



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E**  
**CONTABILIDADE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA**

**FRANCISCO ALBERTO DE OLIVEIRA JÚNIOR**

**AUDITORIA MÉDICA E CUSTOS ASSISTENCIAIS EM UMA COOPERATIVA**  
**MÉDICA: UM ESTUDO SOB A PERSPECTIVA DE MÉDICOS AUDITORES**

**FORTALEZA**

**2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- D32a de Oliveira Júnior, Francisco Alberto.  
Auditoria médica e custos assistenciais em uma cooperativa médica : um estudo sob a ótica dos médicos auditores. / Francisco Alberto de Oliveira Júnior. – 2020.  
98 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Economia, Fortaleza, 2020.  
Orientação: Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral.
1. Custos assistenciais. 2. Auditoria médica. 3. Sustentabilidade econômica. 4. Qualidade em serviços. I. Título.

CDD 330

---

FRANCISCO ALBERTO DE OLIVEIRA JÚNIOR

AUDITORIA MÉDICA E CUSTOS ASSISTENCIAIS EM UMA COOPERATIVA  
MÉDICA: UM ESTUDO SOB A PERSPECTIVA DE MÉDICOS AUDITORES

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria – Profissional, da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de concentração: Gestão organizacional

Orientador: Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral

FORTALEZA

2020

FRANCISCO ALBERTO DE OLIVEIRA JÚNIOR

AUDITORIA MÉDICA E CUSTOS ASSISTENCIAIS EM UMA COOPERATIVA  
MÉDICA: UM ESTUDO SOB A PERSPECTIVA DE MÉDICOS AUDITORES

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria – Profissional, da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de concentração: Gestão organizacional

Orientador: Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Carlos Adriano Santos Gomes Gordiano  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. José Milton de Sousa Filho  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof. Dr. Gleison Mendonça Diniz

Instituto Escola Superior de Contas e Gestão Pública Ministro Plácido Castelo (IPC-TCE/CE)

## RESUMO

A auditoria em saúde desempenha papel essencial no monitoramento e vigilância junto à utilização dos serviços médicos assistenciais. Neste contexto, os custos assistenciais constituem uma preocupação central das operadoras de saúde no Brasil, em especial após a adoção do marco regulatório por meio da Lei 9656/1998 e, logo depois, da criação da Agência Nacional de Saúde – ANS. Tendo como objeto de estudo a Unimed Fortaleza, esse trabalho tem por objetivo investigar como ocorre a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, na perspectiva dos médicos auditores. Trata-se de estudo de natureza qualitativa e caráter descritivo, realizado mediante pesquisa documental e de campo, com dados primários levantados a partir de entrevistas semiestruturadas. No tratamento dos dados, foi utilizado o software Atlas Ti, sendo realizada uma análise de conteúdo. A atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais tem efeito estratégico, em particular face as dimensões da sustentabilidade econômica e da qualidade em serviços. A pesquisa apontou para uma percepção particularizada das atividades dos auditores, que buscam consonância com normatizações e regulações de procedimentos a fim de estabelecer uma cultura de prevenção de excedentes de custos assistenciais, formação continuada de cooperados e colaboradores para a diminuição de perdas e fortalecimento da pertença à identidade cooperativista. O trabalho demonstra a importância da boa comunicação corporativa e da necessidade de investir nesses processos. As tecnologias são entendidas como aliadas no desenvolvimento do fluxo dos processos e solicitações, bem como na criação de meios e mecanismos de melhoria da saúde em geral e, nesse campo são vistas também como elementos de pressão sobre os custos assistenciais na medida em que geram solicitações fora das coberturas. Tendo em vista a atuação para a conformidade entre atendimento de saúde com qualidade e equilíbrio dos custos assistenciais, foram também identificadas dificuldades e oportunidades de melhoria. Concluiu-se que este ainda é um campo a ser explorado no âmbito da cooperativa, suscitando estudos posteriores mais específicos sobre os campos de atuação da auditoria.

**Palavras-chaves:** Custos assistenciais. Auditoria médica. Sustentabilidade econômica. Qualidade em serviços.

## ABSTRACT

Health audit plays an essential role in monitoring and surveillance with the use of medical assistance services. In this context, health care costs are a central concern of healthcare operators in Brazil, especially after the adoption of the regulatory framework through Law 9656/1998 and, soon after, the creation of the National Supplementary Health Agency- NHS (Agência Nacional de Saúde - ANS), in January 2000. The inclusion of several obligations in the service to users requires from these operators an economic-financial readjustment, aiming at sustainability in the healthcare market. The audit has a strategic effect in maintaining sustainability with quality service. This work deals with the perception of the auditors of Unimed Fortaleza about the relationship between healthcare costs and auditing within the scope of their performance, being a case study of a qualitative nature and descriptive character, carried out through documentary and field research. The production of the data took place from the documentary study and the semi-structured interview, treated with the use of the qualitative data analysis software Atlas Ti and analyzed according to the elements of Laurence Bardin's Content Analysis. The research pointed to a particular perception of the activities of the auditors, who seek to comply with norms and regulations of procedures in order to establish a culture of prevention of surplus of healthcare costs, continuous and permanent training of members and collaborators to reduce losses and strengthen belonging to the cooperative identity. The work demonstrates the importance of good corporate communication and the need to invest in these processes. Technologies are understood as allies in the development of the flow of processes and requests, as well as in the creation of means and mechanisms for improving health in general, and in this field they are also seen as elements of pressure on healthcare costs as they generate requests outside the covers. In view of the action for compliance between health care with quality and balance of care costs, it was concluded that this is still a field to be explored within the scope of the cooperative, giving rise to more specific later studies on the fields of performance of the audit.

**Keywords:** Assistance costs. Medical audit. Economic sustainability. Quality in services.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modalidades de custo assistencial e suas especificações.....	28
Quadro 2 – Fatores influenciadores do custo assistencial e suas descrições.....	30
Quadro 3 – Contribuições de Nightingale para a incorporação da qualidade no atendimento hospitalar.....	36
Quadro 4 – Estudos empíricos sobre auditoria médica e custos assistenciais na saúde suplementar.....	40
Quadro 5 – Área de atuação e perfil profissional dos sujeitos da pesquisa.....	48 50
Quadro 6 – Relação objetivos específicos, temas e questões do roteiro de entrevista....	
Quadro 7 – Regras correspondentes à primeira etapa da análise de conteúdo.....	51
Quadro 8 – Categorização preliminar para análise de conteúdo.....	52





## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Valores organizacionais da Unimed Fortaleza.....	23
Figura 2 – Organograma da Unimed Fortaleza com a diretoria de provimento de saúde.....	56
Figura 3 – Organograma da gerência de regulação de serviços de saúde.....	57
Figura 4 – Fluxograma do procedimento de auditoria preventiva na Unimed Fortaleza.....	58
Figura 5 – Nuvem de palavras sobre os significados de auditoria.....	59
Figura 6 – Citações relativas à padronização de análise de procedimentos.....	61
Figura 7 – Citações relativas à decisão sobre custos e procedimentos.....	63
Figura 8 – Rede semântica da atividade auditora sob o ponto de vista dos respondentes.....	65
Figura 9 – Rede semântica da percepção dos auditores sobre os custos assistenciais.....	67
Figura 10 – Rede semântica dos custos assistenciais e sustentabilidade econômica.....	70
Figura 11 – Rede semântica da relação entre custos assistenciais e qualidade da saúde.....	73
Figura 12 – Rede semântica das relações entre custos assistenciais e auditoria.....	76
Figura 13 – Rede semântica da percepção sobre as dificuldades da auditoria e os custos assistenciais.....	78
Figura 14 – Rede semântica das melhorias nas relações com os custos assistenciais.....	80
Figura 15 – Mapa de relações com a síntese das dificuldades e oportunidades na relação entre custos assistenciais e auditoria médica.....	82

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AGO	Assembleia Geral Ordinária
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
GPD	Gerenciamento Pelas Diretrizes
HRU	Hospital Regional Unimed
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISO	International Organization for Standardization
NHS	National Health Service
OCB	Organização das Cooperativas Brasileiras
OPMEs	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TI	Tecnologia da Informação
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
VCMH	Variação de Custo Médico-Hospitalar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Contextualização e delimitação do tema.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 justificativa.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3 Questão de pesquisa.....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Objetivos geral e específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>1.5 Aspectos metodológicos.....</b>	<b>20</b>
<b>1.6 Estrutura da dissertação.....</b>	<b>20</b>
<b>2 AUDITORIA MÉDICA E CUSTOS ASSISTENCIAS NO CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Auditoria médica.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Custos assistenciais .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Sustentabilidade econômica .....</b>	<b>31</b>
<b>2.4 Auditoria e qualidade em saúde .....</b>	<b>35</b>
<b>2.5 Estudos empíricos no contexto da auditoria médica e custos assistenciais: mapeamento de dificuldades e oportunidades.....</b>	<b>39</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1 Tipologia da pesquisa.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>46</b>
<b>3.3 Coleta dos dados.....</b>	<b>49</b>
<b>3.4 Análise dos dados.....</b>	<b>51</b>
<b>4 AUDITORIA MÉDICA E CUSTOS ASSISTENCIAIS NA UNIMED FORTALEZA.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1 A auditoria médica – estrutura na hierarquia e processo de funcionamento...</b>	<b>55</b>
<b>4.2 Concepção dos médicos auditores acerca da auditoria médica.....</b>	<b>59</b>
<b>4.3 Concepção dos médicos auditores acerca de custos assistenciais.....</b>	<b>66</b>
<b>4.4 Atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da sustentabilidade econômica.....</b>	<b>69</b>

<b>4.5 A atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da qualidade em saúde.....</b>	<b>72</b>
<b>4.6 Dificuldades e oportunidades da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais .....</b>	<b>75</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE B - Rede semântica geral das relações entre custos assistenciais e auditoria médica.....</b>	<b>100</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta seção apresenta os elementos centrais deste estudo, desde a contextualização e delimitação do tema, no caso, a auditoria médica e os custos assistenciais no contexto de uma cooperativa médica de saúde suplementar, com destaque para a justificativa e a definição da questão de pesquisa e dos objetivos do estudo. Exibe, por fim, uma breve síntese dos principais aspectos metodológicos do estudo, bem como uma descrição de sua estrutura geral.

### 1.1 Contextualização e delimitação do tema

A auditoria em saúde desempenha papel essencial no monitoramento e vigilância junto à utilização dos serviços médicos assistenciais. Neste contexto, o impacto dos custos assistenciais vem sendo a maior preocupação das operadoras de planos de saúde no Brasil, em especial após a adoção do marco regulatório por meio da Lei 9656/1998 e posteriormente com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em janeiro de 2000. Sua atuação reguladora do mercado gerou uma rede de proteção e segurança aos beneficiários, porém aumentou as exigências em cima de diretrizes e normas operacionais junto às prestadoras (MALTA et al., 2004).

O crescimento dos custos em saúde é um fenômeno mundial, que impacta diretamente na economia em diversos níveis, tornando-se o seu controle um ponto de atenção por todas as nações, inclusive no tocante à saúde pública ou suplementar. É neste contexto que se insere o objeto deste estudo, a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, no âmbito da saúde suplementar.

No Brasil, há evidências do peso crescente da saúde no orçamento das famílias e da elevada participação de seus produtos na formação das taxas dos índices de preço ao consumidor (LEAL; MATOS, 2009). Dados da ANS mostram que o setor possui em todo o país, 47 milhões de beneficiários de planos de saúde, o que representa 24,2% da população, com o funcionamento de 722 operadoras médico-hospitalares, totalizando 993, considerando-se também aquelas de assistência odontológica (BRASIL, 2019).

Como foco do serviço de auditoria, o monitoramento dos recursos despendidos em uma operadora é crucial para sua saúde financeira e necessário para a manutenção da qualidade no atendimento e satisfação do cliente, ainda mais em se tratando de saúde. Porém, no setor cooperativista, essa atuação tem relevância para todas as partes envolvidas, pois as

decisões sobre os tratamentos incidem também sobre os cooperados, sendo esse um ponto sensível. Assim, apresentam-se nesse trabalho os elementos sobre os quais se debruça a auditoria médica e que serão tratados como constituintes que pressionam o custo assistencial: os materiais e tecnologias, a assimetria das informações, os procedimentos de atendimento e o envelhecimento da população.

Custos assistenciais em saúde são os gastos dispendidos pelas operadoras no atendimento ao beneficiário. Incluem-se nesse rol as consultas, exames, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, materiais e medicamentos (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000). Ressalte-se que os custos assistenciais são influenciados por diversos fatores, dentre eles a evolução tecnológica, o envelhecimento populacional e a assimetria de informação (ANDRADE; PORTO JÚNIOR, 2004). Considerando esses fatores, a sustentabilidade do negócio de saúde avançou no desenvolvimento de estratégias de controle dos custos assistenciais, exigindo a adoção de modelos de gestão eficientes, praticamente como requisito básico para a continuidade dos negócios (SOUSA; SALVALAIO, 2010).

Os investimentos em avanços e novas descobertas tecno-científicas na área da saúde são enormes e crescentes, proporcionando maior eficiência e qualidade em terapias, reabilitações, exames, medicamentos e tratamentos dos pacientes, contribuindo para uma maior qualidade de vida. Novos medicamentos e vacinas, próteses, órteses, exoesqueletos, máquinas e equipamentos para diagnóstico e intervenção, robôs cirúrgicos, informação e comunicação instantânea, prontuário eletrônico único nacional e integrado para acesso internacional, implantes, transplantes e, inclusive, a produção artificial de células humanas, são exemplos de campos de investimento e trabalho de milhares de técnicos e cientistas (LORENZETTI et al., 2012). Embora alvissareiras, essas transformações têm impacto financeiro considerável, gerando aumento do custeio, sendo grande fonte de pressão nos custos assistenciais e influenciando diretamente no preço a ser pago pelo consumidor do plano de saúde (BADIA; PIRES, 2008).

Bessa (2011) declara que os crescentes dispêndios nos custos assistenciais na área de saúde preocupam todos os agentes, quais sejam o governo, operadoras de planos de saúde, empresas que contratam os planos e aos beneficiários. Entre as explicações aventadas para o progressivo aumento de gastos, estão o alto custo em virtude da incorporação de novas tecnologias em medicamentos, materiais e equipamentos; as dificuldades de acesso ao cuidado médico e o envelhecimento da população.

O maior desenvolvimento tecnológico da ciência médica tem contribuído deveras para maior longevidade da população, retardando ou mitigando efeitos do envelhecimento. Marujo e Martins (2006) ressaltam a preocupação com esse envelhecimento, pois se reflete no

maior uso dos recursos do plano do que a população jovem e adulta. Considera-se que o processo de envelhecimento da população de beneficiários passa a demandar mais cuidados de saúde e, conseqüentemente, contribui para o aumento das despesas das operadoras, ampliando o impacto financeiro sobre o sistema de saúde, principalmente devido ao fato que também se aumenta diretamente a frequência de utilização de serviços assistenciais. Desta forma, a mudança no perfil epidemiológico, que acompanha o envelhecimento da população, continuará a ser um crescente desafio às operadoras de planos de saúde (BALDASSARE, 2014).

A assimetria de informação acontece quando na relação comercial uma das partes tem maior conhecimento sobre os serviços ou produtos. Esse desequilíbrio dificulta a seleção dos melhores produtos e/ou serviços – seleção adversa – requisitando maiores informações que atestem sua qualidade. Por outro lado, as mudanças atitudinais em decorrência do produto/serviço adquirido/contratado – risco moral – também comprometem a relação comercial, influenciando na estimação dos custos em função dos riscos. Assumpção (2017) se refere ao mercado de operadoras e seguros de saúde como um dos mais atingidos pela assimetria de informação, sendo um dos motivos da necessidade da mão do Estado para garantir atendimento à população.

Nesse mercado a presença de informação assimétrica entre os agentes é bastante significativa e esta falha tem sido a motivação econômica para a intervenção governamental. A economia da saúde reporta às denominadas assimetrias informacionais, a causa de distorções que afetam o mercado de saúde suplementar de modo que este não opere com o mesmo grau de eficiência que os mercados em concorrência perfeita (ASSUMPÇÃO, 2017, p. 64).

Este cenário da saúde suplementar, em que as operadoras tentam controlar os custos assistenciais, evidencia um grande desafio: manterem-se sustentáveis economicamente no mercado com condições de competitividade nos custos e qualidade, exigindo ainda o exercício da medicina com os padrões profissionais e éticos requeridos. Porém, ao longo dos anos, esse quadro tem gerado uma deterioração na relação entre as operadoras de planos de saúde, a categoria médica e suas instituições de trabalho. Essa combinação de ter que proporcionar 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 conseqüências econômicas de alta magnitude sobre as operadoras de planos de saúde (LUDMER; LUDMER, 2013).

Estratégias têm sido adotadas pelas operadoras de planos de saúde no sentido de controlar os gastos e permanecerem sustentáveis economicamente. Dentre estas, a

verticalização de serviços de saúde tem sido cada vez mais adotada no sentido de controle dos custos assistenciais. A verticalização das estruturas assistenciais por parte das operadoras permitiu uma maior autonomia e maior controle sobre os custos assistenciais, algo que não se consegue com a mesma eficiência quando se considera a utilização de uma rede credenciada no atendimento aos beneficiários (SOUSA; SALVALAIO, 2010). Um aspecto importante da efetiva integração vertical está na otimização de recursos nos tratamentos em saúde, sem gastos desnecessários, que por vezes oneram o caixa das operadoras. O enfoque reside no que o doente precisa para ser tratado de maneira adequada, sem ficar mirando somente nos recursos disponíveis. O paciente se torna o centro da atenção e não os materiais de alto custo que podem vir a ser utilizados (DOMINGOS, 2018). Nesse cenário, as informações de custo passam a ser estratégicas dada a sua relevância para a sustentabilidade dos negócios.

O custo assistencial tornou-se um ponto de atenção para as operadoras privadas de saúde, na atividade preventiva para a prestação do serviço de saúde, qualificação das cobranças e mudanças nas resoluções dos processos, buscando o ajuste entre o melhor serviço pelo melhor preço. Devido a essas grandes mudanças supracitadas e com o aumento dos custos provenientes da assistência à saúde, o papel da auditoria adquiriu um grau de importância estratégica, já que seu trabalho é conformar a relação entre a cobertura e permissão dos contratos com as solicitações de procedimentos médicos, tornando-se imprescindível nas operadoras de planos de saúde para obtenção de resultados, visando a uma racionalização dos custos sem diminuir a qualidade no serviço prestado (SIEWERT, 2013).

A auditoria destaca-se cada vez mais em um cenário de aumento da competitividade entre os serviços hospitalares, onde existem tratamentos de custos financeiros elevados, impactando no crescimento dos custos assistenciais. A necessidade da atuação de profissionais auditores com competência no controle de custos exige destes, também, uma compreensão econômico/contábil do momento por que passam as operadoras de planos de saúde em busca de sua sobrevivência no mercado. Assim, esta atividade foi inserida à rotina das instituições de saúde com a finalidade de avaliar elementos qualitativos da assistência ao paciente, verificar os processos internos além do controle das autorizações de procedimentos e das contas hospitalares (KOYAMA, 2006). É relevante destacar que as decisões sobre os procedimentos passam não apenas pelo especialista, mas também pela auditoria a fim de perceber como equilibrar qualidade de atendimento e orçamento da operadora, sendo esse um ponto crítico desse processo visto que há que se ter convencimento e concordância com a análise resultante desse procedimento.

A auditoria em saúde desempenha um papel essencial como elemento de monitoramento e vigilância contínua às regras de utilização dos serviços médicos assistenciais



(WEERSMA et al., 2015). Num âmbito mais amplo, caracteriza-se a auditoria em saúde como um procedimento não contábil, realizado por profissionais treinados e experiente, sendo uma atividade estratégica da avaliação contínua e assessoramento da administração de todos os serviços médicos hospitalares, dentro de princípios éticos e legais, de economicidade, adequação e qualidade dos serviços prestados (MOTTA, 2005).

Esse monitoramento contínuo em cima das contas médicas, bem como na liberação de procedimentos segundo diretrizes e protocolos de utilização, permite ação mais proativa na identificação da conformidade entre cobertura de plano, custos de procedimentos, solicitações médicas e decisão sobre os melhores tratamentos, buscando sustentabilidade e qualidade do atendimento ao beneficiário. Ao mesmo tempo, propicia a utilização adequada de recursos da operadora com consequente controle dos custos assistenciais. Com isso, a auditoria em saúde alinha-se ao objetivo das operadoras de saúde, qual seja a busca incessante pela qualidade, pelo faturamento correto da conta hospitalar e pela redução de gastos indevidos (GAMARRA, 2018).

A auditoria em saúde engloba um processo administrativo sistemático, controlado, crítico e contínuo, que avalia as diversas ações e decisões de pessoas físicas ou jurídicas que prestam serviços na área de saúde. Busca incrementar a gestão administrativa, verificando, monitorando e controlando os diversos processos e seus respectivos resultados. Em outra concepção, a auditoria em saúde procura efetividade, ou seja, visa assegurar o máximo de benefício, com menor risco e maior eficiência e eficácia possível. Não se pode esquecer ainda que estes elementos devem estar rigorosamente de acordo com as disposições legais e institucionais vigentes (WEERSMA et al., 2015). Assim, qualquer desconformidade observada implicará na emissão de um parecer pelo indeferimento do procedimento ou do pagamento. Por ser um parecer, tem caráter eminentemente opinativo que pode ou não ser acatado pela operadora, a quem sempre cabe a decisão final (GAMARRA, 2018).

Atualmente, devido à expansão da área da saúde, as operadoras buscaram atingir melhores resultados operacionais e administrativos, com maior preocupação em torno dos gastos assistenciais. Nesse cenário, a atividade de auditoria se destaca como ferramenta de avaliação das solicitações e procedimentos, verificando as conformidades e adequações junto ao beneficiário dos planos de saúde (RODRIGUES et al., 2018). Mais especificamente, a auditoria médica desempenha papel importante no controle de custos das despesas médicas, avaliando a pertinência das solicitações e dos atos médicos nas contas hospitalares, contribuindo para a sustentabilidade da organização. Sua atividade, porém, não pode perder o foco na qualidade no atendimento adequado aos clientes. Essa combinação de ações faz da

auditoria médica uma atividade em que os conflitos com prestadores, médicos solicitantes e clientes por vezes se tornam presentes (LUDMER; LUDMER, 2013).

## 1.2 Justificativa

A auditoria médica consiste em uma imprescindível atividade de averiguação das técnicas adotadas e controle dos recursos empregados, com o objetivo de aprimorar os serviços que são prestados, dando ênfase aos direitos do cliente, à técnica médica e aos recursos utilizados. Além de ser uma necessidade, está também comprometida com a verdade. Assim, o processo de auditoria respeita os mesmos princípios técnicos e éticos, independentemente da origem do usuário (PAES; MAIA, 2005). Torna-se, portanto, a auditoria médica um fator decisivo no controle e regulação de serviços assistenciais, visando a permitir o uso adequado dos recursos, mantendo viáveis os custos das operadoras de saúde. Atualmente, com as grandes mudanças ocorridas e com o aumento dos custos provenientes da assistência à saúde, o trabalho do profissional médico auditor tornou-se imprescindível e indispensável às operadoras de planos de saúde para obtenção de melhores resultados, visando uma melhor qualidade dos serviços prestados, associada à redução dos custos (SIEWERT, 2013).

Nos planos e seguros de saúde, o auditor médico atua como orientador, interpretando normas acordadas nos contratos, ordenador, conhecendo os direitos e deveres para autorização de procedimentos a serem realizados, fiscalizador, verificando a finalidade e a indicação dos procedimentos, controlador, evitando desperdício e mantendo a qualidade da assistência como também respeitando os direitos do paciente (PAES; MAIA, 2005).

Justifica-se esse trabalho por abordar o controle de custos assistenciais em cooperativas médicas, sob a ótica de quem é diretamente responsável pela liberação dos atendimentos dos clientes. Os auditores médicos trabalham em constante pressão, buscando a melhor relação possível entre o desempenho adequado de suas funções e a não contrariedade por parte dos médicos solicitantes quando ocorrem as negativas e reajustes dos pedidos solicitados. Tal situação praticamente não se vê em outras operadoras de planos de saúde, que utilizam da auditoria como elemento definidor da redução do custo assistencial e priorizam a sobrevivência junto ao ambiente de mercado em detrimento do médico assistente (FERNANDES; BACKES, 2010).

Uma cooperativa é uma organização formada por profissionais que desempenham atividades de modo tal que possam atender às necessidades econômicas dos cooperados. No tocante ao ambiente cooperativista, há uma inversão de conceitos e conseqüentemente uma

adaptação necessária no trabalho dos auditores médicos. Fatores políticos por vezes se sobressaem aos econômicos, por mais controversos que sejam. A peculiaridade deste cenário em que os médicos solicitantes são diretamente responsáveis pela geração do custo assistencial de sua própria organização e, em tese, corresponsáveis pela análise e liberação dos atendimentos, se torna objeto desse estudo. Ressalte-se que nesse ambiente o lucro nem sempre é visto como o mais importante dos fatores (SILVA; RODRIGUES, 2015).

A análise das estratégias de ação dos auditores em cooperativas médicas evidencia a responsabilidade em mantê-las sustentáveis economicamente, valorizando o controle dos custos assistenciais. Os auditores médicos enfrentam ainda vários elementos contrários à sua atividade, bem como as tensões e conflitos no exercício de sua profissão. Esse cenário ainda é um tema pouco explorado na literatura, e por vezes se torna relevante no sentido de entender como uma cooperativa médica se torna sustentável mesmo adotando algumas facilitações em termos de liberação de procedimentos, que outra operadora não pensaria em liberar (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Em um levantamento preliminar para o tratamento do tema deste trabalho, na base de dados da Plataforma Periódicos Capes, com recorte temporal de dez anos, mais especificamente no intervalo de 2009 a 2019, evidenciou a carência dessa abordagem. Foram utilizadas como palavras-chave para busca os termos: auditoria médica, cooperativas médicas e custos assistenciais. Foi encontrado o total de 8 (oito) trabalhos, e desses apenas um necessariamente abordou a integração entre os temas, os conflitos e tensões da auditoria médica no seu desafio diário de controle de custos. Posteriormente, esse quantitativo se ampliou ao serem agregadas novas palavras-chave ao escopo da busca, o que será apresentado na seção específica.

Considera-se um diferencial da presente pesquisa analisar exclusivamente a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, em particular em face das dimensões da sustentabilidade econômica e da qualidade em serviços de saúde, na perspectiva dos médicos auditores, como agentes ativos no processo, dada sua dupla inserção na cooperativa, como médicos e como auditores. Diferencia-se, ainda, por apontar as dificuldades e oportunidades de melhorias vislumbradas nesta atuação profissional, a partir da reflexão sobre práticas e processos internos que, em princípio, vão além do mero controle de custos e conformidade legal, visando a atingir o objetivo de fazer a organização sobreviver às crescentes exigências da ANS no atendimento aos beneficiários, com serviços diferenciados.

Além de evidenciar a relevância dessa atividade que, muitas vezes é negligenciada, essa pesquisa busca apresentar uma nova visão sobre o tema, ao focar

questões chaves, analisadas sob a perspectiva estratégica dos médicos auditores, no contexto singular de uma cooperativa médica de saúde suplementar.

### **1.3 Questão de pesquisa**

A Unimed Fortaleza faz parte do Sistema Nacional Unimed e tem como visão preservar a saúde e o bem-estar das pessoas, constantemente ampliando a estrutura e investindo em tecnologia e na capacitação de seus cooperados e colaboradores, sempre com o foco no atendimento adequado ao seu cliente, ocupando, atualmente, a oitava posição entre as componentes do Sistema Nacional Unimed em número de beneficiários (UNIMED FORTALEZA, 2019).

Diante do cenário retratado, tomando-se por locus de pesquisa o contexto específico da Unimed Fortaleza, em sua singularidade como uma das maiores cooperativas médicas de saúde suplementar, afiliada ao Sistema Unimed, elabora-se a seguinte questão de pesquisa: como ocorre a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, na perspectiva dos médicos auditores?

### **1.4 Objetivos geral e específicos**

No intuito de responder à questão de pesquisa, previamente formulada, foi definido como objetivo geral deste estudo investigar como ocorre a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, na perspectiva dos médicos auditores, considerando-se o contexto singular da Unimed Fortaleza. Visando a consecução deste objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- i. Descrever a auditoria médica na Unimed Fortaleza, em termos de sua inserção na hierarquia e processo de funcionamento;
- ii. Identificar a concepção dos médicos auditores acerca de auditoria médica;
- iii. Identificar a concepção dos médicos auditores acerca de custos assistenciais;
- iv. Analisar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da sustentabilidade econômica;
- v. Analisar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da qualidade em saúde;
- vi. Analisar as dificuldades e oportunidades da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais.

## 1.5 Aspectos metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, realizado mediante pesquisa documental e de campo. A unidade de análise é a Unimed Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, escolhida em função de sua representatividade estratégica e econômica no setor. Os sujeitos da pesquisa são um grupo de médicos auditores, que ocupam posição estratégica no âmbito da auditoria desta cooperativa. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas e analisados mediante análise de conteúdo (BARDIN, 2011) com o suporte do *software* de análise de dados qualitativos ATLAS.ti.

## 1.6 Estrutura da dissertação

Este trabalho está estruturado em cinco seções. A primeira, Introdução, traz a contextualização e delimitação do tema, a justificativa, a questão de pesquisa e os objetivos do estudo, bem como uma breve síntese dos aspectos metodológicos e da estrutura geral da dissertação.

A segunda seção apresenta o referencial teórico que serve de suporte para a pesquisa. Aborda os temas da auditoria médica e custos assistenciais no contexto da saúde suplementar. Como subtemas, limitando-se ao campo do estudo, traz uma síntese sobre sustentabilidade econômica e qualidade em saúde, bem como um levantamento de estudos empíricos no âmbito destes temas.

A terceira seção apresenta os principais aspectos metodológicos deste estudo. O primeiro tópico descreve a tipologia da pesquisa. O segundo tópico descreve a unidade de análise e os sujeitos de pesquisa, no caso, a Unimed Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico LTDA e um grupo de seus auditores médicos. O terceiro tópico descreve a coleta de dados e o quarto tópico descreve a análise de dados.

A quarta seção apresenta os resultados da pesquisa, em alinhamento com os objetivos propostos. Por fim, a quinta seção, Considerações Finais, sumariza as conclusões do estudo em confronto com a questão de pesquisa e seus objetivos geral e específicos, destacando, ainda, as contribuições, limitações e sugestões para estudos futuros.

## **2 AUDITORIA MÉDICA E CUSTOS ASSISTENCIAIS NO CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

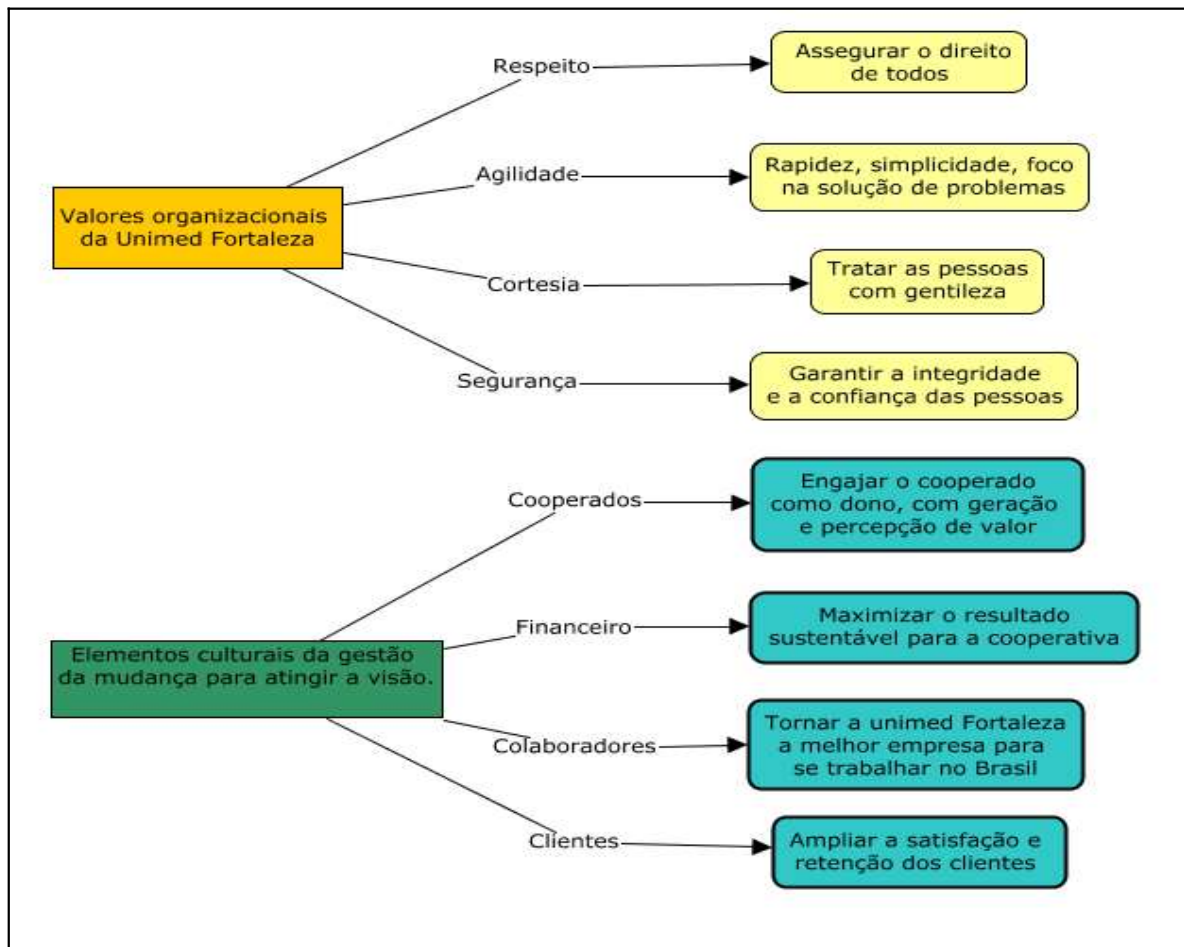
O setor de saúde suplementar congrega as entidades operadoras de planos de assistência à saúde, os beneficiários, que são pessoas físicas usuárias dos serviços de assistência à saúde, e os prestadores de serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais e afins, que são pessoas físicas ou jurídicas conveniadas às operadoras e, por meio das quais, as ações de assistência à saúde são prestadas aos beneficiários (SANCHOVSCHI; MACEDO; DA SILVA, 2014).

Esse trabalho lida com a saúde suplementar do ponto de vista das cooperativas, que são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por vinte participantes no mínimo, denominados cooperados que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas. Os principais traços que distinguem uma cooperativa são a participação dos cooperados nos processos decisórios – cada trabalhador, um voto – e a divisão do lucro conforme o trabalho e não conforme o capital (DUARTE, 2001).

As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em prestadores credenciados, quais sejam laboratórios, clínicas e hospitais. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não há alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso. O Sistema Nacional Unimed corresponde praticamente à totalidade desse segmento quando se fala de saúde suplementar no Brasil (DUARTE, 2001).

Fundada em 9 de janeiro de 1978 por 23 médicos que se uniram por meio do cooperativismo, a Unimed Fortaleza integra o Sistema Nacional Unimed, maior experiência cooperativista na área de saúde do Brasil (UNIMED FORTALEZA, 2019). Atualmente é a oitava maior singular em número de beneficiários, com 339.643 pessoas, entre físicas e jurídicas e tem a peculiaridade na qual os associados são os próprios médicos demandantes das solicitações de procedimentos em geral. A cooperativa abrange 4.127 médicos associados e 3.395 colaboradores, segundo seu Relatório de Gestão e Sustentabilidade de 2019 (UNIMED FORTALEZA, 2019). Os valores da cooperativa são baseados em quatro pilares organizacionais, Respeito, Agilidade, Cortesia e Segurança, conforme detalhados na figura 1.

**Figura 1: Valores organizacionais da Unimed Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Relatório de Gestão e Sustentabilidade (UNIMED FORTALEZA, 2019).

O negócio da Unimed Fortaleza é apresentar soluções em saúde. É regida pela lei 5764/71, que regulamenta o sistema cooperativista e pela lei 9656/98 e suas alterações, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência em soluções de saúde, respeitando os princípios do cooperativismo e seus cooperados. Conforme citado no Relatório de Gestão e Sustentabilidade de 2019, o Planejamento Estratégico da Unimed Fortaleza tem como missão “Prover soluções em atenção integral à saúde, assegurando a satisfação dos clientes, colaboradores e a valorização do médico cooperado, com sustentabilidade”. Sua visão é “Tornar a Unimed Fortaleza a melhor Unimed de grande porte do Brasil até 2022” (UNIMED FORTALEZA, 2019, p. 10).

## 2.1 Auditoria médica

A palavra auditoria é derivada da palavra latina "audire", que significa "ouvir", e na sua origem, remetia a ideia que toda pessoa capaz de verificar a legitimidade das contas e faturas ou verificar demonstrativos econômico-financeiros poderia ser considerado um auditor

(CAMELO et al., 2009). Durante os tempos medievais, em que a contabilidade manual era predominante, os auditores na Grã-Bretanha costumavam ouvir as contas lidas para eles e verificavam se o pessoal da organização não era negligente ou fraudulento (FERNANDES; BACKES, 2010).

Uma auditoria é um exame sistemático e independente de livros, contas, registros estatutários, documentos e comprovantes de uma organização para determinar até que ponto as demonstrações financeiras e as divulgações não financeiras apresentam uma visão verdadeira e justa da preocupação (GAMARRA, 2018). Como a auditoria estava intimamente atrelada à atuação sobre resultados contábeis e financeiros até recentemente, muitas de suas conceituações se detinham neste foco. Com o passar dos anos, o conceito de auditoria vem evoluindo, desprendendo-se da atuação contábil e utilizando-se de uma concepção global e sistêmica da organização.

Qualquer assunto pode ser auditado. As auditorias fornecem garantia de terceiros para várias partes interessadas de que o assunto está livre de distorção relevante. O termo é aplicado com mais frequência às auditorias das informações financeiras relacionadas a uma pessoa coletiva, outras áreas comumente auditadas incluem: secretariado e auditoria de conformidade, controles internos, gerenciamento da qualidade, gerenciamento de projetos, gerenciamento de água e conservação de energia. Assim, é uma medida de salvaguarda, desde os tempos antigos (SILVA; RODRIGUES, 2015).

A auditoria no Brasil segue as normas dos órgãos de regulação governamentais. Essas normas garantem a terceiros ou usuários externos que eles podem confiar na opinião do auditor sobre a imparcialidade das demonstrações financeiras ou outros assuntos sobre os quais o auditor expressa uma opinião (ROECKER; BUDO; MACON, 2012). A auditoria deve, portanto, ser precisa sem conter distorções ou erros adicionais e as partes interessadas podem avaliar e melhorar efetivamente a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, controle e governança.

Considerada uma das mais eficazes ferramentas de controle, a auditoria pode ser realizada de forma prévia ou corretiva a uma execução. Sua essência consiste em fiscalizar e identificar a real situação patrimonial e financeira de uma instituição (GAMARRA, 2018), com o intuito de assegurar a veracidade e fidedignidade dessas informações (FERNANDES; BACKES, 2010).

Devido à formação de um mercado específico e repleto de peculiaridades, o setor de saúde desenvolveu um conceito próprio de auditoria, com a criação da auditoria em saúde, do qual fazem parte a auditoria médica, auditoria odontológica, auditoria farmacológica, auditoria em enfermagem, auditoria nutricional e assim por diante. Todas essas auditorias



dispõem de áreas específicas de atuação, sendo que a característica do serviço em saúde definirá o papel do auditor e lembrando que seus objetivos são sempre os mesmos, ou seja, garantir a qualidade no atendimento ao cliente, evitar desperdícios e auxiliar no controle dos custos. (PAIM; CICONELLI, 2007). Esta pesquisa, no caso, trata de auditoria médica e as áreas de interesse tratadas nesse trabalho são a auditoria preventiva, a hospitalar, a de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, OPME, e a auditoria do núcleo de autorizações.

Silva e Rodrigues (2015) afirmam que independentemente de suas diversas classificações, a auditoria em saúde engloba um processo administrativo sistemático, controlado, crítico e contínuo, que avalia as diversas ações e decisões de pessoas físicas ou jurídicas que prestam serviços na área de saúde. Tem o objetivo de incrementar a gestão administrativa, verificando, monitorando e controlando os diversos processos e seus respectivos resultados. Conforme relata Koyama (2006), a atividade da auditoria médica nos procedimentos de uma operadora é considerada como essencial no monitoramento, servindo de mecanismo de controle eficiente. Na maior parte das vezes, o auditor médico pode atuar isoladamente, mas quando há sinergia entre os departamentos e a equipe de auditoria, os controles podem ser mais efetivos.

Com relação à atuação no setor de saúde suplementar, seu aspecto de controle dos custos assistenciais e manutenção de um atendimento adequado por vezes gera um desentendimento de seu papel, precisando de definições mais claras, conforme Paes e Maia (2005, p. 29):

Nos planos e seguros de saúde o médico atua como orientador (interpretando normas acordadas nos contratos), ordenador, (conhecendo os direitos e deveres para autorização de procedimentos a serem realizados), fiscalizador, (verificando a finalidade e a indicação dos procedimentos), controlador (evitando desperdício e mantendo a qualidade da assistência, como também respeitando os direitos do paciente).

O principal componente da auditoria médica é que o desempenho é revisado (ou auditado) para garantir que o que se deve fazer esteja sendo realmente feito e, caso contrário, possa haver uma estrutura para permitir melhorias (PAIM; CICONELLI, 2007). À medida que os conceitos de auditoria médica se desenvolveram, também o fizeram as definições que procuravam encapsular e explicar a ideia. Essas mudanças geralmente refletem o movimento que se afasta das visões medicocêntricas de meados do século XX para a abordagem mais multidisciplinar usada na saúde moderna (ROECKER; BUDO, MACON, 2012). Também reflete a mudança de foco, de uma visão centrada no profissional da prestação de saúde para a visão da abordagem centrada no paciente.

A saúde suplementar no Brasil passou por profundas mudanças iniciadas na década de 1950, quando as empresas estatais e multinacionais, visando a preservar a força de trabalho, começaram a oferecer serviços de assistência médica aos seus funcionários. Para o controle dessas contas, por consequência, ocorre o surgimento da função de auditor médico, remontando à década de 1960, quando houve mudanças na política de saúde do país com a unificação dos institutos e das caixas de pensões, assistências e benefícios. Este novo modelo criado não tinha condições de atender o universo populacional a que se destinava (GUEDES JÚNIOR et al., 2020). Com esse novo cenário, o governo passou a comprar serviços na área da saúde, sendo necessário o surgimento de um mecanismo que fosse capaz de controlar e ordenar a receita e despesa possibilitando levar a todos o direito à saúde. A partir de então, para atender a tal necessidade, foram criados grupos de médicos fiscais, hoje conhecidos como auditores, com atuação mais orientadora do que repressora. Esta atuação profissional desenvolveu-se assumindo novas funções e responsabilidades (PAES; MAIA, 2005).

A auditoria médica envolve a realização de análises internas ou externas da precisão, políticas e procedimentos de codificação, para garantir que a operação executada seja eficiente e isenta de responsabilidade (PAES; MAIA, 2005). A atividade de auditoria médica não termina na fiscalização, amplia seu escopo à orientação, pacificação, atuando como agente de mudança, de efetividade, de economicidade e eficiência. Se baseia no conhecimento das regras e normativas dos contratos estabelecidos entre as partes, objetivando a exigência do fiel cumprimento do que foi acordado. Paes e Maia (2005) estabeleceram as atividades que devem ser desempenhadas pelos auditores.

- Fazer respeitar o estabelecido em contrato entre as partes envolvidas, ou seja: usuário, plano de Saúde, prestadores de serviços;
- Manter o equilíbrio do sistema, possibilitando a todos o direito à saúde.
- Garantir a qualidade pelos serviços de saúde oferecidos e prestados;
- Fazer cumprir os preceitos legais ditados pela legislação pátria ou pela Ética médica e de defesa do consumidor;
- Atuar desenvolvendo seu papel nas fases de: Pré-Auditoria, Auditoria Operativa, Auditoria Analítica e Auditoria Mista;
- Revisar, avaliar e apresentar subsídios, visando o aperfeiçoamento dos procedimentos administrativos, controles internos, normas, regulamentos e relações contratuais;
- Promover o andamento justo, adequado e harmonioso dos serviços médicos e hospitalares pelos credenciados;
- Avaliar o desempenho médico, com relação aos aspectos Éticos, técnicos e administrativos, da qualidade, eficiência e eficácia das ações de proteção e atenção à saúde;
- Promover o processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento, a um custo compatível com os recursos financeiros disponíveis, e pelo justo valor do serviço prestado;
- Participar do credenciamento/contratação de serviços ou de profissionais, atentando para: completude dos contratos; clareza das normas e em relação aos serviços

credenciados, preços e tabelas; apresentação e cronograma de encaminhamento das contas.

Crescentemente, tem sido reconhecida a relevância da auditoria médica no contexto das instituições de saúde, inclusive por entidades como o Conselho Federal de Medicina – CFM e a Associação Médica Brasileira – AMB. A este respeito, Paes e Maia (2005) sublinham o alcance da auditoria médica, sua importância na sustentação e viabilidade das operadoras e planos de saúde privado, como também do Sistema Único de Saúde, SUS, e reconhecimento pelas entidades de classe de suas funções orientadora, controladora e ordenadora, em seus códigos de ética.

A característica do serviço em saúde definirá a nomenclatura e as atribuições e limites de cada auditor. Silva e Rodrigues (2015) asseveram que a auditoria médica além de possuir a finalidade de exercer o controle financeiro do sistema, tornou-se mecanismo de controle de qualidade da assistência médica prestada, tendo ainda a árdua tarefa de manter o equilíbrio da relação custo-benefício de todo o sistema.

Em outra concepção, a auditoria médica procura efetividade, ou seja, visa assegurar o máximo de benefício, com menor risco e maior eficiência e eficácia possível, devendo estes elementos estar rigorosamente de acordo com as disposições legais e institucionais vigentes. 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 (LUDMER; LUDMER, 2013).

A auditoria médica deve implementar sempre mudanças nos processos, visando a contínuas melhorias. Outras mudanças podem ser necessárias, levando a novas auditorias. Esse estágio é crítico para o resultado bem-sucedido de um processo de auditoria, pois verifica se as alterações implementadas tiveram efeito e se outras melhorias são necessárias para atingir os padrões de prestação de cuidados de saúde (SILVA; RODRIGUES, 2015). Assim, reitera-se que, a auditoria médica é a revisão de um processo, prática ou resultado em relação a um conjunto pré-acordado de padrões e faz parte do processo de melhoria da qualidade. É essencial para melhorar os padrões de qualidade na área da saúde e é uma parte importante da manutenção de altos padrões e da segurança do paciente (SIEWERT, 2013).

A auditoria de assistência médica, de acordo com o design e a prática da auditoria interna, é uma atividade de garantia objetiva e independente, projetada para adicionar, valorizar e melhorar as operações de uma organização. Ajuda uma organização a atingir seus objetivos, trazendo uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a

eficácia do risco nos processos de gerenciamento, controle e governança (SILVA; RODRIGUES, 2015).

## 2.2 Custos assistenciais

Segundo a ANS (BRASIL, 2013), denomina-se custo assistencial a despesa resultante de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas junto aos planos de saúde suplementar. O custo que é dispensado com a assistência à saúde tornou-se um ponto primordial para as operadoras privadas de saúde com a finalidade principal de intervenção em práticas para a prestação do serviço ineficazes, qualificação das cobranças e mudanças nas resoluções dos processos, chegando ao ápice de união entre o melhor serviço pelo melhor preço (SIEWERT, 2013).

A grande atenção que surgiu em relação ao tema de custos assistenciais por parte das operadoras de planos de saúde decorre da necessidade de aperfeiçoar e adequar seus recursos para que se possa proporcionar o atendimento à sua carteira de clientes com todos os itens exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. O não cumprimento dessas adequações resulta em severas e indesejáveis penalidades (SILVA; RODRIGUES, 2015). Na Resolução normativa (RN) número 435, de 23 de novembro de 2018, a ANS descreve os itens que compõem os custos assistenciais para operadoras de saúde (BRASIL, 2019), conforme sumarizado no Quadro 1.

Quadro 1 – Modalidades de custo assistencial e suas especificações.

Modalidades	Especificações
<b>Consultas médicas</b>	Total de atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.
<b>Outros atendimentos ambulatoriais</b>	Atendimentos realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas (exceto consultas médicas, exames e terapias). Inclui atendimentos com profissionais de nível superior.
<b>Exames</b>	Total de procedimentos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.
<b>Terapias</b>	Total de atendimentos utilizando métodos de tratamento, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.
<b>Internações</b>	Total de internações prestadas a paciente admitido para ocupar leito hospitalar (enfermaria, quarto ou unidades de curta permanência, terapia intensiva ou semi-

	intensiva) e classificados conforme o principal procedimento gerador identificado por ocasião da alta hospitalar. Para apurar o valor das internações, devem ser consideradas as despesas com hotelaria, honorários profissionais, medicamentos, materiais, taxas, terapias e exames, conforme a especificidade da execução do item.
<b>Demais despesas médico-hospitalares</b>	Despesas assistenciais médico hospitalares, decorrentes dos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, incluindo despesas não classificáveis nos demais itens deste anexo, menos os descontos obtidos no pagamento de eventos. Incluem as atividades coletivas, aluguel de cadeiras de rodas, remoção de paciente, campanha de vacinação, palestras e assistência farmacêutica.
<b>Procedimentos odontológicos</b>	Total de atendimentos com fins de diagnóstico e orientação terapêutica em saúde bucal, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019).

Diversos indicadores de acompanhamento contábil são utilizados para controle dos custos frente às receitas. Como exemplo, o índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH), que expressa a variação do custo das operadoras de planos de saúde comparado entre dois períodos consecutivos de 12 meses (DUARTE et al., 2017). É “uma medida da variação do custo médico-hospitalar per capita incorrido pelas operadoras de planos e seguros de saúde com a assistência a seus beneficiários” (INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020, p. 3). Compõem esse custo a frequência de utilização e o preço dos serviços em saúde, sendo o produto de um pelo outro o indicador de variação. Em relação aos grupos de procedimentos, as internações têm o maior peso no índice, pois compõem 61% dos custos, seguido de Exames Complementares (11%), Consultas (8%), Terapias (13%) e Outros Serviços Ambulatoriais – OSA (7%). O referido índice captura as oscilações decorrentes da frequência de utilização e do aumento de preços dos procedimentos médicos (INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020).

Diversos fatores vêm afetando o aumento dos custos assistenciais no mercado de saúde suplementar impactando diretamente na contraprestação de seus beneficiários além de causar uma maior dificuldade das operadoras de cumprirem as exigências do mercado (BABSKY, 2017). No Quadro 2, são sumarizados os maiores influenciadores desse aumento dos custos assistenciais.

#### Quadro 2 – Fatores influenciadores do custo assistencial e suas descrições.

a) envelhecimento populacional:	Relação direta do aumento do custo com a saúde com o aumento da idade dos beneficiários. Esse aumento da expectativa de vida da população e do grupo de idosos faz os custos com a saúde tornarem-se um problema para as operadoras.
---------------------------------	--

b) inflação médica:	Despesas médico hospitalares per capita de um grupo de beneficiários de planos de saúde, durante um determinado período. O cálculo permite estimar a variação do custo médico hospitalar entre dois períodos determinados.
c) novas técnicas e tecnologias:	A incorporação de novas aparelhagens na medicina sem a devida contraprestação nos beneficiários aumentando o custo das operadoras. A obrigatoriedade de atender as demandas e utilizar recursos finitos para uma demanda infinita.
d) negociação com a rede prestadora:	As tensões negociais junto a rede prestadora impactando diretamente nos recursos das operadoras de saúde. A necessidade de realizar negociações que se encaixem no orçamento das operadoras.
e) normas estabelecidas pela ANS:	A revisão constante do rol de procedimentos obrigatórios, frequentemente incorporando mais encargos às operadoras de saúde sem a devida contraprestação junto aos beneficiários.

---

Fonte: Elaborado pelo autor adaptado de Babsky (2017).

Quanto maior a faixa etária dos beneficiários, maior sua influência na utilização dos recursos da operadora em seu atendimento. Além disso, a longevidade gera maior utilização de aparelhagens médicas e técnicas mais avançadas de tratamento, tornando-se um fator que influencia nos custos médicos. População idosa necessita de muito mais atenção à saúde o que representa um custo maior da assistência (BABSKEY, 2017).

Baldassare (2014) afirma que o crescente aumento das despesas por conta de inovações tecnológicas, com novas aparelhagens, disponibilizadas para o auxílio ao diagnóstico médico, gera por vezes, procedimentos supérfluos e de alto custo que não necessariamente refletem em uma melhora no atendimento aos beneficiários. Porém, para as operadoras de planos de saúde, os exames mais sofisticados impactam significativamente em seu desempenho econômico-financeiro e conseqüentemente na sobrevivência junto ao mercado de saúde suplementar, daí a necessidade de uma atenção maior da auditoria a esse tipo de situação.

O avanço da tecnologia médica é um requisito primordial para a obtenção de uma assistência à saúde de qualidade, porém a agregação de novas e modernas tecnologias de forma indiscriminada acaba por gerar uma receita alta, e muitas vezes sem o aumento dos benefícios para o paciente, ou seja, uma situação inversamente proporcional no setor: muito custo e pouco resultado, acabando por gerar uma condição de instabilidade (SIEWERT, 2013). O progresso da ciência e a incorporação de novas tecnologias tornam-se, no final, um fator de risco à sustentabilidade dos planos de saúde, uma vez que a implementação de novas tecnologias, que trazem mecanização com mais qualidade e menos tempo na execução do exame, não veio reduzir o custo da assistência (BABSKEY, 2017).

À chamada inflação tecnológica para diagnóstico e tratamento das doenças, somam-se ainda como ofensores dos custos: o envelhecimento populacional, os processos

judiciais lançados contra os prestadores e a própria característica da vida moderna, com seus hábitos e práticas nocivas: stress, violência e sedentarismo, que só pioram essa situação (MIRANDA, 2004; DUARTE et al., 2017).

O conjunto de fatores influenciadores do custo assistencial, no atual cenário de crescente competitividade e regulamentação da saúde complementar, constitui mais um fator que torna crítico o papel da auditoria médica, de modo que as operadoras possam prestar serviços de qualidade, sem perder de vista sua sustentabilidade econômica, temática a ser explorada a seguir.

### **2.3 Sustentabilidade econômica**

O termo sustentabilidade tem sido empregado com mais ênfase no ambiente de negócios, tornando-se um item de muita importância e cada vez mais usual entre os executivos das empresas. Essa incorporação do termo vem mudando os conceitos de gestão. A revolução no pensamento da gestão é o resultado da reavaliação das empresas com os clientes. Isso porque o valor percebido pelo cliente é baseado nas suas exigências e expectativas que não têm alguma semelhança com o passado. A gestão pensa em novas práticas e as empresas podem obter vantagem competitiva a partir da sustentabilidade (BASHIR; SHAH, 2011).

Furtado (2005) descreve o conceito de sustentabilidade para as organizações como a capacidade do modelo de gestão em manter sua presença competitiva no longo prazo, com garantia de acesso a bens e serviços, tendo como princípios a preservação, conservação e reposição de recursos e serviços proporcionados pelos capitais econômico e financeiro, natural, humano e social. Elkington (2012) explica que é o princípio que assegura que as ações de hoje não limitarão a gama de opções econômicas, sociais e ambientais disponíveis para futuras gerações, trazendo mercados estáveis com habilidades tecnológicas, financeiras e de gerenciamento necessárias para garantir a sustentabilidade. A globalização pressiona para um crescimento socioeconômico descontrolado, o que exige ações que visem recuperar o controle das ferramentas existentes, que colaboram para realizar de forma mais eficaz a sustentabilidade ambiental, social e econômica (BABSKEY, 2017). Elkington (2012) utilizou o conceito do *Triple Bottom Line*, que extrapola no ambiente organizacional o termo sustentabilidade para além do quesito financeiro, definindo que uma organização ou negócio deve ser financeiramente viável, socialmente justa e ambientalmente responsável.

A sustentabilidade econômica refere-se a práticas que apoiam o crescimento econômico a longo prazo sem impactar negativamente os aspectos sociais, ambientais e culturais da comunidade. Leva-se em consideração também o conceito ao qual pode se referir

ao sucesso contínuo de uma economia ao longo do tempo ou, mais recentemente, à maneira como uma economia opera de maneira sustentável, protegendo elementos sociais e ambientais (BABSKY, 2017).

As crescentes exigências da ANS geram um ambiente em que as operadoras de saúde necessitam cada vez mais adequar seus recursos, visando o melhor atendimento do cliente sem comprometer a saúde financeira das empresas, para que possam sobreviver frente ao mercado. A sustentabilidade econômica dos serviços da saúde implica em criar melhores alternativas para avaliar o que é crítico, definir prioridades na alocação de recursos e obter os melhores resultados (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Deve-se destacar, conforme Gamarra (2018), que a redução de custos é uma necessidade para qualquer organização ou grupo de organizações, incluindo sistema de saúde suplementar. Assim, a auditoria cumpre papel fundamental ao buscar aprimorar a gestão e a qualidade do processo de assistência de acordo com a disponibilidade dos recursos financeiros. A observância dessa composição de objetivos de desenvolver e manter a qualidade dos serviços prestados com seus respectivos custos não é tarefa simples, mas, constitui um desafio considerável uma vez que confronta lógicas às vezes conflitantes como a financeira e a de proteção da saúde.

Dentre as ações adotadas, o aumento da demanda por auditores, bem como a diversificação de suas funções, buscando aperfeiçoar e aprimorar o mecanismo de controle tem se destacado. Gamarra (2018) relata que, na saúde, a auditoria primeiramente teve como foco a avaliação da qualidade assistencial, já que se constitui no fundamento para a prática dos profissionais deste setor. Porém, na atualidade, com um cenário de aumento da competitividade entre os serviços hospitalares, existem tratamentos de custos financeiros elevados, o que contribuiu no maior interesse em uma melhor gestão dos recursos. Para tanto, necessita-se da atuação de profissionais com competência em tal área, o que requer também uma compreensão econômico/contábil da operacionalização da auditoria.

Uma empresa sustentável busca equilibrar lucro, meio ambiente e responsabilidade social, sendo o pilar de sustentação da empresa - mesmo que essa abordagem ainda seja inovadora - já que na tomada de decisão a integridade ambiental, a viabilidade econômico-financeira e a construção de relacionamento harmônico com a sociedade se tornam imprescindíveis. Seguindo esse enfoque, Santos e Barcellos (2009) descrevem a auditoria em serviços de saúde como elemento essencial na qual se torna responsável em manter o equilíbrio do sistema, possibilitando o direito à saúde para todos, preservando a garantia da qualidade dos serviços de saúde oferecidos e prestados.



As instituições de saúde precisam desenvolver-se economicamente por meio de gerenciamento eficiente de seus inúmeros processos, visando a preservar sua sustentabilidade e a auditoria médica se coloca como atividade essencial na busca pela sustentação financeira das organizações. Para que a auditoria em saúde seja proveitosa, conseguindo alcançar seu duplo objetivo de reduzir custos e melhorar a qualidade da atenção, há a necessidade de que alguns cuidados sejam observados, para que os erros mais comuns da citada prática sejam evitados (GAMARRA, 2018).

Outra estratégia adotada pelas operadoras de planos de saúde no tocante à sustentabilidade econômica, para se enquadrar às exigências da ANS, diz respeito à verticalização de serviços. Leandro (2010) descreve o comportamento por parte das operadoras em adotarem serviços próprios de atendimento visando ao maior domínio e controle dos custos assistenciais, gerenciando toda a cadeia de atendimento. O direcionamento da demanda de procedimentos médicos e controle dos preços dos produtos utilizados na prestação dos serviços proporcionaria uma melhora dos resultados econômicos das organizações, permitindo uma sobrevida no mercado pela capacidade de controlar os gastos, seguindo em um crescimento sustentável.

Nesse contexto, há uma tendência no campo da assistência médica suplementar brasileira de as grandes operadoras planos de saúde se integrarem verticalmente, direcionando, posteriormente sua demanda para serviços próprios, com o objetivo de controlar o número de procedimentos realizados e os preços dos produtos utilizados na prestação de serviços médicos, diminuindo assim o custo da sua carteira de usuários (LEANDRO, 2010, p. 62).

Alves (2008) define verticalização no setor de saúde como o processo pelo qual uma única empresa gerencia os planos de saúde e a prestação de serviços médicos, buscando unir todos os produtos e serviços ao paciente em uma organização com o controle decisório centralizado. Os ganhos podem ser mensurados no melhor gerenciamento dos riscos e custos. Os programas de prevenção de doenças e promoção da saúde da população assistida podem ser melhor delineados por uma estrutura integrada, na medida em que a própria operadora detém o controle da logística de utilização dos serviços. Nesse contexto, a auditoria exerce papel importante no controle de qualidade de rede própria, possibilitando mapeamento de não conformidades no ambiente interno da operadora de saúde. Além disso, seu trabalho de direcionamento de procedimentos junto aos solicitantes para os serviços da rede própria, possibilitam uma redução dos gastos assistenciais, tendência hoje verificada em todas as operadoras que buscam a sustentabilidade sem renunciar a um atendimento satisfatório aos seus clientes (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011).

Em microeconomia e gerenciamento, a integração vertical é um arranjo em que a cadeia de suprimentos de uma empresa pertence a essa empresa. Normalmente, cada membro da cadeia de suprimentos produz um produto ou serviço (específico do mercado) diferente, e os produtos combinam-se para satisfazer uma necessidade comum. É contrastada com a integração horizontal, na qual uma empresa produz vários itens relacionados entre si (OBA; CHAN-OLMSTEAD, 2006).

A integração e expansão vertical são desejadas porque asseguram os suprimentos necessários para a empresa produzir seu produto e o mercado necessário para vendê-lo. A integração e expansão vertical podem se tornar indesejáveis quando suas ações se tornam anticompetitivas e impedem a livre concorrência em um mercado aberto. A integração vertical é um método para evitar o problema de espera. Um monopólio produzido por meio da integração vertical é chamado monopólio vertical (SILVA; RODRIGUES, 2015).

A integração vertical costuma estar intimamente associada à expansão vertical que, em economia, é o crescimento de uma empresa comercial por meio da aquisição de empresas que produzem os bens intermediários necessários à empresa ou ajudam a comercializar e distribuir seu produto. Essa expansão é desejada, porque assegura os suprimentos necessários para a empresa produzir seu produto e o mercado necessário para vendê-lo. Essa expansão pode se tornar indesejável quando suas ações se tornam anticompetitivas e impedem a livre concorrência em um mercado aberto (SCHMITZ, 2006). O resultado é um negócio mais eficiente, com custos mais baixos e mais lucros. Do lado indesejável, quando a expansão vertical leva ao controle monopolista de um produto ou serviço, pode ser necessária uma ação reguladora para corrigir o comportamento anticoncorrencial. Relacionada à expansão vertical está a expansão lateral, que é o crescimento de uma empresa comercial por meio da aquisição de empresas similares, na esperança de obter economias de escala (SCHMITZ, 2006).

Ao contrário da integração horizontal, que é uma consolidação de muitas empresas que lidam com a mesma parte do processo de produção, a integração vertical é tipificada por uma empresa envolvida em diferentes partes da produção (por exemplo, cultivo de matérias-primas, fabricação, transporte, marketing e / ou varejo). Integração vertical é o grau em que uma empresa possui seus fornecedores *upstream* e compradores *downstream* (SILVA, 2016).

Uma empresa tende à integração vertical avançada quando controla centros de distribuição e varejistas onde seus produtos são vendidos. Um plano de saúde que tem seus serviços distribuídos entre hospitais conveniados, laboratórios autorizados e alugando leitos

em hospitais e clínicas particulares de acordo com suas necessidades tem menor controle sobre custos assistenciais e não tem autonomia para auditar preventivamente tantos procedimentos. A verticalização possibilitaria acomodar o máximo de operações num mesmo conglomerado contribuindo para maior controle de custos e qualidade dos serviços prestados.

Há ganhos e perdas internas e externas em toda a sociedade decorrentes da integração vertical, que variam de acordo com o estado da tecnologia nas indústrias envolvidas, correspondendo aproximadamente aos estágios do ciclo de vida da indústria (SCHMITZ, 2006). A tecnologia representa o caso mais simples, onde os ganhos e perdas foram estudados extensivamente. Uma empresa verticalmente integrada geralmente falha quando as transações no mercado são muito arriscadas ou os contratos para suportá-los são muito caros para administrar, como transações frequentes e um pequeno número de compradores e vendedores.

Silva (2003) afirma que ao adotar a verticalização, a operadora almeja algumas metas, cuja principal é a redução dos custos da aquisição de serviços e produtos. Ressalta-se ainda a redução de gastos com negociação, acompanhamento de contratos, auditoria, fiscalização, maior capacidade de regulação dos serviços de maior complexidade, bem como o maior controle sobre a qualidade da atenção clínica, pois o atendimento de seu próprio beneficiário dará condições de avaliação mais próxima da resolubilidade do tratamento aplicado além do aumento do poder de compra, em especial dos insumos, ou seja, toda a estrutura necessária para a gestão de um plano de saúde (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011).

## **2.4 Auditoria e qualidade em saúde**

A percepção das operadoras de planos de saúde em relação à qualidade da assistência prestada passa por várias concepções, desde uma rede adequada de atendimento pautada por protocolos operacionais padronizados, até a obtenção de uma relação entre o custo e a efetividade no tratamento do beneficiário com resultados satisfatórios na melhoria da condição de saúde. Auditorias de qualidade são atividades que ganham cada vez mais ênfase nos planos de saúde modernos, focados não apenas nas análises de prontuários, mas na identificação de correções em processos assistenciais como um todo, buscando a qualidade dos fluxos de atendimento, visando a redução dos custos das operadoras. O entendimento é que quanto mais alinhados os gerenciamentos de processos, menor o desperdício dos recursos econômicos e melhor resultado financeiro (KOYAMA, 2006).

A história da incorporação da qualidade no atendimento aos clientes remonta ao século 19, diretamente ligada ao nome de Florence Nightingale, que atuou no atendimento aos doentes da Guerra da Crimeia Britânica em 1854-56, na qual milhares de soldados britânicos morreram de cólera e disenteria. O governo britânico enviou Florence Nightingale, considerada a pioneira da enfermagem moderna, acompanhada por um grupo de enfermeiras treinadas para cuidar dos soldados. O papel de Nightingale, cujas contribuições são descritas no Quadro 3 foi decisivo para diminuir o número de mortes. Ela inventou um controle estatístico do processo que ajudou a melhorar a qualidade da assistência médica no hospital militar (WAKELY; CARSON, 2011).

Quadro 3 – Contribuições de Nigthingale para a incorporação da qualidade no atendimento hospitalar.

PRO CEDI MEN TOS	Registros e análises detalhadas;  Medição estatística;  Coleta, tabulação, interpretação e exibição gráfica de estatísticas descritivas;  Antecipação dos problemas para implementar melhorias.
CON TRIB UIÇÕ ES PRÁT ICAS	Maior espaçamento entre as camas, antes coladas, para um espaçamento de pelo menos um metro de distância;  Melhoria da ventilação do ambiente de cuidados;  Remoção de cavalos que ficavam localizados no porão do hospital;  Proporcionar a revisão e limpeza dos esgotos que saíam do hospital;  Desinfecção das latrinas e drenos.

Fonte: Elaborado pelo autor de acordo com Shiengold e Hahn (2014).

Medir a qualidade da saúde antes de 1960 era uma coleção fragmentada de eventos não relacionados ou esforços desorganizados que lançaram as bases para a melhoria da qualidade da saúde. A partir da percepção de que desenvolver mecanismos de mensuração de qualidade em saúde melhorava a conduta do paciente nos hospitais, houve uma mudança de conceito, e atualmente os instrumentos de mensuração de qualidade se tornam referencial no combate aos eventos prejudiciais ao paciente (SHEINGOLD; HAHN, 2014).

A melhoria da qualidade da assistência tem se tornado uma preocupação dos gestores das operadoras, e o processo gradativamente tende a ganhar forma e espaço na gestão estratégica das empresas. Esse processo contínuo de mapeamento da qualidade da assistência

prestada pelas operadoras de saúde, por meio dos mecanismos de monitoramento de indicadores de desempenho, tem sido uma exigência da sociedade (KOYAMA, 2006).

Dentro desta filosofia, Paim e Ciconelli (2007) afirmam que a auditoria de avaliação dos serviços de saúde é um ótimo instrumento para as operadoras de planos de saúde aferirem a qualidade dos serviços oferecidos para os seus usuários, além de disponibilizar informações que instrumentalizarão o setor de credenciamento a realizar comparativos de qualidade e perfil dos prestadores, ganhando maior poder de negociação e auxiliando no encaminhamento da clientela, permitindo oferecer aos clientes um atendimento diferenciado e específico para a sua necessidade. É uma ferramenta de gerenciamento essencial para verificar evidências objetivas dos processos, para avaliar com que sucesso os processos foram implementados, para julgar a eficácia de atingir quaisquer níveis-alvo definidos, para fornecer evidências relativas à redução e eliminação de áreas problemáticas. Para o benefício da organização, a auditoria de qualidade deve não apenas reportar não-conformidades e ações corretivas, mas também destacar áreas de boas práticas. Dessa forma, outros departamentos podem compartilhar informações e alterar suas práticas de trabalho como resultado, contribuindo também para a melhoria contínua (PAIM; CICONELLI, 2007).

Koyama (2006) descreve que as auditorias de qualidade podem ser parte integrante dos requisitos regulamentares ou de conformidade. Desenvolver processos de qualidade toma como base principalmente o processo da assistência, cuja maior dificuldade é desenvolver padrões e protocolos, de modo a cobrir uma infinidade de situações que podem emergir da prática clínica. Assim, recorrer a especialistas tem sido mais conveniente, exigindo menos esforço como o de criar um protocolo para determinado assunto. Paulista (2009) afirma que os processos e tarefas que envolvem uma auditoria de qualidade podem ser gerenciados por meio de uma ampla variedade de *softwares* e ferramentas de auto avaliação. Alguns deles se referem especificamente à qualidade em termos de adequação a objetivos e conformidade com os padrões, enquanto outros se relacionam com custos de qualidade ou, mais precisamente, com o custo de baixa qualidade. Ao analisar os custos da qualidade, um custo da auditoria da qualidade pode ser aplicado em qualquer organização, e não apenas nos processos convencionais de produção ou montagem.

O setor de saúde tornou-se um constituinte vital e indispensável da globalização. Devido à sua ampla cobertura, os serviços de saúde pública em todo o mundo são regulamentados pelos governos nacionais e complementados pelos serviços de prestadores de serviços de saúde privados. As taxas de desempenho desse setor, no entanto, sempre foram questionadas e durante muito tempo não possuíam mecanismos de controle hábeis em avaliar a qualidade de seu desempenho no atendimento ao paciente (SHEINGOLD; HAHN, 2014).

Assim, avaliar a qualidade dos serviços dos vários prestadores de cuidados de saúde tornou-se um foco de pesquisa, seja por acadêmicos, institutos de pesquisa, agências governamentais ou outros. Segundo Kleinman e Dougherty (2013), a medição da qualidade da saúde constitui o padrão aceitável para avaliar a eficácia da prestação de cuidados de saúde em todo o mundo.

A auditoria além de visar o controle na redução de custo tende a um maior empenho na qualidade da assistência ao paciente. Gamarra (2018) refere-se à auditoria como uma fonte independente de informação, cobrindo todos os processos que compõem um sistema de garantia de qualidade. Atualmente, o processo de auditoria é considerado como a mais amplamente utilizada ferramenta de gestão para determinar o nível de sistema de gestão da qualidade.

A partir da estreita relação entre o controle de custos assistenciais e a tarefa contínua de melhora dos indicadores de qualidade aos beneficiários, as operadoras de saúde têm valorizado cada vez mais o papel da auditoria, que pode se converter em uma importante estratégia na saúde suplementar, uma vez que dois de seus grandes desafios podem ser enfrentados por esta estratégia, quais sejam a redução de custos do setor e a melhoria da qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde (KOYAMA, 2006).

Em verdade, as operadoras são incentivadas pela agência reguladora do setor, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a desenvolverem processos de melhoria do atendimento ao cliente, influenciando de alguma maneira na qualidade da atenção prestada na saúde suplementar. Exemplo significativo desse esforço por parte da ANS consiste em seu Programa de Qualificação de Operadoras (SILVA et al., 2013). Estudos incluíram medidas de qualidade como variáveis de controle adicionais em eficiência (CAREY; BURGESS JÚNIOR, 1999). Esses trabalhos estão sujeitos ao problema de potencial sacrifício da qualidade em relação aos custos, que são inerentemente difíceis de resolver. Alternativas de múltiplos objetivos, entre os quais eficiência e qualidade, são estudadas a partir das análises dos objetivos isoladamente, cálculo de um índice no qual os diferentes objetivos são ponderados e do uso de modelos multivariados. A análise em nível de especialidade seria preferível à análise em nível hospitalar, por exemplo. A vantagem na análise de departamentos em vez de hospitais é que é mais provável que haja maior homogeneidade nos tipos de pacientes tratados e maior padronização no processo de produção (HAUCK; STREET, 2006).

Considerar a relação entre custos e qualidade com base em dados empíricos é desafiador e sugestões bastante diferentes emergem da literatura sobre como os custos e a qualidade estão relacionados. É necessário esclarecer as possíveis relações para que os estudos possam ser avaliados. Há evidências de que uma maior incidência de eventos

adversos está associada a custos mais altos. Por exemplo, pacientes que sofrem um evento adverso tendem a ser hospitalizados por mais tempo. Classen et al. (1997) constataram que o tempo de internação e os custos de hospitalização por eventos adversos a medicamentos são substanciais e aumentam o risco de morte.

Plowman et al. (2001) concluíram que pacientes que sofrem de infecções de feridas são mais caros para cuidar. Complicações cirúrgicas também podem aumentar o tempo de internação. Um exemplo típico da literatura é a associação entre as relações enfermeiro-paciente, havendo evidências que mais enfermeiros por paciente se relaciona positivamente à qualidade da assistência em termos de prevenção de eventos adversos. Da mesma forma, um nível mais alto de limpeza pode ajudar a prevenir infecções (HOLLINGSWOTH, 2008).

A auditoria de avaliação dos serviços de saúde é um ótimo instrumento para as operadoras de planos de saúde avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos para os seus usuários, além de disponibilizar informações que instrumentalizarão o setor de credenciamento a realizar comparativos de qualidade e perfil dos prestadores, ganhando maior poder de negociação e auxiliando no encaminhamento da clientela, permitindo oferecer aos clientes um atendimento diferenciado e específico para a sua necessidade (PAIM; CICONELLI, 2007).

## **2.5 Estudos empíricos no contexto da auditoria médica e custos assistenciais: mapeamento de dificuldades e oportunidades.**

Como forma de apresentar um panorama no tocante ao binômio auditoria médica e custos assistências, de modo geral e em termos de algumas de suas principais dificuldades e oportunidade em particular, essa subseção traz um mapeamento da literatura sobre estes temas. Buscou-se a produção científica no campo da saúde suplementar, contemplando os temas e subtemas centrais deste estudo: auditoria, custos assistenciais, regulação médica, qualidade em saúde, cooperativas médicas e verticalização de serviços e sustentabilidade econômica.

A busca dos artigos foi realizada a partir do Portal de Periódicos CAPES, num período de busca entre 2008 e 2018. Foram utilizadas, como referenciais de busca, palavras-chave que norteiam o cotidiano da auditoria: custos assistenciais, sustentabilidade econômica, verticalização em operadoras de saúde, auditoria médica, regulação médica, qualidade em saúde e cooperativas médicas. O Quadro 4 apresenta uma síntese dos principais elementos dos artigos pesquisados, com base no mapeamento da produção científica sobre os temas de interesse.

Quadro 4 – Estudos empíricos sobre auditoria médica e custos assistenciais na saúde suplementar.

Autor/Ano	Objetivo	Aspectos metodológicos	Resultado
Domingos (2018)	Estudar a reestruturação de rede de uma operadora de saúde suplementar, que implementou estrutura vertical no serviço oncológico de saúde oferecido.	Qualitativa e quantitativa - e o método, um estudo de caso único. Na abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas estruturadas com os gestores diretamente envolvidos na implantação da estrutura vertical	Infusão de quimioterápicos em serviço próprio é cerca de 17% mais barato do que em rede terceirizada; e a estrutura vertical proporciona maior integração entre profissionais, maior responsabilidade assistencial e troca de conhecimentos, fortalecendo o serviço prestado.
Rodrigues et al., (2018)	Analisar glosas efetuadas por operadora de plano de saúde em contas hospitalares.	Pesquisa descritiva transversal, com abordagem quantitativa.	As glosas são indicadores para as instituições verificarem os pontos críticos a serem melhorados; é preciso atenção dos gestores para trabalhar aspectos causadores das glosas, como forma de prevenção de prejuízos maiores.
Cunha e Meirelles – (2018)	Fazer a análise de alguns dos reflexos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar.	Bibliográfico / documental.	O sistema público de saúde no Brasil, o SUS, há tempos presta serviços de forma precária, sendo a saúde suplementar a alternativa viável para a prestação de serviços de qualidade, com agilidade e eficiência.
Sá, Maciel Júnior e Reinaldo - (2018)	Aferir a probabilidade de ruína de uma operadora de plano de saúde no horizonte finito de dez anos.	Estudo de caso.	Os resultados exibem as probabilidades de insolvência ao longo dos anos, sendo a chance da operadora ir à bancarrota nos próximos dez anos de 99,28% e 49,68%, respectivamente.
Duarte et al. (2017)	Analisar os custos assistenciais por gênero, por tipo de gasto médico e por faixa etária de uma operadora de autogestão brasileira no período entre 2007 a 2013.	Estudo de caso em uma operadora de autogestão.	As análises corroboram a literatura, ao evidenciarem um aumento na utilização do plano de saúde pelos mais idosos e uma diferença nas taxas de internação entre os gêneros. Ademais, mostram expressivo aumento no tempo médio de permanência nos hospitais e o crescimento dos gastos muito acima da inflação, com destaque para materiais e medicamentos.
Silva e Rodrigues (2015)	Analisar as relações entre operadoras, beneficiários e agência estatal na oferta, utilização e regulação de programas de promoção da saúde.	Estudo de casos múltiplos.	A análise revelou tensões entre as lógicas que orientam a atuação da agência reguladora, a oferta de programas pelas operadoras e os interesses dos beneficiários.
Bahia (2015)	Descrever as recentes mudanças nas relações entre o público e o privado na rede assistencial.	Bibliográfico / documental.	Há muitos indícios que a marcha ascensional dos gastos com saúde no Brasil não corresponde a aumentos ou reduções uniformes de coberturas.



Beuren e Salla (2014)	Investigar o uso de medidas de desempenho e o seu impacto nas estratégias de uma cooperativa médica	Estudo de caso, através roteiro de entrevista semiestruturado.	Concluíram que o uso de medidas de desempenho permite traduzir as estratégias organizacionais ao nível operacional.
Carvalho, Fortes e Garrafa (2013)	Descrever e analisar, mediante a perspectiva da Bioética de Intervenção, os contextos legal, institucional e ético, os conflitos e a regulamentação da saúde suplementar no Brasil, desde a aprovação da lei em 1998 até 2010.	Estudo bibliográfico e documental da legislação, regulamentação e quadro assistencial, além de entrevistas com membros da Câmara de Saúde Suplementar.	Melhora dos registros e regras de atuação das empresas, do fluxo de informação e de garantias contratuais e financeiras aos consumidores. Persistem conflitos no acesso aos serviços e procedimentos, reajuste de mensalidades, políticas sobre autonomia e honorários. Há disputa com o setor público pela rede de serviços, com aumento dos custos e sem melhoria na qualidade da assistência.
Siewert (2013)	Compreender a importância da redução de custos em operadoras privadas de plano de saúde por meio da auditoria médica prévia.	Pesquisa qualitativa, bibliográfica e descritiva.	Demonstrou o grande impacto positivo que a realização de uma auditoria médica prévia produz nas operadoras privadas de planos de saúde atuando na redução dos custos e no aumento da qualidade do serviço assistencial.
Ludmer e Ludmer (2013)	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.	Estudo de caso em cooperativa de trabalho médico.	Concentração das ações na auditoria de contas, com um mínimo de atuação na auditoria analítica. A auditoria não é vista como aliada e não há programas para envolvimento de cooperados. A supervalorização da experiência do auditor pode inibir investimento na profissionalização e em modelos de gestão e ferramentas mais sofisticadas.
Teixeira, Romano e Valdes (2011)	Analisar a estratégia de operações na área de serviços, focando o caso das cooperativas médicas da região nordeste do Estado de São Paulo.	Estudo de caso qualitativo, descritivo exploratório, com análise documental.	Evidenciou a influência de variáveis internas e externas no processo de desenvolvimento de estratégias que viabilizem sua pretensão de mercado.
Lumertz (2011)	Analisar o enquadramento das cooperativas médicas no contexto da globalização de fusões e incorporações.	Estudo de caso qualitativo realizado em um sistema de cooperativas médicas da região sul do país.	Destaca a peculiaridade do processo de incorporação no meio cooperativista, tido como o caminho pra sustentabilidade econômica de cooperativas de pequeno porte.
Albuquerque Fleury e Fleury. (2011)	Levantar a percepção de gestores de assistência médica privada sobre a integração vertical, suas motivações e implicações.	Pesquisa de campo qualitativa e exploratória, por meio de entrevistas semiestruturadas	O controle dos custos de produção e a melhoria da qualidade ou resolutividade dos serviços médicos são os principais benefícios obtidos.
Souza Salvalaio (2010)	Comparar os custos da rede própria de uma operadora de saúde com os custos da rede credenciada utilizada pela mesma operadora.	Estudo de caráter quantitativo.	Mostrou ser vantajosa a implantação de uma rede própria. O sistema de custos da rede própria da operadora pode ser um instrumento gerencial importante.
Leal e Matos (2009)	Analisar a evolução dos custos de assistência médica dos planos de	Documental.	Os índices de custo médio por evento apresentaram variação mais intensa do que os índices de

	saúde no Brasil.		quantidade, o que indica a relevância de pesquisas sobre a inflação em saúde.
Zilber e Lazarini (2008)	Avaliar as estratégias utilizadas pelas operadoras do setor de planos de saúde.	Estudo de campo com base em uma amostra probabilística composta de 624 indivíduos.	Tendo em vista as mudanças ocorridas após a nova legislação, as quais têm exigido grande esforço por partes das operadoras para se adaptar ao novo cenário, o presente estudo levanta questões estratégicas a serem consideradas no futuro.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

As leituras dos resumos e das introduções ajudaram a selecionar os trabalhos de maior afinidade com o tema dessa pesquisa. No decorrer observou-se que custos assistenciais e auditoria médica em cooperativas médicas é uma temática com bastante possibilidade de estudos dada a carência de abordagens, com grande potencial para trabalhos futuros. Quanto aos estudos que tratam diretamente da auditoria médica e sua relação com demais temas de interesse, destacam-se: Gamarra (2018), Rodrigues et al. (2018), Siewert (2013) e Ludmer e Ludmer (2013).

Ludmer e Ludmer (2013) e Siewert (2013) ressaltam a realização de uma auditoria médica prévia dada sua importância, extensão e complexidade atuando na redução dos custos e no aumento da qualidade do serviço assistencial. Os primeiros apontam as dificuldades de tornar a auditoria mais próxima dos cooperados diminuindo resistências e mudando visões acerca de sua finalidade. É importante também seu olhar sobre a profissionalização da auditoria nas formações que instrumentalizem o auditor em ferramentas e modelos de gestão. A glosa hospitalar é estudada na perspectiva de indicar pontos críticos da gestão para melhoria de processos, inclusive na detecção de fatores causadores dessas glosas para prevenção de prejuízos, por Rodrigues et al. (2018).

Conjuntamente, os estudos apontam para o papel do auditor como um profissional cuja atividade não deveria ter somente um enfoque de controle de custos e auditoria de despesas médicas. Evidenciam a atuação da auditoria médica como importante regulador entre a qualidade dos serviços prestados e seus respectivos custos, constituindo-se como um fator que contribui significativamente para estabelecer o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, sem que se perca o foco no atendimento adequado ao cliente. No tocante ao constructo de custos assistenciais, observa-se a preocupação com as temáticas de sustentabilidade econômica e verticalização de serviços de saúde como definidores da sobrevivência das operadoras no ambiente de saúde após a lei 9656/98 e da criação da ANS em 2000.

Leal e Matos (2009) descrevem o cenário da saúde suplementar levando em conta a inflação médica, com a análise da evolução dos custos de assistência médica após a implantação da Lei 9656/98. O mesmo tema de aumento dos custos com enfoque no atendimento aos beneficiários e as repercussões na sustentabilidade do sistema de saúde suplementar é encontrado no estudo de Bahia (2015). Abordando o novo cenário encontrado pelas operadoras de saúde, Zilber e Lazarini (2008) estudaram as estratégias encontradas pelas operadoras de saúde no enfrentamento e controle dos custos assistenciais e sobrevivência frente ao ambiente concorrencial e as adequações junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Ainda no tocante aos custos assistenciais, o estudo de Carvalho, Fortes e Garrafa (2013) analisou sob os aspectos jurídicos e éticos as relações conflituosas entre beneficiários, prestadores e operadoras após a mudança de regulamentação do setor. Demonstraram o processo de adaptação de todos os elementos ao novo ambiente bem como analisaram as novas regras de atuação das operadoras de saúde, do fluxo de informação e das garantias contratuais e financeiras aos consumidores. Persistem conflitos no acesso aos serviços e procedimentos, reajuste de mensalidades, políticas sobre autonomia e honorários médicos. Esses pontos de tensão também foram relatados por Silva e Rodrigues (2015), onde se conflitam os interesses dos beneficiários, as regras da ANS e a sustentabilidade das operadoras. Cunha e Meirelles (2018) descreveram que apesar dessas linhas de conflito no atendimento, o setor de saúde suplementar se torna mais efetivo que o sistema público de saúde e se mostra eficaz como alternativa aos que buscam a prestação de serviços de qualidade, com agilidade e eficiência.

Na tentativa de entender melhor os custos assistenciais, Duarte et al. (2017) mapearam sua origem, demonstrando o envelhecimento populacional como importante fator gerador de despesas, bem como a elevação dos custos com materiais e equipamentos médicos. Em outra vertente, Silva e Loebel (2016) mapearam os índices de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos privados de saúde, e compararam seus resultados ao longo de quatro anos, mais precisamente de 2008 a 2012, visando a verificar a saúde financeira das operadoras. Ainda no mesmo quesito sustentabilidade e controle dos custos assistenciais, Sá, Maciel Júnior e Reinaldo (2017), em um estudo de caso de uma operadora de planos de saúde, elaboraram simulações para calcular as probabilidades de insolvência desta em um período de dez anos.

Outro ponto encontrado como mecanismo de controle de custos assistenciais, a verticalização de serviços de saúde se mostrou relevante principalmente nesse cenário de incerteza econômico-financeira. O estudo de Sousa e Salvalaio (2010) mostrou ser vantajosa a

migração por parte das operadoras para adotar uma rede própria de atendimento. A verticalização do atendimento demonstra um maior controle de custos, sendo um importante instrumento gerencial. Albuquerque, Fleury e Fleury (2011), com base em entrevistas, analisaram a percepção dos gestores de operadoras de planos de saúde sobre a verticalização de serviços. Concluíram que o controle dos custos de produção e a melhoria da qualidade ou resolutividade dos serviços médicos são os principais benefícios obtidos. Domingos (2018) descreveu a experiência de reestruturação de atendimento junto a pacientes oncológicos em uma operadora que implementou estrutura vertical para diminuir os custos operacionais e infusão de quimioterápicos. Concluiu que houve uma redução no custo em torno de 17% em relação ao mesmo serviço oferecido em rede terceirizada, e que a implantação da estrutura vertical em saúde proporciona uma maior integração entre os profissionais, maior responsabilidade assistencial e troca de conhecimentos, o que fortalece o serviço prestado.

No mapeamento realizado, como informado, foram também contemplados artigos focados em cooperativas médicas, no tocante aos temas em foco. Dentre os trabalhos, destacam-se as preocupações relacionadas ao controle de custos e sustentabilidade econômica das organizações. Teixeira, Romano e Valdes (2011) analisam a estratégia de operações das cooperativas e as influências de variáveis internas e externas no processo de sustentabilidade e na sobrevivência do negócio. Lumertz (2011) analisou a singularidade das cooperativas médicas no contexto da globalização de fusões. Beuren e Salla (2014) investigaram o uso de medidas de desempenho e o seu impacto na estratégia de uma cooperativa médica, concluindo que o uso de medidas de desempenho em cooperativas médicas traduz as estratégias das cooperativas ao nível operacional.

### **3 METODOLOGIA**

Esta seção apresenta o percurso metodológico percorrido na elaboração desta dissertação. Seus principais elementos tratam da tipologia da pesquisa, da definição da unidade de análise e dos sujeitos da pesquisa e, ainda, dos procedimentos e técnicas de coleta e análise dos dados.

#### **3.1 Tipologia da pesquisa**

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, visa captar a essência da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, no contexto singular da Unimed Fortaleza, conforme a perspectiva dos auditores médicos desta cooperativa médica de saúde suplementar. No âmbito desta questão, como expresso nos objetivos específicos, busca-se investigar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, em particular em face das dimensões da sustentabilidade econômica e da qualidade em serviços de saúde, bem como das dificuldades e oportunidades de melhorias inerentes ao processo em foco.

A pesquisa qualitativa se caracteriza por buscar compreender e explicar a “dinâmica das relações sociais, as quais, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (CASSAB, 2007, p. 58). Trabalha com os significados, as aspirações, motivações, crenças, valores e atitudes, os quais fazem parte da realidade social, vivida e constituída pelo ser humano. Essa perspectiva encontra ressonância no trato da pesquisa em questão, uma vez que se privilegia a visão dos auditores médicos no exercício de suas duplas funções de médico e auditor, em um contexto específico, a partir das vivências e concepções próprias destes sujeitos (MINAYO, 2013).

Na realização da pesquisa social, ao se utilizar a metodologia qualitativa, pode-se compreender a extensão da discussão a respeito do objeto proposto para o estudo, levando-se em consideração que os estudos qualitativos possibilitam iluminar o dinamismo interno das situações, geralmente inacessível ao observador externo.

Quanto aos seus objetivos, configura-se com delineamento descritivo, pois descreve a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais. Em alinhamento ao que argumenta Triviños (1987), em relação aos estudos descritivos, esta pesquisa busca descrever com exatidão os fatos e fenômenos referentes à questão em foco na realidade

singular da Unimed Fortaleza, visando investigá-la e conhecê-la no âmbito desta comunidade em particular, em conformidade com sua cultura própria.

No tocante aos procedimentos técnicos, é uma pesquisa de natureza documental e de campo. Documental, pois fundamentou-se parcialmente, no estudo dos documentos de acesso público, disponíveis em meio digital ou físico, sobre a auditoria na Unimed Fortaleza. Registros institucionais escritos, como o Estatuto da Cooperativa bem como seu Regimento, Instruções Normativas e os comunicados internos da cooperativa no tocante a informações para a auditoria médica, são alguns exemplos. Relatórios de reuniões da auditoria médica em conjunto com os comitês de especialidades médicas na elaboração de protocolos de utilização também foram elencados na elaboração dessa pesquisa documental, visando a enriquecer o conteúdo e a atuação dos auditores no controle de custos assistenciais. Lançou-se mão também do Relatório de Gestão e Sustentabilidade de 2019, que foi distribuído aos cooperados por ocasião da Assembleia Geral Ordinária (AGO) de 2020, referente ao exercício fiscal de 2019. Complementou-se a pesquisa documental com dados da agência reguladora do setor de saúde suplementar (ANS), já evidenciado ao longo desse texto, servindo como forma de ampliar a compreensão dos fenômenos investigados, caracterizando a pesquisa documental, ao utilizar dados secundários relativos à auditoria médica na Unimed Fortaleza, com materiais que ainda não receberam tratamento analítico (GIL, 2008).

A pesquisa caracteriza-se, também, como sendo de campo, porque coletou dados primários junto a um grupo de participantes, mediante entrevista semiestruturada, diretamente no seu ambiente natural, ou seja, na cooperativa médica em que os auditores trabalham.

### **3.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa**

Neste estudo, a unidade de análise é a Unimed de Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., com foco nos médicos auditores. A Unimed Fortaleza fornece serviços médicos e de saúde, tais como medicina preventiva, emergência, laboratórios, planos de saúde, bancos de sangue e centros de atendimento integrados. Esta cooperativa possui uma carteira de cerca de 339.643 clientes e sua área de atuação abrange toda região metropolitana da referida capital (UNIMED FORTALEZA, 2019).

Alinhada à Lei do Cooperativismo (5764/71), a Unimed Fortaleza possui como órgão decisório máximo a Assembleia Geral, composta por seus associados. Esta é assessorada em suas decisões pelo Conselho Fiscal, formado por seis cooperados eleitos anualmente, por ocasião da Assembleia Geral Ordinária, de aprovação das contas do exercício anual da cooperativa. Abaixo da Assembleia, o Conselho de Administração (formado por oito

conselheiros, sendo os cinco diretores executivos mais três conselheiros, todos cooperados, eleitos a cada quatro anos) conduz a cooperativa em suas decisões estratégicas, sendo assessorado pelo Conselho técnico (composto por seis cooperados, também eleitos a cada quatro anos) e pela auditoria interna. Abaixo na cadeia de comando, vem a diretoria executiva que é auxiliada por um grupo de sete superintendentes que compõem o Comitê Gestor (UNIMED FORTALEZA, 2019).

Segundo o Estatuto da Unimed Fortaleza, a diretoria executiva da Unimed Fortaleza é composta de cinco diretorias, a saber, Diretoria da presidência, Diretoria Administrativa-financeira, Diretoria Comercial, Diretoria de Provimento de Saúde e Diretoria de Recursos Próprios. Todos os diretores são cooperados eleitos com regularidade de quatro anos. Para o cargo de diretor presidente, não é permitida a reeleição. Cada diretoria tem sua Superintendência correspondente, à exceção da Diretoria Administrativa-financeira, que possui a Superintendência Administrativa-financeira, a Superintendência de Controladoria e a Superintendência de Tecnologia de Informação. Os superintendentes que compõem o Comitê Gestor são profissionais do mercado especialistas nas áreas correspondentes, contratados, podendo ser ou não cooperados (UNIMED FORTALEZA, 2019).

De acordo com o Regimento Interno da Unimed Fortaleza (UNIMED FORTALEZA, 2020), o Comitê Gestor é um órgão executivo formado pelo conjunto dos superintendentes das diretorias, que possui a missão de formular as estratégias e os planos de ação da operadora, visando a sua sustentabilidade econômica e se destacar frente ao ambiente concorrencial. Todas as decisões são encaminhadas ao Conselho de Administração para validação e definição do impacto junto aos cooperados.

A auditoria médica da Unimed Fortaleza faz parte da gerência de regulação de serviços de saúde, ligada à Diretoria de Provimento de Saúde, uma das cinco diretorias da cooperativa. Sua abrangência vai desde a análise da solicitação médica para a internação e/ ou realização de procedimento, passando pela liberação de materiais e medicamentos compatíveis com os referidos casos, até a avaliação da fatura hospitalar com análise das conformidades dos atos realizados, sempre primando pela adequação e visando a qualidade no atendimento ao cliente (UNIMED FORTALEZA, 2020).

No levantamento dos dados primários, mediante entrevista, participaram como sujeitos da pesquisa quatro auditores da Unimed Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico LTDA. Visando a abranger as diversas peculiaridades que norteiam o processo de auditoria da cooperativa, setores diferentes do processo de autorização foram elencados buscando explicitar as dificuldades inerentes a cada processo.

Auditoria preventiva, diretamente relacionada à autorização dos procedimentos médicos, responsável principalmente pela liberação adequada das solicitações médicas. A supervisão de auditoria hospitalar, responsável pela apuração das contas médicas, qual seja, depois dos procedimentos já realizados. Engloba auditores médicos e de enfermagem, que conferem nos prestadores a conformidade dos procedimentos. Auditoria responsável pelas autorizações de materiais de alto custo. Pertencente ao setor de auditoria preventiva, sendo responsável direto pelas próteses, órteses e materiais especiais (OPME's), que são fonte de dispêndio elevado na cooperativa. Auditoria do Núcleo de Autorizações da Unimed Fortaleza, visa reanalisar as solicitações que porventura tenham sido negadas na auditoria preventiva e, se for o caso, fundamentar as negativas ou liberar se detectado no processo alguma não conformidade.

Quadro 5 – Área de atuação e perfil profissional dos sujeitos da pesquisa.

Sujeitos da pesquisa	Área de atuação	Perfil profissional
Entrevistado A	Auditoria hospitalar	Idade, 47 anos, sexo feminino; Tempo no cargo: 2 anos e 2 meses; Tempo de serviço na cooperativa: oito anos; Especialista em auditoria médica.
Entrevistado B	Auditoria do Núcleo de Autorizações	Idade, 56 anos, sexo masculino; Tempo como auditor: 20 anos; Tempo de serviço na cooperativa: cinco anos; Mestre em saúde da criança e do adolescente
Entrevistado C	Auditoria responsável pelas autorizações de materiais de alto custo	Idade, 44 anos, sexo masculino; Tempo no cargo: núcleo de auditor 11 anos, na função de OPME 4 anos; Tempo de serviço na cooperativa: 12 anos; Especialista em cirurgia geral e em cirurgia plástica e auditoria.
Entrevistado D	Auditoria preventiva	Idade, 55 anos, sexo feminino; Tempo no cargo: 1 ano e 2 meses; Especialista em ginecologia e obstetrícia.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Os sujeitos da pesquisa foram convidados levando em conta suas posições estratégicas no controle de custos assistenciais por parte da auditoria médica já que, conforme descritas, suas atribuições são específicas nessa atividade. A escolha foi conduzida baseando-



se na complexidade de tarefas executadas pelos auditores médicos na operadora Unimed Fortaleza, e percorrendo o caminho da solicitação médica em todas as suas etapas. Com isso, os participantes foram capazes de fornecer ao estudo uma abordagem ampla e sistêmica do ambiente de auditoria médica, sua efetiva ação no controle de custos assistenciais, as dificuldades encontradas e oportunidades de melhoria, objetivos específicos desse estudo. Para a apresentação dos resultados, optou-se por codificar os sujeitos da pesquisa como Entrevistado A, B, C e D, a fim de preservar suas identidades.

### 3.3 Coleta de dados

Em relação aos dados secundários, foi realizada uma pesquisa documental, junto a documentos diversos da instituição, tais como relatórios de gestão, código de ética, *homepages* e regimento interno. A partir daí, pode-se descrever a auditoria médica no contexto da Unimed Fortaleza, em termos de sua inserção na estrutura hierárquica da cooperativa, bem como do seu processo de funcionamento, em atendimento ao primeiro objetivo específico. Pode-se, ainda, apontar relações entre a auditoria e os custos assistenciais na perspectiva das normatizações e atividades cotidianas da cooperativa.

Para a coleta dos dados primários, foram realizadas entrevistas, as quais, diferentemente das outras técnicas, que se limitam a descrever o objeto, procuram ir além da descrição da aparência dos fatos, a fim de atingir sua essência, suas causas e o processo de sua constituição como um problema posto na realidade social. Em relação ao tipo de entrevista, optou-se pela semiestruturada contemplando todos os objetivos da pesquisa. Realizar entrevistas, sobretudo se forem semiestruturadas, não é tarefa banal. Duarte (2004) afirma que propiciar situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a “provocar” um discurso mais ou menos livre, mas que atenda aos objetivos da pesquisa e que seja significativo no contexto investigado e academicamente relevante é uma tarefa bem mais complexa do que parece à primeira vista. O que, de fato aconteceu, seja na elaboração dos itens, na preparação do contato ou nos agendamentos para sua realização.

A entrevista foi realizada a partir de um roteiro prévio, Apêndice A, onde foram caracterizados os perfis dos entrevistados e apresentadas as questões referentes à relação entre custos assistenciais e auditoria médica, buscando explorar o espectro de opiniões e diferentes representações sobre o tema. Bauer e Gaskell (2017) explicam que as entrevistas qualitativas podem melhorar a qualidade do delineamento de um levantamento e de sua interpretação e dar informações contextuais valiosas para ajudar a explicar achados específicos.

As entrevistas foram realizadas na sede da operadora, local de trabalho dos sujeitos da pesquisa, de forma individual e de acordo com um agendamento prévio, de modo a deixar os entrevistados mais à vontade para responder da maneira mais fidedigna e tranquila, permitindo a maior confiabilidade das informações. Tal processo permite um maior entendimento do cenário em que se inserem e entender as peculiaridades que envolvem a profissão.

Quadro 6 – Relação entre objetivos específicos, temas e fonte de evidência ou questão do roteiro de entrevista.

<b>Objetivos específicos.</b>	<b>Tema</b>	<b>Fonte de evidência / Questão do roteiro de entrevista</b>
<b>1) Descrever a auditoria médica em termos de sua inserção na hierarquia e processo de funcionamento.</b>	Auditoria médica – inserção na hierarquia e funcionamento	Pesquisa documental
<b>2) Identificar a concepção dos médicos auditores acerca de custos auditoria médica.</b>	Auditoria médica	1.
<b>3) Identificar a concepção dos médicos auditores acerca de custos assistenciais.</b>	Custos assistenciais	2.
<b>4) Analisar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistências em face da dimensão sustentabilidade econômica.</b>	Sustentabilidade econômica	3. a 3.6.
<b>5) Analisar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistências em face da dimensão qualidade em saúde.</b>	Qualidade em saúde	4. a 4.6.
<b>6) Analisar as dificuldades e oportunidades da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais.</b>	Dificuldades e oportunidades	5. a 5.5 5.6. a 5.6.1.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

No quadro 6, apresenta-se a relação entre objetivos específicos, temas e fonte de evidência ou questão do roteiro de entrevista. Pode-se constatar a abrangência do roteiro utilizado, evidenciando-se ainda, o levantamento de dados referentes a cada um dos objetivos específicos. Isto contribuiu para maior qualidade no tratamento dos dados e na composição das categorias, inclusive para ambientar e ajudar os participantes na elaboração de suas respostas. Além disso, ao serem “ordenadas de maneira a favorecer o rápido engajamento do respondente na entrevista, bem como a manutenção do seu interesse” (GIL, 2008 p. 116) proporcionaram maior tranquilidade para as respostas e contribuíram para o trabalho com os dados.

### 3.4 Análise de dados

A análise de conteúdo é usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999). É um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados (BARDIN, 2011). Compreende as seguintes etapas: pré-análise, envolvendo a leitura, organização e preparação do material; exploração do material, que consiste em operações de codificação; e tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (SANTOS, 2012). Cada etapa tem sua finalidade e forma de realização a fim de imergir ao máximo nos significados dos textos e proporcionar uma análise mais aprofundada e coerente dos materiais tratados, conforme quadro 7.

Quadro7 – Regras correspondentes à primeira etapa da análise de conteúdo.

<b>Pré-análise</b>	<b>Composição do corpus da pesquisa</b>	Exaustividade	esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte;
		Representatividade	preocupa-se com amostras que representem o universo;
		Homogeneidade	nesse caso os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes;
		Pertinência	é necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa;
		Exclusividade,	um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.
<b>Exploração do material</b>	<b>Codificação dos dados</b>	Transformação sistemática e agregação em unidades. Escolha das unidades de registro, dos elementos chaves para interpretação;	
<b>Tratamento e interpretação</b>	<b>Inferências</b>	Permitem comparar enunciados; encontrar semelhanças; Buscar unificações	
	<b>Proposições</b>	Derivam de um estudo mais cuidadoso e aprofundado dos dados.	
	Retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação		
	Interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados		

Fonte: Adaptado de Santos (2012) e Bardin (2011).

Observa-se que a técnica de análise de conteúdo é uma metodologia de pesquisa que integra uma busca teórica e prática, com um sentido singular no campo das investigações. É considerada mais do que uma simples técnica de análise de dados, porquanto desempenha uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias (MORAES, 1999). A análise dos dados foi organizada durante todo o processo da pesquisa, para torná-la mais sistemática e formal. Isso posto, há de se levar em consideração a necessidade de uma reflexão crítica e constante do processo de pesquisa, que ocorre em uma realidade sempre em movimento, em que o pesquisador deve estar atento para enxergar as diversas possibilidades de análise que se apresentam, rever suas interpretações, refazer hipóteses e fazer novas investigações com base no entendimento da natureza social do conhecimento.

A análise de conteúdo permite a tabulação, codificação e interpretação de forma estruturada e sequencial. Para tanto, utilizar-se-á o *software* ATLAS.ti para organização e categorização dos relatos. A categorização inicial adotada neste estudo tomou por base temáticas identificadas na literatura como sendo pontos relevantes no tratamento da questão em estudo, as relações entre custos assistenciais em cooperativas e auditoria médica, conforme elencados na fundamentação teórica e resumidos no quadro 7. Estas temáticas referem-se aos objetivos específicos da pesquisa.

Quadro 8 – Categorização preliminar para análise de conteúdo.

<b>Categoria</b>	<b>Referências teóricas</b>
<b>Auditoria médica</b>	Gamarra (2018) e Siewert (2013).
<b>Custos assistenciais</b>	Domingos (2018); Bahia (2015); Souza e Salvalaio (2010); Leal e Matos (2009).
<b>Sustentabilidade econômica</b>	Sá, Maciel Júnior e Reinaldo (2017); Silva e Loebel (2016); Lumertz (2011).
<b>Qualidade em saúde</b>	Cunha e Meirelles (2018)
<b>Dificuldades</b>	Silva e Rodrigues (2018); Ludmer e Ludmer (2013);
<b>Oportunidades</b>	Rodrigues et al. (2018); Oliveira et al. (2014); Beuren e Salla (2014).

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

A estratégia de produção dos dados para a pesquisa utilizou a entrevista semiestruturada, realizada presencialmente, gravada em dispositivo digital e posteriormente transcrita. É certo que ir a campo requer esta preparação anterior, porém o que se apresenta nas respostas é o que vai nortear as interpretações, discussões e análises do estudo, visto que

são estas as impressões dos respondentes acerca do objeto de estudo, no caso a relação entre auditoria e os custos assistenciais na Unimed Fortaleza.

Para a codificação dos dados das entrevistas foi utilizado o software de análise de dados Atlas Ti. O processo de codificação foi composto de transcrição, criação dos documentos primários por bloco de questões, interpretação dos textos, codificação e criação de famílias de códigos e mapas semânticos. As relações constantes nos mapas semânticos seguem as percepções dos respondentes, assim, cada código criado está vinculado de acordo com os sentidos dados nas respostas e não em uma relação lógica e/ou teórica das atividades e/ou atribuições da auditoria. Nessa perspectiva foram geradas as relações entre os códigos.

Lage e Godoy (2008) apontam que o uso de softwares de análise de dados qualitativos colabora para um bom gerenciamento dos dados, sua indexação, recuperação de segmentos e, inclusive o compartilhamento de códigos por bases diferentes, encorajando sua análise exploratória. A construção dos mapas de relações, ou mapa semântico no caso do Atlas Ti, permite a interpretação do pesquisador e, nesse sentido, colabora para o exercício dos distanciamentos e aproximações com o objeto de estudo, conforme recomendado pelas autoras, para a abstração e síntese, bem como para a familiarização com seus aspectos particulares, respectivamente, a fim de estabelecer uma análise mais aproximada desses dados.

As relações nativas propostas pelo software estabelecem a pertença, a associação e causa e efeito (FRIESE, 2019). Para esse trabalho, foi necessário editar essas relações – e até mesmo criar – para deixar mais claras linhas de tensão e pressão nas atividades dos auditores apresentadas nas entrevistas. Assim, foram criadas as relações “compromete” e “pressiona” que expõem mais aproximadamente as percepções dos respondentes sobre as questões propostas. Acerca disso, Lage e Godoy (2008) revelam uma preocupação em que se atribua ao software a tarefa de realizar as relações sem uma intervenção do pesquisador, visto que essa é uma atribuição deste. A criação dessas relações revela maior interação e intervenção do pesquisador no tratamento dos dados, porém, sem comprometer o distanciamento necessário de seu objeto de estudo.

A seguir, são apresentadas as análises das entrevistas com suas respectivas interpretações e seus mapas semânticos criados com o *software* Atlas Ti, com o gerador de

mapas conceituais – IHMC Cmaptools<sup>1</sup> – e com o gerador de fluxograma - LucidChart<sup>2</sup>. As subseções atenderão aos itens apresentados na entrevista na sequência auditoria médica, custos assistenciais, sustentabilidade econômica, qualidade em saúde, dificuldades em relação aos custos assistenciais e oportunidades de melhoria na relação entre auditoria e custos assistenciais.

Nesta seção, também são relacionados e discutidos documentos de acesso público sobre auditoria médica, custos assistenciais, sustentabilidade econômica, qualidade em saúde, dificuldades em relação aos custos assistenciais e oportunidades de melhoria na relação entre auditoria e custos assistenciais. Considera-se sua utilidade dialógica com as impressões e reflexões dos entrevistados no sentido de apurar ainda mais a discussão sobre os custos assistenciais e a atividade auditora.

A análise de conteúdo temático possibilitou ultrapassar às enunciações individuais por meio da organização, codificação, categorização e inferência dos conteúdos das respostas às questões da entrevista e nas conexões feitas pelos respondentes (BARDIN, 2011). Procurou-se distinguir os núcleos de sentido, cujas semelhanças são arranjadas num conjunto de expressões a serem condensadas nas categorias de análise. As perspectivas, crenças e pontos de vista partilhadas pelos respondentes tornam possível perceber o seu lugar interpretativo na atividade auditora e suas dificuldades comuns.

Sobre o tratamento dos dados, Bardin (2011) mostra os critérios de categorização, a escolha de categorias por classificação e agregação. Assim, em geral categoria é uma forma de pensamento e reflete a realidade, ou uma percepção da realidade resumidamente, em um dado momento. Em sua elaboração pode-se adotar o critério semântico, sintático, léxico e/ou expressivo. A escolha do critério encaminha os processos de inventariação e classificação, que se seguem. No caso desse trabalho, optou-se por tratar os dados do ponto de vista semântico, pois os significados atribuídos à finalidade da auditoria e às relações de sua atividade interessam tanto do ponto de vista analítico quanto crítico do problema de pesquisa, a configuração das relações entre a auditoria médica e custos assistenciais em uma cooperativa médica.

---

1 CmapTools – software livre desenvolvido pelo Institute for Human and Machine Cognition. Usado para desenvolver mapas conceituais, compartilhar mapas conceituais com outros usuários, colocando-os à disposição em servidores de mapas conceituais (CmapServers), participar na elaboração coletiva de mapas conceituais, inserir mapas conceituais em páginas da Internet. <http://cmap.ihmc.us/>.

2 Conjunto de pacotes online para criação de mapas de processos ponta a ponta seu entendimento, funcionamento e fluxo. [www.lucidchart.com](http://www.lucidchart.com)

## **4 AUDITORIA MÉDICA E CUSTOS ASSISTENCIAS NA UNIMED FORTALEZA**

Essa seção aborda os resultados da pesquisa, resultantes das pesquisas documental e de campo. A partir dos dados coletados, fez-se a análise em articulação com a literatura pesquisada, mediante pesquisa documental e levantamento do referencial teórico, inclusive estudos empíricos anteriores, considerando-se os temas centrais da pesquisa e o alinhamento com seus objetivos específicos.

Ao utilizar o software de análise de dados Atlas Ti pode-se aproveitar ao máximo as possibilidades de seus recursos, em particular no tocante aos dados primários. Nesse trabalho, foram utilizadas a Nuvem de Palavras, criada a partir da contagem de frequências de ocorrência dos termos no texto, Rede Semântica, a partir da análise dos textos para a criação de códigos correspondentes e de suas redes de relações e as Citações, que correspondem aos trechos dos materiais analisados e que geraram os códigos da rede semântica. Aqui essas ferramentas foram distribuídas de acordo com a sua contribuição para uma melhor compreensão da interpretação e análise dos dados. O Apêndice B, ao final do trabalho reúne todos os mapas e relações criadas nessa análise.

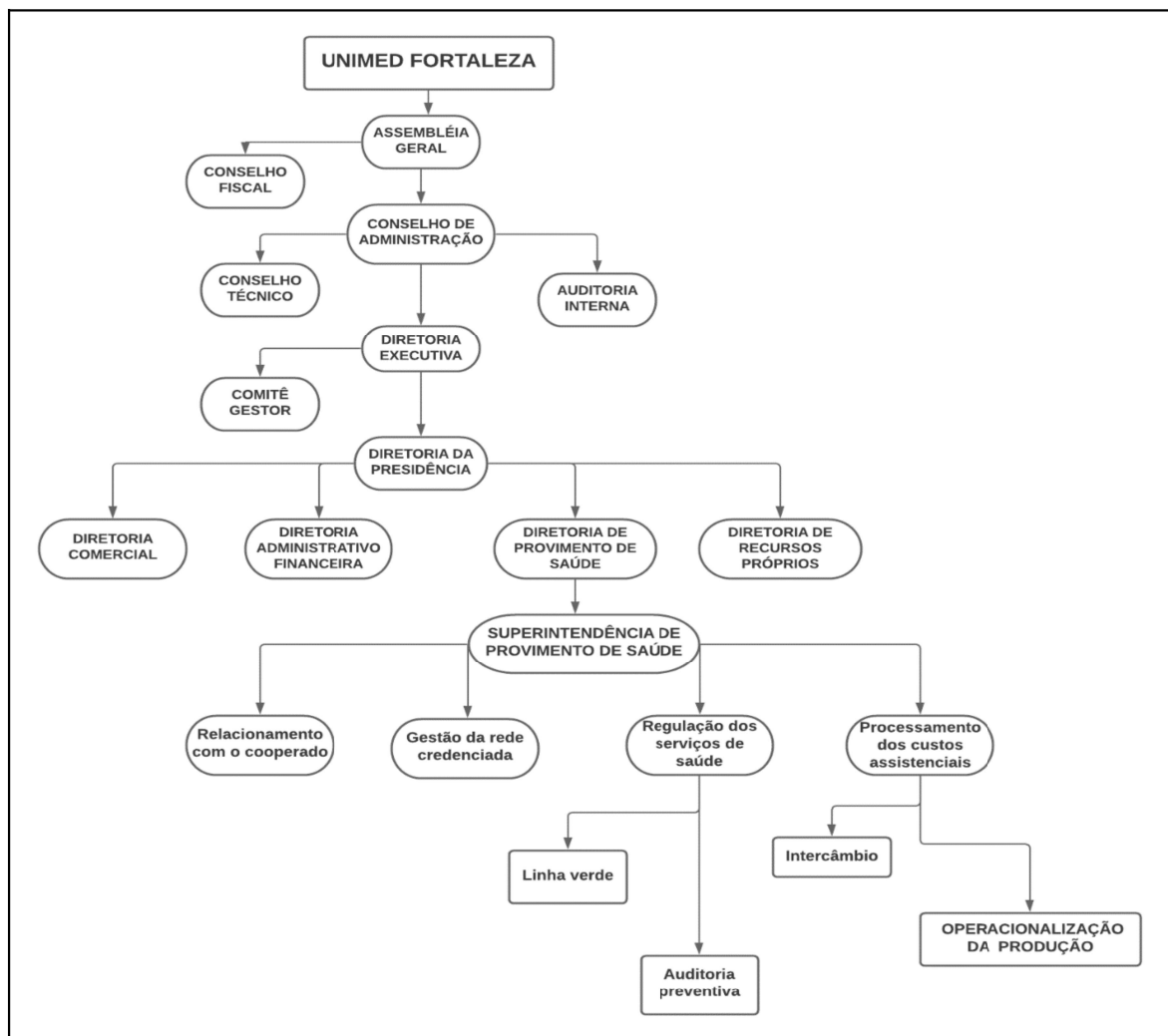
### **4.1 A auditoria médica – estrutura na hierarquia e processo de funcionamento.**

Na Unimed Fortaleza, a auditoria médica faz parte da gerência de regulação de serviços de saúde, que pertence à diretoria de provimento de saúde. Esta diretoria tem como gestor mandatário o diretor de provimento de saúde, cargo que é ocupado por um cooperado eleito a cada quatro anos. Para ocupar esse cargo, se faz necessário como pré-requisito, assim como para os demais cargos de direção, que conste no currículo do médico uma pós-graduação em gestão (UNIMED FORTALEZA, 2019). Seguindo a cadeia hierárquica, vem logo abaixo o superintendente de provimento de saúde, que é o representante da diretoria junto ao comitê gestor.

Além da gerência de regulação de serviços de saúde, detalhada mais adiante, vêm as gerências de Processamento de produção médica, que também é responsável pela receita de intercâmbio, a gerência de relacionamento com os prestadores, que é responsável pelos contratos e negociações juntos aos prestadores hospitalares, clínicos e laboratoriais. Segue-se,

por fim, a gerência de relacionamento com o cooperado, responsável por atender as demandas dos médicos cooperados, dentre as solicitações de afastamento, licenças, repouso remunerado, dúvidas sobre tributação, honorários, plano de saúde, seguros de assistência médica dentre outras. A figura 2 apresenta o organograma da Unimed Fortaleza junto com diretoria de provimento de saúde de onde partem duas atuações importantes da auditoria: a regulação dos serviços de saúde e o processamento dos custos assistenciais.

Figura 2 – Organograma da Unimed Fortaleza com a diretoria de provimento de saúde.



Fonte: Intranet Unimed Fortaleza (2020).

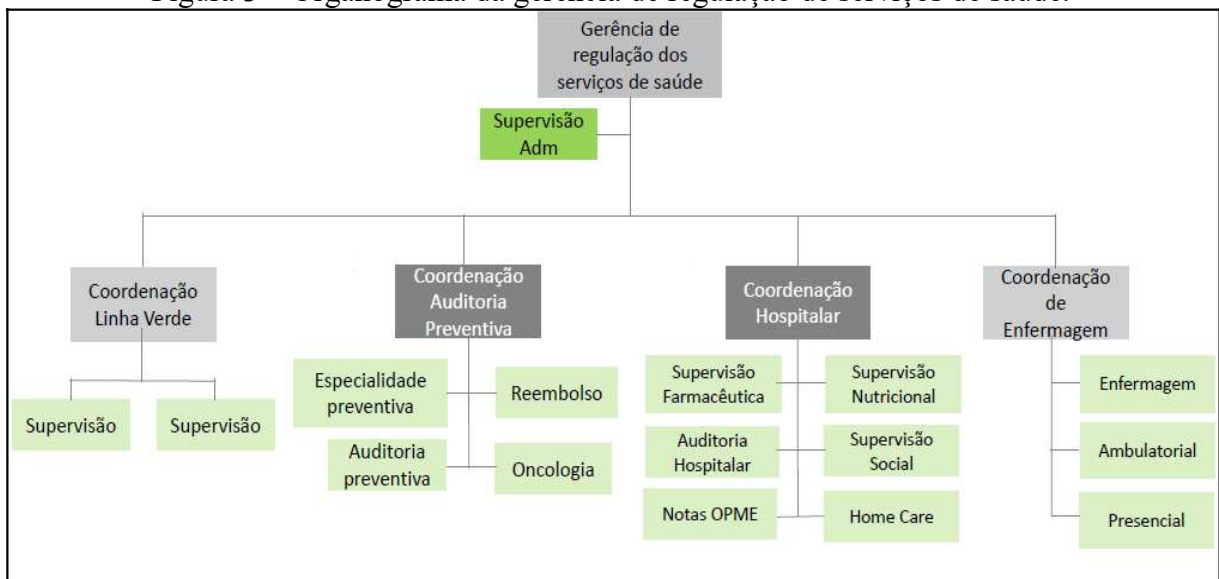
A gerência de regulação de serviços de saúde responde pela auditoria em saúde da cooperativa. É composta por uma supervisão administrativa, que assessora ao gerente em relação ao orçamento do setor, além de quatro coordenações. A coordenação de auditoria preventiva é responsável pelas liberações de procedimentos médicos e oncológicos, além de fazer a análise de reembolso de clientes. Segundo o Regimento Interno da Unimed Fortaleza (UNIMED FORTALEZA, 2020), a coordenação de auditoria hospitalar é responsável pelas



análises das contas hospitalares, ou seja, quando o paciente já está em atendimento clínico ou cirúrgico, verificando a pertinência das contas. É também responsável pela auditoria das notas de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, (OPMEs), ou seja, materiais de alto custo para a operadora. Estão sob sua chancela as auditorias nutricional, farmacêutica, social e as demandas de análise dos atendimentos domiciliares de doentes acamados, atendidos na modalidade de *home care*.

A coordenação de enfermagem também faz a análise das contas hospitalares em relação a materiais e medicamentos, além de manter uma equipe auditando as notas de atendimentos ambulatoriais, como clínicas de imagem e laboratórios. Quando se faz necessário, uma auditora de enfermagem pode ser deslocada para o centro cirúrgico. O Regimento Interno da Unimed Fortaleza (UNIMED FORTALEZA, 2020), também dispõe como atribuição da gerência de regulação de serviços de saúde a coordenação dos comitês de especialidades médicas (COMESPs), compostos por cooperados de cada especialidade, que atuam na elaboração de protocolo no sentido de uniformizar os pedidos e solicitações de procedimentos e facilitar o trabalho da auditoria médica, bem como diminuir os conflitos entre solicitante e auditor médico. A gerência de regulação é também responsável pela Linha Verde, setor que recebe as demandas de prestadores em caso de crítica no sistema na hora das solicitações realizadas no momento do atendimento ao cliente, com a presença de auditor médico que fica analisando a demanda. A figura 3 apresenta o organograma da gerência de regulação de serviços de saúde.

Figura 3 – Organograma da gerência de regulação de serviços de saúde.

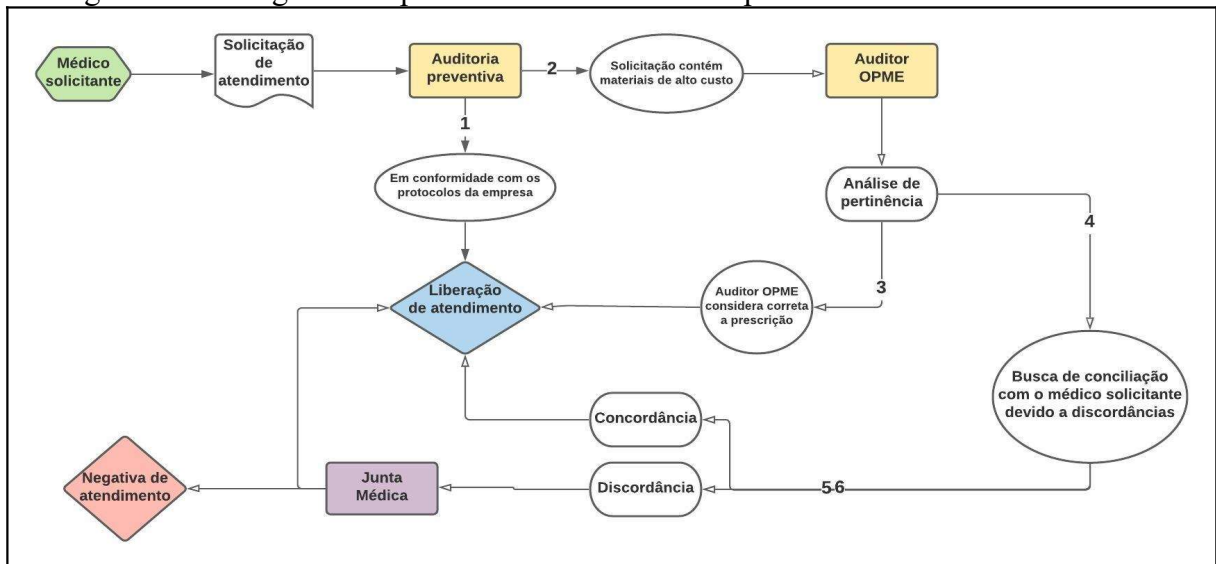


Fonte: Intranet Unimed Fortaleza (2020).

O processo de auditoria médica na Unimed Fortaleza começa a partir do recebimento da solicitação médica pelo auditor médico da auditoria preventiva. Em caso de conformidade, cobertura do plano, o pedido é liberado sem ressalvas. Em caso de materiais de

alto custo, a demanda é também encaminhada ao auditor médico de OPME, que analisa a pertinência dos materiais solicitados. Caso haja alguma discordância, o auditor entra em contato com o solicitante, tentando alinhar o pedido com o que consta nos protocolos de auditoria. Persistindo a discordância, o pedido é encaminhado a uma junta médica que resolve o conflito. O serviço de junta médica é atualmente realizado por empresa independente externa à cooperativa. Essa junta médica é composta por um médico especialista da empresa contratada e o médico solicitante, que é convocado por meio de carta ou e-mail registrados (UNIMED FORTALEZA, 2020), conforme apresentado na figura 4.

Figura 4 – Fluxograma do procedimento de auditoria preventiva na Unimed Fortaleza.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Com a solicitação devidamente autorizada, a guia é entregue ao cliente, e o procedimento é executado, entrando em ação a auditoria médica hospitalar, responsável por averiguar as conformidades médicas na internação do cliente, desde as prescrições ao ato cirúrgico, bem como a validação dos materiais utilizados. Em caso de não conformidades, são efetuadas as glosas correspondentes.

A auditoria médica também se faz presente no Núcleo de Autorizações, setor criado em 2019, que ficou sob a coordenação da diretoria comercial. Busca diminuir as demandas judiciais contra a cooperativa. Composta pelo departamento jurídico em conjunto com auditores médicos, é responsável por fundamentar eventuais negativas de cobertura de atendimentos junto aos beneficiários, como no caso de “processos que contenham liminares judiciais com foco na reavaliação do plano de cuidados dos pacientes e na revisão dos processos judiciais; Acompanhamento de novas demandas nas áreas trabalhista, cível e

criminal” (UNIMED FORTALEZA, 2014 p. 22), pautada no rol de procedimentos da ANS (UNIMED FORTALEZA, 2020).

#### 4.2 Concepção dos médicos auditores acerca da auditoria médica

Para dar um panorama sobre as perspectivas dos auditores acerca do tema, o resultado das entrevistas foi organizado, com o auxílio do examinador de palavras do Atlas.ti, a partir da contagem de repetições dos termos, listando as palavras em ordem de maior para menor frequência. Essa relação foi organizada em uma Nuvem de Palavras, onde o tamanho de cada palavra corresponde à frequência de sua ocorrência nos textos. As palavras associadas aos significados e campo de abrangência desses termos são apresentadas na nuvem de palavras, figura 5. Nessa análise, as palavras da Nuvem foram destacadas em maiúsculo para referenciar sua pertença aos temas da entrevista. AUDITORIA, MÉDICA E SAÚDE tiveram maior frequência, isto explica-se dada a natureza e o objeto dessa pesquisa. Como são discutidas em todo o trabalho, não serão feitas novas considerações acerca de sua presença e relevância nessa Nuvem.

Figura 5 – Nuvem de palavras sobre os significados de auditoria.



Fonte: Elaborado pelo autor a partir das entrevistas (2020).

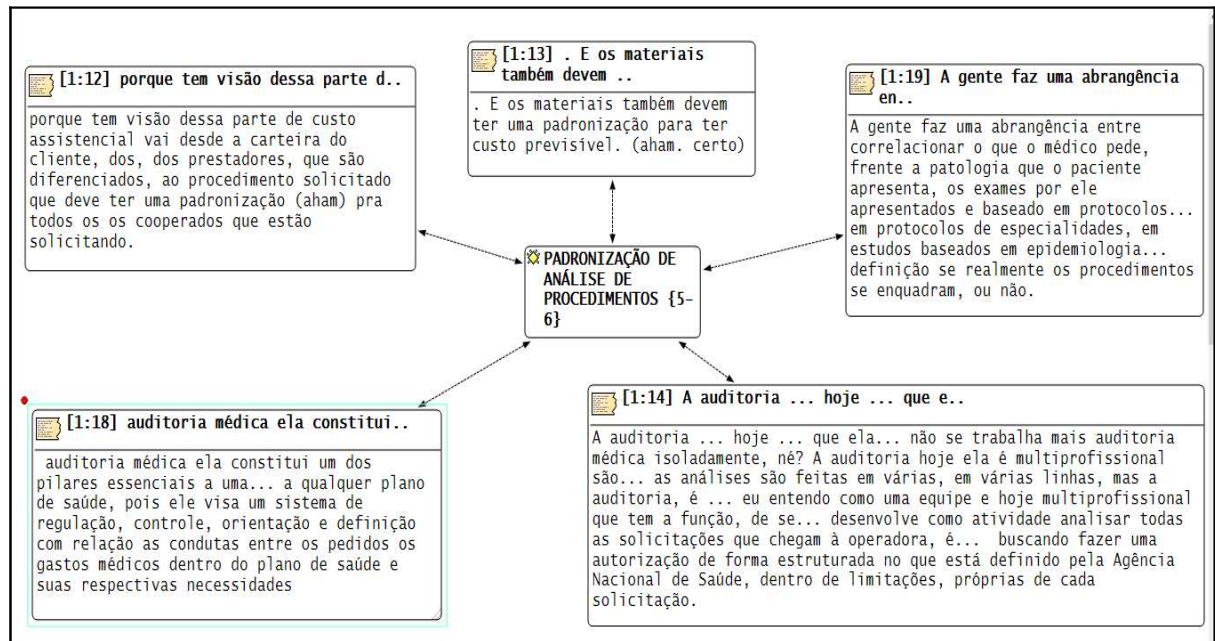
Na percepção dos sujeitos da pesquisa, CONTROLE, PROCESSO E PROTOCOLOS são elementos consensuais sobre a atuação do auditor, sendo repercutidos na discussão de todos os objetivos específicos. MULTIPROFISSIONAL e PROCEDIMENTOS transitam nos textos relacionadas com a percepção dos auditores de que é preciso dar maior cobertura de conhecimento dos processos e procedimentos para uma melhor análise dos casos e suas deliberações. Em geral, os auditores concordam que é importante atuar preventivamente e evitar erros nos atendimentos, ressaltando a relevância de se melhorar o

conhecimento dos cooperados em relação às normas e regulamentações da empresa da qual também são sócios. Nesse sentido, infere-se que é preciso especial cuidado em capacitar e convencer os associados de sua parcela de responsabilidade em realizar procedimentos necessários, mas adequados aos protocolos da instituição. Entende-se que aqui se apresenta um dos aspectos marcantes da auditoria que é a prevenção e a mediação dos custos assistenciais em função da qualidade no atendimento sem desperdício, como tratam Rodrigues et al. (2018) e Kleinman e Dougherty (2013).

PROCESSO, ASSISTÊNCIA, QUALIDADE e PREVENTIVA aparecem posteriormente como elementos relacionados às características das atividades e aos problemas mais comuns ao trabalho de auditoria, com especial atenção para a relação entre as SOLICITAÇÕES de PROCEDIMENTOS e a necessária padronização desses processos, havendo consonância com Paes e Maia (2005), que indicam entre as atribuições da auditoria “revisar, avaliar e apresentar subsídios, visando o aperfeiçoamento dos procedimentos administrativos, controles internos, normas, regulamentos e relações contratuais” Auditoria, médica e saúde entram na amostra como representação da pertença ao meio e à cultura de trabalho dos respondentes.

A interpretação dos textos das entrevistas situou a percepção dos auditores sobre seu campo de trabalho. Apresentou a atividade de auditoria como essencial para a prevenção de gastos desnecessários; um “sistema de regulação, controle, orientação e definição com relação às condutas entre os pedidos, os gastos médicos dentro do pano de saúde e suas respectivas necessidades” (ENTREVISTADO C), eficiência nos processos de atendimento de saúde com a “definição de realmente os procedimentos se enquadram ou não” (ENTREVISTADO C) e garantia da sustentabilidade da empresa, como uma “forma que você tem de intervir antes que o custo esteja gerado” (ENTREVISTADO B). Há dois campos sensíveis apontados pelos respondentes: a padronização de análise dos procedimentos e a decisão sobre os custos e procedimentos. Para esses campos, convergem a preocupação e a crítica dos auditores, como visto na figura 6.

Figura 6 – Citações relativas à padronização de análise de procedimentos.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

A padronização da análise de procedimentos é entendida pelos respondentes como uma identidade, como necessidade e como desafio para a auditoria na Unimed Fortaleza. Identidade por ser prática da auditoria que vai discernir os melhores caminhos para resolver problemas de solicitações que comprometem a decisão sobre os custos e procedimentos e que é atribuição entendida pelos respondentes no sentido da regulação e prevenção. Implica em um prisma pelo qual os processos são observados e analisados, regulando as atividades e apontando desvios e pontos que merecem atenção em sua atividade. A auditoria “desenvolve como atividade analisar todas as solicitações que chegam à operadora (...) buscando fazer uma autorização de forma estruturada” (ENTREVISTADO A).

O Regimento Interno da Unimed Fortaleza, no artigo 89, clarifica uma das finalidades da auditoria que é a verificação dos pedidos de atendimento em conformidade com a cooperativa e sua orientação dentro do sistema interno, já que “todas as internações, exames e procedimentos, deverão ser realizados somente após a autorização prévia da Unimed Fortaleza” (UNIMED FORTALEZA, 2019, p. 48). Nesse sentido a atividade auditora não se insere no fluxo para interrompê-lo ou restringi-lo, mas ordenar e averiguar no sentido preventivo.

Os pedidos para internação hospitalar ou procedimentos ambulatoriais deverão ser encaminhados ao setor competente da Cooperativa, especificando claramente os motivos da solicitação, o código, o procedimento e local do atendimento (UNIMED FORTALEZA, 2020, p. 43).

A auditoria, ainda, atua não apenas na recepção das demandas, mas, também, na relação direta com pacientes e cooperados no sentido preventivo, assim o Regimento Interno ainda assevera essa interlocução, que é entendida nesse trabalho como necessária para orientar o bom andamento da atividade médica e uma forma de aproximar os cooperados das normatizações, como norteamto das atividades, ao determinar que “o médico cooperado se obriga a permitir o livre acesso da auditoria multidisciplinar da Cooperativa, *in locu*, facilitando as rotinas de auditorias nas áreas técnica e administrativa” (UNIMED FORTALEZA, 2019, p. 46).

Os regulamentos são importantes em uma organização onde as demandas se atualizam constantemente, impulsionadas pelas necessidades de seus pacientes, inovações tecnológicas em tratamentos e equipamentos, bem como por mudanças no cenário econômico. A pandemia de Covid-19, neste ano de 2020, por exemplo alterou não apenas as formas pelas quais as demandas por atendimento são tratadas, mas todo um fluxo de operações nos tipos e qualidades de atendimento dos pacientes, bem como os cuidados de saúde em todo o encadeamento de relações entre paciente e cooperativa médica. Novas modalidades de atendimento foram implantadas e/ou aceleradas nesse novo cenário, por exemplo, para isso os protocolos precisaram ser atualizados e/ou criados e implantados para dar conta dessa realidade sem perder de vista a excelência nos cuidados de atendimento em saúde (UNIMED FORTALEZA, 2020).

A necessidade da padronização representa o anseio dentro da realidade dos respondentes, visto que sua atividade carece de parâmetros claros para realizar avaliações e responder de modo justo e ético aos demandantes. Percebe-se nas respostas que todo o processo envolve diversos atores e que um padrão se faz necessário para que o fluxo do atendimento possa contemplar a decisão sobre materiais, o cruzamento com várias especialidades e protocolos baseados em estudos. O desafio encontra-se implícito na formação do argumento ao afirmá-la como fundamento da atividade auditora. Visto que essa atribuição não se faz sozinha nem desamparada legalmente, é um imperativo manter um padrão que vai transformar-se em regulamentação para os cooperados no sentido de controlar os custos e manter a qualidade em saúde.

Identidade, necessidade e desafio são percepções que ajudam a entender melhor as dimensões de monitoramento e vigilância (WEERSMA et al., 2015), avaliação contínua e assessoramento (PAES; MAIA, 2005) e da sustentabilidade da organização (LUDMER; LUDMER, 2013). Se a padronização de análises de procedimentos é um ponto sensível para

os respondentes acerca da atividade de auditoria, as decisões sobre custos e procedimentos se tornam um campo de análise bastante profícuo. Paes e Maia (2005) consideram as contribuições dessa atividade como decisórias para o controle e a regulação dos serviços assistenciais, por adequar recursos e equilibrar custos das operadoras.

A pressão sobre essa atividade num ambiente corporativo é percebida por Fernandes e Backes (2010), apontando para sua importância em definir os custos assistenciais e manter sua atividade de modo sustentável no mercado. Nesse sentido, as variantes apontadas pelos respondentes mostram uma consciência dessa realidade e uma percepção clara dos pontos de pressão e comprometimento desses custos nos âmbitos da atuação preventiva, nas comunicações com os parceiros cooperados e na manutenção do fluxo dos processos de atendimento com sustentabilidade financeira, conforme apresentado nos trechos selecionados das entrevistas que destacam decisões sobre custos e procedimentos, como demonstrado na figura 7.

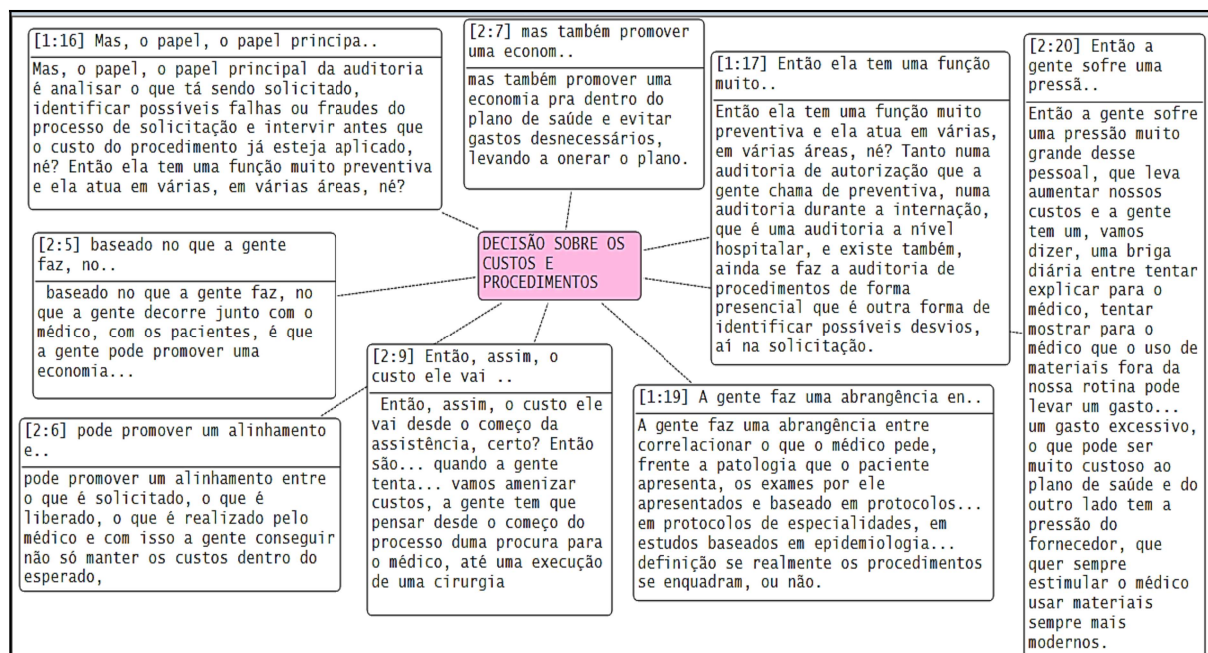


Figura 7 – Citações relativas à decisão sobre custos e procedimentos.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Evidencia-se nos trechos de respostas selecionados na figura 7 que há grande preocupação em proporcionar um atendimento de qualidade aos pacientes, entendida como tratamento de saúde necessário e corretamente aplicado para satisfazer o cliente, de modo equilibrado do ponto de vista dos custos assistenciais com todos os procedimentos e materiais

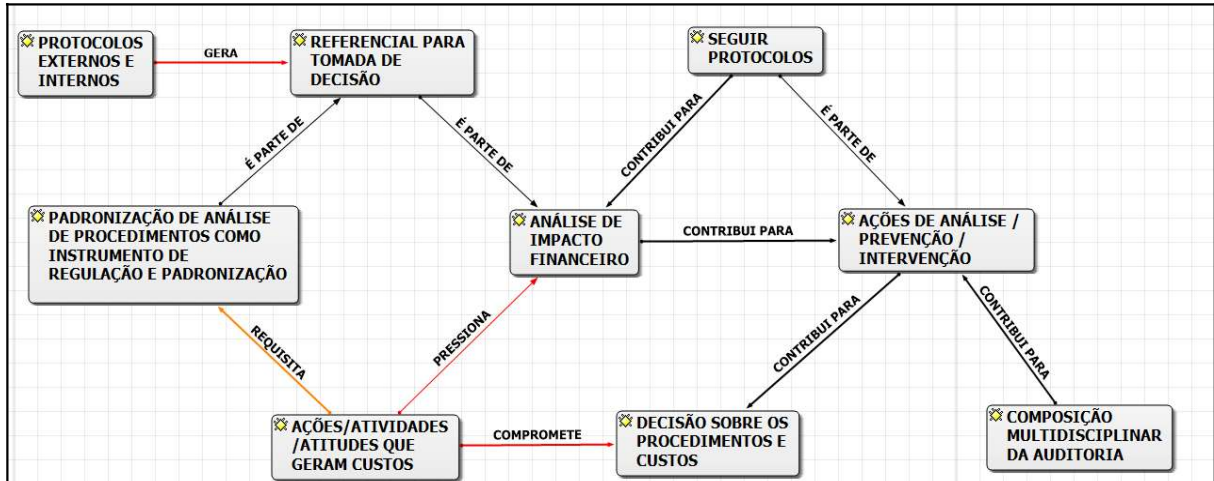
solicitados. Pode-se enumerar essa preocupação a partir dos núcleos das citações dessa figura: Prevenção, monitoramento, alinhamento interno das solicitações, e economia de gastos.

Neste momento as melhores práticas médicas, ancoradas em preceitos éticos, sempre na busca da melhor solução para o cliente/paciente devem ser consideradas. Há de se lembrar dos prazos regulatórios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em suas resoluções específicas (RN 259 de 2011 e RN 395 de 2016) (COURI, 2019).

A qualidade do atendimento é o horizonte, no qual se baseiam as decisões citadas por Couri (2019). Ainda assim, de acordo com os respondentes, pode-se ainda vislumbrar campos de pressão na atividade auditora. As inovações tecnológicas trazem melhoramentos aos tratamentos de saúde. Marujo e Martins (2006) tratam desse assunto relacionando-o às inovações que aumentam a qualidade de vida dos idosos, o que é bom, porém gera impactos financeiros à saúde suplementar visto que os custos com tratamentos aumentam (BABSKEY, 2017). Embora esse seja um bom sinal para a qualidade de vida da população, precisa ser internalizado na operadora a ponto de os protocolos tratarem a questão também do ponto de vista da sobriedade financeira. A pressão exercida pelos fornecedores sobre os médicos, relatada nas entrevistas, é motivo de preocupação por parte dos auditores e pressiona sua atividade, isso fica mais claro no mapa semântico, figura 8, quando se observam os dois campos sensíveis apontados pelos respondentes em relação com as outras categorias que emergiram das entrevistas.

No mapa semântico, percebe-se os campos padronização de análise de procedimentos e decisão sobre os custos e procedimentos em relação de dependência. Na percepção dos respondentes são características da auditoria a regulação e a padronização de procedimentos, estando diretamente associado à análise do impacto financeiro, função inicial da auditoria. Complementando essas características, entende-se ainda essa padronização como um guia para a tomada de decisões, cuja fundamentação está nos protocolos internos e externos a serem seguidos.





Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Então, dentro deles a gente age de acordo com os protocolos pré-definidos por sociedade, ou por nós, certo? E aí tomamos as decisões. (...) É impossível se fazer uma auditoria hoje sem, sem uma atualização por meio de protocolo, pesquisa científica. (...) Ela, ela tenta uma padronização das solicitações, ou seja, das deliberações, pra que tem uma coisa, mais ou menos equitativa, padronizada entre, entre o que foi solicitado e o que realmente será executado. E também a parte em termos de... tanto de procedimentos, como de materiais (ENTREVISTADO A).

É interessante observar o princípio da equidade permeando a dependência dos protocolos e regulações para os processos decisórios. Por outro lado, essa padronização tem repercussão na atuação preventiva e nas intervenções que se fazem necessárias, principalmente nas solicitações com desvios.

Tanto numa auditoria de autorização que a gente chama de preventiva, numa auditoria durante a internação, que é uma auditoria a nível hospitalar, e existe também, ainda se faz a auditoria de procedimentos de forma presencial que é outra forma de identificar possíveis desvios, aí na solicitação (ENTREVISTADO B).

Observou-se no tratamento do texto que para que as relações com os cooperados, fornecedores e clientes seja efetiva é necessário o desenvolvimento da capacidade comunicativa contribuindo para a padronização dos processos, além de facilitar a interlocução com os diversos setores. Sobre isso, os respondentes acrescentam que há grande vantagem em se compor a auditoria com uma equipe multidisciplinar, dadas as especialidades médicas e suas especificidades, indo ao encontro de Koyama (2006), para quem o investimento em sinergia das equipes contribui para o controle de gastos, sendo essa uma característica da modernidade.

Couri (2019) classifica duas formas de atuação e composição da auditoria referentes ao tipo e custo agregado, a de profissionais generalistas, responsável pela maior demanda de atendimentos e com menores custos envolvidos, e a de profissionais especialistas, principalmente de OPME. “Neste nível trabalham neurocirurgiões, ortopedistas, cirurgiões vasculares, cirurgiões bucomaxilofaciais entre outras especialidades. Estas representam a curva A dos procedimentos com maior valor agregado” (COURI, 2019, p. 1).

Nos campos de pressão, as solicitações com desvios comprometem as decisões sobre os procedimentos. Decisões a partir de solicitações em desacordo com as normas da operadora vão pressionar e comprometer a qualidade do atendimento com racionalização de custos e, nesse campo, os auditores retomam as funções de monitoramento e avaliação preventiva como solução.

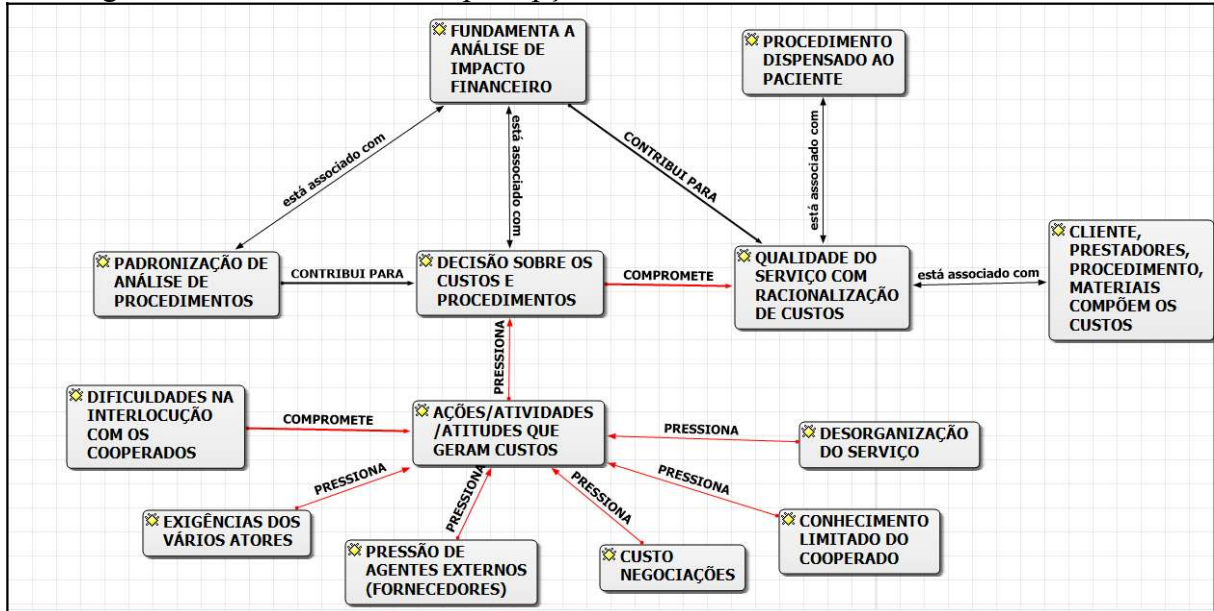
### **4.3 Concepção dos médicos auditores acerca de custos assistenciais**

Os sujeitos da entrevista entendem os custos assistenciais como todos os custos referentes ao atendimento do cliente, desde sua entrada no sistema até sua saída. Compõem esses custos os materiais, procedimentos, equipamentos e serviços. É consenso para os entrevistados que a padronização dos processos e o conhecimento e aplicação dos protocolos de atendimento pelos cooperados pode trazer grandes contribuições - quando não, solucionar – para a qualidade do atendimento e a racionalização de custos sem descuidar da satisfação dos entes envolvidos no processo. Essa percepção encontra respaldo em Zucchi, Del Nero e Malik (2000) e em Sousa e Salvalaio (2010) quanto à composição sua relação com a sustentabilidade respectivamente.

A figura 9 apresenta a relação entre os elementos dos custos assistenciais supracitados e as relações de força presentes nos processos auditados. A qualidade dos serviços com a racionalização dos custos foi a finalidade indicada pelos entrevistados para a auditoria e, como fim, ampara-se na padronização da análise dos procedimentos, que parametriza os processos de decisão. Nesse sentido, as interdependências apresentadas devem ser entendidas na busca da concretização dessa finalidade. Andrade e Porto Júnior (2004) enfatizam esse aspecto ao apontar o desenvolvimento de novas tecnologias médico-hospitalares e incrementos na farmacologia como promotoras de maior qualidade de vida e

longevidade, salientando a necessidade de constante adequação aos novos parâmetros, o que tem repercussão nos custos assistenciais.

Figura 9 – Rede semântica da percepção dos auditores sobre os custos assistenciais.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Destacada sua importância na interlocução com as diversas especialidades, a composição de uma equipe auditora multidisciplinar é vista como facilitadora da agilidade na resolução de processos, visto que conhecer das muitas especificidades das especialidades médicas é uma vantagem numa tomada de decisão por aprovar, ou não, procedimentos. As contribuições de uma equipe com esse perfil têm como fim a padronização da análise dos procedimentos médicos, cuja dimensão preventiva é enfatizada nas entrevistas e relacionada com a qualidade do serviço com a racionalização de custos assistenciais.

A tomada de decisão sobre os custos assistenciais tem suas implicações em todo o processo e, como finalidade da auditoria, precisa estar fundamentada em uma documentação correta, no conhecimento dos solicitantes sobre as finalidades de suas solicitações e de suas adequações ao rol de serviços disponibilizados pelo plano (LUDMER; LUDMER, 2013). Assim, a partir das enunciações dos respondentes, pode-se inferir que os processos atuais precisam de formas de análises mais uníssonas, mais coesas, padronizadas, para que as tomadas de decisão ocorram de modo adequado, mantendo o fluxo do atendimento e o controle dos custos assistenciais.

A tomada de decisão sobre os procedimentos é um dos campos de disputa da atividade de auditoria, impactando no controle dos custos assistenciais. Os respondentes

entendem esse campo como sensível a pressões e comprometimentos variados. Foram enumeradas as relações com os entes externos como fornecedores, com os clientes, com os cooperados e com outros auditores, além das demandas impulsionadas pelos avanços das tecnologias, inclusive da informação e comunicação. Em linhas gerais, de acordo com as enunciações dos respondentes, as relações desses entes com a auditoria na decisão por autorizar procedimentos é sensível e pode comprometer a finalidade supracitada, da qualidade do serviço com racionalização de custos assistenciais. Essas relações e aspectos sensíveis serão discutidos a seguir.

Na composição dos custos assistenciais, os fornecedores fazem parte da relação de parceria e do desenvolvimento do atendimento dos clientes com qualidade e satisfação. Seus produtos servem às diversas finalidades no atendimento de saúde e cada inovação possibilita avanços em tratamentos de saúde. Na visão dos respondentes, essa relação compromete a avaliação do atendimento na medida em que pressiona, por intermédio dos cooperados, à adoção de equipamentos, procedimentos e/ou medicamentos mais modernos e/ou inovadores, “mais avançados e que muitas vezes materiais não são ainda definidos pela ANS como autorizados, que não tem protocolos de utilização dentro do próprio plano de saúde, ou até mesmo dentro da ANS” (ENTREVISTADO B, 2020). Pode-se inferir que há aqui uma relação que escapa ao controle interno da auditoria, e que, por sua natureza, pode inclusive contribuir com a solução de problemas em saúde, porém, precisa ser entendida dentro da racionalização dos custos assistenciais e, nesse sentido, ser ajustada no trato com os cooperados no sentido do entendimento daquilo que está em acordo com os protocolos da ANS, bem como com os protocolos e a regulação interna da entidade.

O fluxo dos procedimentos de auditoria está diretamente ligado às demandas que os cooperados e colaboradores geram por meio do atendimento ao cliente/paciente, impactando no controle dos custos assistenciais. Nesse aspecto, os respondentes ressaltam que os pontos sensíveis estão relacionados às especificidades dos tratamentos das especialidades, à dificuldade de interlocução com os colaboradores e cooperados com ênfase ao desconhecimento destes sobre os protocolos e âmbito de cobertura dos planos de saúde em relação aos tratamentos, exames e equipamentos utilizados, pondo em questão a necessidade e efetividade de suas solicitações. Nesse sentido, as consonâncias sobre a defasagem de conhecimento sobre as coberturas e procedimentos do plano de saúde pelos cooperados apontam para uma necessidade cada vez maior de uma boa interlocução e de um eficiente trânsito de informações para diminuir essas dificuldades.

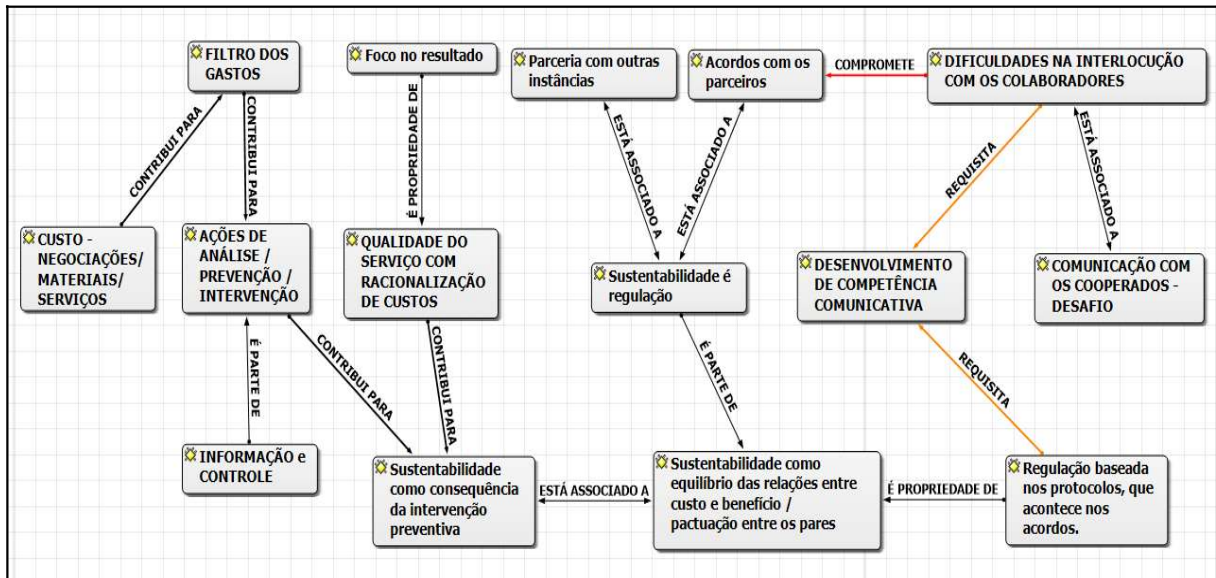
Por fim, o cenário demonstra que os pontos de pressão sobre a atividade auditora no controle dos custos assistenciais são de natureza técnica, em parte informativa e pragmática. A organização de um processo de auditoria, cuja comunicação dos diversos setores seja facilitada e promovida, pode cooperar para diminuir alguns pontos de pressão como as expedições dos cooperados e o trato com fornecedores e parceiros, contribuindo para melhor informação e melhor tratamento das demandas e maior qualidade e capacidade de atendimento de todos os entes envolvidos.

Percebe-se, a partir dessa interpretação de dados, que os custos assistenciais são entendidos pelos auditores como o fator que parametriza a análise de todos os processos e implica na composição de instrumentos reguladores e padronizações da cooperativa, inclusive. Nesse sentido, explica-se a necessidade constante de atualização e de busca por melhorias tecnológicas e de comunicação interna a fim de melhorar o controle sobre os custos assistenciais. O pensamento dos auditores vai ao encontro da verticalização do atendimento (SOUZA; SALVALAIO, 2010), da melhoria contínua da comunicação interna e de uma composição multidisciplinar da equipe (KOYAMA, 2006), do monitoramento e ação preventiva dos procedimentos (WEERSMA et al., 2015) e da busca pela qualidade (GAMARRA, 2018; UNIMED FORTALEZA, 2020), no sentido de um maior controle dos custos assistenciais.

#### **4.4 Atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da sustentabilidade econômica**

O aspecto da sustentabilidade tem sua representação baseada na tríade equilíbrio, prevenção e regulação como apresentado na figura 10, onde explicitam-se as ramificações e suas relações internas. As ramificações apresentadas do ponto de vista dos respondentes evidenciaram três campos que se inter-relacionam nos desafios da comunicação interna e com os sujeitos dos processos: cooperados, prestadores e clientes. No conceito de sustentabilidade como regulação ou ato regulador e na prevenção dos gastos excessivos e/ou fora de uma estratégia de antecipação de situações de aumento de custos.

Figura 10 – Rede semântica dos custos assistenciais e sustentabilidade econômica.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

A regulação ocupa a centralidade dos discursos no sentido da organização das ações e da instrumentalização dos protocolos para orientar as auditorias, inclusive com a parceria com outras instâncias como o departamento jurídico. Os respondentes salientam a importância das ações da auditoria no sentido de orientar os fluxos de atendimento em relação ao uso de materiais, tratamentos especializados e internações.

O ramo que interpreta a sustentabilidade como equilíbrio das relações de custo e benefício e da pactuação de procedimentos entre os pares destaca que essa relação se dá no caminho da comunicação entre auditores e cooperados, e auditores e prestadores de serviço, sendo a competência comunicativa uma necessidade a ser desenvolvida para essa finalidade. A regulação por meio dos protocolos deve acontecer nos acordos firmados entre os agentes do atendimento de saúde e a auditoria no sentido de mobilizar esforços para diminuir ou evitar procedimentos fora dos padrões estabelecidos e com demandas que não se justificam com embasamento científico. Os respondentes consideram sensível esse campo de tal modo que tornam perceptível a comunicação entre os pares como um desafio a ser enfrentado.

Apontada como um ponto crítico, requerendo atenção, a comunicação é tratada pelos respondentes na perspectiva da interrelação entre os participantes do fluxo de

atendimento e em função da qualidade com racionalização de custos assistenciais. Isso exige o desenvolvimento das capacidades comunicativas e de interlocução, sendo importante atentar para possíveis ações visando construir procedimentos, competências e habilidades nesse campo, diminuindo as falhas nos processos, a fim de que os acordos firmados com os parceiros sejam mais firmes e duradouros.

Outra questão apresentada pelos entrevistados é a da sustentabilidade como resultado da ação de intervenção preventiva, o que tem estreita relação com o desenvolvimento de estratégias de controle dos custos assistenciais. Ao apontar a categoria sustentabilidade como equilíbrio da relação custo-benefício pactuado entre os pares, os respondentes propõem que os modelos de gestão sejam mais eficientes, apontando para a melhoria da capacidade comunicativa dos auditores que os tornem capazes de uma interlocução mais resolutiva e mediadora com os médicos solicitantes.

Eu acho que ela contribui justamente nisso que eu falei. Tendo a capacidade de intervir antes do processo de autorização acontecer. E acho que aí é que é o papel da auditoria. Se não for feito isso... por isso que aí entra algumas coisas da auditoria que nem todo auditor gosta. Por exemplo: o contato com o médico assistente. O Contato com o médico assistente, no meu ver, na minha experiência, ele muda muita coisa. Porque você consegue criar um... naquela ligação uma situação de relacionamento que, dependendo de como você expor, você consegue reverter algumas coisas, claro que tem situações extremas (ENTREVISTADO D).

Essa atuação de mediação tem respaldo em Sousa e Salvalaio (2010) sobre modelos mais adequados de gestão, como também responde as inquietações de Ludmer e Ludmer (2013) acerca da atividade auditora como um âmbito de resolução de conflitos. Isso requer qualificação constante nas várias especialidades, protocolos mais transparentes, porém não funciona bem sem uma rede de associados constantemente trabalhada para a compreensão do alcance de suas ações e do comprometimento com o meio cooperativo.

As relações entre esses campos são apresentadas no sentido da qualidade do serviço com a racionalização dos custos. Fica latente a necessidade do controle dos gastos como forma de dar sustentabilidade à prestadora e para isso são demandados o controle rigoroso dos processos, a visão de futuro no atendimento para a decisão sobre os procedimentos mais eficazes para diminuir o custo geral. Pois o “uso daquilo vai impactar as vezes lá na frente, em menor tempo de internamento, ou menor número de internamento, de efeitos colaterais...” (ENTREVISTADO A). Essas interdependências, segundo os

entrevistados, são responsáveis pela sustentabilidade da operadora e podem trazer benefícios significativos a todos os processos auditáveis.

#### **4.5 A atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da qualidade em saúde**

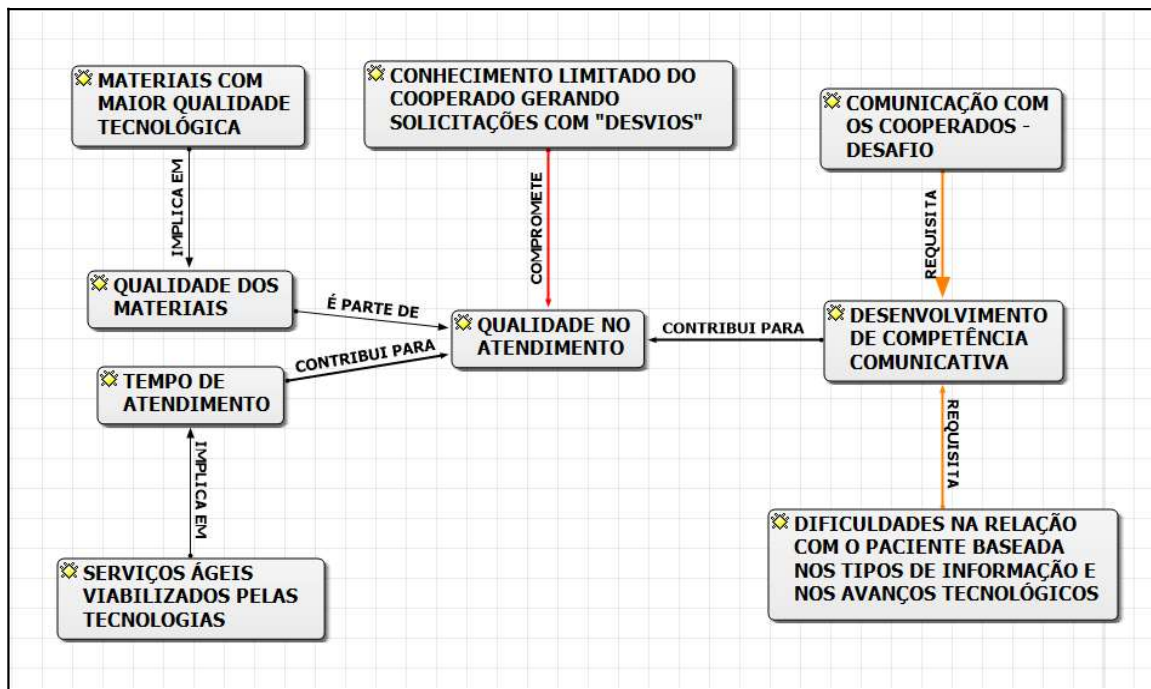
Como ressaltado pelos participantes da pesquisa, a relação entre os custos assistenciais e a qualidade da saúde na cooperativa médica passa pela agilidade no serviço e na qualidade dos materiais utilizados, resultando em maior efetividade e qualidade no atendimento. A figura 12 relaciona os códigos elencados nas enunciações dos auditores, apresentando suas relações de força e os campos distintos da atuação da auditoria acerca dessa questão, num sentido de compreender como se inter-relacionam e correspondem. Qualidade no atendimento é um campo para onde convergem as melhorias em tecnologias, a qualidade dos materiais, como também a agilidade no atendimento. Por outro lado, a comunicação com os cooperados sofre a pressão causada pelo que os respondentes consideram um conhecimento limitado do alcance do plano e dos padrões da cooperativa por parte dos cooperados, o que gera solicitações em desacordo com o plano.

Eu acredito que as novas tecnologias que estão são, são... enxurradas assim, a toda prova, são imputadas para nossos médicos assistentes, né? E apresentado de forma indiscriminada, sem o crivo de uma sociedade, sem o crivo de um comitê de especialidade...esse excesso de informação, às vezes até do próprio paciente, que não tem esse filtro do que realmente seja necessário para uma saúde boa, uma saúde com assistência de qualidade... ele tá sempre nesse tripé: a gente tem muita informação, mas essas informações essas novas tecnologias deviam ser realmente adicionadas... as nossas dia a dia, ou é só mais uma indústria que tá ali? A gente tem que ser analisado (...) isso causa impacto financeiro muito grande. Isso causa um desequilíbrio. Porque nem sempre aquilo ali vai ser o que é melhor para o paciente, ou que é melhor para seu tratamento no equilíbrio de boa saúde, boa assistência e sustentabilidade (ENTREVISTADO C).

Chama-se a atenção, também no campo do desenvolvimento de uma interlocução mais qualificada a relação o tipo de conhecimento das inovações tecnológicas por parte dos pacientes, dentro do campo da facilidade de acesso à informação, que pressiona o atendimento no sentido de exigir um tratamento que muitas vezes não está disponível na cooperativa, ou mesmo para a cobertura do plano de saúde.



Figura 11 – Rede semântica da relação entre custos assistenciais e qualidade da saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

A qualidade de materiais contempla tanto as inovações tecnológicas, que trazem melhoramentos em tratamentos mais eficientes e menos invasivos, quanto a discussão sobre sua qualidade e pertinência diante dos custos ao plano. Por outro lado, ainda é incipiente a apropriação desse conhecimento entre cooperados e auditores. O campo da agilidade também inclui as tecnologias como ferramentas fundamentais para um melhor serviço prestado a partir de software mais robusto e com maior segurança na transmissão dos dados necessários à uma melhor análise dos casos, integrando a informação e coordenando “as ações entre os diversos membros da equipe profissional de atendimento, e ao mesmo tempo fornecer apoio à gestão e à estratégia, inclusive sinalizando com processos inovativos ou até mesmo disruptivos” (GUEDES JÚNIOR et al., 2020, p. 52). Este cenário apresenta a comunicação com os cooperados ainda como um desafio, desta feita no sentido de uma maior compreensão das diretrizes da ANS, bem como das diretrizes elaboradas pela operadora a partir da ANS, o que gera muitos pontos obscuros nas solicitações e análises de tratamentos adequados.

(...) quanto mais a gente tenta explicar, tenta justificar ao médico assistente que aquele material pode ser substituído por um outro de qualidade semelhante e que de efeito semelhante. A gente sofre uma pressão negativa por parte deles e que eles não querem aceitar... e a gente não tem como bater de frente com o médico. A gente tem regras a ANS impõe certas regras que a gente precisa seguir, precisa alinhar com esses médicos para que a gente consiga reduzir custos (ENTREVISTADO C).

Para os entrevistados, a relação entre a qualidade em saúde e os tipos de serviços dispensados ao cliente é o laço mais forte de todo o procedimento de auditoria. Desta forma, ao elencar a qualidade dos materiais e o nível avançado em tecnologia, eles consideram sua importância como parte da qualidade do atendimento, já que, do ponto de vista econômico, “reduz custos, reduz gastos, reduz tempo de internação” (ENTREVISTADO C) e, nesse sentido, integra a finalidade da auditoria como missão já que, com base nesses conhecimentos, precisa “buscar (...) sempre que a melhoria da qualidade de saúde seja associado também a essa qualidade de materiais” (sic). Isto leva a entender o quanto a comunicação interna é importante para que esse atendimento tenha qualidade. Para isso, foram apontadas áreas sensíveis para esse processo que comprometem, na visão dos respondentes, a atuação da auditoria e mais ainda a qualidade do serviço prestado à qual é atribuída a qualidade da saúde: a comunicação interna para padronização de atitudes, para organização dos processos e no contato com os médicos assistentes.

A relação entre a comunicação interna e a qualidade, apontada pelos auditores encontra ressonâncias em Ferreira (2004) e em Almeida et al. (2010), para quem há uma responsabilidade coletiva na produção da qualidade dos serviços de uma empresa. O atendimento é uma das preocupações dos auditores em relação à qualidade em saúde, sendo o tempo a característica destacada em suas respostas. Como velocidade relativa à quantidade de materiais a serem avaliados que podem resultar em agilidade no tratamento do paciente e isso está associado ao preenchimento correto das solicitações e ao conhecimento da cobertura do plano pelos cooperados, assim como por um sistema informatizado que evite retrabalhos e acúmulo de ações para cada atendimento.

Desde é... o desconhecimento de quem tá fazendo o pedido. Que às vezes é ... coisas que podia se resolver com uma quantidade menor de exames, se pede uma tonelada de exames! Então desde o conhecimento do, de quem tá solicitando. Conhecimento relacionado a regulação da Agência Nacional de Saúde que nem... a maioria dos médicos não sabem o que é que realmente o cliente tem direito. Acabam pedindo uma série de coisas além do que está na... determinado pela Agência Nacional de Saúde (ENTREVISTADO B).

Relaciona-se à qualidade do atendimento o conhecimento que o cooperado tem acerca do plano, das coberturas, dos protocolos e das formas pelas quais os processos são

desenvolvidos. Isso tem um impacto muito forte por comprometer os processos de auditoria e mostra-se como um campo sensível que pressiona e compromete a atividade auditora.

#### **4.6 Dificuldades e oportunidades da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais**

Nessa subseção, são analisadas as dificuldades e oportunidades de melhoria da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, envolvendo temáticas diversas, em alinhamento com os estudos empíricos previamente levantados, bem como em conformidade com os resultados da pesquisa de campo.

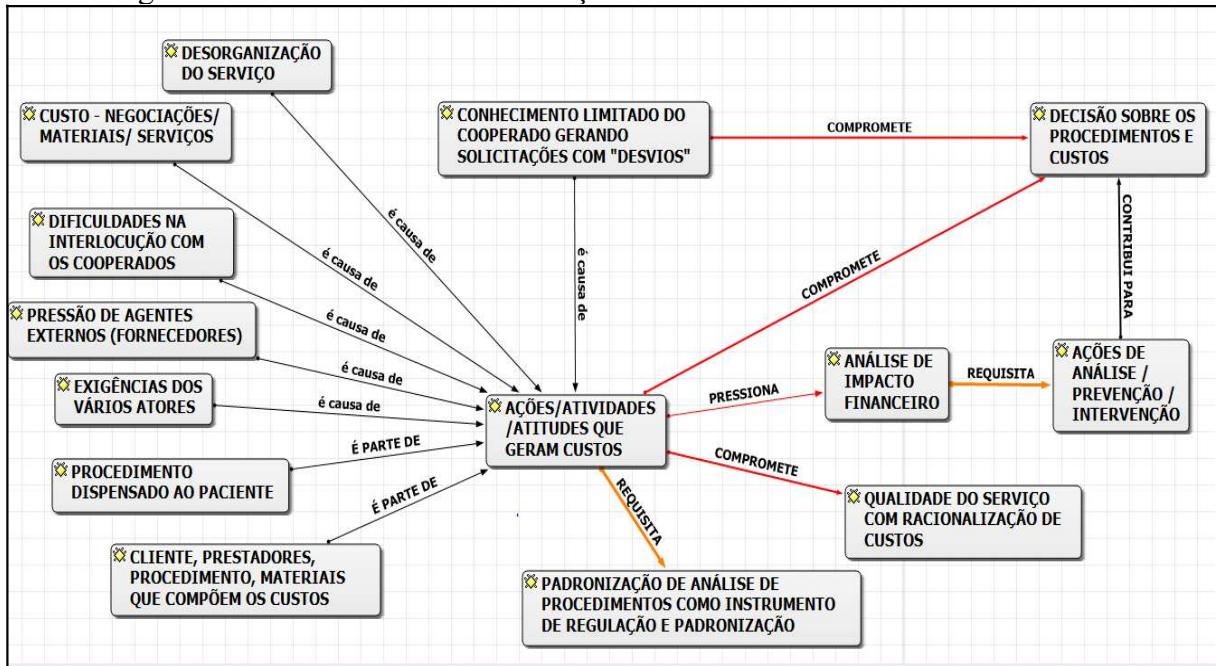
Inicialmente, são discutidos os códigos que compõem a geração dos custos sob os aspectos da pertença e da relação causal, de acordo com os respondentes. Assim esses geradores são divididos para efeitos didáticos em colaboradores e comunicação, agentes externos, materiais e negociações e exigências dos vários atores. Por outro lado, a geração de custos está ligada às decisões sobre as adequações sobre os procedimentos liberados e essa conexão requisita padrões de análise para regulação. Além dessas relações, emerge daí o comprometimento da qualidade do atendimento.

Zucchi, Del Nero e Malik (2000) concentram custos assistenciais no campo dos gastos com o atendimento em saúde. Andrade e Porto Júnior (2004) incorporam os custos assistenciais aos modelos de gestão e ao aprimoramento da auditoria. Explicam que desenvolvimento de equipamentos, tratamentos e medicamentos com forte base tecnológica, o aumento da expectativa de vida, inclusive por essas tecnologias e a assimetria da informação são elementos que influenciam e pressionam esses custos, gerando demandas e exigindo atualizações constantes de protocolos e dos atendimentos.

O mapa semântico Figura 12 apresenta os elementos que naturalmente geram custos: clientes, prestadores, procedimentos, materiais, serviços, negociações. E elementos que na atividade da cooperativa pressionam a geração de custos e/ou requerem uma atividade interventiva mais cirúrgica. Compõem esse mapa, além da categoria ações/atividades/attitudes que geram custos, a decisão sobre procedimentos e custos e a análise do impacto financeiro como atividades que são comprometidas ou pressionadas por essa geração de custos e a padronização da análise de procedimentos como elemento requisitado para auxiliar no

monitoramento e prevenção dos gastos. De fato, todas as relações estabelecidas pelos códigos elencados vão comprometer a finalidade da atividade auditora qual seja a prestação de um serviço de saúde com qualidade com a racionalização dos custos, se não tratados adequadamente.

Figura 12 – Rede semântica das relações entre custos assistenciais e auditoria.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Os auditores apresentam as decisões e requisições dos médicos como atitudes comprometedoras e geradoras de gastos. “Eu acho que muitas vezes é a caneta do doutor!” (ENTREVISTADO A). Seus relatos dão ênfase à falta de conhecimento sobre os parâmetros de avaliação dos procedimentos, sobre as coberturas e os processos, às atitudes que destoam do cooperativismo, o que poderia significar a falta de uma pertença que precisa ser construída com eles e às pressões que são exercidas pelos elementos externos, inclusive pelas inovações tecnológicas.

(...) quanto mais a gente tenta explicar, tenta justificar ao médico assistente que aquele material pode ser substituído por um outro de qualidade semelhante e que de efeito semelhante. A gente sofre uma pressão negativa por parte deles e que eles não querem aceitar... e a gente não tem como bater de frente com o médico. (ENTREVISTADO C).

Esses itens atitudinais colocam em questão a forma como protocolos são comunicados e/ou compartilhados no interior da cooperativa. Nesse sentido, comunicar não significa convencer, mas apenas dar a conhecer, o que cria uma necessidade constante de adaptação do sistema, dadas as circunstâncias, para conquistar a adesão à mentalidade cooperativista.

Eu acho que o maior entrave mesmo da gente é, às vezes, é o próprio cooperado que tá na ponta, certo? É um dos entraves da gente poder ter um direcionamento, ou seguir os protocolos mais à risca, porque realmente a gente tem vários ônus e vários... que a gente tem que... eu acho que se a gente conseguisse fechar e fizesse o que aquela especialidade seguisse aquele protocolo, que fosse uma coisa fechada entre cada especialidade, eu acho que a gente deveria... a gente ganharia muito. (ENTREVISTADO A).

A necessidade de um padrão a ser seguido, de um protocolo é recorrente nas respostas e nos anseios dos auditores, isso é encontrado sob variadas aplicações. Garantia da fidedignidade, legitimidade e integridade dos procedimentos da cooperativa (UNIMED FORTALEZA, 2020), manutenção da qualidade, bom relacionamento com os clientes e sustentabilidade da organização, qualidade no ambiente de trabalho (UNIMED FORTALEZA, 2014).

Os agentes externos, fornecedores, prestadoras e tecnologias também são elementos que podem forçar a geração de custos assistenciais acima dos limites. Nesse ponto, é importante atentar que aqui essa relação é mais sutil. Não se pode negar que os avanços tecnológicos contribuíram sobremaneira para a diminuição e tratamento de doenças, inclusive tornando cirurgias e exames menos invasivos e convalescenças menos sofríveis, portanto, a ciência e mais ainda o senso comum atribuem aos avanços tecnológicos grande importância. Essa relação é potencializada nas relações com os fornecedores, porém, num sentido mais comercial. Isso reverbera nas solicitações o que pode reforçar indisposições entre os pares e muitas vezes situações conflituosas, inclusive do ponto de vista ético, já que a saúde do paciente é a finalidade da assistência médica, mas a saúde financeira da cooperativa entra nessa relação para manutenção inclusive desse atendimento ao paciente. Equilibrar essa relação, sem perder a qualidade na oferta do serviço de saúde, é um desafio para os auditores.

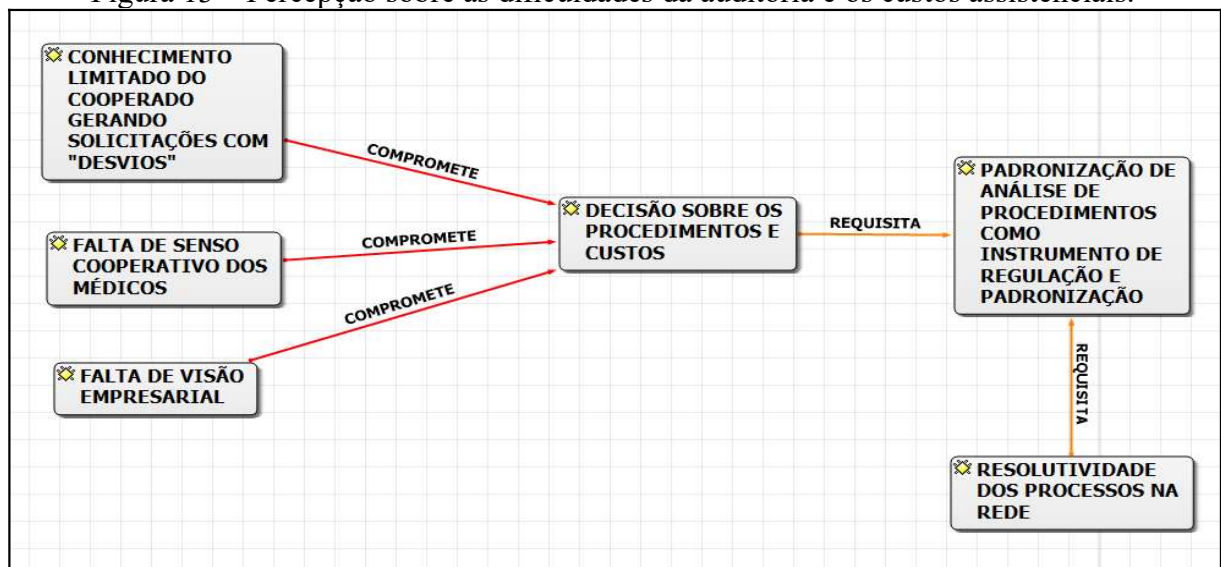
Difícil você equilibrar uma operadora com um número enorme de novos serviços chegando, né? A questão da organização do serviço na operadora mesmo. Da organização da auditoria. Tudo isso interfere. Então, vem de quem tem essa... de quem está solicitando, vem de quem está realizando auditoria, vem de quem tá executando lá no prestador o serviço, vem da relação com o prestador que às vezes não é muito simples, né? Aquela história: o prestador quer ganhar mais! O médico quer ganhar mais! A operadora precisa se sustentar, precisa ter seu lucro, para se sustentar. Então, é... São muitos os fatores que interferem nessa questão dos custos assistenciais. Multifatores! (ENTREVISTADO B).

Fica claro na resposta do auditor que são muito os campos de pressão, assim como são diversos os agentes. Nesse sentido, a manutenção e o equilíbrio dos custos assistenciais passam pela estruturação da atividade auditora contemplando a comunicação, a formação, a

interdisciplinaridade, a padronização dos protocolos e, agora o convencimento do cooperado sobre os significados que tem a atividade cooperativa em saúde. “A conscientização, sensibilização e a sensibilização da sustentabilidade dele mesmo... de ter isso enraizado no pensamento da caneta, certo?” (ENTREVISTADO A).

A decisão sobre os procedimentos é parte da atividade auditora que lida diretamente com o equilíbrio dos custos assistenciais. Na percepção dos auditores participantes dessa pesquisa, algumas características do perfil do cooperado e dos colaboradores comprometem essas decisões, requisitando maior empenho e qualificação dos auditores. A falta de visão empresarial, a falta de senso cooperativo dos médicos e o conhecimento limitado sobre as regulações, coberturas de planos e resoluções da cooperativa implicam em decisões que podem comprometer os custos assistenciais e, nesse sentido, os auditores requisitam maior padronização das análises, inclusive como instrumento de regulação para aumentar a efetividade dos processos, como pode ser visualizado na figura 13.

Figura 13 – Percepção sobre as dificuldades da auditoria e os custos assistenciais.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

A repercussão desses campos de pressão sobre as decisões sobre os procedimentos pode gerar maior demanda de tempo de atendimento, maiores gastos, maior quantidade de conflitos e perda da qualidade do atendimento, o que é extremamente prejudicial à operadora. O Código de Ética (UNIMED FORTALEZA, 2014) apresenta os cooperados como o alicerce do Sistema Unimed. Nesse sentido, a falta de senso cooperativo por parte dos médicos compromete as decisões sobre os procedimentos a serem auditados. Entre outras, as responsabilidades dos cooperados são “prestar orientações e informações claras e confiáveis, de forma transparente” (p. 22), entretanto, conhecimento limitado do cooperado, (Fig. 14), é um código que aponta para a necessidade de manter a informação sobre a cooperativa sempre

circulando e renovando os conhecimentos acerca dos planos, das coberturas, dos procedimentos e das solicitações.

As decisões sobre procedimentos e custos, dadas as questões supracitadas, impõem padrões a serem seguidos por todos os envolvidos no fluxo do atendimento de saúde, com especial responsabilidade dos cooperados e colaboradores, de acordo com os respondentes. A atividade de auditoria é apontada no Relatório de Gestão e Sustentabilidade de 2018 (UNIMED FORTALEZA, 2018) como instrumento efetivo de padronização de procedimentos e de intervenção para a sustentabilidade na revisão de fluxos, visita de orientação, esclarecimentos e resolução de não conformidades a pacientes internados nas unidades de atendimento, na análise custo-efetividade de tecnologias incorporadas e da viabilidade de implantação de novas tecnologias em acordo com a ANS, na interação com *stakeholders* e na implementação de melhores práticas “com vistas à contribuição para o desempenho dos controles internos, a otimização dos processos, a melhoria das operações e a redução dos riscos no cumprimento dos objetivos corporativos” (p. 173). É possível inferir que para os respondentes os elementos de pressão sobre as decisões, (Fig. 14) apesar da atuação da cooperativa no sentido de preveni-los, são motivo de preocupação. Entende-se, daí, que a atividade auditora é um campo de disputa no sentido da prevenção dos excessos e da orientação para a sustentabilidade da empresa sem perder a qualidade do atendimento.

Os mapas de relações, figuras 12 e 13, apresentados trouxeram percepções dos auditores sobre as especificidades da auditoria na Unimed Fortaleza. O primeiro concentrou-se na discussão sobre as ações, atividades e atitudes que geram custos assistenciais sob os aspectos da causalidade, pertencimento, comprometimento e campos de pressão. O segundo centralizou a decisão sobre procedimentos e custos assistenciais na necessidade de se instrumentalizar os cooperados, no sentido de dar a saber o conhecimento sobre as normas e regulamentos e cobertura do plano de saúde a fim de diminuir solicitações com “possíveis desvios” (ENTREVISTADO C). Essa discussão é pertinente e não esgota o âmbito da atividade auditora, visto que pertence à realidade da Unimed Fortaleza, podendo ser ampliada ou diminuída a depender do caso a ser analisado.

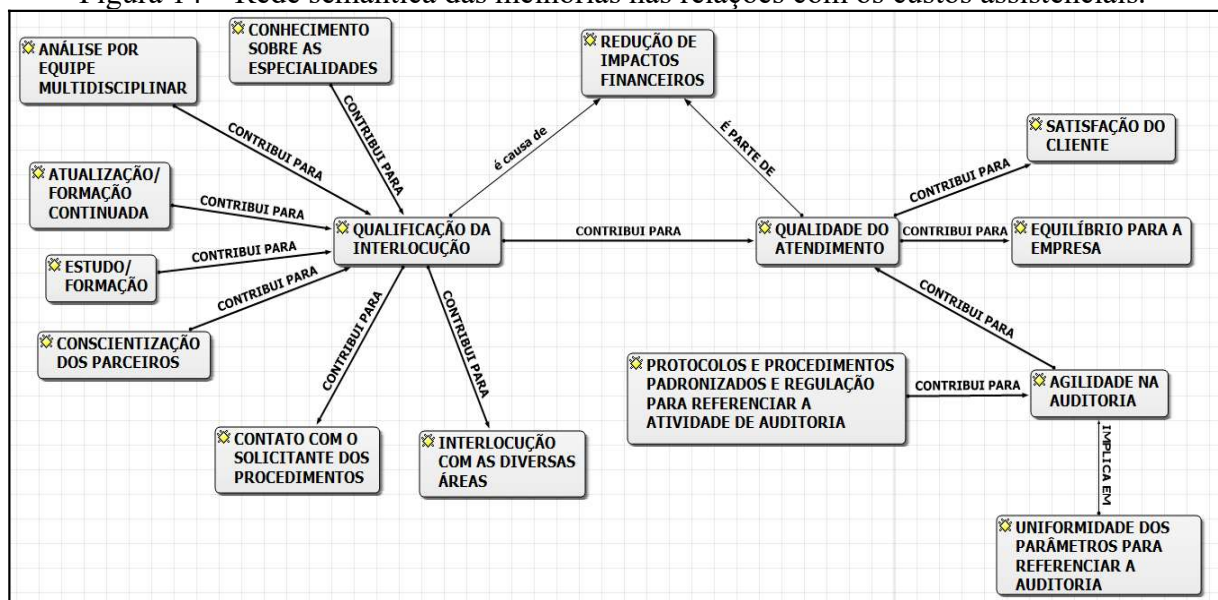
Quanto às oportunidades de melhoria, são apresentados, a seguir, os principais achados da pesquisa. Sendo os custos assistenciais em saúde as despesas no atendimento ao beneficiário realizadas pela operadora (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000), que podem ser impulsionados pela evolução tecnológica, envelhecimento populacional, assimetria de informação, entre outros (ANDRADE; PORTO JÚNIOR, 2004) e diante do exposto nas

subseções supracitadas acerca da manutenção da qualidade de saúde, sustentabilidade, dificuldades nos processos e resolutividade é importante destacar a percepção da auditoria sobre os caminhos e perspectivas de melhoria nessa área de atuação e suas implicações, o que será discutido a partir daqui.

É a partir da gente, a partir da auditoria médica que os planos de saúde podem definir se procedimentos estão sendo solicitados de forma correta, se os materiais estão sendo utilizados de forma correta, então nós somos o levantador dessa estatística. É baseado no que a gente define para o plano que o plano toma ciência de que ta sendo solicitado, ou não, coisas indevidas, chama o colega, ou fornecedor e tenta entrar num consenso. Mas nós funcionamos como verdadeiros detectores irregularidades (ENTREVISTADO C).

É importante trazer essa percepção do auditor sobre sua função e importância na cooperativa para essa introdução de sessão. A definição sobre a correção das solicitações de procedimentos e avaliação é tratada aqui como essência da atividade auditora, embora o arremate da frase contenha uma finalidade que vem conduzido as reflexões das subseções anteriores. A figura 14 também aponta e suas relações para essa definição. Assim, toda estrutura que emergiu das respostas à entrevista possibilita a compreensão dos bloqueios dos fluxos de atendimento em saúde na operadora.

Figura 14 – Rede semântica das melhorias nas relações com os custos assistenciais.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

As sugestões de melhorias propostas pelos auditores contemplam formação, agilidade, tecnologia, comunicação e equidade. De certa forma são pontos reiterados em suas respostas aos itens anteriores, aqui apontados como intervenção para melhoria contínua. As relações agora são de contribuição, visto que os códigos foram compostos dentro de uma



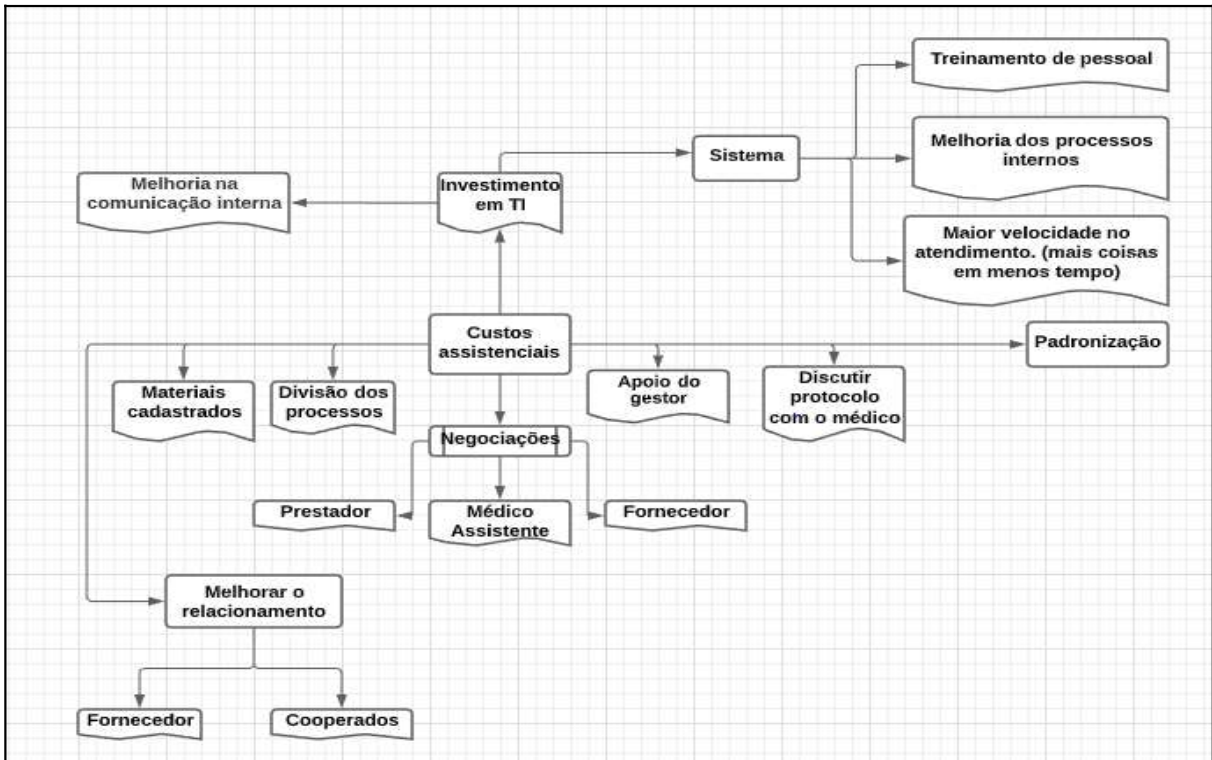
perspectiva de sugestão, presente nas respostas dos auditores. A percepção dos tantos entraves no fluxo do atendimento aponta para a necessidade de melhorar continuamente o atendimento aos clientes, com especial atenção ao cliente interno. Nesse sentido apontam-se formação contínua para a melhoria da comunicação, qualificação dos atendentes, melhoria da relação com as especialidades, reverberando na melhoria da qualidade do atendimento.

Porque, como é que você vai discutir uma cirurgia neurológica ou conversar com um colega numa cirurgia neurológica se você não tiver base naquilo? E atualização. Atualização em termos, de materiais, entende? De técnica. Você não vai aprender a fazer, mas você vai ter a teoria. A teoria. O auditor para conversar com alguém de outra especialidade tem que ter a teoria (ENTREVISTADO D).

Fica evidente a importância da formação e do estudo das especialidades para que essa atividade tenha sucesso. Essa atualização tem forte impacto na resolução de problemas entre especialistas, porque há maior conhecimento das partes sobre as atividades médicas especializadas, melhorando a interlocução e a resolução de problemas.

Os melhoramentos em tecnologias são outro requisito para melhoria nos custos assistenciais, principalmente em atividades que requerem vários processos no computador para verificação de dados. Busca-se um sistema informatizado que seja mais intuitivo, com menos processos para verificação e emissão de resoluções. “O sistema, ele pode ajudar muito ainda, não é? A parte de acesso ao sistema, de fazer um algo mais intuitivo, alguma coisa mais que viabilize um maior... a gente consiga fazer mais coisas em menos tempo, certo?” (ENTREVISTADO A). A formação continuada e os melhoramentos em Tecnologias de Informação, TI, convergem como causa de satisfação do cliente, da empresa e de seus cooperados. Isso promove equidade. A figura 15 faz uma síntese dos fluxos relacionados às discussões sobre as dificuldades e as oportunidades de melhorias na relação entre auditoria médica e custos assistenciais. Essa categoria ocupa o centro da relação de onde se encaminham providências a serem tomadas a fim de melhorar a relação entre os custos e a sustentabilidade da cooperativa médica de acordo com os desafios apontados pelos auditores, a saber: o investimento em TI para melhoria dos processos internos, treinamento e melhoria na comunicação; negociação com fornecedores, médico assistente e prestador de serviço; melhoria na relação com os cooperados e fornecedores; e protocolo.

Figura 15 – Mapa de relações com a síntese das dificuldades e oportunidades na relação entre custos assistenciais e auditoria médica.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Todas essas reflexões sobre dificuldades e oportunidades de melhoramentos podem levar a uma melhor qualidade de atendimento. Nesse sentido, os participantes da pesquisa puderam colocar no centro dessa discussão o principal interessado em que todos os processos sejam realizados de modo ágil, correto, acessível e moderno para que tenha saúde: o cliente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo da saúde suplementar, a adoção do marco regulatório por meio da Lei 9656/1998 e, mais recentemente, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) geraram uma rede de proteção e segurança aos beneficiários de planos de saúde, aumentando, contudo, as exigências quanto a diretrizes e normas operacionais das prestadoras de serviços, com significativos impactos nos custos assistenciais. O crescimento dos custos em saúde é um fenômeno mundial, que impacta diretamente na economia em diversos níveis, tornando-se o seu controle essencial tanto no tocante à saúde pública quanto na suplementar. É neste contexto que se insere o objeto deste estudo, a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, no âmbito da saúde suplementar.

Tendo em vista as múltiplas mudanças sociodemográficas ocorridas ao longo das últimas décadas, os avanços na tecnologias no campo da saúde e, ainda, as pressões impostas por órgãos de controle às operadoras de planos de saúde suplementar, que requerem não apenas controle de custos e conformidade legal, mas ações diferenciadas, este estudo teve como objetivo geral investigar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, particularmente em face das dimensões da sustentabilidade econômica e da qualidade em serviços, bem como em termos das dificuldades e oportunidades inerentes a este complexo tema. Para tal, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa e descritiva, a partir da perspectiva dos auditores médicos da Unimed Fortaleza.

A partir das pesquisas documental e de campo, foi possível responder à questão de pesquisa e alcançar o seu objetivo geral de investigar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais da cooperativa. Em uma perspectiva macro, constatou-se que a pesquisa com foco no binário auditoria médica e custos assistenciais, em um sistema de cooperativas, constitui um campo desafiador e ainda relativamente pouco explorado. As concepções dos médicos auditores acerca dos significados de auditoria médica e de custos assistenciais, em certa medida, moldam suas percepções e suas atuações, na busca de superar os meros controle de custos e conformidade legal, em direção da adoção de ações que tragam um diferencial competitivo para a operadora. Permanece o desafio de se oferecer um padrão de serviço capaz de que equilibrar qualidade no atendimento em saúde e racionalização dos custos, considerando-se os interesses dos vários *stakeholders* envolvidos nesta questão.

Pode-se observar o caráter preventivo da auditoria médica, com forte capacidade de gerar dados para tomada de decisão, com impacto na melhoria da qualidade do atendimento em saúde. Trata-se de uma atividade que exerce monitoramento constante de todo o desempenho do sistema, em busca de máxima efetividade, com menos riscos e maiores eficácia e eficiência. Constatou-se, também, que se trata de uma atividade que requer atualização contínua, dadas as mudanças e os avanços nas tecnologias que contribuem para evolução em tratamentos, equipamentos e medicamentos, com impactos na qualidade de vida e longevidade, estando, contudo, sujeita a pressões econômicas e legais.

Quanto aos objetivos específicos, em relação ao primeiro, qual seja, descrever a auditoria médica da Unimed Fortaleza, em termos de sua estrutura na hierarquia e processo de funcionamento, constatou-se que a visão da Unimed contempla a busca por assegurar os direitos de seus cooperados e colaboradores, visando a solução de problemas numa relação de integridade e confiança. Nesse sentido, sua estrutura organizacional comporta os entes decisórios denominados Diretorias, Superintendências, Conselhos e Assembleias, cujas ações de análise, controle e atendimento visam a manutenção e crescimento da Cooperativa com sustentabilidade. No âmbito da Diretoria de Provimento de Saúde, como parte da Gerência de Regulação de Serviços de Saúde atua a Auditoria Médica da Unimed Fortaleza, cujo campo de atendimento contempla a análise de solicitação de internação, de procedimentos, autorização de materiais, equipamentos e medicamentos e avaliação de fatura hospitalar.

A Auditoria da Unimed Fortaleza atua na análise e regulação dos custos assistenciais nos campos hospitalar, de OPME, de nutrição, farmácia, social e dos atendimentos domiciliares a cargo da auditoria hospitalar e atua em cooperação com a auditoria de enfermagem e com os Comitês de Especialidades Médicas. Em sua ação, a auditoria na Unimed Fortaleza acompanha a solicitação médica em todo o seu percurso no âmbito da cooperativa, analisando as conformidades. As discordâncias são tratadas na relação com os cooperados e com a composição de juntas médicas de formação mista: um médico auditor representante da cooperativa, um médico especialista de empresa externa e o médico solicitante. Outro aspecto da atividade auditora é a articulação com o Núcleo de Autorizações que atua na análise das solicitações em função da diminuição de judicializações, através da fundamentação de negativas de solicitações médicas. As parcerias com as equipes multidisciplinares e com o departamento jurídico foram tratadas largamente pelos

participantes da pesquisa, sendo recorrente a percepção positiva de essa atuação tem para o bom serviço da auditoria médica.

Com relação ao segundo objetivo específico, qual seja, identificar a concepção dos auditores médicos acerca de auditoria médica, observou-se que os sujeitos da pesquisa concebem a auditoria como um pilar da qualidade e da sustentabilidade da cooperativa, contribuindo para a prevenção de gastos excessivos e/ou desnecessários. Concebem a composição multiprofissional da auditoria como sendo uma vantagem operacional e competitiva nessa atuação preventiva, possibilitando maior credibilidade e assertividade à atividade auditora e traz maior confiança aos profissionais por garantir uma interlocução técnica mais capacitada, não gerando dúvidas sobre as intervenções e regulações realizadas.

A padronização da análise de procedimentos e a decisão sobre os custos assistenciais e procedimentos são campos mais sensíveis identificados pelos auditores em sua atividade na Unimed Fortaleza. Formam uma identidade desse grupo de respondentes e correspondem a uma necessidade para a manutenção do fluxo de serviços. Os auditores entendem sua atividade como norteadora dos procedimentos e das atividades dos cooperados no sentido da manutenção da qualidade do serviço, da sustentabilidade da cooperativa e da satisfação do cliente. Por isso, requisitam fortemente que haja formação contínua para toda a rede no sentido de melhorar a eficiência na comunicação interna para a diminuição de solicitações com desvios, atuando na manutenção do fluxo dos procedimentos com suportes de sistema de comunicação mais avançado, com menor índice de retrabalho e mais intuitivo, no comportamento ético em relação às pressões externas de fornecedores e clientes, como também na ênfase ao senso cooperativo, identidade de sua atuação profissional.

Com relação ao terceiro objetivo específico, qual seja, identificar a concepção dos auditores médicos acerca de custos assistenciais, pode-se constatar a forte atenção dos sujeitos em relação a esta questão. O equilíbrio dos custos assistenciais na cooperativa é considerado fundamental na manutenção da organização e torná-la viável junto ao ambiente de mercado. Para os médicos auditores, há que se buscar na cooperativa, para atingir o controle adequado dos custos assistenciais a conscientização dos cooperados e colaboradores, de modo a proporcionar maior equilíbrio nas solicitações de procedimentos, a fim de não comprometerem as decisões sobre os custos e os procedimentos a serem liberados.

É preciso investir nas ações, atitudes e atividades com maior conhecimento acerca da cobertura do plano de saúde, dos protocolos e das normativas da cooperativa. Esta

compreensão aponta para a necessidade de se construir um senso de pertencimento à instituição, visto que os ganhos são para todos, inclusive o cliente. A melhoria da interlocução com os cooperados e colaboradores e maior eficácia no tratamento e no trânsito das informações sobre os procedimentos para melhoria da qualidade da prestação do serviço de saúde são aspectos apontados como de grande relevância.

Os auditores analisam o trato com os custos assistenciais numa perspectiva de sua prática e ponderam sobre outros fatores que são tratados na literatura como as normas da ANS, e a negociação com a rede prestadora e, nesse ponto, não há observação sobre a importância da verticalização no atendimento ou mesmo a inflação médica e o envelhecimento da população, porém percebe-se que no sentido de sua atuação fica evidente a preocupação em equilibrar o aspecto contábil com o atendimento de qualidade ao cliente e à consolidação das boas práticas no interior da cooperativa médica.

Com relação ao quarto objetivo específico, qual seja, analisar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da sustentabilidade econômica, verificou-se que os sujeitos de pesquisa possuem a consciência de sua atividade como essencial na sobrevivência da cooperativa junto ao ambiente concorrencial. Na perspectiva dos auditores, sustentabilidade é consequência da atuação preventiva, da regulação e do equilíbrio das relações entre custo e benefício pactuado entre as partes. Essa interpretação abriga-se nas funções da auditoria elencadas na literatura pesquisada, onde ordenar, fiscalizar e controlar funcionam a serviço do melhor desempenho da gestão dos serviços de saúde e de sua qualidade.

Orientando os fluxos de atendimento, a auditoria indica adequação do uso de materiais e tratamentos especializados e internações e isso requer desenvolvimento de competências comunicativas a fim de ajustar a ordenação dos procedimentos dentro dos padrões estabelecidos. Nesse sentido, a atualização contínua e a equipe multidisciplinar contribuem para maior credibilidade da atuação desses profissionais.

Com relação ao quinto objetivo específico, qual seja, analisar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da qualidade em saúde, constatou-se que, apesar da preocupação com os custos assistenciais e a sustentabilidade da cooperativa, os sujeitos da pesquisa buscam o equilíbrio entre os temas, visando a proporcionar o melhor atendimento junto ao beneficiário.

Qualidade é um tema bastante amplo em interpretações e significados, sendo tratado geralmente como resultado da eficiência e eficácia na prestação dos serviços no âmbito da auditoria médica. Padronização, equilíbrio custo-benefício no tratamento de saúde, prevenção e orientação de gastos, inovação e tecnologia, controle e sistematização de processos, educação continuada, satisfação do paciente foram elencados na revisão de literatura acerca das aplicações dos significados de qualidade em atendimento de saúde. A pesquisa, entretanto, apontou que a perspectiva dos auditores encontra as relações internas, as pressões externas e a tecnologia como solução e desafio para o atendimento em saúde com qualidade. Assim, qualidade dos materiais, tempo de atendimento e tecnologias viabilizando serviços são tão importantes quanto uma comunicação interna eficiente e qualificada para que haja essa qualidade em saúde.

No campo da qualidade dos materiais, as tecnologias implementam novos tratamentos e medicamentos e contribuem para uma melhor qualidade do atendimento em saúde, além de agilizarem o atendimento tornando os processos mais rápidos e com maior quantidade e qualidade de informações. Entretanto, por essas mesmas características, clientes e fornecedores pressionam por atualizar procedimentos, equipamentos e medicamentos em função dessa mesma inovação e, sob esse aspecto, tornam-se um desafio à atuação da auditoria, visto que sua missão se relaciona a equilibrar assistência médica com qualidade e os custos dessa assistência em busca da sustentabilidade da cooperativa.

A comunicação interna é entendida no campo do comprometimento coletivo com ênfase no atendimento. Nesse sentido, a eficiência está relacionada com o conhecimento que o cooperado tem dos protocolos e das coberturas do plano. Concluiu-se, a respeito da qualidade em saúde que as percepções dos auditores correspondem às peculiaridades de sua atividade na cooperativa Unimed Fortaleza, sendo uma perspectiva particular para a qual buscam-se respostas na melhor adequação dos recursos tecnológicos, na busca de maior comprometimento dos cooperados e de uma rede comunicativa interna mais robusta, fluente e eficaz. A propósito, esse campo da interlocução entre os colaboradores é uma das dificuldades apontadas pelos participantes da pesquisa para atingir a qualidade no atendimento.

Com relação ao sexto objetivo específico, qual seja, analisar as dificuldades e oportunidades da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, em relação às dificuldades, foi identificado que o monitoramento das ações que oneram esses custos encontra nas demandas de cooperados e colaboradores grande obstáculo à sustentabilidade, dadas as decisões e requisições destes se distanciarem dos protocolos e regulações do plano

de saúde, assim como das orientações para essas requisições. Isso se dá pela falta de conhecimento e atualização dos médicos acerca das normatizações da cooperativa, assim como pelas pressões externas oriundas dos benefícios e inovações dos avanços tecnológicos e de fornecedores. Essa dificuldade gera atritos e é um indicativo de que é preciso investir nas especializações dos auditores, assim como na assertividade da comunicação interna em sua forma e conteúdo a fim de conquistar a adesão à mentalidade cooperativista e, nesse sentido ampara-se também nas recomendações do código de ética da empresa.

A regulação é uma das formas indicadas para enfrentar os desafios da auditoria médica. Essa pesquisa demonstrou que os auditores têm os códigos, regulamentos e protocolos como uma segurança de sua atividade, bem como para instruir os cooperados em suas deliberações, porém percebeu-se que apesar dessas considerações, o que se quer é que as demandas sejam menos redundantes em suas tipificações. Já que há uma normatização, que seja seguida e que o que realmente é necessário seja discutido. Isso não exclui a atividade de análise preventiva que deve ser realizada pelos auditores, mas a coloca em seu lugar, sem desvios. Nisto concordam os auditores e os documentos da instituição, a saber os relatórios de gestão e sustentabilidade da Unimed Fortaleza, 2018 e 2019.

Quanto às oportunidades de melhoria da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, verificou-se que os sujeitos de pesquisa focam na padronização de procedimentos mediante protocolos junto aos médicos solicitantes, e na capacitação dos auditores médicos como diferenciais na atividade que pode sobremaneira aprimorar os processos internos de regulação. Consoante o supracitado, os desafios da atuação da auditoria no tocante aos custos assistenciais requerem atenção na melhoria contínua da comunicação interna e valorização do cooperativismo, na atuação preventiva e orientadora dos procedimentos solicitados fora dos padrões do plano de saúde, e mesmo na discussão da validade de sua implementação e no fortalecimento do senso cooperativista. Percebeu-se ainda que essas observações dos auditores estão sempre ligadas à relação com a multidisciplinaridade da equipe como elemento de fortalecimento e legitimidade de suas avaliações.

No sentido de apontar para as perspectivas da auditoria médica na Unimed Fortaleza, evidenciou-se a avaliação e a correção preventiva de procedimentos e solicitações como elemento comum às respostas dos entrevistados, o que remete à constituição de sua identidade na atuação profissional. A qualificação na interlocução com as diversas áreas da cooperativa e a melhoria na qualidade do atendimento são metas explicitadas nos diversos



discursos dos respondentes e intuídas na literatura pesquisada, contribuindo para maior resolutividade nas decisões sobre os processos. A formação continuada dos auditores, a composição multidisciplinar das auditorias, são elementos que contribuem para a melhoria no atendimento aos clientes internos e externos.

A formação continuada precisa incluir os desenvolvimentos implementados pelas tecnologias e sua conformidade com a sustentabilidade da cooperativa no sentido de adequar os padrões de solicitações de atendimento, sendo a conciliação uma meta a ser atendida. Em outro campo, sistemas mais robustos, intuitivos, simplificados e velozes são aguardados como solução para uma diversidade de problemas na geração das demandas com os dados necessários para a auditoria das solicitações.

Conclui-se que há uma visão particular da auditoria médica na Unimed Fortaleza sobre como sua atividade afeta a relação com os custos assistenciais. Os auditores identificam sua atuação como preventiva, orientadora e corretiva visando a sustentabilidade da cooperativa e, embora não citado diretamente, reconhecem e reivindicam um caráter pedagógico da natureza de sua atividade, em especial nessa cooperativa. Entendem a comunicação assertiva como ferramenta imprescindível para uma melhor atuação com base em três pilares: equipe multidisciplinar qualificando a interação em áreas específicas; qualificação continuada no conhecimento das normas, e regulações da instituição em função da pertença ao cooperativismo e da diminuição das discrepâncias nas emissões de solicitações e fortalecimento do senso ético na relação com colaboradores, fornecedores e clientes; apropriação das inovações tecnológicas a fim da melhoria no fluxo dos processos de auditoria e na discussão sobre a viabilidade da inclusão de melhoramentos no atendimento dos pacientes. Nesse sentido entende-se que a qualidade no atendimento ao cliente não pode prescindir da melhoria contínua nesses aspectos.

Em termos de limitações de estudo, pode-se apontar o fato deste restringir-se à percepção de um grupo restrito de auditores médicos que, por mais que constituam o cerne da estrutura formal que lida com as questões referentes a este complexo tema na cooperativa médica em análise, não exaure as múltiplas facetas relevantes no tratamento desta importante atividade, considerando-se, em particular, seu caráter multifacetado, com impactos em diferentes níveis da cooperativa, para diversos stakeholders, em perspectivas distintas. A inclusão de um grupo mais amplo e diversificado de participantes, poderia, claro, trazer uma visão panorâmica maior.

Este estudo pode servir de base para, em estudos futuros, analisar a inter-relação entre auditoria médica e as outras auditorias em saúde, a saber, enfermagem, nutricional, farmacêutica, social, analisando as estratégias de controle de custos assistenciais nas cooperativas médicas. Por outro lado, a valorização da equipe multidisciplinar, como componente essencial para facilitar e qualificar o diálogo entre as especialidades e a auditoria, e do trabalho em conjunto com o departamento jurídico, elencada pelos participantes da pesquisa, são fatores que surgiram no percurso do trabalho e que podem render novos estudos, ampliando a discussão sobre esses aspectos da auditoria.

No campo jurídico, podendo aclarar aspectos importantes sobre a relação com os custos assistenciais na integração dos departamentos jurídicos das operadoras de saúde, e em especial as cooperativas médicas, com a auditoria médica no sentido de compreender as judicializações de atendimentos, que são impetradas contra as operadoras de saúde, fato que tem aumentado constantemente e muito em breve será um dos maiores geradores de custo na saúde suplementar.

O âmbito da multidisciplinaridade emergiu como uma solução para enfrentar as dificuldades de comunicação qualificada entre auditores médicos e especialistas quanto aos aspectos de suas requisições em desconformidade com a cobertura dos planos e mesmo com o que é oferecido para os pacientes no âmbito da cooperativa médica. Nesse sentido, a composição multidisciplinar da auditoria médica mostra-se como um campo de pesquisa promissor em relação à ação preventiva da auditoria e a racionalização dos custos assistenciais no âmbito da cooperativa médica.

A atualização contínua é uma demanda da medicina que tem estreita relação com a pesquisa e com o desenvolvimento de novas tecnologias, em especial as digitais. Este campo também emergiu das respostas dos auditores por ser considerado grande contribuição, desafio e campo de pressão sobre os custos assistenciais. Nesse caso, seu estudo também é apontado como uma das vertentes consequentes desta pesquisa com grandes perspectivas de continuidade, inclusive em relação à sua capacitação.

Apesar de ter trazido grande aproveitamento para este trabalho os resultados da entrevista semiestruturada, muito provavelmente, estudos futuros podem lançar mão de outros instrumentos de coleta, como grupos de discussão, no âmbito de uma pesquisa participativa, visando um maior aprofundamento da realidade enfrentada por esses profissionais.

Esta pesquisa sobre auditoria médica e controle dos custos assistenciais, buscou aclarar esse campo sob o olhar dos auditores em setores chave de atuação na Unimed Fortaleza. Percebeu-se que na metodologia utilizada, a análise de conteúdo aproximou os elementos da análise documental com as respostas às entrevistas dos auditores, trazendo uma visão mais realista de sua atuação e o desvelamento de pontos sensíveis como a comunicação, a variedade de especialidades e a qualificação da auditoria, o apoio do departamento jurídico e a recorrência aos protocolos. Estes são aspectos que merecem um olhar mais acurado por parte das cooperativas médicas no sentido de tornar mais real e mais assertiva a discussão sobre problemas que ocorrem nos processos decorrentes das dificuldades e dos pontos de pressão levantados nessa pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. M. de; FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A.L. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. **Production**, v. 21, n. 1, p. 0-0, 2011.

ALVES, S. L. Eficiência das operadoras de planos de saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 87–112, out. 2008.

ANDRADE, L. P.; PORTO JÚNIOR, S.S.; O problema de risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar. **Revista Análise Econômica da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS**, ano 22, v.41, mar. 2004.

ASSUMPÇÃO, B. G. **Regulação da política pública de saúde suplementar: desafios socioeconômicos das Unimed - sociedades cooperativas de trabalho médico**. 2017. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Unisinos, São Leopoldo, 2017.

BABSKY, F. V. *et al.*, Sustentabilidade na saúde suplementar: um estudo sobre cooperativas operadoras de planos de saúde Unimed. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE PROJETOS, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE, 6, SINGEP, 2017, São Paulo. **Anais ....** São Paulo: SINGEP, 2017.

BADIA, B. D.; PIRES, C.C. Progresso tecnológico e gastos com saúde: o que informam dois métodos distintos de mensuração. **Série Institutos de Estudos de Saúde Suplementar, São Paulo**, n. 12, p. 1-8, 2008.

BAHIA, L. Punição preventiva para coibir negação de coberturas. **Revista de Direito Sanitário**, v. 16, n. 1, p. 146-155, 2015.

BALDASSARE, R. M. **Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro**. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASHIR, I.; SHAH, M. S. **Can sustainability be a way of doing business?** 2011. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Business Administration, Karlstad University, Karlstad, 2011.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2017.

BESSA, R. O.; **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração de Empresas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

BEUREN, I. M.; SALLA, N. M. C. G. MANAGING THROUGH PERFORMANCE MEASURES: a study of impact in a medical cooperative. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, [s. l], v. 7, n. 1, p. 38-65, fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Glossário temático: economia da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento.** 3. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 92, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ministério da Saúde. **Sala de Situação.** Indicadores e avaliações – Dados e indicadores do setor. 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 15 de out. de 2020.

CAMELO, S. H. H.; PINHEIRO, A.; CAMPOS, D.; OLIVEIRA, T. L. DE. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 1018-25, dez., 2009.

CAREY, K.; BURGESS JUNIOR, J. F. On measuring the hospital cost/quality trade-off. **Health Econ**, S.L., v. 6, n. 8, p. 509-520, set. 1999.

CARVALHO, R. R. P.; FORTES, P. A. C.; GARRAFA, V. A saúde suplementar em perspectiva bioética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 59, n. 6, p. 600-606, nov., 2013.

CASSAB, L. A. Tessitura investigativa: a pesquisa científica no campo humano-social. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 10, n., p. 55-63, 2007.

CLASSEN, D. C. et al., Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. **Jama**, v. 277, n. 4, p. 301-306, 1997.

COURI, Mauro. **Controle de custos assistenciais: saiba mais sobre gestão operacional e auditoria. SAIBA MAIS SOBRE GESTÃO OPERACIONAL E AUDITORIA.** 2019. Disponível em: <http://www.unimedfesp.coop.br/controle-de-custos-assistenciais>. Acesso em: 10 out. 2020.

CUNHA, M. F.; MEIRELLES, J. M. L. Os impactos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar. **Revista Quaestio Iuris**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 1378-1397, 20 abr. 2018. Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

DOMINGOS, J. A. B. **Verticalização: uma análise comparativa em uma operadora privada de saúde, entre serviço próprio de oncologia e rede terceirizada.** 2019. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2018.

DUARTE, C. M. R. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 999-1008, ago. 2001.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, [S.L.], n. 24, p. 213-225, dez. 2004.

DUARTE, A. L. C. M. *et al.* Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 8, p. 2753-2762, ago. 2017.

ELKINGTON, J. **Sustentabilidade, canibais com garfo e faca.** São Paulo: M. Books do Brasil, 2012.

FERREIRA, A. A. **Comunicação para a qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 63, n. 4, p. 567-573, ago. 2010.

FRIESE, S. **ATLAS.ti 8 Windows: guia rápido**. [S. l.: s. n.], v. 1., 2019.

FURTADO, J. S. **Sustentabilidade empresarial: guia de práticas econômicas, ambientais e sociais**. Salvador: NEAMA/CRA, 2005.

GAMARRA, T. P. N. Auditoria na saúde suplementar: uma revisão integrativa. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 221-237, set., 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES JÚNIOR, E. O. *et al.* Controle de custos assistenciais na saúde suplementar utilizando big data e analytics para prever comportamentos e antecipar cuidados aos beneficiários. **Rahis – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 38-57, nov., 2020.

HAUCK, K.; STREET, A. Performance assessment in the context of multiple objectives: a multivariate multilevel analysis. **Journal of Health Economics**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 1029-1048, nov., 2006.

HOLLINGSWORTH, B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. **Current Reviews Musculoskeletal Medicine**, [s. l.], v. 17, ed. 10, p. 1107-1128, 17 out. 2008.

IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **variação de custos médico-hospitalares: sumário executivo**. Edição: outubro de 2018 Data-base: março de 2018.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. VCMH/IESS VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES. **VCMH**, São Paulo, ed. 21, p. 1-12, outubro, 2020.

KLEINMAN, L. C.; DOUGHERTY, D. Assessing quality improvement in health care: theory for practice. **Pediatrics**, [S.L.], v. 131, n. 1, p. 110-119, March, 2013.

KOYAMA, M. F. **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**. 2006. 169 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Administração de Empresas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo - EAESP, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

LAGE, M. D. C.; GODOY, A.S. O uso do computador na análise de dados qualitativos: questões emergentes. **RAM – Revista de Administração Mackenzie**, 9, n. edição especial, p. 75-98, 2008.

LEAL, R. M.; MATOS, J. B. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **Revista de Administração de Empresas**, [S.L.], v. 49, n. 4, p. 447-458, dez., 2009.

LEANDRO, T. **Defesa da concorrência e saúde suplementar: a integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado.** 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Departamento de Economia, Universidade de Brasília - **UNB**, Brasília, 2010.

LORENZETTI, J. *et al.*, Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, June, 2012.

LUDMER, M.; LUDMER, G. Gestão integrada da auditoria médica e sistemas de informação: um estudo de caso em uma cooperativa de trabalho médico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 116-139, jul. 2013. Semestral.

LUMERTZ, J.A. **Avaliação de operadora de plano de saúde: cooperativa médica de assistência à saúde.** 2011. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Economia, Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Economia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

PAES, P. P. L.; MAIA, J. R. **MANUAL DE AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS.** Juiz de Fora: E.B., 2005. 129 p.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 433-444, jun., 2004.

MARUJO, E. C.; MARTINS, C. B. Fatores explicativos do aumento de gastos com saúde: breve revisão da literatura internacional. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, São Paulo, v. 4, p. 1-12, fev. 2006. Semestral. Série IESS – 0004/2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MIRANDA, C.R. Gerenciamento de custo em plano de assistência à saúde. In: Agência de Saúde Suplementar. **Documento técnico de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003** (Tomo 2). Rio de Janeiro: Bookmark, p. 425-461, 2004.

MORAES, R.. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

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.

OBA, G.; CHAN-OLMSTED, S. M. Self-Dealing or Market Transaction? an exploratory study of vertical integration in the u.s. television syndication market. **Journal of Media Economics**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 99-118, abr. 2006. Informa UK Limited.

OLIVEIRA, D. R. *et al.* **CONTROLADORIA COMO FERRAMENTA PARA ANÁLISE DE VIABILIDADE DE INVESTIMENTO: caso das cooperativas médicas.** **Revista Geintec**, São Cristóvão - Se, v. 2, n. 4, p. 992-1007, 2014.

PAIM, C. da R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n. 36, p. 85-91, 2007.

- PAULISTA, P. H. **Desenvolvimento de software para apoio à realização de auditoria interna de sistema de gestão da qualidade**. 2009. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia de Produção, Engenharia de Produção, UNIFEI/Engenharia de Produção, Itajubá, 2009.
- PLOWMAN, R. et al. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. **Journal of Hospital Infection**, v. 47, n. 3, p. 198-209, 2001.
- RODRIGUES, J. A. R. M. et al. Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 5, p. 2511-2518, outubro, 2018.
- ROECKER, S.; BUDO, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, junho, 2012.
- SÁ, M. C. DE; MACIEL JÚNIOR, J. N.; REINALDO, L. M. Processo de ruína finito: um estudo de caso na saúde suplementar no Brasil. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, v. 5, n. 2, p. 88-103, 28 abr. 2017.
- SANCOVSCHI, M. MACEDO, M. A. S.; DA SILVA, J. A. Análise das intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). **Journal of Accounting, Management and Governance**, [SI], v. 17, n. 2, set. 2014. ISSN 1984-3925.
- SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012.
- SANTOS, L. C.; BARCELLOS, V. F. **Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão**. 2009. 9 p. TCC (Especialização em Gestão e Auditoria em Saúde) - Centro Universitário UNIEURO, [S. l.], 2009.
- SHEINGOLD, B. H.; HAHN, J. A. The history of healthcare quality: the first 100 years 1860–1960. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, v. 1, p. 18-22, 2014. ISSN 2214-1391.
- SCHMITZ, P. W. Information gathering, transaction costs, and the property rights approach. **American Economic Review**, Pittsburgh, PA, v. 96, ed. 1, p. 422-434, março 2006.
- SIEWERT, M. C. Importância da redução de custos em operadoras privadas de plano de saúde por meio da auditoria médica prévia. **Revista Especialize On-Line IPOG**, v. 1, n. 6, p. 1-14, 2013.
- SILVA, A. A. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico**. Porto Alegre, 2003.
- SILVA, E. S. *et al.* (org.). **Panorama do cooperativismo brasileiro: história, cenários e tendências**. Recife: Rede de Universidades das Américas para Estudos Cooperativos e Associativos – Unircoop – Regional Brasil, 2003.



SILVA, J. R. A. et al. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, 2015.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 193-204, junho, 2015.

SILVA, Victor Vieira. LOEBEL, Eduardo. Desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde suplementar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, p. 57-70, 2016.

SOUZA, M. A.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, p. 305-310, 2010.

TEIXEIRA, I.T.; ROMANO, A.L.; VALDES, E. E. Estratégias de operações no setor de serviços: o caso das cooperativas de saúde. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO – SIMPEP, 18, 2011, São Paulo: SP. **Anais...** São Paulo: UNESP, 2011.

UNIMED FORTALEZA. Código de ética. **Código de conduta ética**, Fortaleza, v. 1, p. 1-23, jan., 2014.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão. Unimed Fortaleza 2014**. Fortaleza: Agência Acesso Comunicação, 2014.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Unimed Fortaleza Sociedade Cooperativa LTDA**. Fortaleza: Unimed Fortaleza, 2019.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão e Sustentabilidade, Unimed Fortaleza, 2018**. Fortaleza: Agência Acesso Comunicação, 2018.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão e Sustentabilidade, Unimed Fortaleza, 2019**. Fortaleza: Agência Acesso Comunicação, 2019.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO NORMATIVA INTERNA Nº 0015, DE 15 DE JANEIRO DE 2020**. Fortaleza: Unimed Fortaleza Sociedade Cooperativa Médica Ltda, 2020.

\_\_\_\_\_. **Informe Unimed Fortaleza**. Edição #1. 17 de abril de 2020. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=y7vrtKnVH20;feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=y7vrtKnVH20;feature=emb_logo). Acesso em 10 de outubro de 2020.

WAKELY, E.; CARSON, J. Historical recovery heroes-florence nightingale. **Mental Health and Social Inclusion**, v. 15, n. 1, p. 24, 2011.

WEERSMA, L. A.; CAMPELO, J. L.; BARROS JUNIOR, E. D. A.; COIMBRA, D. B. Auditoria médica como instrumento de controle e aperfeiçoamento do processo administrativo. **Gestão pela Qualidade**, v.3, n. 61, p. 1 - 19, 2015.

ZILBER, M.A.; LAZARINI, L.C. Estratégias competitivas na área da saúde no Brasil: um estudo exploratório. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 1, p. 131-154, 2008.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A.M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, p. 127-150, 2000.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### I – DADOS DO PROFISSIONAL MÉDICO

Idade: \_\_\_\_\_ Função /Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Tempo de serviço no cargo/função:

\_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Tempo de serviço na cooperativa:

\_\_\_\_\_

Maior nível de escolaridade:

( ) Graduação.

( ) Especialização. Qual curso? \_\_\_\_\_

( ) Mestrado. Qual curso? \_\_\_\_\_

( ) Doutorado. Qual curso? \_\_\_\_\_

Trabalha com protocolos clínicos, consensos, guidelines ou pareceres? \_\_\_\_\_

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### II – ATUAÇÃO DA AUDITORIA MÉDICA NO TOCANTE AOS CUSTOS ASSISTENCIAIS

Objetivo geral: investigar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em uma cooperativa médica.

Objetivos específicos.	Questão do roteiro de entrevista
2) Identificar a concepção dos médicos auditores acerca de auditoria médica.	1. Na sua visão, em que consiste a auditoria médica, em termos de sua definição, abrangência e objetivos?
3) Identificar a concepção dos médico auditores acerca de custos assistenciais.	2. Na sua visão, no contexto da auditoria médica, em que consistem os custos assistenciais? E a quais fatores estes mais diretamente vinculam-se?
4) Analisar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da sustentabilidade econômica.	3. Na sua visão, como a auditoria relaciona-se à sustentabilidade econômica da cooperativa? 3.1. Qual a visão da auditoria quanto ao conceito de sustentabilidade econômica? 3.2. No tocante à sustentabilidade econômica, considerando a realidade

	<p>desta cooperativa, como a auditoria alinha-se às diretrizes da ANS?</p> <p>3.3. Tem havido evolução neste processo? E quais os principais indicadores neste processo?</p> <p>3.4. Quais os pontos pendentes na agenda da sustentabilidade econômica?</p> <p>3.5. Na perspectiva da auditoria, quais fatores mais afetam a sustentabilidade econômica?</p> <p>3.6. Na perspectiva da auditoria, quais as sugestões para melhoria no tocante à sustentabilidade econômica e sua relação com os custos assistenciais?</p>
<p>5) Analisar a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais em face da dimensão da qualidade em saúde.</p>	<p>4. Na sua visão, de que modo e em que medida a auditoria relaciona-se com a qualidade em saúde?</p> <p>4.1. Qual a visão da auditoria quanto ao conceito de qualidade em saúde?</p> <p>4.2. No tocante à qualidade em saúde, considerando a realidade desta cooperativa, como a auditoria alinha-se às diretrizes da ANS?</p> <p>4.3. Tem havido evolução neste processo? E quais os principais indicadores neste processo?</p> <p>4.4. Quais os pontos pendentes na agenda da qualidade em saúde?</p> <p>4.5. Na perspectiva da auditoria, quais fatores mais afetam a qualidade em saúde?</p> <p>4.6. No processo de auditoria, quais as sugestões para melhoria no tocante à qualidade em saúde e sua relação com os custos assistenciais?</p>
<p>6) Analisar as dificuldades e oportunidades da atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais.</p>	<p>5. Na sua visão, de que modo e em que medida a auditoria relaciona-se com os custos assistenciais?</p> <p>5.1. No tocante aos custos assistenciais, considerando a realidade desta cooperativa, como a auditoria alinha-se às diretrizes da ANS?</p> <p>5.2. Tem havido evolução neste processo? E quais os principais indicadores neste processo?</p> <p>5.3. Na perspectiva da auditoria, quais os pontos pendentes quanto aos custos assistenciais?</p> <p>5.4. Na perspectiva do processo de auditoria, quais fatores mais afetam os custos assistenciais?</p> <p>5.5. Na relação entre auditoria e custos assistenciais, quais os fatores dificultadores?</p> <p>5.6. Na sua visão, há lacunas a serem preenchidas no tocante ao processo de auditoria, considerando-se os custos assistenciais? Em caso afirmativo? Quais?</p> <p>5.6.1. Quais as sugestões para melhoria no processo de auditoria no tocante aos custos assistenciais nesta cooperativa?</p>

# APÊNDICE B – REDE SEMÂNTICA GERAL DAS RELAÇÕES ENTRE CUSTOS ASSISTENCIAIS E AUDITORIA MÉDICA

