aumento variam de empresa para empresa.

Os contratos de associados com mais de 60 anos seguem estas regras:

- Os contratos assinados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados, quando completarem dez anos, não terão mais reajuste em função da mudança da faixa etária.
- Contratos antigos, firmados antes de janeiro de 1999, com mais de dez anos, terão reajuste diluído até a próxima faixa etária estipulada. Esse reajuste deve ser autorizado pela Agência Nacional de Saúde e estar previsto em contrato.

d) Referente à adaptação.

O consumidor não é obrigado a mudar do contrato antigo para as regras de Lei 9.656/98 em vigor desde setembro de 1998. Ele pode escolher fazer a adaptação no momento que desejar. Deve ser solicitada à empresa uma minuta do contrato para comparar com o contrato que possui e, assim, observar a abrangência geográfica, cobertura, reajustes, valores e condições gerais.

Ao adaptar, a operadora não pode impor novas carências exceto quando o contrato tiver menos de cinco anos e excluir doenças ou coberturas específicas ou doenças pré-existentes. A carência de seis meses determinada na nova Lei deve ser respeitada. Nesses casos a operadora pode impor um prazo máximo de seis meses de cobertura parcial temporária, que é a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade, apenas para a cobertura que estava

excluída e que passará a ser coberta.

e) Referente à inadimplência: A Lei estabelece que só possa haver suspensão de atendimento quando o atraso da mensalidade for superior a 60 dias, sejam consecutivos ou não, a cada período de um ano. É obrigatória e da empresa notificar o consumidor, por escrito, até o 50º dia de sua inadimplência, informando-o sobre sua situação.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo pesquisa bibliográfica segundo Gil, 2002. A pesquisa bibliográfica compreende etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto de assunto, busca de fontes, leitura do material, anotações ou fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto (GIL, 2002).

Constituíram como fonte conteúdo de estudos bibliográfico livros, artigos inerente às temáticas: auditoria em saúde, qualidade de assistência em saúde, indicadores de qualidade.

2.2 Coletas de Dados

A procura de periódicos que abordassem estes assuntos foi realizada em bases de dados da literatura Latino-Americano e do Caribe Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), abordando artigos no periódico. Foram consultados livros da biblioteca de enfermagem da UFRGS, IPAMETODISTA DO SUL sobre o assunto.

Os descritores (DECS) utilizados foram: auditoria de enfermagem, qualidade de assistência à saúde, Com estes descritores resultaram objeto de análise.

2.3 Aspectos éticos

Os autores serão referidos no texto, respeitando suas idéias, de acordo com normas da ABNT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, as instituições requerem bons resultados no qual permita sua estabilidade no mercado competitivo de forma positiva. Essa concepção exige desenvolvimento e tecnologias avançadas e esse investimento que poderá impactar nos custos da empresa de forma elevada. Nesse processo de gestão hospitalar a otimização dos recursos é canalizá-los de todas as formas, demonstrar o quanto estrategicamente consegue proporcionar qualidade e eficiência na

assistência com menor custo.

No Brasil, a acreditação tem crescido nos hospitais, a busca de certificação, ou seja, um sistema de auditoria que atesta a qualidade dos serviços de assistência, garantindo segurança tanto para os pacientes como para os profissionais da área, tornando essencial para o desenvolvimento das instituições. O impacto desse trabalho todo realizado e perceptivo e consideravelmente importante para o crescimento dos serviços hospitalares que são acreditados.

Durante o estudo buscou – se identificar a importância da auditoria de enfermagem evidenciada e verificar a existência da avaliação da qualidade de assistência a nível hospitalar. A partir dessa revisão teórica foi possível, analisar o trabalho realizado pela enfermagem auditora nas instituições e identificar a importância da auditoria hospitalar na qualidade da assistência. Descobriu-se que através da auditoria o serviço prestado ao cliente, tornou-se um produto, de grande influência com a capacidade de gerar rendimentos e fidelidade entre os clientes e os hospitais. Ou seja, durante o desenvolvimento do trabalho observou-se que à auditoria se faz presente na prática das instituições, seja ela através da contabilidade, do processo SAE, no desenvolvimento educativo, treinamentos, enfim demonstrando sempre presente.

Por fim verificou-se a importância que a auditoria tem como papel primordial na análise de questões que envolva gerenciamento de custos, qualidade, eficiência.

1037

REFERÊNCIAL

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO E SERVIÇO DE SAÚDE-ABACBA. Disponível em: <http://www-cbaced.org.br/>. Acesso em 08 agosto. 2009.
2. ATTIE, WILLIAM. **Auditoria Conceitos e Aplicações**. São Paulo: A.B.R.D. 2006. cap.1, p.23
3. AUDIBRA, Instituto de Auditoria Interna do Brasil. **Leis de Regulamentação do Exercício, 2000**.
4. BONFIM, M. I; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. São Paulo: Martinari, 2008. cap.3, p.55.
5. BOYNTON, William C.; JOHNSON, Raymond N.; KELL, Walter G. **Auditoria**. São Paulo: Atlas, 2002.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência a Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Brasília (DF). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/> Acesso em 08 agosto. 2009.
7. Promoção da Saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.
8. BURMESTER, HAINO. **Gestão na Qualidade**. In: PEREIRA; GALVÃO; CHANES

(Org.). **Administração Hospitalar**. São Paulo: Loyla, 2005. p 333-335.

9. CAMELO, T. V. JUNIOR, O. C. S. **Tratamento do Tema Auditoria de Enfermagem em Base Eletrônica de Dados**. Rev. Meio Amb. Saúde, v1 (1), p. 7-12.

10. CARRIJO, A. R.; **Trajatória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódico nacional (1947-2005)**. REBEN, São Paulo, v.(5) 9:454-8.

11. CIANCIARULLO, T. I. C. E Q.: **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo. Íncone, 1997.

12. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem aprovado pela resolução COREN Nº 266/2001 principais legislações para o exercício da enfermagem**. Rio Grande do SUL.

13. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem aprovado pela Resolução nº 7.498 de 25 junho de 1986. Regula código de ética dos profissionais de enfermagem** Rio Grande do SUL. 2005.

14. CROSSETTI, M. G. O.; PAULA, C. C. de. **O modo de no encontro com o ser criança que convive com a AIDS: o experienciar da finitude e a ética**. Texto e Contexto Enfermagem, Porto Alegre, v.14, n.2, p.193-201, abril-junho, 2005.

15. DOENGENS, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; GEISSLER, Alice C. **Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

1038

16. ENFERMAGEM ATUAL. **Enfermagem Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro: EPUB. V.2. nº. 44, 2008. p.44-50.

17. FARACO, M.M; ALBUQUERQUE, G.L. **Auditoria de método de assistência de enfermagem**. Rev. Brasileira de enfermagem. S.C.2004;57(4): 421-4.

18. FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida, et all. **Centro Cirúrgico: Atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. São Paulo, ed. Yendias, 2006.

19. GARAY, A. **A Gestão**. In: CATTANI AD. **Trabalho e Tecnologia: dicionário critica**. Petrópolis: Vozes, 1997.

20. GIL, A.C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo: editora A.B.R.D.2002.175., P.87.

21. HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

22. HOUAISS, A; VILLAR; M.S. **Dicionário da língua portuguesa**. Versão 2.0. Editora Objetiva. R.J. 2008.

23. JÚNIOR, A. P; CORDONI, L. J. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: texto de orientação para avaliação de programa de serviço de saúde**. Revista Espaço para a Saúde. Londrina, v.8,n.1, p.13-19, dez.2006.

24. JUNQUEIRA, W.N. **Auditoria Médica em Perspectiva: Presente Futuro de uma Nova**

Especialidade. 1.ed. Criciúma: Supergraf Indústria Gráfica Ltda, 2001.

25.KLUCK, M; GUIMARÃES, J.R. FERREIRA, J; PRONT, C.A. **A Gestão da Qualidade Assistencial do Hospital de Clinicas de Porto Alegre: implementação e indicação de indicadores.** RA: 2002; 4(16): 27-32.

26.KURCGANT, P.D. **Administração em enfermagem.** 1.ed. São Paulo:E.P.U,1991.

27.KURCGANT, P.D. **Administração em enfermagem.** 7. reimpressão. São Paulo: E.P. U, 2005.

28.BRASIL. **Lei nº. 9.961** de 28 de janeiro de 2000. Agencia NACIONAL DE Saúde Suplementar e dá outra Providências.

29.LEITE, M. M. J; PEREIRA, L.L. Educação continuada em enfermagem. In: KURCGANT, P.AULINA. **Administração em Enfermagem.** São Paulo: E.P.U. 7º reimpressão 2005. CAP.12, P.147.

30.TAKAHASHI, R.T.; PEREIRA, L. L. Auditoria em enfermagem. In: KURCGANT, PAULINA.**Administração em Enfermagem.** São Paulo: E.P.U. 7º reimpressão 2005. CAP.17,p.215.

31.LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. Ed.rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

32.KOTLER, P. **Administração de Marketing:** Análise, Planejamento, Implementação e Controle.5 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

33.MALIK, A. M; SCHIESARI, L.M. **Qualidade, gestão local de serviços e ações de saúde.** São Paulo:FSP/USP,1998.

34.MARQUES, C. BENJAMIN, A.H.; MIRAGEM,B. **Comentário ao código de defesa do consumidor.** 2.ª tiragem.São Pulo:EDITORA REVISTA DOS TRIBUNAIS,2003.p. 260-261.

35.MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p 303.

36.MOTTA, A. L.C. **Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Plano de Saúde.** São Paulo: A.B.D.R. 2006. Cap.1, p.17.

37.MOTTA, A.L.C. **Auditoria de Enfermagem no Credenciamento.** 1.ed. São Paulo: látria, 2003..

38.NOUEIRA, R.P. **Perspectiva de qualidade em saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark,1994.

39.ORGANIZAÇÃO NACIONALDE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviço hospitalares.** 4 ed. Brasília, DF Disponível : em< 1. :http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=historico>Acesso em 13. agost.2009.

40.ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação dos Programas de Saúde: normasfundamentais para sua aplicação do processo de gestão para desenvolvimento nacional da saúde.**Genebra, 1981.

41. Processo de Acreditação Internacional. **Joint Commission International** .Disponível:em <
<http://www.jointcommissioninternational.org/language-select/> Acesso em 05 dez. 14h55min
min,2009.
42. SCARPARO, A. F. FERRAZ, A. F. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção
e método. REBEN, Brasília, v.61(3): 302-5.
43. SEGUI; M. L.H. **Qualidade das Anotações de Enfermagem em uma unidade de Terapia
Intensiva de Hospital Universitário**. 2005.34f. Trabalho de conclusão de Curso (Monografia). -
Centro Educacional São Camilo-Sul, Porto Alegre, 2005.
44. SCARPARO, A. F. FERRAZ, A. F. **Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção
e método**. REBEN, Brasília, v.61(3): 302-5.
45. SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM 9º.
PORTOALEGRE. **Anais Implantação da SAE na área hospitalar-NANDA/ NIC/ NOC**.
PORTO ALEGRE: UFRGS, 2008.
45. SMELTZER, S. C; BARE, B.G. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico. Rio Janeiro.
Guanabara Koogan.10º Ed.2006.Cap. 1.vol.1.p.05.
46. RODRIGUES, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICÓ, M. **Grosas hospitalares: importância das
anotações de enfermagem**. Arqui. Ciênc. Saúde, São Paulo, v.11(4): 210-4.
47. ZANON, URIEL. Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar. Rio de Janeiro. Medsi: 2001. 1040
-