

HOME CARE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E INTERFACES NO PROCESSO DE AUDITORIA

HOME CARE: NURSE PERFORMANCE AND INTERFACES IN THE AUDIT PROCESS

Autor - ¹ Katia Aparecida dos Santos

Coautor - ² Beatriz Santiago Bueno

Colaborador - ³ Ricardo Melquieses Campagnoli de Toledo

RESUMO

Nas últimas décadas o Brasil vem sofrendo transformações em relação aos padrões demográficos. A população idosa é a que mais cresce no Brasil, com projeções de 41,5 milhões, em 2030. Esse envelhecimento rápido traz implicações e pode ser considerado um grande problema. Os óbitos no Brasil por DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) chegaram a atingir 73,9% da população, impondo medidas para essa problemática, uma das estratégias que vem sendo propostas para esse modelo de assistência à saúde é a assistência domiciliar. A presente pesquisa tem por objetivo destacar através de revisão da literatura a importância do enfermeiro em home care e o processo de auditoria, foi utilizado o método de revisão bibliográfica com pesquisas em sites de busca Scielo, Biblioteca virtual da Umc e Ministério da Saúde. É necessário se aperfeiçoar e buscar qualidade. Já o processo de auditoria em enfermagem tem como objetivo principal melhorar a qualidade da assistência de forma qualitativa e quantitativa. O papel do enfermeiro em home care e processo de auditoria foram descritas por etapas de forma clara e objetiva, podemos concluir que a assistência domiciliar é um mercado promissor e a junção da assistência domiciliar e auditoria pode ser garantia de sucesso.

Palavras Chave: Home Care. Assistência Domiciliar. Enfermagem, Auditoria.

ABSTRACT

¹ Graduada em enfermagem pela Universidade Mogi das Cruzes. Especialista em Docência, oncologia, urgência e emergência pela Universidade XV de agosto. Especialista em auditoria, estratégia saúde da família, qualidade dos serviços de saúde e auditoria pela FAVENI. MBA em gestão da saúde com ênfase em administração hospitalar, faculdade Morumbi.

E-mail: ka.apms@outlook.com

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Braz Cubas.

E-mail: santiagobeeatiz@gmail.com

³ Mestrando em Psicogerontologia pelo Instituto Educatie de Ensino e Pesquisa. Enfermeiro. Especialista em nefrologia, UTI e saúde coletiva. Docente da graduação de enfermagem do Centro Universitário Braz Cubas.

E-mail: rmtoledo@brazcubas.edu.br

In recent decades, Brazil has been undergoing transformations in demographic patterns. The elderly population is the fastest growing in Brazil, with projections of 41.5 million in 2030. This rapid aging has implications and can be considered a major problem. The deaths in Brazil from NCDs (Chronic Non-Transmissible Diseases) have reached 73.9% of the population, imposing measures for this problem, one of the strategies that have been proposed for this model of health care is home care. The present research aims to highlight through literature review the importance of nurses in home care and the auditing process. The literature review method was used with research in search sites Scielo, Umc Virtual Library and Ministry of Health. It is necessary to improve and seek quality. The main objective of the auditing process in nursing is to improve the quality of care in a qualitative and quantitative way. The role of the nurse in home care and the auditing process were described by stages in a clear and objective way, we can conclude that home care is a promising market and the junction of home care and auditing can be a guarantee of success.

Keywords: Home Care. Home Assistance. Nursing, Audit.

1- INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil vem sofrendo transformações em relação aos padrões demográficos, considerando as alterações nos níveis de mortalidade e fecundidade, ocasionando em desafios e oportunidades para a sociedade. A população idosa é a que mais cresce no Brasil, com 19,6 milhões em 2010, e projeções de 41,5 milhões, em 2030 e 73,5 milhões, em 2060. Esse envelhecimento rápido traz implicações e pode ser considerado um grande problema (IBGE 2015).

Embora, estudos apontem um declínio lento nas doenças Imunopreviníveis e as DIP (Doenças Infeciosas e Parasitárias), como demonstra a queda da mortalidade que foi de 4,7%, em 2000 e 4,3%, em 2010, no entanto evidenciam que os óbitos no Brasil por DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) chegaram a atingir 73,9%, demonstrando que os fatores de risco como a globalização, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas, e o envelhecimento se tornaram um desafio para SUS (Sistema Único de Saúde), essa transição demográfica e epidemiológica demandam transformações da área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Essas DCNT são as principais causas de morte no mundo, além de causar grande impacto social, comunidade, financeiro e familiar, devido as incapacidades que causam grande impacto na qualidade de vida e trabalho. O custo direto no Brasil, com as DCNT representam uma crescente e estão entre as principais causas de internação hospitalar. Devido à mudança da estrutura etária em nosso país, a

população de crianças e jovens está ficando reduzidas enquanto a população idosa está aumentando junto com a expectativa de vida. O aumento da população idosa acarreta o também o aumento das doenças, principalmente as DCNT, impondo medidas para essa problemática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Nesse contexto, uma das estratégias que vem sendo propostas para o modelo de assistência à saúde é a assistência domiciliar. Essa alternativa visa contribuir para disponibilização dos leitos hospitalares, redução dos custos bem como proporcionar ao paciente e a família conforto e qualidade da assistência, preservando vínculos familiares.

Existem atualmente no Brasil algumas políticas em apoio a essa nova tendência, apesar disso, ocorrem de forma deficiente, pois ainda é considerado novo modelo de atendimento, necessitando de pesquisas na área e normatizações específicas pelos órgãos responsáveis.

Nesse propósito, esse estudo tem como finalidade expandir o conhecimento na assistência domiciliar e nos processos de auditoria em enfermagem dentro aspecto do home care, e contribuir como objeto de consulta aos graduandos de enfermagem.

2- OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

Destacar através de revisão da literatura a importância do enfermeiro em home care e o processo de auditoria.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o processo e a atuação do enfermeiro em home care;

Descrever a importância do processo de auditoria em home care.

3 - MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. A revisão bibliográfica visa fazer uma análise crítica, rigorosa e vasta das publicações sobre a área a ser estudada, com o objetivo de estudar e convalidar os conteúdos pertinentes ao assunto que já foram publicados (PEREIRA, 2007).

Revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos (MENDES et. al, 2008).

A busca de matérias foi realizada por meio da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BIREME), Scientific Library (Scielo), sites governamentais, sites de Universidades Conceituadas do Brasil, Revistas Eletrônicas de Enfermagem, Coren e Cofen, Biblioteca Central da UMC.

Foram realizados os descritores: Home Care, Dificuldades em Home Care, Ministério da Saúde em home Care, Novidades em Home Care, Auditoria e a enfermagem em Home Care, Processos da enfermagem em Home Care, cruzados entre si, com isso foram encontrados 40 artigos no total, dentre eles foram selecionados 28 artigos para serem utilizados no projeto pela relevância do assunto conforme a abordagem da pesquisa, sendo que estes foram escolhidos através da leitura e análise do título e resumo do artigo por completo.

Os critérios de inclusão foram dos artigos relacionados aos profissionais de enfermagem em Home Care e auditoria, considerando principalmente os últimos 10 anos (2006-2016).

Foram excluídos os artigos relacionados a outros profissionais e que não abordavam os assuntos da pesquisa e os inferiores ao ano de 2006.

4 - RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1. HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO BRASIL

No século XX, há relatos de que Ana Nery em meados de 1919 foi a pioneira na Assistência Domiciliar, com as Enfermeiras Visitadoras do Rio de Janeiro, que deu origem a Escola Ana Nery. Em 1942 SESP – Serviço Especial de Saúde pública, logo em 1949 SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, vinculada ao Ministério do Trabalho, que foram exigidos pelos sindicatos em prol dos enfermos que não estavam empregados. Em 1967 o Hospital Servidor Municipal a fim de desocupar leitos criou o programa de atendimento domiciliar para tratamentos de baixa complexidade, ortopedias, cirurgias, pacientes crônicos. Atualmente esses serviços foram incluídos em programas das prefeituras, hospitais

públicos, empresas privadas, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicinas de grupos e empresas específicas de assistência domiciliar. Já em 1977, com visão de lucro fácil houve aumento significativos nessas empresas fazendo necessário criar normas regulamentadoras, no ano de 1.990 foi quando as empresas privadas da cidade de São Paulo optaram por aplicar Assistência Domiciliar. Desse modo em meados de janeiro de 2.006 a ANVISA lançou a RDC n. 11 que fornece as diretrizes para aplicabilidade da Assistência Domiciliar no Brasil (BUENO, 2011).

4.2. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

No período da internação hospitalar o paciente recebe todo o atendimento necessário com intuito da cura ou para amenizar os sintomas, e assim o médico pode avaliar e optar por mantê-lo no hospital ou dar alta, e ser acompanhado pelo programa. Os atendimentos podem ser baixos, média ou alta complexidade e são avaliados pela equipe médica para essa classificação. A maior dificuldade é a falta de informação dos profissionais médicos em realizar o encaminhamento para o programa, havendo a necessidade da busca por parte deles no intuito de interação com o serviço (BUENO, 2011).

4.3. CONCEITOS

4.3.1 Home Care

Existem várias definições para a palavra “Home Care”, sua origem é de natureza inglesa e se traduz no português como “Cuidado em Casa”. No entanto, o termo mais utilizado aqui no Brasil é “Assistência ou Atendimento Domiciliar”, definida como conjunto de ações realizadas nos cuidados de pacientes em seu próprio domicílio, ou seja, organização de todo recurso de saúde fora do ambiente hospitalar, desde que o local seja apropriado para a assistência ao paciente, principalmente no aspecto da estrutura física (BUENO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde também utiliza o termo Assistência Domiciliar para os serviços de saúde prestados por profissionais formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a saúde das pessoas e proporcionar cuidados para uma morte digna (TURCOTTE, 2012).

Entretanto, o Ministério da Saúde, entre os diversos termos, define como Atenção Domiciliar o conjunto de ações integradas de saúde que ocorrem em

domicílio, e ações vinculadas à vigilância em saúde, Assistência e Internação Domiciliar (TURCOTTE, 2012).

Já o COFEN, com a regulamentação 0464/2014, entende por atenção domiciliar de enfermagem as ações realizadas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como sua reabilitação e nos cuidados paliativos.

Dessa forma, o atendimento domiciliar é acionado após solicitação médica, podem ser empresas terceirizadas especializadas no serviço ou as operadoras de saúde podem ter assistência domiciliar própria. A empresa especializada envia sua equipe até o hospital para anamnese com paciente, familiar e com o hospital, analisa os prontuários, e se necessário realiza ao domicílio a fim de averiguar se local tem condições para realizar o atendimento, em seguida entrega o relatório para empresa de home care e para operadora de saúde, que após a programação dos recursos humanos, medicamentos, insumos, materiais e equipamentos, após o contato com hospital e familiares programa a remoção e o retorno para a residência.

4.3.2. Domicílio

Quando as condições do domicílio são inadequadas ao conforto e segurança do paciente e impossível realizar a adequação, o programa é negado e o paciente permanece sob internação hospitalar, se aceito o enfermeiro visitador fará visitas mensalmente, também são avaliadas as localidades das residências, evitando locais de alta periculosidade aos profissionais que prestarão a assistência.

4.3.3. Paciente

O paciente consciente costuma decidir sobre o seu tratamento, se incapaz, a família que acaba escolhendo as melhores opções de tratamento. É importante ressaltar que o convívio do paciente e a família contribui com a recuperação. Uma pesquisa realizada em 2008, aponta que 62 % dos familiares entrevistados afirmam que estão satisfeitos com o programa (PAGLIUCA, DANTAS, BATISTA, 2008).

4.3.4. Família

A família é um dos fatores primordiais para o sucesso da Assistência Domiciliar, porém, nem sempre todos estão dispostos a colaborar com familiar

enfermo, pois o programa gera estresse devido a falta de liberdade e ao nível elevado de responsabilidades a qual se insere.

4.3.5. Cuidadores

O Projeto de Lei 6.966/2006 cria o profissional cuidador, porém, é necessário que faça um curso com conteúdo fornecido pelo Ministério da Saúde. Em 2008 o Projeto de Lei 2.880, regulamenta a profissão Cuidador de Pessoa e delimita suas atribuições e fixa remuneração mínima. Esse cuidador tem como funções com tarefas básicas entre elas administrar medicamentos, banho e higiene, alimentação.

4.3.6 Equipe Multiprofissional

Os profissionais envolvidos no programa de assistência domiciliar devem um perfil que envolva comprometimento, amadurecimento e segurança, são compostos por médicos, enfermeiro, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas, assistentes sociais, farmacêuticos, e pessoal de apoio como motorista, técnicos administrativos, entre outros, sendo essencial a capacitação desses profissionais (LUCENA, 2011).

4.4 MODALIDADES DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Apesar das características peculiares das quais as modalidades se diferenciam, elas se completam, e essa nova concepção por parte dos profissionais envolvidos no processo de Atenção à Saúde Domiciliar se faz necessário para uma prática fundamentada na teoria, com isso, proporcionando melhor assistência ao cliente (LACERDA et al, 2006; FONSECA, 2010).

As modalidades segundo o RDC nº. 11, de 26 de Janeiro de 2006 da ANVISA, são: Atenção Domiciliar, Atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar, enquanto que a Resolução do COFEN 0464/2014 descreve como modalidades a Atenção Domiciliar compreendendo: Atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar e Visita Domiciliar.

4.4.1 Atenção Domiciliar – AD

A vigilância em saúde faz parte dessa modalidade, pois Atenção Domiciliar possui amplitude dentro dos contextos da promoção, manutenção e restauração da saúde do indivíduo (LACERDA et al, 2006; FONSECA, 2010).

Podemos destacar o RDC nº. 11, que define como termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. E o COFEN destaca a amplitude desse termo como descritos nas seguintes modalidades: Atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar e Visita Domiciliar.

4.4.2 Atendimento Domiciliar

Segundo COFEN, compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistências, desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no domicílio, direcionadas ao paciente e seus familiares. O RDC nº. 11 define como conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

4.4.3 Internação Domiciliar

São definidas como atividades prestadas à indivíduos em sua residência e que tenham quadro clínico estável, esses cuidados devem ser acima das modalidades ambulatoriais, porém que possam receber cuidados em domicílio com essa finalidade (TURCOTTE, 2012).

O RDC nº. 11 define como o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizado pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

O COFEN define como a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínuo e até mesmo ininterrupto, no domicílio, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.

4.4.4 Visita Domiciliar

Compreende a forma articulada de avaliação envolvendo o indivíduo, a família e o domicílio, sendo também uma forma de atendimento domiciliar (LACERDA et al, 2006; FONSECA, 2010).

Um contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido, são valores importantes (COFEN, 2014).

4.5 ALGUMAS LEGISLAÇÕES

A Lei 2.416/98 M.S, estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e a realização de internação domiciliar pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

A Lei Federal 10.424/02, estabelece o acréscimo do atendimento e internação domiciliar no SUS, à Lei 8.080/90.

A Resolução do COFEN 267/01, define conceitos de enfermagem em domicílio, níveis de complexibilidade e funções do enfermeiro.

A Resolução do COFEN 270/02, determina a obrigatoriedade de se obter 1 enfermeiro por turno e 1 enfermeiro responsável técnico.

A Resolução do COFEN 272/02, dispõe a SAE, e prontuário em domicílio.

O RDC 11 de Janeiro de 2.006 da ANVISA com normas técnicas.

O Conselho de Farmácia com a Resolução 386/02, atribuições do farmacêutico.

O Conselho Federal de Medicina com a Resolução 1.668/03, dispõe alguns critérios operacionais.

4.6 ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO

Os gestores têm importante papel nesse contexto. A estruturação dos serviços envolve diferentes aspectos e de grande complexibilidade. Consistem principalmente no planejamento dos serviços, determinação dos objetivos do serviço, estabelecimento de prioridades, mensuração os recursos disponíveis envolvendo os materiais, insumos e a parte operacional, plano operacional, desenvolvimento, e aperfeiçoamento, realizando avaliações constantes dos resultados (MARTINS, 2006).

Nessa concepção, se faz necessário classificar a logística dentro do planejamento e gerenciamento, onde é possível interligar as operações e realizar controle e fluxo dos materiais e serviços da assistência domiciliar, trazendo qualidade e redução dos custos para as empresas.

Dentro da logística está o serviço de PGRSS (Plano de Gerenciamento Resíduo do Serviço de Saúde) que segue as normas do RDC 306/04 e do Conselho Nacional de Meio Ambiente CONAMA 358/04, devendo os gestores realizar um plano para esses resíduos, a fim de direcionar o lixo domiciliar contaminado. As legislações vigentes ainda não contemplam normas específicas para o manejo dos resíduos no cuidado domiciliar, falta estrutura física, recursos humanos e materiais, e qualificação profissional, pacientes/cuidadores, e transporte e descarte seguro (ALVES et. al, 2012).

Contudo, pesquisas apontam diferença menor que 30% na produção de resíduos, quando comparados a internação hospitalar na assistência domiciliar, gerando por dia em média 3,77 kg e 2,64 kg respectivamente, deles 94,4% do total coletado representam os grupos A e B (lixos biológicos e químicos), destacando a necessidade de readequação das leis vigentes para o manejo desses resíduos na atenção domiciliar, visto que apresenta irregularidades tanto no armazenamento quanto no transporte desses resíduos (SIQUEIRA e CONSONI, 2007).

4.7 SERVIÇOS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Nessa categoria temos os serviços privado e público, ambos afetados com o aumento dos custos relacionados à saúde, fato que se deve causas multifatoriais como aumento da população idosa, doenças crônicas, doenças infecciosas, e a população consciente de seus direitos em relação à saúde. Dentro dessa perspectiva o Home Care vem se tornando opção de redução de custos, e melhor assistência ao paciente.

4.7.1 Operadoras de Plano de Saúde

Segundo ANS – Agência Nacional de Saúde em seu parecer n. 4/2016, as operadoras de planos de saúde não incluem assistência no domicílio, e não contempla tratamento medicamentoso salvo antineoplásicos e o tratamento das reações adversas, isso tanto para os planos novos como para os planos adaptados, porém, a Lei 9.656/98 garante o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia, urostomia, sonda vesical de demora, coletor de urina com conector. Quando por iniciativa das operadoras de plano de saúde, optarem por atendimento em domicílio, deve-se firmar contrato entre as partes, estabelecendo critérios de exigência entre

as partes, e somente com indicação do médico responsável pelo paciente. Ou arcar com os custos até a alta hospitalar.

4.7.2 Instituições Públicas

A Constituição de 1988, a criação do SUS com Lei 8.080/98, garantem o direito imparcial e total a todos os indivíduos. Como citado anteriormente o Ministério da Saúde na portaria 2.416/98 credencia os hospitais para realização desse serviço e Lei 10.424/02, acrescenta o Subsistema de Atenção Domiciliar.

Baseados nessas normativas existem alguns programas da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, como o Programa Hospital Domiciliar de Atendimento e Internação Domiciliar (PHDOM), atende todas as idades com todos os meios tecnológicos e objetivo de diminuir o número de leitos e tempo de internação hospitalar, além de diminuir as infecções. Existe também o Programa Acompanhantes de Idosos da Secretaria de Saúde, que atua como monitoramento domiciliar e prevenção de agravos à saúde do Idoso.

Contudo, o programa de atenção a saúde, representa modelo complementar nos cuidados à saúde com grande potencial, principalmente em ESF – Estratégia Saúde da Família, porém, apresentam diversas limitações, como o excedente da população, capacitação inadequada dos profissionais, entre outros, mas têm sido realizados estudos para enfrentamento dessas deficiências que ainda estão aquém do esperado para o programa (GALLASSI et. al, 2014).

4.8 INDICADORES DE QUALIDADE

O RDC n. 11 determina a avaliação da qualidade da Assistência Domiciliar, mensuração qualitativa e quantitativa. Além de proporcionar através de seus resultados uma condição de melhora na qualidade dos serviços, os indicadores de qualidade também são primordiais nas questões de controle, condução de processos, Acreditação Hospitalar e certificações como do ISO 9000.

4.9 SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM HOME CARE

O COREN DIR 008/1999 normatiza a implementação do SAE, nas instituições de saúde do estado de São Paulo, e destaca que nos casos de Home Care, o

prontuário deve permanecer junto ao cliente/paciente, conforme direitos do consumidor.

O SAE é privativo ao enfermeiro e compreende as fases de: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem. Tornas-se imprescindível que o enfermeiro esteja ciente de que estas ações são privativas, não devendo em hipótese alguma serem delegadas a outros profissionais. Para a implantação da assistência de enfermagem devem ser considerados aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme DIR COFEN 001/2000 e RESOLUÇÃO 272/2002. Em todas as etapas da sistematização o enfermeiro deve conquistar parceria familiar e valorizar todo seu contexto.

Esse Instrumento facilita a captação das informações de forma documentada, utilizando metodologia que melhor se enquadre no perfil da população trabalhada, proporcionando a compreensão real das necessidades e cuidados a ser realizados.

A metodologia escolhida deve ser baseada na escolha de uma Teoria de Enfermagem, não é comum que se utilize em Home Care, devido à diversidade de pacientes e patologias, porém, é dever do enfermeiro. As teorias têm embasamento científico, e deve ser aplicada após avaliação do paciente, ambiente, família, com escolha da teoria que melhor se encaixe nas particularidades de cada indivíduo.

No Brasil, a teoria mais utilizada é a Teoria das Necessidades Básicas Humanas de Wanda Horta, onde determinou as bases fundamentais para assistência e para a fiscalização. A implantação do SAE é benéfica para todos os envolvidos, e traz autonomia para o enfermeiro e implica na aplicação dos conhecimentos científicos e o reconhecimento de uma assistência de qualidade (LIMA et. al, 2014).

Os instrumentos quando utilizados monitoram os registros de enfermagem e proporcionam melhora na qualidade da assistência prestada, porém, os enfermeiros apresentam dificuldade na sua implementação (BARBOSA E TRONCHIN, 2015)

Contudo, não há sistematização padrão na literatura para a realização das visitas domiciliares, mas propostas isoladas, baseadas nas experiências particulares, e apesar da criação dos Cadernos de Atenção Domiciliar, Ministério da Saúde tem pouco funcionabilidade para o operacional (GALLASSI et. al, 2014).

4.10 AUDITORIA EM ATENDIMENTO DOMICILIAR

A palavra auditoria tem origem no latim “audire” que significa ouvir, mas as questões relacionadas a enfermagem são na tradução da palavra inglesa “audit” com significado examinar, corrigir, certificar, que se encaixam. Auditoria é uma especialização da área contábil, mas é utilizada por várias funções. Em sua história é difícil precisar onde foi seu início. No Brasil em meados 1.952 tiveram início as primeiras leis onde se tinham o dever de documentar a história dos pacientes, porém, a auditoria foi oficializada em 1.968 pelo Banco Central do Brasil (MANUAL DE CONSULTAS DAS NORMAS DE AUDITORIA MÉDICA E ENFERMAGEM DA UNIMED, 2015).

Auditoria é uma avaliação cuidadosa e sistemática desenvolvida dentro de uma empresa, com objetivo de verificar se as atividades atendem as normas planejadas e se foram realizadas de acordo com objetivos.

4.10.1 Auditoria em Saúde

Em saúde, auditoria pode ser caracterizada como um instrumento de controle e da avaliação da qualidade da assistência dos serviços prestados, com objetivo de identificar a eficiência e eficácia dos serviços, bem como, sugerir soluções, com papel de fiscalizador e educador. Atualmente além da qualidade atua na otimização de custos (VASCONCELOS, PACHECO E PEDREIRA, 2015).

Essa qualidade é analisada tendo em vista os envolvidos, paciente, hospital e operadora de saúde, fiscalizando os procedimentos em prontuários e seus valores, em aspectos qualitativos e quantitativos da assistência, além de diminuir os desperdícios de materiais e medicamentos, afinal, todos os procedimentos geram custos, e para se comprovar os valores gastos se faz necessário o registro, como em casos de um convênio com operadoras de saúde (MANUAL DE CONSULTAS DAS NORMAS DE AUDITORIA MÉDICA E ENFERMAGEM DA UNIMED, 2015).

Assim, auditoria em saúde pode ser definida como processo de melhoria da qualidade da assistência, através de revisão sistemática do cuidado, dos critérios estabelecidos, das mudanças, da estrutura, dos processos, dos resultados, e acompanhamento das melhorias sugeridas.

4.10.2 Auditoria em Enfermagem

Avaliação e revisão detalhada de registros clínicos selecionados por profissionais qualificados para verificação da qualidade da assistência, utilizada como instrumento e análise dos registros. Conceitua-se como análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem, através do prontuário, principalmente das anotações de enfermagem, com intuito da qualidade da assistência prestada, condição de diminuir custos, conciliando qualidade e sustentabilidade financeira (MANUAL DE CONSULTAS DAS NORMAS DE AUDITORA MÉDICA E ENFERMAGEM DA UNIMED, 2015).

Segundo GUIMARÃES E ESPÍRITO SANTO 2014, auditoria em é o processo pelo qual as atividades são analisadas tanto no contexto quantitativo como no qualitativo, no intuito de averiguar gastos indevidos e se ocorrer comunicar a diretoria.

Os processos de auditoria são fundamentais dentro da assistência domiciliar. Atualmente o mercado busca por resultados positivos com clientes satisfeitos através de custos baixos. A auditoria domiciliar inspeciona, revisa, e realiza intervenções na assistência prestada, visando a não só a redução de custos, mas a qualidade do atendimento (BUENO, 2011).

4.10.3 Classificações da auditoria

1) Regular ou Ordinária – realizada em caráter de rotina, e periódica, sistemática e previamente programada, com visitas a análise e verificação das fases específicas de uma atividade, ação ou serviço.

2) Especial ou Extraordinária – realizada para atender a apuração de denúncias, indícios de irregularidades ou por determinação do Secretário de Estado da Saúde e outras autoridades competentes para verificação de atividade específica.

Auditoria em Enfermagem também pode ser classificada quanto ao método; à forma de intervenção; em relação ao tempo; à natureza e quanto ao limite.

a) Quanto ao método ou execução

Auditoria retrospectiva - é a auditoria realizada após a alta do paciente, através do prontuário para avaliação. A desvantagem deste método se deve ao fato de os dados obtidos não beneficiarem este paciente diretamente, mas sim a assistência de maneira global e também ao fato de não permitir saber-se o que foi feito e não foi anotado.

Para realização deste tipo de auditoria consiste no estabelecimento do número de prontuários que deverão ser analisados, o que é feito em função de um padrão. Para isso, existe uma regra internacional onde se considera o seguinte: até 50 altas/mês = todos os prontuários; mais de 50 altas/mês = 10% dos prontuários mais todos os prontuários de pacientes que foram a óbito. Mas, o mais importante é a definição pela comissão que irá realizar o processo, da sua capacidade de trabalho. Além disso, é importante que os prontuários sejam escolhidos por sorteio.

Auditoria Prospectiva ou Prévia – também denominada de operacional ou concorrente. Consiste na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem enquanto o paciente está hospitalizado ou em atendimento ambulatorial, e pode ser realizada das seguintes maneiras: exame do paciente e confronto das necessidades levantadas com a prescrição de enfermagem e/ou avaliação dos cuidados in loco (acompanhar o funcionário e confrontar com os parâmetros estabelecidos); entrevista com o próprio funcionário logo após a prestação do cuidado, levando-o à reflexão e servindo como material de auditoria; avaliação feita pelo paciente e sua família, verificando a percepção destes quanto à assistência prestada; nesse caso, é importante que sejam selecionados familiares que tenham realmente acompanhado o paciente; pesquisa junto à equipe médica, verificando o cumprimento da prescrição médica e interferências das condutas de enfermagem na terapêutica médica (trabalho mais difícil e muito mais criterioso, em vista das questões éticas envolvidas).

Auditoria concomitante ou concorrente - consiste na utilização simultânea dos métodos prospectivos e retrospectivos, que compreende a verificação do prontuário e entrevista com o paciente para detectar o grau de satisfação em relação ao serviço.

b) Quanto ao Tipo

Auditoria Analítica – conjunto de procedimentos especializados que consistem na análise de relatórios, processos e documentos visando avaliar se os serviços ou sistemas de saúde atendem as normas e padrões previamente definidos.

Auditoria Operativa – consiste na verificação de processos e documentos comparados aos requisitos legais/normativos e atividades relativas a área de saúde através do exame direto dos fatos, documentos e situações.

Auditoria de Gestão – conjunto de atividades que abrangem área de controle, fiscalização orçamentária, financeira e contábil, avaliação técnica da atenção a saúde, avaliação de resultados e comprovação de qualidade, desempenhadas junto aos gestores, conforme requisitos mínimos estabelecidos pela legislação vigente.

Auditoria Contábil – pode ser definida como o levantamento, o estudo e a avaliação sistemática de transações, procedimentos, rotinas e demonstrações contábeis de uma entidade, com o objetivo de fornecer a seus usuários uma opinião imparcial e fundamentada em normas e princípios sobre sua adequação. A auditoria tem como conceito mais abrangente, aspectos de avaliação de cumprimento de metas previstas em planos de saúde e/ou trabalho, de apuração de resultados, de comprovação de qualidade, que precisam ser levados em consideração para o cumprimento das atividades de controle financeiro, contábil e patrimonial nas instituições conveniadas e gestores.

c) Quanto à forma de intervenção

Auditoria interna ou de 1ª parte - é realizada por elementos da própria instituição; tem como vantagem maior profundidade no trabalho, tanto pelo conhecimento da estrutura administrativa, como das inovações e expectativas dos serviços; a sua vinculação funcional permite sugerir soluções apropriadas. Como desvantagem, pode-se citar a dependência administrativa limitando a amplitude das conclusões e das recomendações finais do trabalho; pode haver também

envolvimento afetivo do auditor com os elementos realizadores do trabalho, invalidando-os.

Auditoria externa ou de 2ª parte - é realizada por elemento não pertencente à instituição, contratado especificamente para a auditoria; tem a vantagem de gozar de independência administrativa e afetiva; tem a desvantagem de o auditor não vivenciar a realidade da instituição, podendo realizar um trabalho superficial, que apresente sugestões pouco adequadas à solução dos problemas existentes.

Auditoria de 3ª parte – avaliação aplicada por entidade certificadora.

d) Em relação ao tempo

Auditoria contínua – consiste na avaliação por períodos determinados sendo que, uma revisão sempre se inicia a partir da última.

Auditoria periódica – consiste também em estar-se realizando avaliações em tempos estabelecidos, porém não se prende à continuidade.

e) Em relação à natureza

Auditoria normal - é a que é realizada em períodos determinados com objetivos regulares de comprovação, integrando uma rotina institucional.

Auditoria específica ou especial - atende a uma necessidade do momento, esporádica.

f) Quanto ao limite

Auditoria total – como o próprio nome diz abrange todos os setores/unidades da instituição.

Auditoria parcial - restringe-se a alguns serviços (por exemplo: serviço de enfermagem).

4.10.4 Enfermeiro Auditor

Na Resolução n. 266/2001 do COFEN, consta atribuições de o enfermeiro auditor organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem, e ter uma visão holística e como qualidade de assistência e gestão, e quantidade financeira e econômica, visando o bem estar humano (BUENO, 2011; GUIMARÃES E SANTO, 2014)

O enfermeiro deve se amparar no código de ética de sua classe. Em sua visita, realizar exame físico e comparar com o realizado anteriormente, anotar em prontuário, utilizando termos científicos, em relatório prezando sempre por clareza e objetividade.

Além disso, o enfermeiro tem como objetivo primordial evitar desperdícios, reduzir custos, orientar sua equipe, assim tentar prevenir as glosas (termo utilizado ao não pagamento de um serviço). Por isso, se faz fundamental a elaboração de protocolos e normas internas, e sugerir reajustes contratuais se necessário.

A anotação de enfermagem tem papel fundamental nesse contexto, deve ser escrita de forma clara e letra legível, contendo, dados do atendimento, materiais utilizados, datada, assinada e carimbada. E por fim a evolução de enfermagem, que de forma minuciosa descrever o estado clínico do paciente, incluindo exames e procedimentos, garantindo que a prescrição de enfermagem tenha sido seguida (BUENO, 2011).

As principais atividades das auditoras envolveram os seguintes aspectos: visitas domiciliares e análise de contas; avaliação do seguimento do projeto de inclusão; acompanhamento e monitoramento da assistência prestada; atividades educativas, eventos, ciclos e debates; participação na autorização de internação domiciliar e auditoria analítica. No domicílio do cliente, são avaliadas as condições de energia elétrica, necessidade da permanência dos aparelhos, o ambiente, o acesso ao paciente, a locação e as condições dos equipamentos, a localização das medicações, materiais descartáveis e/ou estéreis, a avaliação da equipe profissional, as condições do paciente, o prontuário, a satisfação dos familiares, a disponibilidade da família para participar nos cuidados ao seu ente, a necessidade da assistente social, as condições psicológicas e socioeconômicas e o desmame para alta (CARNEIRO, 2007).

4.10.5 Atribuições do enfermeiro auditor

a) No convênio ou operadora de planos saúde

- Avaliar a assistência de enfermagem prestada ao cliente através do prontuário;
- Verificar a observância dos procedimentos frente aos padrões e protocolos estabelecidos;
- Adequar o custo por procedimento;
- Elaborar relatórios/Planilhas através das quais se define o perfil do prestador: custo por dia, custo por procedimento, comparativos entre prestadores por especialidade;
- Participar de visitas hospitalares;
- Avaliar, controlar (com emissão de parecer) as empresas prestadoras de serviços, fornecendo dados para a manutenção/continuidade do convenio (assessoria ao credenciado);
- Elo entre as partes= parceria;

b) No hospital

- Análise do Prontuário Médico, verificando se está completa e corretamente preenchida nos seus diversos campos tanto médico como de enfermagem, como por exemplo: história clínica, registro diário da prescrição e evolução médica e de enfermagem, checagem dos serviços, relatórios de anestesia e cirurgia;
- Avaliar e analisar a conta hospitalar, se condiz com o evento realizado;
- Fornecer subsídios e participar de treinamentos do pessoal de enfermagem;
- Analisar contas e glosas a fim de estudar e sugerir reestruturação das tabelas utilizadas, quando necessário;
- Fazer relatórios pertinentes: glosas negociadas, aceitas ou não, atendimentos feitos, dificuldades encontradas e áreas suscetíveis de falhas e sugestões;
- Manter-se atualizado com as técnicas de enfermagem, com os serviços e recursos oferecidos pelo hospital, colocando-se a par (inclusive) de preços, gastos e custos alcançados;

- Utilizar, quando possível, os dados coletados para aperfeiçoar o Serviço de Auditoria: saber apontar custos de cada setor, locais onde pode ser feita a redução nos gastos, perfil dos profissionais envolvidos e dados estatísticos.

c) Geral

- Conhecer e identificar os aspectos que envolvem o ambiente no qual está inserido;
- Conhecer os aspectos técnico-científicos da área que audita;
- Conhecer os acordos e situações que envolvem as diversas questões do trabalho;
- Trabalhar com honestidade, ponderação e bom senso;
- Não fazer julgamentos prévios sem ter pleno conhecimento dos fatos;
- Trabalhar em parceria, buscando novas informações;
- Orientar os demais colegas de trabalho quanto a novas situações;
- Discutir e aprender com isso;
- Agir sempre dentro dos preceitos éticos de sua profissão.

4.10.6 Operadoras de Saúde e seu papel

Na assistência domiciliar, as operadoras têm como objetivo a redução dos custos, e propiciar o aumento da oferta de leitos nos hospitais, e conforto aos pacientes que recebem o atendimento em casa ou instituições. Esse serviço pode ser próprio ou terceirizado pelas empresas prestadoras de serviços, a depender da avaliação de custos.

As negociações envolvem uma gama de contextos, e a equipe deve estar atenta e ter conhecimento das decisões estabelecidas entre as partes. A família do cliente deve estar ciente e participativa no cuidado, para evitar futuros questionamentos, sendo fundamental o posicionamento do enfermeiro dentro dessa temática.

Os auditores fazem parte da equipe multidisciplinar (médicos e enfermeiros), e são capacitados para avaliar os procedimentos executados, além de coordenar e liberar os procedimentos para equipe externa.

Estudos comparam as diárias de internações hospitalares com internações domiciliares e apontam reduções expressivas quantos aos custos, que variam entre

50 a 80%, demonstrando que a auditoria em home care além de proporcionar qualidade ao paciente, e redução dos custos leva conseqüentemente ao aumento dos lucros para as operadoras (MARTINS et. al, 2013).

Apesar da economia que geram para as operadoras, a assistência domiciliar deve estabelecer o início, meio e fim para o tratamento. Dentro do plano de tratamento pode o paciente necessitar das diversas modalidades de atendimento e procedimentos, e a internação que envolve a equipe multidisciplinar. A manutenção se dará através da avaliação dos relatórios mensais.

É necessário auditoria in loco, que exige averiguação do quadro clínico real em que se encontra o paciente, onde o auditor vai conversar com a família, verificar o grau de satisfação da qualidade do atendimento prestado por parte de todos os envolvidos, organização do ambiente, equipamentos e materiais, e também as anotações e evoluções nos prontuários dos pacientes, que são fatores essenciais para as liberações que foram solicitadas nos relatórios.

A auditoria tem a responsabilidade de averiguar o diagnóstico médico, os procedimentos, exames, laudos, materiais e medicamentos, e rever os valores contratuais. Assim, relatar todas as divergências encontradas em impressos próprios, o relatório deve ser lido por todos os envolvidos, a fim de corrigir os problemas encontrados. É aconselhável que se crie uma planilha detalhada com os custos mensais.

No caso de divergências com prestadoras de saúde, as operadoras devem comunicar de maneira formal o auditor da prestadora, para que possam ser corrigidas.

4.10.6 Contratos

As operadoras de saúde possuem contrato com as prestadoras de saúde onde constam tabelas com valores de pagamentos, informações de liberações, exclusões e pacotes. O auditor deve estar em contato constante com a prestadora de saúde, averiguando a qualidade, realizar ajustes, fazer reuniões, esclarecer dúvidas e deixar claros os objetivos da operadora.

4.10.8 Prestadoras de Serviços

São empresas que prestam serviços às operadoras de saúde, empresas particulares, SUS (Sistema Único de Saúde) ou até diretamente aos clientes quando é particular.

O seu funcionamento depende de Alvará, Licença Sanitária, outras licenças nos órgãos oficiais competentes, e regularizações e qualificações.

A qualidade dos serviços é primordial, e a presença de um auditor também é fundamental. O auditor é responsável por formular o custo mensal do cliente e envio da despesa à operadora de saúde, com informações claras e respaldadas na assistência. Esses relatórios devem ser enviados mensalmente, ou sempre que houver alterações, ou quando que for solicitado, sendo necessário o recebimento de relatórios da equipe multidisciplinar que devem revisados evitando glosas. A conferência antes de enviar o relatório às operadoras se faz necessário.

As visitas e procedimentos extras devem ser justificados e enviados no ato do acontecimento. Se houver necessidade de prorrogação devem ser preenchidos impressos próprios, e no caso de divergências, podem ser discutidas entre as equipes. O setor de auditoria mostra organização e responsabilidade por parte da empresa.

Contudo, as operadoras e prestadoras de serviços se comprometem junto da equipe multidisciplinar com a qualidade do serviço prestado.

4.11 A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA EM ENFERMAGEM

A auditoria tem papel extrema importância na enfermagem com ampla temática, porém, dentre seus aspectos podemos destacar a avaliação da assistência prestada, visando sempre à qualidade do serviço (CAMELO, et al, 2009).

O papel do enfermeiro no processo de auditoria é economicamente viável, pois o acompanhamento dos resultados através das análises e avaliações garante a qualidade dos serviços prestados (COSTA e FOSSATI, 2015).

As avaliações se dão através de impressos, onde o enfermeiro deve utilizar de habilidades administrativas e criativas, com um trabalho em conjunto com as operadoras, a fim de abordar as falhas e corrigi-las através da educação continuada com treinamentos (RIOS et al, 2009).

A área administrativa se faz fator importante para o enfermeiro auditor, se mostrando interessante para 87,27% dos entrevistados, e consideram a auditoria em

enfermagem importante para elevação do status profissional, além de horário flexível, e final de semana livre. E 94,55% dos enfermeiros relatam que a auditoria faz parte do processo que facilita a acreditação em rotinas gerenciais, ONA (Organização Nacional de Acreditação). A ONA consiste no processo tem como principais vantagens: segurança para os pacientes e profissionais; qualidade da assistência; construção de equipe e melhoria contínua; útil instrumento de gerenciamento; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira. Contudo, esses profissionais priorizam a necessidade de melhora na assistência prestada, nas anotações de enfermagem, e no controle de desperdícios (SANTOS et al, 2014).

A auditoria é uma importante área que se encontra em processo de expansão, portanto, o enfermeiro auditor deve estar sempre se atualizando, a fim de debater os erros com conhecimentos e exigir melhora do serviço (DORNE e HUNGARE, 2013).

5 - CONCLUSÃO

Foi possível observar a unanimidade entre os estudos quanto à importância do enfermeiro na assistência domiciliar. No entanto devido à complexidade na qual está envolvida, é necessário se aperfeiçoar e buscar o conhecimento de forma constante, estar atualizado quanto às publicações e inovações na área, e sempre com base nas normatizações vigentes, e qualidade embasada na ética. Já processo de auditoria em enfermagem tem como objetivo principal melhorar a qualidade da assistência de forma qualitativa e quantitativa, assim deixando de lado os paradigmas de inspeção e punição, e ainda é considerada uma área pouco estudada cientificamente, porém, é elemento essencial se fazendo necessária a reflexão dos profissionais quanto o seu papel (CAMELO et. al, 2009).

O papel do enfermeiro em home care e processo de auditoria foram descritas por etapas de forma clara e objetiva a fim de facilitar o entendimento por parte dos profissionais que estão iniciando nessa área em expansão.

Dessa forma, podemos concluir que a assistência domiciliar é um mercado promissor, porém, seu progresso depende dos profissionais utilizarem como base o conhecimento e aplicabilidade em administração bem como as normatizações específicas por parte dos órgãos competentes, então assim favorecer a qualidade dos serviços. Quanto ao enfermeiro auditor foi possível observar que a função exige

habilidades diversificadas como assistencial, administrativa, educação continuada, autonomia, liderança, relação interpessoal, entre outras, mas a junção da assistência domiciliar e auditoria pode ser garantia de sucesso.

REFERÊNCIA

ALVES, Sergiane Bisonoto; SOUZA, Adenícia Custódia Silva; TIPPLE, Ana Clara Ferreira Veiga; REZENDE, Keyti Cristina Gama; REZENDE, Fabiana Ribeiro; RODRIGUES, Érika Goulart. Brasília. Rev. Bras Enf, v. 65 n. 1, p. 128-34, jan./fev, 2012.

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar, Parecer Técnico n. 4, GEAS/GGRAS,DIPRO, 2016. Cobertura Domiciliar (Home Care).

BARBOSA, Silvia Freitas; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Manual de Monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. Rev Bras Enferm. Brasília. v. 68, n. 2, p. 253-60, 2015.

BUENO, Paula Daniela Rodrigues. Home Care: o que o profissional de enfermagem precisa saber sobre Assistência Domiciliar. São Paulo, editora Rideel 1. ed, 2011.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; PINHEIRO, Aline, CAMPOS, Domitila; OLIVEIRA, Tatiana Lentz de. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. Rev. Eletr. Enf; [Internet]. 2009; v. 11, n. 4, p. 1018-25. Acesso em : <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a28.htm>.

CARNEIRO, Cláudia Vieira; DANTAS, Rosane Arruda; PALIUCA, Lorita Marlena. Auditoria de Seguros de Saúde em Atendimento Domiciliário. R Enfem UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 343-8, jul./set. 2007.

COSTA, Luciana Pertille da, FOSSATTI, Paulo. Capacitação do Enfermeiro Auditor na Gstão em Saúde: Importância e realidade. Rev. Face UFMG. Minas Gerais, v. 12, n. 2, 2015.

DORNE, Juliane; HUNGARE, Jaqueline Volpato. Conhecimentos teóricos de auditoria em enfermagem. Rev. UNINGÁ Review, Paraná, v. 15, n. 1, p. 11-17, jul./set. 2013.

Epidemiologia e Serviços de Saúde. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ministério da Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, v.21, n. 4, out./dez. 2012.

FONSECA, Demian Washington. As modalidades do Home Care no Sistema Suplentar de Saúde. Paraná. Universidade Tuiuti do Paraná, jun/. 2010.

GALASSI, Caio Vacisk; RAMOS, Daniel Felipe Herculano; KINJO, Juliano Yumi; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à saúde: uma síntese operacional. ABCS Health Sci. São Paulo. v. 39, n. 3, p. 177-85, 2014.

GUIMARÃES, Marêssa Ribeiro; ESPÍRITO SANTO, Eniel do. Análise das contribuições em auditoria em enfermagem. Rev UNINCOR, Minas Gerais, v. 12, n. 2, p. 51-58, ago./dez. 2014.

Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estudos e Análises Informação Demográfica e Socioeconômica 3, MUDANÇA DEMOGRÁFICA NO BRASIL NO INÍCIO DO SÉCULO XXI, Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Cléria Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal; TRUPPEL, Tiago Christel. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam a prática. São Paulo. Saúde e Sociedade, v. 15, n.2, p. 88-95, mai./ago. 2006.

LIM, Prince Vangeris Silva Fernandes de; NASCIMENTO, Ana Karoliny Couto; SEGANFREDO, Hellen Cristina; RIBEIRO, Isabella Cristina; AMORIM, Anne Caroline Coelho Leal Árias ; ALVES, Elioenai Dornelles. PROCESSO DE ENFERMAGEM, SEGUNDO MODELO CONCEITUAL DE WANDA HORTA, APLICADO A UMA FAMÍLIA ATENDIDA PELO NUCLEO REGIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR FEDERAL. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, São Paulo. v. 5, n. 2, p. 753-68, 2014.

LUCENA, Jacqueline Barth Camargo. Home Care: Serviço Domiciliar em Saúde. Simpósio Científico da FTSG, Rio Grande do Sul. out./ 2011.

Manual de Consultas das Normas de AUDITORIA Médica e Enfermagem. Confederação das Nacional da Cooperativas Médicas do Brasil- UNIMED DO BRASIL. São Paulo, 2015.

MARTINS, Ana Virgínia Feitosa Martins; PETER, Maria da Glória Arrais; MACHADO, Marcus Vinicius Veras; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. Estratégias para redução de custos em operadoras de plano de saúde. RIC, Pernambuco, v. 7, n. 1, p. 55-72, jan./mar. 2013.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, RENATA Cristina de Capos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev. Texto e contexto enferm, Santa Catarina, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.

Planos de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 2011-2022.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem – disponível em: <http://www.cofen.gov.br>.

RESOLUÇÃO RDC n. 11, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde de 26 de Janeiro de 2006.

RIOS, Saulo Lemos, GRAÇA JUNIOR, Carlos Alberto Guzman, DOURADO, Giovanna de Oliveira Libóiro, FREIRE, Alessandra Kelly, do Nascimento, BEZERRA,

Sandra Marina Gonçalves. Auditoria de Enfermagem: uma revisão bibliográfica. CEBEN, Ceará, out./ 2009.

SANTOS, Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos; COSTA, Ana Paula; CARVALHO, Luis Augusto Ferreirade; FARIA, Ana Lúcia; DE MARTINO, Mair Figueiredo. AUDITORIA EM ENFERMAGEM: Desafios e Competências Profissionais. Rev. Enferm UFPE on line., Recife, v. 8, n. 2, 3581-86, out./ 2014.

SIQUEIRA, ANTONIO O; CONSONI, Ângelo Jose. Considerações sobre resíduos sólidos de serviço de saúde na Assistência Domiciliar. São Paulo. Rev. INTERFACEHS, v. 1, n. 3, seção 1, abr./ 2012.

TURCOTTE, Sara. Complexo 6 Dona Margarida Fundamentação Teórica: Atenção Domiciliar. São Paulo, UNA-SUS, Unifesp, 2012.

VASCONCELOS, Adriana Lôbo de Souza; PACHECO, Pâmela Silveira do Sacramento; PEDREIRA, Vivian Lemos. AS DIFERENÇAS ENTRE OS PROCESSOS DE AUDITORIA DAS OPERADORAS DE SAÚDE NO HOME CARE. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. Salvador. V. 2, n. 2, jul./dez. 2015