



**GESTÃO INTEGRADA DA AUDITORIA MÉDICA E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO:  
UM ESTUDO DE CASO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**INTEGRATED MANAGEMENT OF MEDICAL AUDIT AND INFORMATION SYSTEMS:  
A CASE STUDY IN A MEDICAL COOPERATIVE WORK**

**Márly Ludmer**

Especialização – Residência médica na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Médica ginecologista e especialista em auditoria de sistemas de saúde

E-mail: [marludmer@hotmail.com](mailto:marludmer@hotmail.com) (Brasil)

**Gilson Ludmer**

Doutor em Administração pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Professor do Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

E-mail: [remdul@uol.com.br](mailto:remdul@uol.com.br) (Brasil)



**GESTÃO INTEGRADA DA AUDITORIA MÉDICA E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO:  
UM ESTUDO DE CASO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO****RESUMO**

O presente trabalho teve como objetivo contribuir para a compreensão dos processos, contexto e desafios da auditoria médica e sua integração com a gestão de custos, qualidade e riscos no setor de saúde suplementar. Optou-se por um estudo de caso na área de auditoria médica de uma cooperativa de trabalho médico, localizada no Nordeste do Brasil. Essa escolha foi reforçada pelo interesse em analisar as questões de integração em uma instituição que tem como objetivos centrais preservar a valorização do profissional e proporcionar qualidade na assistência à saúde. As interpretações dos resultados indicaram que a concentração principal é na auditoria de contas e há um mínimo de atuação na auditoria analítica. A auditoria também não é percebida pelos cooperados como uma aliada e não há programas voltados para o envolvimento dos cooperados com essa área. A valorização excessiva da experiência do auditor pode estar inibindo o investimento na profissionalização e em modelos de gestão e ferramentas de auditoria mais sofisticadas. A medicina baseada em evidências é utilizada de forma muito restrita. Não foi constatada a integração efetiva da auditoria com a estratégia da organização, programas de qualidade, gestão de custos e utilização de medicina baseada em evidências.

**Palavras-chave:** Auditoria Médica; Gestão de Cooperativa de Trabalho Médico; Sistemas de Informação; Estudo de Caso.

**INTEGRATED MANAGEMENT OF MEDICAL AUDIT AND INFORMATION SYSTEMS:  
A CASE STUDY IN A MEDICAL COOPERATIVE WORK****ABSTRACT**

The scope of this paper is to contribute to the understanding processes, context and challenges of medical audit and its integration with cost management, quality and risk in the health sector. For this purpose a case study in the medical audit department of a medical professional cooperative, located in northeastern Brazil was conducted. This choice was strengthened by the interest in examining the issues of integration in an institution whose main goals are to preserve the professional enrichment and provide quality in health care. The interpretation of the results indicated that the main focus of attention is given to the accounts audit whilst minimum priority is giving to analytical auditing. The audit sector is not perceived by the members as an ally and there are no programs focused on the involvement of cooperative members with this area. The over-estimation of the auditor's experience may be inhibiting the investment in professionalization and in management models and more sophisticated auditing tools. Evidence-based medicine is used in a very restricted way. No effective audit integration with the information systems, the strategy of the organization, quality programs, cost management and use of evidence-based medicine was observed.

**Keywords:** Medical Audit; Cooperative Management of Medical Work; Information Systems; Case Study.

## 1 INTRODUÇÃO

Em setembro de 2012, o número de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica atingiu 48,7 milhões e o número de operadoras em atividade, 1.542. Por sua vez, a receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares até o terceiro trimestre de 2012 atingiu R\$ 67,3 bilhões (ANS, 2012).

O cenário da saúde suplementar mostra, ao longo dos anos, uma deterioração na relação entre as operadoras de planos de saúde, a categoria médica e suas instituições de trabalho (Saraiva, 2005). Uma assistência médica cada vez mais cara pelo uso de novas tecnologias e de novos custos, que nem sempre agregam valor, associada à regulamentação do sistema pela Agência Nacional de Saúde (ANS), gera consequências econômicas de alta magnitude sobre as operadoras.

O grande desafio para as operadoras é se manter no mercado com condições de competitividade nos custos e qualidade, exercendo a medicina com os padrões profissionais e éticos requeridos.

Nesse contexto, a auditoria médica exerce papel fundamental e questões de alta relevância estão relacionadas com uma gestão integrada das diversas dimensões (médicas, tecnológicas e administrativas), associadas com a prestação dos serviços.

O presente trabalho foi desenvolvido considerando a importância social e econômica dessa situação e a necessidade de se adotarem, com urgência, ações efetivas para implementação de modelos de gestão integrada da auditoria médica.

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Contribuir para a compreensão dos processos, contexto e desafios da auditoria médica na Cooperativa Alfa e sua integração com a gestão de custos, qualidade e riscos.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a forma de atuação da Auditoria Médica na Alfa e os principais focos de ação;
- b) Conhecer como são desenvolvidos os trabalhos dos auditores, os principais atributos valorizados para o exercício da auditoria e as principais dificuldades operacionais;
- c) Analisar como os cooperados participam e contribuem para os processos de auditoria;

- d) Analisar como a Auditoria da Alfa atua de forma integrada com os sistemas de informação, a gestão de custos, qualidade e riscos; e,
- e) Conhecer a visão da Direção da Alfa sobre os principais desafios para implementação de uma Auditoria Médica Integrada.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Com a forte competição entre as operadoras da saúde suplementar, constata-se nos últimos anos a saída de centenas de empresas do setor, por não conseguirem acompanhar os itens exigidos pela ANS, cobrir os custos crescentes dos serviços e manter padrões de qualidade.

Para Ribeiro *et al.* (2008), um ponto relevante em mercados de saúde e em políticas públicas setoriais se refere ao papel da profissão médica. Os médicos detêm a prerrogativa de definir o consumo no setor em diferentes fases, desde meios diagnósticos e uso de medicamentos até a determinação de internação e alta hospitalar. Os mecanismos de controle de custos no setor envolvem algum nível de controle sobre elementos da autonomia médica e o conflito com a profissão é a norma quando se trata de reformas abrangentes.

Assim, cada vez mais a atividade de auditoria médica desempenha papel importante, não apenas no controle de custos e auditoria de despesas médicas, sendo necessário exercer papel regulador entre qualidade dos serviços prestados e seus respectivos custos (Preger, 2005 citado por Mendes, 2011).

A entrada de grupos internacionais na área de saúde suplementar, como ocorreu com a recente aquisição da Assistência Médica Internacional S/A (AMIL), fortalece a importância e urgência de aperfeiçoar a área de auditoria médica, pois esses grupos são de grande porte e investem profundamente em Medicina Baseada em Evidências (MBE), modelos de gestão e tecnologia da informação.

Uma auditoria médica integrada com a gestão de custos, qualidade e riscos constitui um grande desafio teórico e prático em termos organizacionais e de sistemas de informação, envolvendo problemas de integração de conhecimentos de várias áreas administrativas, médicas e uso de tecnologia de informação sofisticada.

Dessa forma, urge gerar esse conhecimento para a sobrevivência das cooperativas de trabalho médico instaladas no país.

Este trabalho visa contribuir para esse conhecimento mediante estudo de caso na auditoria médica de uma cooperativa de trabalho médico, analisando a integração entre as diferentes áreas, o papel dos sistemas de informação, as dificuldades operacionais, perfis dos profissionais envolvidos e visão de mudança para implementação de uma gestão integrada.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo está subdividido nos seguintes tópicos: saúde suplementar no Brasil; auditoria médica; auditoria e sua função gerencial; auditoria e qualidade; auditoria médica e Medicina Baseada em Evidências; e auditoria médica, integração e sistemas de informação.

### 2.1 A SAÚDE SUPLEMENTAR E NO BRASIL

O marco regulatório da assistência suplementar privada é composto pela Lei nº 9.656, de 1998, e pela Lei nº 9.961, de 2000, na qual estão definidas as competências da ANS (Brasil, 2000a, 2000b). A regulamentação trouxe mudanças importantes, a maioria restrita aos planos registrados a partir de janeiro de 1999 (conhecidos como planos novos), não garantindo os mesmos direitos aos beneficiários de planos anteriores a essa data (planos antigos).

Conforme Albuquerque *et al.* (2008), as operadoras estão organizadas em modalidades, segundo seu estatuto jurídico:

- **Autogestão:** entidades de atividades econômicas outras que não a saúde, que operam serviços de assistência à saúde, em rede própria ou de terceiros, destinados, exclusivamente, a seus empregados e dependentes;
- **Cooperativa médica:** sociedades sem fins lucrativos, caracterizadas por cooperativismo de profissionais médicos, conforme o disposto na Lei nº 5.764/71, que estabelece a Política Nacional de Cooperativismo;
- **Filantropia:** entidades sem fins lucrativos que operam planos privados, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social.
- **Seguradora especializada em saúde:** sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde;

- **Medicina de grupo:** demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

## 2.2 AUDITORIA MÉDICA

Tradicionalmente, a tarefa da auditoria médica consiste em revisão, perícia, intervenção ou exame de contas de serviços ou procedimentos prestados por organizações prestadoras de serviços de saúde (Kobus, 2004; Koyama, 2006).

A intercessão da auditoria possibilita corrigir distorções, fraudes e desobediências às regras básicas praticadas por alguns prestadores de serviços de saúde (Luz & Dyniewicz, 2007 citado por Mendes, 2011).

Os processos de auditoria em saúde funcionam como inibidores de irregularidades. O controle se reflete no cuidado por parte dos prestadores, desde a solicitação de autorização de procedimentos até a emissão das faturas médico-hospitalares. Possibilita, ainda, que ações de caráter preventivo e corretivo sejam tomadas para a eliminação de potenciais irregularidades (Mendes, 2011).

Segundo Junqueira (2001), a auditoria médica pode ser realizada de diversas maneiras, a saber:

- **Auditoria Médica Preventiva:** realizada a fim de que os procedimentos sejam auditados antes que aconteçam. Geralmente está ligada ao setor de liberações de procedimentos ou guias do plano de saúde, e é exercida pelos médicos.
- **Auditoria Médica Operacional:** é o momento no qual são auditados os procedimentos durante e após terem acontecido. O auditor atua junto aos profissionais da assistência, a fim de monitorizar o estado clínico do paciente internado, verificando a procedência e gerenciando o internamento, auxiliando na liberação de procedimentos ou materiais e medicamentos de alto custo, e também verificando a qualidade da assistência prestada. É nessa hora que o auditor pode indicar, com a anuência do médico assistente, outra opção de assistência médica ao usuário, como o Home Care<sup>1</sup> ou o Gerenciamento de Casos Crônicos. Inclui-se na Auditoria Médica Operacional a Auditoria de Contas.

---

<sup>1</sup> Home care – modalidade de Serviço de Assistência à Saúde (internamento domiciliar).

- **Auditoria de Contas:** trata-se de um processo minucioso, no qual são verificados os seguintes aspectos: o diagnóstico médico, os procedimentos realizados, exames e seus laudos, materiais e medicamentos gastos conforme prescrição médica nos horários corretos, taxas hospitalares diversas, relatórios da equipe multidisciplinar, padrões das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), entre outros.
- **Auditoria Médica Analítica:** Junqueira (2001) engloba nesta classificação as atividades de análise dos dados levantados pela Auditoria Preventiva e Operacional, e da sua comparação com os indicadores gerenciais e com indicadores de outras organizações. Nesse processo, os auditores devem possuir conhecimento relacionado aos indicadores de saúde e administrativos, e no que tange à utilização de tabelas, gráficos, bancos de dados e contratos. Dessa forma, são capazes de reunir informações relacionadas ao plano de saúde, bem como quanto aos problemas detectados em cada prestador de serviços de saúde. Consequentemente, tais análises contribuem substancialmente para a gestão dos recursos da organização.

Conforme Saraiva (2005), a situação atual é de conflito entre médicos e operadoras, com troca de acusações e uma relação de desconfiança e embate de interesses. A categoria médica perde poder sobre os pacientes para as operadoras e as acusa de manipular seus pacientes e tolher suas condutas. Mostra grande descontentamento com sua remuneração e com a burocracia que cerceia qualquer ato médico, provocando uma atitude de constante vigilância pelas operadoras. Já as operadoras referem que a categoria médica provoca custos desnecessários em seus usuários, usando a tecnologia como forma arrecadatória, além de imperícia.

De acordo com Mendes (2011), a auditoria em saúde representa, de um lado, um elemento essencial na cadeia de informações relacionadas a todos os procedimentos assistenciais realizados pelos beneficiários das operadoras. Por outro lado, representa as informações com indicadores de desempenho para auxiliar os gestores nas tomadas de decisões. A autora enfatiza que as operadoras de planos de saúde já disponibilizam sistema de informação para o atendimento das exigências legais da ANS, como acompanhamento dos dados assistenciais dos beneficiários, custos assistenciais e dados dos prestadores de serviços de saúde. Porém essas informações obtidas pelos sistemas operacionais da operadora, na visão da pesquisadora, não oferecem segurança aos gestores na tomada de decisões.



Nesse sentido, Mendes (2011) considera que as Resoluções e Instruções relacionadas possibilitam à ANS a coleta de dados específicos junto às operadoras de planos de saúde e destaca a importância da padronização no que concerne à coleta de dados e informações para a saúde suplementar. Porém, apesar desses avanços em termos de padronização, essas Resoluções e Instruções normativas não contemplam parâmetros técnicos que contribuam com os processos de auditoria para a geração de indicadores aos gestores de saúde.

Segundo Koyama (2006), há entendimentos de que a atividade de auditoria médica não deveria ter somente um enfoque de controle de custos e auditoria de despesas médicas, podendo desempenhar um papel importante de regulador entre a qualidade dos serviços prestados e seus respectivos custos, constituindo o fator que estabelece o equilíbrio.

### 2.3 A AUDITORIA E SUA FUNÇÃO GERENCIAL

De acordo com Mendes (2011), em resposta às mudanças no mercado de saúde suplementar, de forma paralela à macrorregulação deliberada pela ANS, as operadoras passaram a aplicar mecanismos de controle de custos. Nas relações estabelecidas entre operadoras, prestadores e beneficiários instituíram-se práticas denominadas de microrregulatórias, como o direcionamento da clientela, protocolos de liberação de eventos, *Home Care*, coparticipação, entre outras.

Nesse contexto, a autora destaca que a auditoria em saúde emerge com um papel primordial: atuar na avaliação de resultados, na qualidade da assistência prestada e na regulação dos crescentes custos dos serviços médico-hospitalares.

Segundo o Manual de Auditoria da Unimed São José dos Campos, cerca de 70% dos custos são decorrentes da forma em que o plano foi desenhado e para quem o foi. Incluem-se nesse grupo as influências ocasionadas, por exemplo, pelo perfil dos usuários (idade, sexo, incidência de doenças etc.), pelo grau de cobertura oferecido pelo plano (maior ou menor abrangência) e pela rede credenciada que se quer ou pode oferecer (qualidade e custos). De acordo com o Manual, nessa parcela há pouco espaço de atuação, pelo menos sem comprometer alguns dos pontos-chave dos serviços oferecidos. Nos outros 30%, a atuação daqueles que gerenciam o plano é vital para sua viabilização. Aqui estão incluídos, entre outros, a negociação com a rede credenciada (tabelas, contratos, "pacotes", compartilhamento do risco), negociações com o governo (impostos, taxas, leis), associações classistas (médicos, hospitais, laboratórios, sociedades especializadas), e política



de benefícios da empresa (programas de prevenção, educação em saúde), e principalmente a presença de uma auditoria médica e administrativa eficaz.

Entre as medidas que podem ser utilizadas na racionalização dos custos, destacam-se, de acordo com o manual:

- a) **Fator moderador:** a participação financeira ou franquia em procedimentos médicos, além de fonte de receita, tem importante papel regulador da utilização exagerada do plano por usuários pouco conscienciosos.
- b) **Atuação preventiva:** desenvolvimento de programas de prevenção em saúde junto aos seus beneficiários.
- c) **Rede credenciada própria e de referência:** investimento na formação de rede credenciada própria, administrando serviços complementares diagnósticos, clínicas especializadas e hospitais.
- d) **Estímulo à parceria:** busca do envolvimento do prestador de serviços na relação entre o plano e seus usuários.
- e) **Acompanhamento e controle:** uso de relatórios gerenciais para assegurar o cumprimento de objetivos e metas.
- f) **Conscientização dos usuários:** uso de profissionais qualificados a fornecer informações aos usuários, de forma a conscientizá-los de que a utilização racional é a melhor forma de garantir o benefício a custo acessível.
- g) **Auditoria de contas e de qualidade:** o eficiente controle das contas e da qualidade da assistência através da auditoria garante o equilíbrio entre custo e benefício.
- h) **Sistema informatizado:** além do dossiê sobre todos os procedimentos liberados para cada associado, o sistema deve estar preparado para consultas rápidas "online" sobre todos os dados transacionais e operacionais relacionados com o trabalho da empresa. Informações devem ser cadastradas de modo a permitir a execução de críticas no sistema quando da autorização de procedimentos e faturamento. Os dados básicos para essa crítica deverão ser determinados pela equipe de auditores.

Outra grande área de contribuição para a Auditoria e controle de custos é a análise de indicadores genéricos considerando-se a distribuição de consultas por tipo (urgências, emergências, áreas básicas e especialidades) e a análise das necessidades considerando-se as particularidades da carteira e os parâmetros das especialidades.

Rangel (2012), em estudo sobre percepção de médicos cooperados sobre processos de controle de custos em uma cooperativa de trabalho médico, constatou que para os entrevistados os processos de controle de custos são mal elaborados, porque obedecem às regras pré-estabelecidas por grupos ou por decisão da empresa sem a prévia autorização dos demais cooperados. Destacaram também que a Cooperativa promove apenas cursos superficiais nas questões cooperativistas e que os donos não consideram a cooperativa como sua.

Tais constatações evidenciam a necessidade de fortalecer a educação, o treinamento, o comprometimento e a responsabilidade cooperativista, de modo que os cooperados sejam mais envolvidos no controle de custos e na gestão da qualidade.

De acordo com Ribeiro *et al.* (2008), as relações entre operadoras, médicos e hospitais se estabeleceram em bases herdadas do antigo sistema previdenciário, com pagamento predominante de serviços por tabelas fixas e contas abertas. Mecanismos mais complexos de financiamento, de compartilhamento de riscos e de busca pela eficiência são pouco experimentados. São frágeis os mecanismos de redução de agravos, assim como os incentivos ao uso adequado das tecnologias. Fatores moderadores de consumo ou barreiras de acesso são o meio mais comum de controle de custos.

## 2.4 AUDITORIA E QUALIDADE

Koyama (2005) ressalta que está bem claro que a ANS caminha no sentido de preparar gradualmente o mercado privado de saúde suplementar, por meio de suas ferramentas gerenciais, como o Sistema de Informações de Produtos (SIP), a Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) e outros sistemas informativos, para a adoção de processos que tenham como objetivo a avaliação da qualidade da assistência, como ocorreu com o mercado de saúde privada nos Estados Unidos. Acrescenta ainda que se teme que as operadoras de planos privados de saúde não estejam preparadas e aptas para enfrentar o processo regulatório crescente, assim como não estejam enfocando a questão da qualidade da assistência proporcionada aos beneficiários.

A ANS divulgou em dezembro de 2005 o seu Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS), em que a saúde suplementar será avaliada como local de produção de saúde, transformando operadoras de planos em gestores de saúde, prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde e beneficiários em usuários que participam ativamente do processo, não apenas passivamente, recebendo a assistência fornecida.

Os princípios básicos para o PQSS são:

- a) A avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária;
- b) A perspectiva do sistema;
- c) A avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores.

O PQSS é composto por duas dimensões de avaliação, sendo que uma objetiva avaliar as operadoras e a outra, a qualidade institucional exercida pela ANS. A análise da qualidade das operadoras será feita por meio de quatro dimensões na PQSS, cada uma das quais terão seus respectivos indicadores de monitoramento:

1. Atenção à Saúde – avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde, buscando a identificação do impacto das ações de saúde em suas condições de vida;
2. Econômico-Financeira – identificação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos em acordo com a legislação vigente;
3. Estrutura e Operação – identificação do modo de produção da operadora;
4. Satisfação dos Beneficiários – identificação da visão do usuário no cumprimento do estabelecido no contrato com a operadora.

## 2.5 AUDITORIA MÉDICA E MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (MBE)

Para Portela *et al.* (2008), a área da assistência à saúde e, mais especificamente, da assistência médica tem sido marcada, desde a década de 1990, por uma crescente preocupação com o estímulo à efetiva utilização de práticas endossadas pelo conhecimento científico corrente. A motivação maior é a perspectiva de melhoria da qualidade da assistência, mas, de forma progressiva, também tem tido importância a perspectiva de alocação mais eficiente de recursos comumente limitados.

A valorização da medicina baseada na evidência científica serve como cenário para o desenvolvimento de diretrizes clínicas. Ela corresponde à integração da evidência proporcionada por pesquisas clinicamente relevantes, da experiência do clínico e das preferências do paciente.

As diretrizes clínicas, por sua vez, constituem-se em posicionamentos ou recomendações (*statements*) sistematicamente desenvolvidos para orientar médicos e pacientes acerca dos cuidados de saúde apropriados, em circunstâncias clínicas específicas. Contemplam indicações e contraindicações, bem como benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos etc.) para grupos de pacientes definidos.

Acrescentam ainda esses autores que hoje é internacionalmente aceita a pressuposição de que a implementação de diretrizes para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, definidas a partir da evidência científica disponível acerca da eficácia e efetividade de intervenções, produz melhores resultados na população assistida. Além disso, o desenvolvimento de diretrizes para a assistência à saúde propicia uma utilização mais racional dos recursos disponíveis.

Os referidos autores constataram em estudo empírico que somente 32,3% das operadoras referiram o uso de diretrizes clínicas entre 2004 e 2005, sendo menos frequente sua utilização no segmento filantrópico (6,5%) e das seguradoras (7,7%). Especificamente, chamam a atenção os resultados referentes às seguradoras, que possivelmente expressam uma postura assumida de desvinculação do seu papel da assistência à saúde.

O estudo dos hospitais, relativo ao ano de 2006, apresenta resultados um pouco melhores, pois 51,6% dos hospitais referiram usar diretrizes clínicas frente aos 32,3% de operadoras que relataram seu uso.

Vale destacar, entretanto, que, tanto em relação às operadoras quanto aos prestadores hospitalares, trata-se de um resultado geral, que não discrimina a abrangência de condições e patologias objeto das diretrizes, nem sua origem/fonte – se baseadas em evidências científicas internacionalmente validadas ou se baseadas em consensos de especialistas ou ainda se definidas de outras formas –, nem os mecanismos utilizados de difusão, de incentivo e de monitoramento do uso junto aos profissionais e pacientes etc., o que, dentre outros aspectos, indicaria o grau de profissionalização do processo de uso de diretrizes clínicas nas operadoras e nos hospitais. Considerando esses aspectos, a declaração do uso de diretrizes clínicas deve ser relativizada.

A medicina baseada em evidência (Saraiva, 2005) leva em conta, além dos conceitos de grau de evidência e recomendação, o princípio da eficiência, ou seja, alcance de objetivos com racionalização dos recursos. Para o referido autor (p.36), há grandes possibilidades de sucesso do uso da MBE como uma ferramenta de gestão e mediadora de conflitos de interesses no setor de saúde suplementar. Destaca ainda que a aplicação em larga escala da MBE poderá se configurar em

ferramenta de mudança dos vetores divergentes para convergentes entre os atores do sistema de saúde privada.

Para Portela *et al.* (2008), iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial precisam ser integradas e conduzidas no nível organizacional. A incorporação de diretrizes clínicas e da gestão da clínica nos serviços de saúde pode ser potencializada, se adequadamente articulada a outras ferramentas gerenciais que, tendo as diretrizes como referência, sejam capazes de impactar sobre a prática médica, com vistas à melhoria da qualidade da atenção.

Entre elas, enumeram-se a programação de atividades, o estabelecimento de indicadores e metas assistenciais, a realização de auditorias e de educação continuada junto às equipes e uma estrutura de incentivos que induza as equipes a incorporar novas práticas e ferramentas que possibilitem o monitoramento e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Por tudo isso, é necessário promover uma mudança cultural para o desenvolvimento da capacidade organizacional no sentido da provisão de cuidados de saúde com foco nos pacientes, na garantia de qualidade e na prestação de contas.

## 2.6 AUDITORIA MÉDICA, INTEGRAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

De acordo com Christensen, Grossman e Hwang (2009), o problema básico da assistência médica não se restringe ao campo de saúde: a melhoria da qualidade, dos custos e da acessibilidade depende fundamentalmente de três capacitadores – tecnologia, modelo de gestão e rede de valor. O capacitador tecnológico é a habilidade de diagnosticar doenças de maneira mais precisa. As inovações de ruptura nos modelos de gestão visam levar ao mercado soluções simplificadas com uma boa relação custo-benefício. Os autores propõem que essa ruptura será possível, a princípio, com a constituição de centros resolutivos integrados e clínicas com processos que agregam valor, bem como facilitando a operação de redes para o tratamento de doenças crônicas dentro das quais pacientes e prestadores possam lucrar com a manutenção da saúde. O terceiro capacitador, as redes de valor, compõe-se do contexto dentro do qual uma empresa estabelece seu modelo de gestão, trabalhando com fornecedores e parceiros para que juntos possam responder lucrativamente às necessidades comuns de um dado segmento de consumidores.

Torna-se fundamental para a ativação desses capacitadores a disponibilidade de sistemas de informação acoplados com a auditoria e que integrem a prática médica e as áreas administrativas, financeiras e operacionais.

Essa, no entanto, não é uma tarefa fácil. Segundo Jain (2003), o uso do modelo empresarial de sistemas de informação, com a noção de integrar informações entre diferentes unidades organizacionais, divisões e funções, para a melhor coordenação e cooperação, reforça a visão do caráter social dos sistemas de informação. Com a extensão desse modelo para a colaboração com fornecedores e clientes, a área de sistemas de informação (SI) torna-se cada vez mais interdisciplinar.

Essa integração, no entanto, não se obtém apenas com a interligação dos sistemas informatizados existentes ou que serão implementados no futuro, mas sim com a busca de construir um todo empresarial coerente a partir das várias funções que se originam da divisão do trabalho (Alséne, 1999).

A complexidade associada às atividades de auditoria médica exige uma infraestrutura de tecnologia de informação e visão organizacional compatível com os desafios das missões dessa área.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Haguette (1987), o problema a ser investigado define o método de investigação. Visando proporcionar maior familiaridade do problema com o objetivo, a presente pesquisa se caracteriza como exploratória. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, análise de exemplos que estimulem a compreensão (Gil, 1991).

Considerando a natureza do estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa. É de natureza qualitativa por caracterizar a interpretação de fenômenos e a atribuição de significados em que o processo e seu significado são os focos principais da abordagem. A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos por contato direto do pesquisador com a situação desejada, no intuito de compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo (Godoy, 1995).

### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A estratégia de pesquisa adotada para o presente trabalho é a do estudo de caso. Os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por quê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (Yin, 2003).

Para este trabalho, foi realizado um estudo de caso na área de auditoria médica de uma cooperativa de trabalho médico localizada no Nordeste do Brasil. A escolha por uma cooperativa de trabalho médico, além da questão de facilidade de acesso, foi reforçada pelo interesse de estudar as questões associadas a uma auditoria integrada em uma instituição que tem como objetivos centrais preservar a valorização do profissional e proporcionar qualidade na assistência à saúde.

Sobre a definição e seleção de unidades de análise, Patton (2002) ressalta que a questão-chave na seleção e decisões sobre as unidades de análise apropriadas é verificar o que se espera estar apto para dizer ao final do estudo.

O presente trabalho se enquadra como estudo de caso simples, pois foi analisada com profundidade uma área de uma organização. A unidade de análise é, portanto, a área de auditoria médica da cooperativa, dentro de seu contexto histórico e social na organização selecionada. A seleção da cooperativa foi intencional, em função de facilidades de acesso.

### 3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Objetivando uma boa cobertura dos objetivos da pesquisa e buscando evidências de múltiplas fontes para dar suporte às descobertas, foram empregados métodos múltiplos de coleta de dados, sendo que neste estudo a coleta foi realizada prioritariamente por meio de entrevistas. Neste estudo foram entrevistados atores pertencentes ao alto escalão da empresa, coordenador de auditoria médica, auditores e cooperados.

Além das entrevistas, foram utilizadas, como fontes secundárias, a observação direta, *folders* e relatórios de atividades disponibilizados pela empresa, publicações em mídia escrita e eletrônica, artigos, documentos oficiais da empresa e outras publicações.

A autorização para realizar esta pesquisa foi efetuada com a condição de se manter sigilo sobre a identidade da cooperativa.



Para as entrevistas com o coordenador da auditoria e com os auditores, foi utilizado um roteiro geral, apresentado para os participantes. Considerando-se os objetivos da pesquisa, também foram realizadas entrevistas não estruturadas com cooperados e dirigentes, visando captar percepções sobre desempenho, papéis e desafios para a implementação de uma auditoria médica integrada na cooperativa.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 A COOPERATIVA ALFA

A Alfa é uma cooperativa de trabalho médico que foi fundada no início dos anos 70. Atualmente possui mais de 1.500 cooperados e mais de 150.000 beneficiários. Além dos cooperados e rede conveniada, a Alfa possui hospitais próprios e unidades próprias de atendimento.

O quadro da auditoria conta com doze auditores médicos alocados no escritório central e nas unidades hospitalares próprias. Em sua grande maioria trabalham em regime parcial. Além dos auditores médicos, há utilização de vários comitês de especialidades na análise de questões especiais. Os membros dos comitês também são remunerados.

Sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), existe um gestor responsável por essa área, que utiliza recomendações desenvolvidas em nível nacional. O material é escolhido visando a real necessidade do paciente e o melhor custo para a cooperativa.

### 4.2 FOCOS DA AUDITORIA

A auditoria médica na Alfa é realizada com três focos principais:

- a) Pré-auditoria (preventiva): analisa as solicitações de internamentos, de exames mais específicos ou de maior complexidade, analisando se o plano do beneficiário dá cobertura àquela solicitação.
- b) Auditoria *In Loco* (operacional): consiste nas visitas aos pacientes nos hospitais, compreendendo a análise de tempos de internamento (para analisar se não ultrapassam o necessário), quantidades e custos dos materiais utilizados. Nessa auditoria, há uma grande

contribuição da auditoria de enfermagem, que fornece os principais elementos para realização das conferências.

- c) Pós-auditoria (Analítica): nesta etapa o foco de atenção é principalmente a análise das faturas. Não se constatou disponibilidade de equipe na auditoria médica para a análise dos dados levantados pela Auditoria Preventiva e Operacional, e da sua comparação com os indicadores gerenciais e com indicadores de outras organizações.

Os auditores desenvolvem suas atividades considerando as especificidades dos planos dos beneficiários e conjuntos de procedimentos gerais e normas a serem verificadas com relação aos procedimentos médicos.

O auditor pode também fazer questionamentos sobre as indicações dos médicos assistentes, podendo inclusive efetuar o exame do paciente, desde que haja a permissão do mesmo.

Muitas vezes o médico assistente é convocado para a discussão sobre procedimentos solicitados ou algum caso específico, mas raramente ocorre o comparecimento.

As principais dificuldades operacionais ocorrem no intercâmbio com as outras cooperativas, devido a problemas de comunicação, demora nas autorizações e tabelas de honorários médicos.

Uma vez por mês há reunião geral dos auditores para discutir dificuldades, orientações, novas exigências da ANS etc. As atividades da auditoria são apoiadas pelos sistemas computadorizados da cooperativa, principalmente pelas críticas em relação a diversos parâmetros como limite máximo de procedimentos por associado, autorizações de acordo com sexo, faixa etária e impedimentos por eventos previamente autorizados.

São também utilizados alguns formulários para alguns procedimentos especiais (tratamento oncológico, gastroplastias e outros). Esses formulários são preenchidos pelos médicos assistentes e analisados pela auditoria.

#### **4.3 OS COMITÊS DE ESPECIALIDADES**

Os Comitês de Especialidade são formados geralmente por três médicos especialistas. Os médicos assistentes também são convocados para as reuniões dos comitês, mas raramente os mesmos comparecem. A maior frequência de pareceres é na área de Neurologia, cuja comissão é formada por 3 neurologistas e 1 ortopedista (casos de cirurgias de coluna vertebral). Semanalmente

esse comitê se reúne para discussão de casos. Outras especialidades muito requisitadas são: ortopedia, cardiologia, urologia e gastroplastia.

Houve uma redução das solicitações de pareceres em gastroplastia após a introdução de protocolos desenvolvidos com MBE, com dados preenchidos pelos médicos assistentes. Foi informado que houve também significativa redução de custos para a cooperativa nesse tipo de cirurgia.

Em casos de urgência (uma das áreas mais requisitadas é a de cardiologia), o parecer é solicitado de imediato. Se o procedimento já ocorreu e a auditoria constata ou questiona alguma irregularidade ou dúvidas, o comitê é formado e, se há discordância com o procedimento efetuado, convoca-se o médico assistente para esclarecimentos e orientações.

Quando o comitê de especialidade não chega a uma decisão de acordo com o critério do médico assistente e a discordância persiste, muitas vezes esses casos são levados pelos beneficiários à justiça e realizados após liminar, quando assim é determinado.

#### **4.4 ESPECIALIZAÇÃO E PERFIS DOS AUDITORES**

Os auditores não atuam de acordo com suas especialidades clínicas, pois quando há dúvida sobre alguma solicitação as questões são dirigidas para os comitês de especialidades que utilizam diretrizes traçadas sobre os procedimentos a serem autorizados.

Um dos elementos mais valorizados para o desempenho da auditoria é que o profissional da auditoria tenha forte experiência de modo a identificar erros, negligência e má-fé nos procedimentos demandados.

Além disso, foram destacados, entre as qualidades do auditor, a atenção aos detalhes, a noção das necessidades de acordo com os atos médicos e o bom conhecimento de normas e instruções.

#### **4.5 PAPÉIS E DESAFIOS DA AUDITORIA**

De acordo com o gestor da auditoria, atualmente a grande concentração é na análise de contas, no controle para não onerar a cooperativa com solicitações, procedimentos, materiais e tempos de internamento desnecessários. Acrescenta ainda que a auditoria:

[...] deve funcionar como um avaliador de qualidade e efetividade dos serviços prestados pela organização e precisa cada vez maior instrumentação para fornecer o embasamento técnico para a diretoria quanto à incorporação de novas tecnologias e medicamentos, recursos de alto custo para a empresa. (Entrevistado – gestor de auditoria)

Entre os instrumentos utilizados pela cooperativa para controle de custos, são produzidas planilhas por especialidades com dados sobre os quantitativos dos exames solicitados por cada médico. Essas informações, no entanto, parecem ser usadas de forma muito limitada.

Há alguma utilização de diretrizes médicas e protocolos, principalmente nas unidades hospitalares próprias. Não há a disseminação da utilização da MBE e não há o envolvimento dos cooperados em programas de qualidade e de redução de custos. Também não há a disseminação de informações para mobilizar o envolvimento dos cooperados nesses programas e para a aplicação da MBE.

Não há um entendimento mais amplo dos cooperados sobre a Auditoria. Não há divulgação de informações sobre o funcionamento e resultados obtidos da Auditoria, assim como faltam orientações sobre como os cooperados podem contribuir de modo mais efetivo.

Não foi possível identificar a utilização de uma visão de qualidade total associada com os processos desempenhados pela auditoria.

De acordo com um membro da alta direção da Unimed, o desafio principal é desenvolver um modelo de gestão e ferramentas que permitam uma atuação integrada da auditoria com áreas de custos, qualidade e riscos, mobilizando o envolvimento dos cooperados e praticando de fato a MBE.

## 5 CONCLUSÕES

O objetivo geral desta pesquisa foi contribuir para a compreensão dos processos, contexto e desafios da auditoria médica na Cooperativa Alfa e sua integração com a gestão de custos, qualidade e riscos. Desse modo foram definidos objetivos específicos e foi realizado um estudo de caso na entidade selecionada.

Os objetivos específicos foram:

- a) Compreender a forma de atuação da Auditoria Médica na Alfa e os principais focos de ação;
- b) Conhecer como são desenvolvidos os trabalhos dos auditores, os principais atributos valorizados para o exercício da auditoria e as principais dificuldades operacionais;

- c) Analisar como os cooperados participam e contribuem para os processos de auditoria;
- d) Analisar como a Auditoria da Alfa atua de forma integrada com a gestão de custos, qualidade e riscos; e,
- e) Conhecer a visão da Direção da Alfa sobre os principais desafios para implementação de uma Auditoria Médica Integrada.

A seguir são apresentadas as conclusões da presente pesquisa.

A auditoria médica na Alfa vem sendo cada vez mais demandada, considerando o crescimento do número de beneficiários, as pressões da ANS, o uso cada vez mais sofisticado da tecnologia médica e as exigências para redução de custos.

A concentração principal é na auditoria de contas. Não foi possível constatar o funcionamento de uma auditoria analítica com o ferramental compatível com o porte da cooperativa. Os sistemas de informação não dão suporte de forma a obter maior eficiência e segurança na atividade de auditoria. Não parece haver uma efetiva integração da análise de informações de natureza médica e informações administrativas.

A auditoria também não é percebida pelos cooperados como uma aliada e não há programas voltados para o envolvimento dos cooperados com essa área. É necessária uma atividade de Endomarketing para gerar o envolvimento. Falta o estabelecimento de metas e o entendimento por parte dos cooperados de que elementos devem ser enfocados de modo conjunto com a Direção para obter maior qualidade e economia.

O uso de auditores sem a valorização da especialidade pode estar sobrecarregando os comitês de especialidades. A valorização excessiva da experiência do auditor pode estar inibindo o investimento na profissionalização e em modelos de gestão e ferramentas de auditoria mais sofisticadas.

Os problemas de mobilização e integração do conhecimento médico para casos não rotineiros parecem estar sendo solucionados, principalmente a partir dos comitês de especialidades. Esse tipo de instrumento organizacional precisa ser utilizado com muita cautela para não incidir em conflitos, dificuldades de comunicação e demora na tomada de decisões.

A medicina baseada em evidências é utilizada de forma muito restrita na Alfa em geral e na área de auditoria em particular, como ocorre na saúde suplementar no Brasil, conforme os estudos analisados na revisão da literatura. O uso mais efetivo da MBE poderia contribuir fortemente para a utilização e avaliação da literatura médica pelos cooperados, desenvolvimento profissional,

diminuição das margens de erro, limitações no uso de autoritarismo nas decisões relacionadas aos atos médicos e racionalização de custos.

Como observado neste estudo, não há uma efetiva integração entre a visão da qualidade dos serviços (da Alfa como plano de saúde, como unidade de prestação de serviços de saúde e dos cooperados como executores), a auditoria e os sistemas de informação.

Também a auditoria não é percebida de modo integrado com a estratégia da organização e analisada a importância de seu papel e como os investimentos poderiam aumentar o desempenho e rentabilidade da Alfa. É necessário também se preparar de modo mais intenso, o que está ocorrendo de forma limitada, para a demanda da ANS para avaliação da qualidade da assistência à saúde.

## **6 RECOMENDAÇÕES**

São apresentadas as seguintes recomendações para a cooperativa estudada:

- a) Desenvolver a visão de uma auditoria integrada de contas, custos e qualidade com valorização do papel da MBE;
- b) Investir e preparar os cooperados para a prática de MBE;
- c) Dotar os sistemas de informação de capacidade efetiva para dar suporte à visão integrada da auditoria;
- d) Envolver os cooperados com a área de auditoria e em programas de qualidade e redução de custos; e,
- e) Realizar pesquisas e projetos junto com outras cooperativas e Universidades para desenvolver e implementar modelos de gestão integrada da auditoria médica.

---

**REFERÊNCIAS**

- Albuquerque, C., Piovesan, M. F., Santos, I. S., Martins, A. C. M., Fonseca, A. L., Sasson, D., & Simões, K. A. (2008). A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 1421-1430.
- Alséne E. (1999). The computer integration of the enterprise. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 46(1), 26-35.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- \_\_\_\_\_. (2000). Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- \_\_\_\_\_. (2012). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Informações sobre beneficiários, operadoras e planos – Dados de Setembro de 2012a*. Recuperado em 20 dezembro, 2012, de [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/20121009\\_mes09\\_caderno\\_informacao.pdf.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/20121009_mes09_caderno_informacao.pdf.pdf).
- \_\_\_\_\_. (2013). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Conjuntura Econômica, Beneficiários, Operadoras e Planos de Saúde. Foco Suplementar*, Rio de Janeiro, março de 2012b. Recuperado em 10 janeiro, 2013, de [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/foco\\_suplementar\\_mar\\_2012.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/foco_suplementar_mar_2012.pdf)
- Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *Inovação na gestão da saúde: A receita para reduzir custos e aumentar a qualidade*. Porto Alegre: Bookman.
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 2(35), 57-63.
- Haguette, T. M. F. (1987). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- Jain, V. (2003). Analyzing the nature of knowledge in the IS field. *Anais do Americas Conference on Information Systems*, Dallas, Texas, Estados Unidos, 9.
- Junqueira, W. N. G. (2001). *Auditoria médica em perspectiva: presente e futuro de uma nova especialidade*. Criciúma: Edição do Autor.



- Kobus, L. S. G. (2013). Dados essenciais para auditoria de contas médicas hospitalares: experiência em Curitiba-PR. *Anais do Congresso Brasileiro de Informática em Saúde CBIS'2004*, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 9.
- Koyama, M. F. (2006). *Auditoria e qualidade dos planos de saúde: percepções de gestores de operadoras da cidade de São Paulo a respeito do programa de qualificação da saúde suplementar da ANS*. Dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Mendes, L. H. S. (2011). *Mtsystem: um sistema de indicadores estratégicos de desempenho para operadoras de planos de saúde*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, USA: Sage.
- Portela, M. C., Lima, S. M. L., Vasconcelos, M. T. L., Escosteguy, C. C., Ferreira, V. M. B., Vasconcelos, M. M., & Brito, C. (2008). Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 1553-1565.
- Rangel, E. (2005). *Percepção de médicos cooperados sobre processos de controle de custos em uma cooperativa de trabalho médico: estudo de caso*. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Ribeiro, J. M., Lobato, L. V. C., Vaitzman, J., Farias, L. O., Vasconcellos, M., Hollanda, E., & Teixeira, C. P. (2008). Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 1477-1487.
- Saraiva, R. S. (2005). *A medicina baseada em evidências como ferramenta de gestão e mediadora de conflitos de interesse entre operadoras de saúde, médicos e organizações assistenciais*. Trabalho de conclusão de curso de especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Unimed São José dos Campos. (2012). *Gerenciamento da assistência e auditoria médica*. Recuperado em outubro 8, 2012, de <http://www.unimedsjc.com.br/site/concursoNovosCooperados/materialEstudo/AuditoriaMedica.pdf>
- Yin, R. K. (2003). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (3. ed.). Porto Alegre: Bookman.

---

Data do recebimento do artigo: 29/01/2013

Data do aceite de publicação: 18/03/2013