



&



## **XIV Congresso Nacional de Excelência em Gestão 2018**

**Título: AUDITORIA EM SAÚDE: FERRAMENTA INDISPENSÁVEL PARA UMA GESTÃO EFICIENTE**

## Resumo

A assistência à saúde melhorou acentuadamente nas últimas décadas, devido ao surgimento de novas tecnologias, pesquisas científicas e novos tratamentos, o que elevou os custos da assistência em saúde, e nem sempre correspondendo a uma melhora da qualidade prestada. A auditoria médica passou então a desempenhar papel importante na diminuição desses custos, avaliando a pertinência e as boas práticas médicas, determinando o pagamento justo dos serviços prestados. O estudo teve como principal objetivo, compreender e demonstrar a redução dos custos em Operadora privada de saúde.

### MEDICAL AUDIT: NA INDISPENSABEL TOOL FOR NA EFFECTIVE MANAGEMENT

Health care quality has improved markedly in recent decades, mostly due to the emergence of new Technologies, scientific researches and new medical treatments, which raised the healthcare costs, but, not always corresponded to an improvement of the quality of medical assistance. The Medical audit plays a significant role in decreasing these costs by assessing and evaluating, the pertinence of the medical procedures with emphasis in the good medical practices and in the fair payment for the medical services rendered. The main objective of this study is to prove the effectiveness of Medical Audit in the cost reduction of a Health Care Provider Company.

### GESTÃO, AUDITORIA EM SAÚDE, PROCESSOS, CUSTOS, QUALIDADE

## 1.1 – Situação Problema

Operadora de saúde de autogestão, pequeno porte, 5.232 associados, em 2006 identificou, após diagnóstico situacional, alta dos custos e assistência fragmentada como problemas causadores da tendência à sua insustentabilidade (sinistralidade média de 94,95% (2004/2006)), indo ao encontro do que é sustentado pela literatura específica que as operadoras de pequeno porte são de grande risco. A incorporação acrítica de novas tecnologias e o envelhecimento da carteira de associados (25,10% de idosos).

Gráfico 1 – Pirâmide etária da Operadora (dezembro/2016)

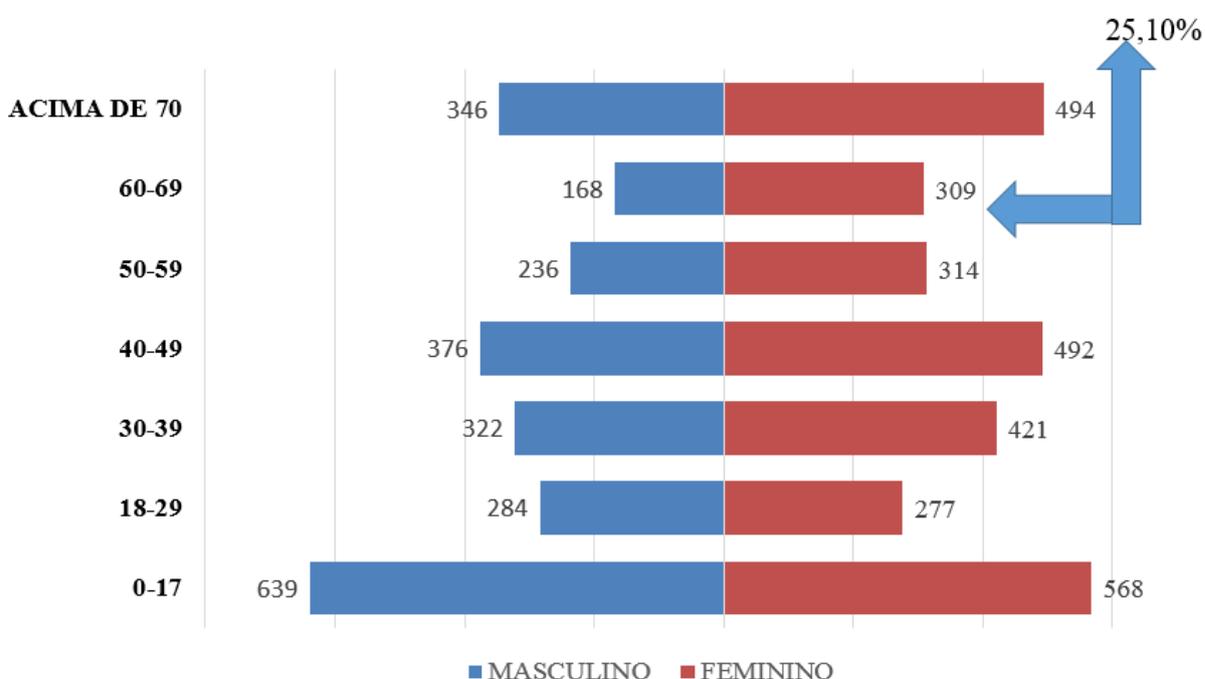


Gráfico 1, mostra que o envelhecimento na Operadora atingiu o percentual de 25,10%.

Diante do quadro crítico, a Empresa iniciou intervenção nos processos de gestão, sendo a 1ª fase, de diagnóstico estratégico (2006), com o levantamento das variáveis ambientais externas (oportunidades/ameaças) e internas (pontos fortes e fracos), e definiu a implantação e implementação da gestão de qualidade em seus processos de trabalho. Assim, a política de qualidade foi definida pela Alta Administração que traçou as estratégias a serem adotadas e os investimentos necessários. O setor médico (atividade fim da empresa) foi organizado em Unidades de Negócios (UN), tais como: UN Auditoria Interna e Externa, UN Pertinência, UN OPME e UN Home Care, e iniciou nova dinâmica na avaliação da prestação de serviços, com foco na segurança da assistência prestada, por meio de verificação das boas práticas médicas,

em relação às solicitações de procedimentos recebidos dos médicos assistentes com consequente redução dos custos sem comprometimento da qualidade. A auditoria, ferramenta essencial para garantir qualidade na assistência com um custo justo e a sobrevivência da empresa, agregou valor aos serviços prestados aos associados.

## **1.2 – Referencial Teórico**

### **1.2.1 – História de Auditoria**

“A Auditoria Médica constitui em um importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando resolutividade e melhoria na qualidade da prestação de serviços” (Resolução CFM 1.614/2001).

Diante de um mercado que possui ampla concorrência que atinge, inclusive, as instituições assistenciais, a auditoria em saúde, tanto no setor privado quanto no público, tornou-se de grande importância diante da necessidade de reduzir custos sem prejudicar a assistência, garantindo a qualidade dos serviços prestados a valores acessíveis e justos. Sendo assim, a auditoria surge como uma ferramenta importante diante da necessidade de reduzir custos sem prejudicar a assistência, já que mensura: qualidade (auditoria do cuidado) e custos (auditoria de custos das instituições de saúde). (RODRIGUES, et. al. 2004).

Para Rodrigues, o processo de auditoria é conceituado como uma avaliação sistemática e formal de uma atividade realizada por pessoas não envolvidas em sua execução, buscando fiscalizar, controlar, avaliar, regular e otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos (RODRIGUES, et. al., 2004).

A origem de auditoria, como práticas de revisão e ratificação de atividades humanas de natureza profissional, encontra-se bem distante da área médica. Vários relatos bibliográficos já indicavam que a auditoria prática já era praticada desde a antiguidade. Segunda Sá (1998) “existiam provas arqueológicas de inspeção e verificações de registros realizados entre a família real de Urukagina e o templo sacerdotal sumeriano e que datam de mais 4.500 anos antes de cristo”. De acordo com Boytou et. al. (2002) podemos verificar que:

Auditoria começa em época tão remota quanto a contabilidade. Sempre que o avanço da civilização tinha implicado que a propriedade de um homem fosse confiada, em maior ou menor extensão, a outra, a desejebilidade de necessidade de verificação da fidelidade de último, tornou-se clara. (BOYNTON et. Al, 2002 apud GUTIERREZ, 2012:2).

A auditoria como profissão está relacionada a necessidade de revisar práticas tais como a verificação dos registros de arrecadação de impostos (Egito antigo); e inspeção nas contas de funcionários públicos (Grécia). Expandiu-se no século XVII com a Revolução Industrial, com o objetivo de assegurar o equilíbrio dos capitais das empresas que surgiram desde então. A Revolução Industrial, imprimiu novas condutas aos balanços contábeis, incluindo os de auditoria, visando atender as necessidades das grandes indústrias, para garantir a segurança contra a possibilidade de fraudes e imprimiu novas diretrizes às técnicas contábeis e às de auditorias.

O surgimento das grandes companhias americanas e a rápida expansão do mercado de capitais, a partir do início do século XIX, concorreram para a aceleração da organização da profissão de auditor, sendo responsável pelas informações contábeis das organizações e sua divulgação para o mercado de capitais, porém a abrangência, o leque de atividades e a autonomia profissional só ganharam maior amplitude contemporaneamente, uma vez que seus conceitos ainda mantinham-se delimitados às finanças e à contabilidade. (OLIVEIRA, 2014).

“A atividade de auditoria se faz presente no Brasil há pelo menos um século, embora em função das características legalistas dos países, sua prática somente tenha sido regulamentada a partir de 1965. No ambiente acadêmico, a disciplina auditoria, foi introduzida oficialmente nos currículos dos cursos superiores, a partir de 1945, reconhecendo a necessidade de transmitir aos seus alunos uma atividade que o mercado vinha praticando, há algum tempo, ainda que de forma tímida e não regulamentada” (RICARDINO; CARVALHO, 2004:11).

### **1.2.2 – Auditoria na Saúde Suplementar**

“Auditoria significa o mesmo que revisão, perícia, intervenção ou exame de contas ou de toda uma escrita, periódica ou constantemente, eventual ou definitiva” (MOTTA, 1992 apud. OLIVEIRAS, 2009: 11).

“Auditar significa essencialmente avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços prestados, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde”. (ZAGATTO, et. Al. 2009:59)

Na Saúde Suplementar, devido às modificações, desenvolvimento e incorporações tecnológicas, os hospitais vivem um mercado em que, para sua manutenção, precisariam aumentar suas receitas e diminuir custos. Com isso, e devido à precariedade do sistema público houve a proliferação da saúde privada em 2006, conduzida pelas Operadoras de Planos de Saúde, ocasionando maior necessidade de controle e regulação desses processos, através da figura do médico auditor (PEREIRA. 2010).

A regulação foi criada pela resolução número 8 de três de novembro de 1998, do CONSU (Conselho Nacional de Saúde Suplementar), em cujo o artigo 1º, autoriza o controle tanto no momento da demanda, como no de utilização dos serviços assistenciais, impondo diversos princípios a serem observados. (PEREIRA, 2010).

“Auditoria Médica é análise à luz das boas práticas assistenciais à saúde e do contrato entre as partes: paciente, médico, hospital, dos procedimentos executados, aferindo sua execução e conferindo os valores cobrados, para garantir que o pagamento seja justo e correto “ (Loverdos, 2003 apud Rocha, 2011:18) É uma maneira de viabilizar a assistência médica de qualidade, a um valor justo, baseada na melhor evidência científica que está disponível na medicina. (SOMAP apud. OLIVEIRA, 2009).

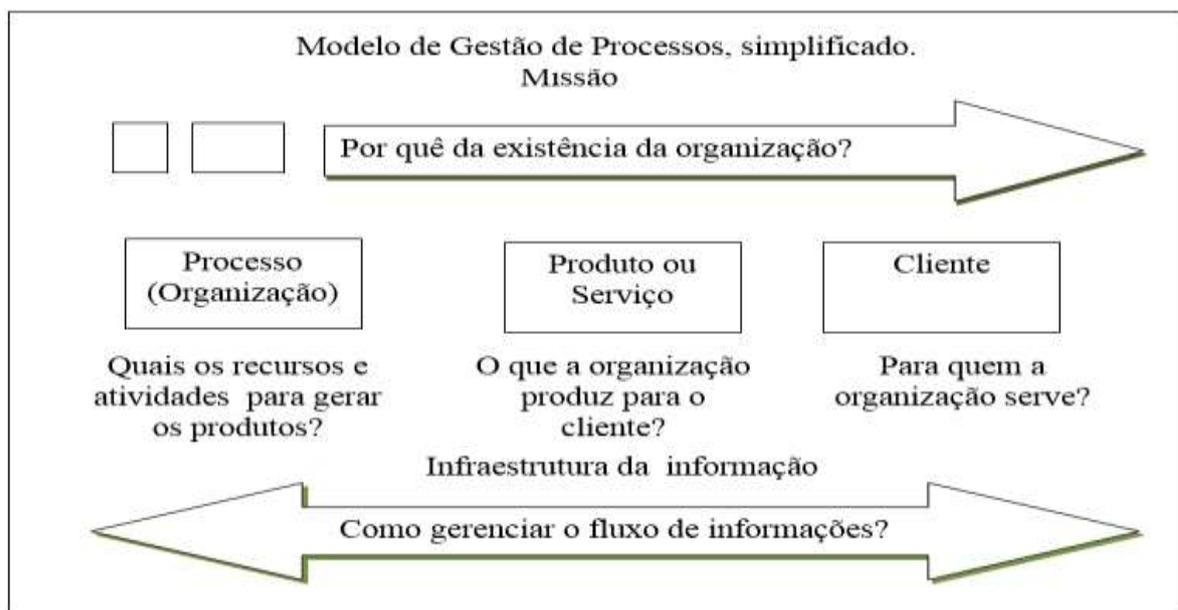
Na assistência à saúde, a auditoria pode ser desenvolvida em vários setores e por diferentes profissionais (Motta, Leão, Zagatto, 2005). A auditoria de enfermagem, integrada ao trabalho de auditoria médica, avalia continuamente a qualidade da assistência que o corpo de enfermagem presta aos pacientes, desde a internação até a alta, alcançada por meio de análise da documentação da assistência registrada nos prontuários, verificação do atendimento prestado ao paciente durante a internação, bem como visitas *in loco*, a fim de assegurar o pagamento de todos os procedimentos com exatidão. (MOTTA, LEÃO, ZAGATTO, 2005).

### 1.2.3 – Modelo de Auditoria – Operadora: UN Auditoria Interna e Externa, UN Pertinência, UN OPME e UN Home Care

Todo trabalho realizado por uma empresa faz parte de um processo definido como um conjunto de ações ordenadas e integradas para um fim específicos. Processos são resultados dos sistemas em ação e apresentados por um fluxo de atividades.

A Operadora adotou a gestão baseada em processos, considerando a perspectiva tanto interna quanto externa e visando o cumprimento de sua missão.

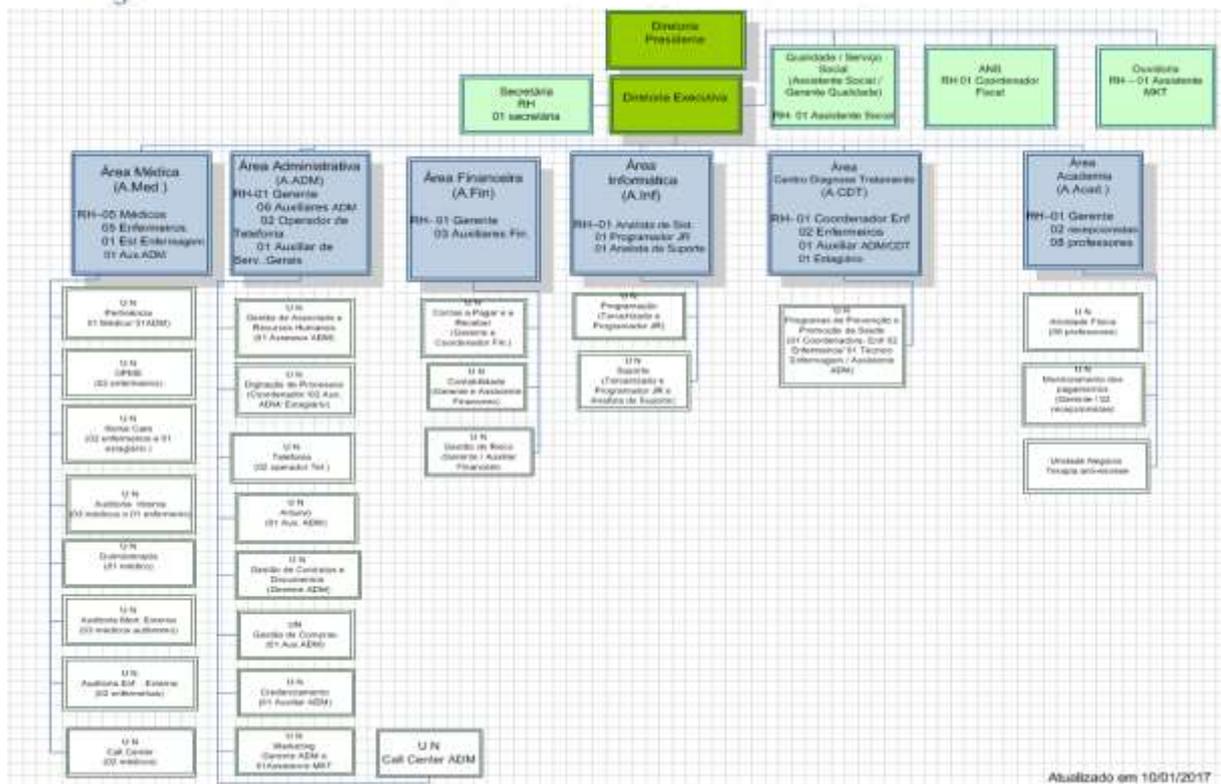
Figura 1- Modelo de Gestão de Processos



Fonte: DoD.Framework for MPI, 1994 In Takashina, 2001 - adaptado

A implantação da Unidade de Negócio – auditoria interna e externa, em 2007, teve como características a contratação de equipe multidisciplinar qualificada com profundo conhecimento técnico e ético (médicos, enfermeiros, nutricionistas e assistente social).

Figura 2 – Organograma Macro da Operadora de Saúde



Fonte: Operadora de Saúde

As características exigidas dos profissionais foram: comportamento ético, sigilo, discrição, atualização, conhecimento, capacitação e atualização constantes, imparcialidade, independência, soberania, controle, objetividade, zelo profissional.

O modelo de auditoria adotado, foi sendo aperfeiçoado a partir de 2007 e, hoje, os três tipos são aplicados, sendo:

- Auditoria preventiva/prévia

Os procedimentos são auditados antes da liberação das solicitações. Em regra, ocorre integração do setor administrativo de liberação de procedimentos, com o serviço executado por médicos especialistas, que avaliam as solicitações que chegam à Mútua. Procedimentos cirúrgicos podem sofrer avaliação presencial com especialistas.

- Auditoria operacional/concomitante

Os procedimentos e documentos gerados no tratamento são verificados de maneira direta e depois de executados. É realizada no hospital, para equipe da Operadora (médicos e enfermeiros) visando validar a regularidade e conformidade. São analisados: procedimentos, diagnósticos, laudos, exames, medicamentos e materiais gastos, taxas, entre outros.

- Auditoria analítica/pós-procedimento

Análise de relatórios, documentos e processos que são coletados nas auditorias operacional e preventiva, além de comparação com indicadores gerenciais, principalmente os voltados para o gerenciamento de recursos organizacionais. Esse tipo de auditoria é realizado externamente nos hospitais, e internamente, por médicos especialistas e enfermeiros.

Informações atualizadas aos associados através de boletins informativos, e o uso de ferramentas como o SMS, onde valores e datas dos créditos de reembolso são comunicados aos associados, que também, fazem parte do controle /auditoria dos serviços prestados.

Um dos motivos que impulsionou o surgimento do Home Care no Brasil foi o envelhecimento da população, ou seja, com a redução do número de nascimentos e com o aumento da expectativa de vida, temos 23 milhões de idosos no país, com perspectiva de atingir 35 milhões em menos de 20 anos, o que aumentará a demanda por atendimento médico, devido às doenças próprias da idade, como: doença cardiovascular, osteoporose, problemas articulares, ortopédicos e a Doença de Alzheimer (doenças crônicas não transmissíveis). A Operadora também se enquadra nesse aumento de demanda, pois possui 25,10% de seus associados com idade maior ou igual a 60 anos, e sendo a política de desospitalização uma necessidade para a qualidade de vida do associado e na redução dos custos, quando o quadro clínico por estar estável permite internação domiciliar (proximidade da família, melhora a sobrevida com diminuição das iatrogenias e aumenta a humanização do atendimento prestado por essa modalidade), justificando a implantação da Unidade de Negócio Home Care na Operadora.

## **2. Objetivos**

- Verificar a eficácia e eficiência da implementação da Unidade de Negócio Auditoria Externa e Interna no período 2006/2016;
- Conhecer os contratos estabelecidos entre as partes, exigência do cumprimento do que foi estabelecido, garantir a qualidade dos serviços oferecidos e prestados;

- Avaliar e ajustar as pertinências das internações, utilização de materiais, OPME e medicamentos;
- Controlar e diminuir a sinistralidade.

### **3. Metodologia**

Estudo transversal realizado para pesquisa no sistema de gestão da Operadora, com a finalidade de avaliar a intervenção nos processos de trabalho e analisar o resultado obtido com o controle de indicadores produzidos a partir da intervenção iniciada em 2007, após o diagnóstico situacional (2006). O recorte temporal do estudo refere-se aos dez primeiros anos após a implantação da política de gestão profissionalizada e estratégia de verticalização ambulatorial com a atenção primária integral e integrada ampliada, definida pela Alta Administração, com a criação de Unidade de Negócio Auditoria Interna e Externa, Unidade de Negócio OPME, Unidade de Negócio Home Care, Unidade de Negócio de Pertinência.

As fases de diagnóstico, organização, implantação e avaliação foram observadas sucessivamente, além da análise dos dados e dos processos organizacionais em relação às medições de entradas e saídas das observações (dados).

O monitoramento dos processos, em todos os níveis da organização, foi realizado de forma permanente e por meio tratamento estatísticos dos dados extraídos do sistema de gestão da Operadora. Avaliações e replanejamentos das ações ocorreram durante todo o período, quando necessária a correção dos desvios (não conformidade).

## **4. Resultados atingidos**

### **4.1 - Internações e Tempo Médio de Permanência**

Tabela 1 – Levantamento das internações e acomodações (2006 a 2016)

	TOTAL INTERNAÇÃO	ACOMAD QUAR	ACOMAD CTI	ACOMAD USI	ACOMAD DAY CLIN	ACOMAD BERÇARIO	TOTAL DE ACOMOD	RELAÇÃO INTERNAÇÃO/ACOMODAÇÃO
2006	670	1614	939	97	129	80	2859	4,26
2007	721	1514	1207	66	122	37	2946	4,08
2008	836	1546	1061	86	144	47	2884	3,44
2009	811	1593	1169	366	183	55	3366	4,15
2010	879	1377	734	454	284	52	2901	3,3
2011	929	1532	700	252	190	11	2685	2,89
2012	1009	1744	1334	281	260	11	3630	3,59
2013	943	1943	1050	395	232	7	2627	3,84
2014	1028	1739	1318	221	221	1	3500	3,4
2015	1119	1502	1784	234	258	7	3785	3,38
2016	1152	1637	1827	478	256	10	4208	3,65

Fonte: Sistema de Gestão da Operadora

Tabela 1, mostrando que o tempo médio de permanência (2007/2016) teve queda de 16,20%, apesar do aumento no número de internações totais, demonstrando a efetividade da auditoria, embora em 2015/2016, internações em UTI e USI apresentaram crescimento expressivo (29,71%), em razão de 02 associados com alta permanência em CTI (20 meses) e USI (12 meses).

Tabela 2 – Estatística Descritiva



REL INT/ACOM (TAXA DE PERMAN)	
Média	3,634545455
Erro padrão	0,12517888
Mediana	3,59
Modo	#N/D
Desvio padrão	0,415171378
Variância da amostra	0,172367273
Curtose	-0,505796254
Assimetria	-0,014231533
Intervalo	1,37
Mínimo	2,89
Máximo	4,26
Soma	39,98
Contagem	11
Maior(1)	4,26
Menor(1)	2,89
Nível de confiança(95,0%)	0,278915927

Fonte: Sistema de Gestão da Operadora

Tabela 2, mostrando a média de diárias por associado igual a 3,64 (dp 0,41), em um intervalo de confiança 95%.

Tabela 3 – Internações X Custos

	TOTAL DE INTERNAÇÕES	TOTAL FATURADO	TOTAL GLOSADO	TOTAL PAGO	CUSTO MÉDIO PACIENTE/INTERNAÇÃO
2006	670	R\$ 8.925.281,91	R\$ 1.083.587,96	R\$ 7.841.693,95	R\$ 11.704,02
2007	721	R\$ 8.961.614,75	R\$ 781.462,54	R\$ 8.180.152,21	R\$ 11.345,56
2008	836	R\$ 9.152.208,22	R\$ 568.435,31	R\$ 8.583.772,90	R\$ 10.267,67
2009	811	R\$ 10.872.961,44	R\$ 850.633,10	R\$ 10.022.328,34	R\$ 12.357,98
2010	879	R\$ 13.437.249,83	R\$ 1.039.111,06	R\$ 12.398.138,77	R\$ 14.104,82
2011	929	R\$ 11.326.873,42	R\$ 817.617,15	R\$ 10.509.256,27	R\$ 11.312,43
2012	1009	R\$ 16.212.847,24	R\$ 948.464,75	R\$ 15.264.382,49	R\$ 15.128,22
2013	943	R\$ 16.185.330,30	R\$ 603.085,58	R\$ 16.185.330,30	R\$ 17.163,65
2014	1028	R\$ 19.607.433,38	R\$ 750.180,79	R\$ 18.857.252,59	R\$ 18.314,63
2015	1119	R\$ 26.602.484,10	R\$ 850.264,83	R\$ 25.752.219,27	R\$ 23.013,60
2016	1152	R\$ 31.752.473,36	R\$ 623.117,57	R\$ 31.129.355,79	R\$ 27.022,01

Fonte: Sistema de Gestão da Operadora

Tabela 3, mostrando que o custo médio por paciente no período (2007/2016) variou 130,87%, enquanto o VCMH/IESS acumulado (índice de variação do Custo Médico-Hospitalar, que

expressa a variação do custo médico hospitalar per capita das operadoras de planos de saúde entre os períodos consecutivos de 12 meses cada), no mesmo período foi de 139,20%, ou seja, maior em 8,33% em comparação com a variação apresentada pela Operadora, o que aponta para eficiência da auditoria. A glosa média no período de 2007/2016 foi de 4,77% no total do valor faturado.

### 4.3 - Controle de gastos com OPME (órteses, próteses e materiais especiais)

Tabela 4 – Custos com OPME (2006/2016)

	Custo Total de OPME (R\$)	Número de Beneficiários que utilizaram OPME	Média por associado
2006	R\$ 1.643.787,02 Variação: -31%	138 Variação: 28,9%	R\$ 11.911,50 Variação: -20,0%
2007	R\$ 1.694.898,72 Variação: 0,1%	178 Variação: 46,6%	R\$ 9.521,90 Variação: -31,8%
2008	R\$ 1.696.611,00 Variação: 1,5%	261 Variação: 11,8%	R\$ 6.500,43 Variação: -9,3%
2009	R\$ 1.723.341,00 Variação: 19,0%	292 Variação: 27,4%	R\$ 5.901,85 Variação: 72,6%
2010	R\$ 3.790.577,37 Variação: 26,6%	372 Variação: -1,1%	R\$ 10.189,72 Variação: -22,1%
2011	R\$ 2.709.447,35 Variação: 13,4%	368 Variação: 13,3%	R\$ 7.362,63 Variação: 0,1%
2012	R\$ 3.075.203,97 Variação: 28,2%	417 Variação: -7,1%	R\$ 7.374,59 Variação: 39,1%
2013	R\$ 3.938.940,05 Variação: 1,9%	384 Variação: -3,1%	R\$ 10.257,66 Variação: 5,1%
2014	R\$ 3.979.258,70 Variação: 4,9%	369 Variação: 12,7%	R\$ 10.783,90 Variação: -8,9%
2015	R\$ 4.174.804,73 Variação: 2,1%	416 Variação: 8,8%	R\$ 10.035,59 Variação: 6,5%
2016	R\$ 4.265.837,77	453	R\$ 9.416,86

Fonte: Sistema de Gestão da Operadora

Tabela 4, mostrando que a Unidade de Negócio (UN) OPME representa um setor de extrema importância na gestão da operadora, uma vez que demanda avaliação e negociação contínua. Na referida UN atuam médicos especialistas e um enfermeiro especializado em auditoria em saúde. A Unidade avalia a pertinência de OPME solicitados, de acordo com a padronização para procedimentos, gerando para Operadora resultado significativo na contenção dos custos, pois a variação do custo médio de 2006/2016 foi negativa em 22,10%, enquanto que a variação na utilização de OPME foi positiva em 228,20 %.

A partir de 2012, o percentual de revisão de OPME pelo médico assistente em razão da auditoria alcançou a média de 33,87%, ou seja, um terço do valor solicitado para autorização.



## 4.5 - Internação Domiciliar – Home Care

Tabela 5 – Custo de Internação Domiciliar – Home Care

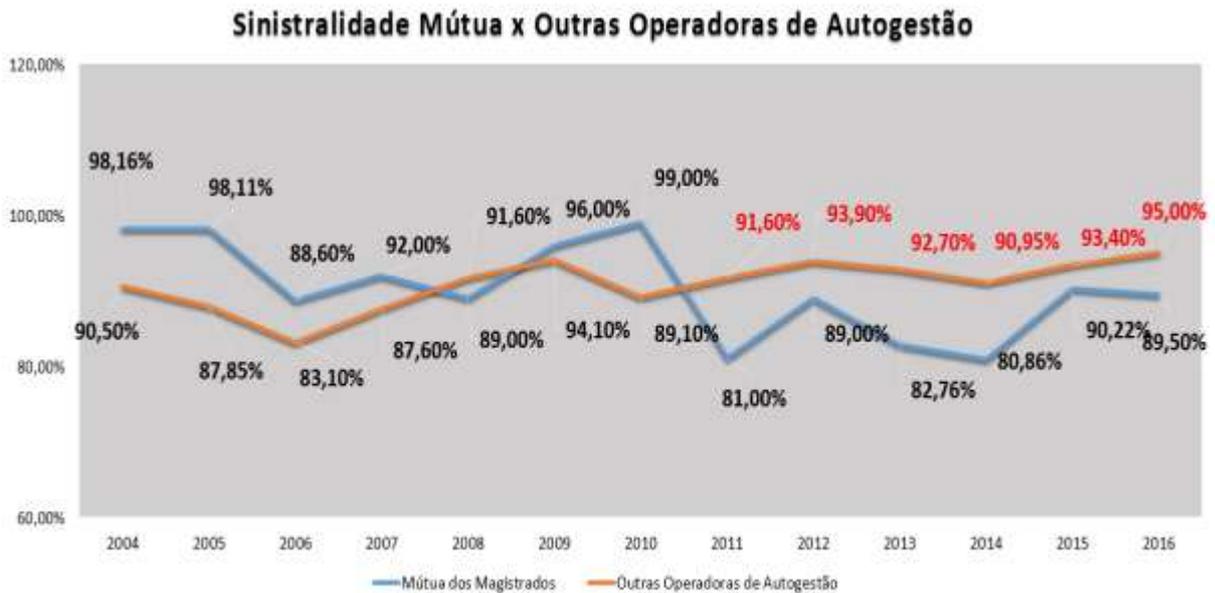
Período	Associados	Total Cobrado	Total Pago	Total Glosado	Percentual de Glosa	Média Anual por Associado
2006	13	R\$ 1.801.133,27	R\$ 1.543.141,48	R\$ 257.991,79	14,32%	R\$ 118.703,19
2007	19	R\$ 2.195.220,35	R\$ 1.820.944,57	R\$ 374.275,78	17,05%	R\$ 95.839,19
2008	15	R\$ 1.916.098,12	R\$ 1.707.776,84	R\$ 208.321,28	10,87%	R\$ 113.851,79
2009	25	R\$ 2.563.442,54	R\$ 2.408.303,64	R\$ 155.138,90	6,05%	R\$ 96.332,15
2010	18	R\$ 2.360.035,55	R\$ 2.129.198,97	R\$ 230.834,58	9,78%	R\$ 118.288,83
2011	20	R\$ 1.811.439,87	R\$ 1.751.358,18	R\$ 60.081,69	3,32%	R\$ 87.567,91
2012	24	R\$ 1.480.078,02	R\$ 1.449.486,06	R\$ 30.591,96	2,07%	R\$ 60.395,25
2013	31	R\$ 2.243.588,54	R\$ 2.151.538,17	R\$ 92.050,37	4,10%	R\$ 69.404,46
2014	34	R\$ 3.015.376,93	R\$ 2.904.866,46	R\$ 110.510,47	3,65%	R\$ 85.437,25
2015	39	R\$ 3.485.816,47	R\$ 3.354.926,01	R\$ 130.890,46	3,75%	R\$ 86.023,74
2016	43	R\$ 3.863.920,23	R\$ 3.639.301,86	R\$ 224.618,37	5,81%	R\$ 84.634,93

Fonte: Sistema de Gestão da Operadora

A Operadora em 2008, revisou os processos do Home Care, estabelecendo novos critérios de inclusão (elegibilidade), acordos com os prestadores, novas parcerias e controles (auditoria de todos as internações). Tabela 5 mostra aumento de 230,76% no número de associados, porém o serviço de auditoria proporcionou redução de 28,71% no custo médio anual por associado.

## 4.6 - Impacto na Sinistralidade - Despesas Médicas / Receitas Operacionais Pré e Pós Auditoria X Outras Operadoras se Autogestão

Gráfico 2 – Diminuição da Sinistralidade



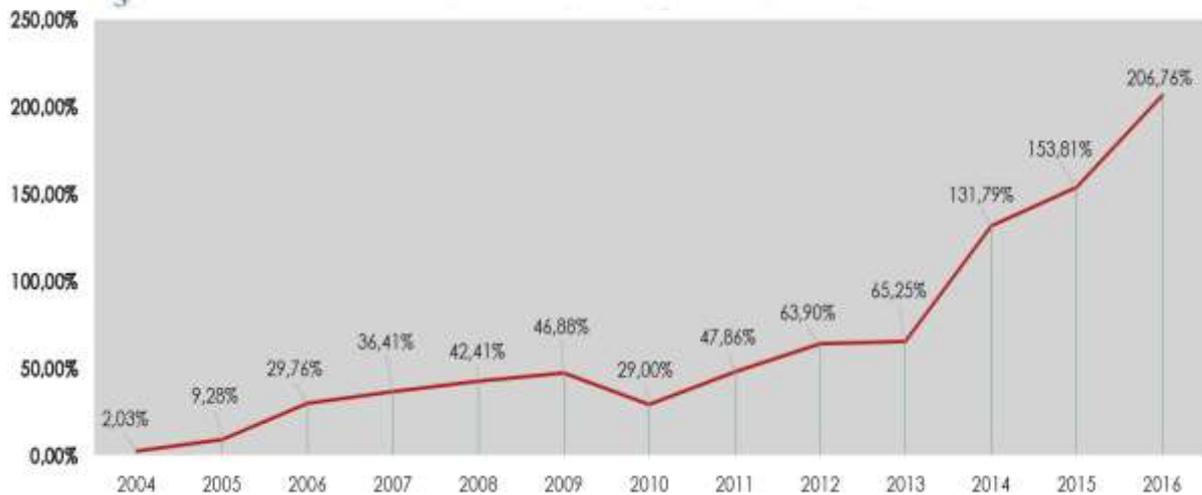
Fonte:

Balancete da Operadora, estudo atuarial da empresa Towers Wastson, 2016

Caderno Suplementar - ANS (dezembro/2017).

Gráfico 2, mostrando que em 2004/2005, a operadora apresentou tendência a insustentabilidade com sinistralidade de 98%, porém a partir de 2006 a sinistralidade foi sendo ajustada, e desde 2011 vem se mantendo mais baixa do que as demais autogestões conforme publicação da ANS; o que demonstra a eficiência da implantação das Unidades de Negócios.

Gráfico 3 – Aumento da Reserva Técnica



Fonte: Sistema de Gestão da Operadora

Gráfico 3, mostrando aumento na reserva técnica de 206,76% (2004/2016), sendo esse aumento significativo a partir de 2007. O resultado do exercício financeiro da Operadora mostrou resultado positivo, em razão da estratégia adotada (gestão profissionalizada, criação das Unidades de Negócios – auditoria interna e externa, Pertinência, OPME e Home Care e política de saúde de Verticalização Ambulatorial). Sustentabilidade consolidada.

## 5. Conclusão

Conclui-se que a Unidade de Auditoria, juntamente com as UN Pertinência, OPME e Home Care, que também atuam em auditoria, foram fatores críticos de sucesso que proporcionaram a sustentabilidade dos associados (qualidade de vida em saúde) e da Operadora (redução da sinistralidade), sendo por isso uma ferramenta imprescindível na melhoria dos processos, dos procedimentos e da sustentabilidade em uma Operadora de Saúde.

## 6. Referência Bibliográficas

**ATTIE, William. Auditoria: Conceitos e Aplicações.** São Paulo, 2006.

**BOYNTON, William C.; JOHNSON, Raymond N.; KELL, Walter G. Auditoria: Tradução Autorizada.** 7ª ed. (idioma inglês de *Modern Auditing*). São Paulo: Atlas, 2002.

**BARBARÁ, S.** (organizador). *Gestão por Processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão da qualidade com base no ISSO 9000:2005 e ISSO 9001:2008.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

**CARVALHO, Marly Monteiro de, PALADINI, Edson Pacheco (coord).** *Gestão da Qualidade: teoria e casos.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

**DAYCHOUM, Merchi.** *40 + 4 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento.* 3ª ed..Rio de Janeiro: Brasport, 2010.

**DENNIS, Pascoal.** *Produção Lean Simplificada.* 2ª ed.. Porto Alegre: Bookman, 2008.

**ECKES, George.** *A Revolução Seis Sigma: O método que levou a GE e outras empresas a transformar processos em lucro.* 9ª ed..Rio de Janeiro:Elsevier ,2001.

**GUTIERREZ, Sonia Regina Sabatke.** **A importância da linguagem corporal na Auditoria.** Importância da redução de custos em operadoras privadas de plano de saúde por meio da auditoria médica prévia. Dezembro/2013

**ISSN 2179-5568** – Revista Especialize On-line IPOG - Goiânia - 6ª Edição nº 006  
Vol.01/2013 –dezembro/2013

**LOVERDOS, Auditoria e Análise de Contas Médico- Hospitalares.** 3ª ed. São Paulo: Editora STS, 2003.

**Manual do Consorcio Brasileiro de Acreditação para Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde, Metodologia II.** Rio de Janeiro, 2011, 1ª edição.

**MALTA, D. C. Saúde Suplementar e Modelos Assistenciais. 2014.** Disponível em:[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude\\_Suplementar\\_e\\_ModelosAssistenciais.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude_Suplementar_e_ModelosAssistenciais.pdf)  
Acesso dezembro em 2017.

**MARCIAL, Eliane Coutinho, GRUMBACH, Raul José dos Santos.** *Cenários Prospectivos: como construir um futuro melhor.* 5ª ed. ver. Ampl.. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2008.

**MOTTA, João Maurício. Auditoria: princípios e técnicas.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

**MOTTA, A.L.C; LEÃO, E.;ZAGATTO, J.R. Auditoria Médica no Sistema Privado: Abordagem Prática para Organizações de Saúde.**1.ed. São Paulo: Iátria, 2009.

**MOTTA, Ana Letícia Carnevalli; LEÃO, Edmilson; Z AGATTO, José Roberto. Auditoria de Enfermagem nos hospitais e operadoras de Planos de Saúde.** 1 ed. São Paulo: Iátria, 2005.

**MOTTA, Ana Letícia. Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde.** 2ed. São Paulo: Iátria, 2004.

**LEI nº 9.656.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Diário Oficial da União 1998; 3 de junho. ANS Disponível em: [http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=317](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=317). Acesso em março 2018.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/Lei9961.htm>>. Acesso em março de 2018.

**OLIVEIRA, Valter Luiz. Relato Histórico da Auditoria e sua Aplicação no SUS e nas Operadoras de Saúde Suplementar.** Monografia apresentada ao Curso de Pós Graduação da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2009.

**OLIVEIRA, M. A.; OLIVEIRA, C. S. M. C. Contextualizando a auditoria em saúde a partir de suas raízes contábeis, 2014.** Disponível em: <http://www.portaldeauditoria.com.br/auditoria-em-saude/contextualizando-a-auditoria-em-saude-a-partir-de-suas-raizes-contabeis.htm>. Acesso em fevereiro 2018.

**PALADINI, Edson Pacheco. Gestão da Qualidade: teoria e prática.** 2ª ed.. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2009.

**PEREIRA, A. A. O papel do enfermeiro auditor na instituição hospitalar e no sistema de saúde suplementar.** Monografia (Pós-graduação em Auditoria e Gestão em Saúde). Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Mba-Auditoria/31351999.html>. Acesso em fevereiro 2018.

**RICARDINO, Alvaro; CARVALHO, L. NELSON. Breve Retrospectiva do Desenvolvimento das Atividades de Auditoria no Brasil.** Revista Contabilidade e Finanças, 2004.

**RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C.** Glosa hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq Ciência Saúde., v.11, n.4, p.210-4, out./dez., 2004. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf). Acesso em fevereiro de 2018.



&



**SOMAP – Sociedade dos Médicos Auditores do Paraná** – Disponível em:  
[www.somap.org.br](http://www.somap.org.br). Acesso em março de 2018.