

AUDITORIA ODONTOLÓGICA NO SUS

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Edição 118 JAN/23 / 19/01/2023

REGISTRO DOI: 10.5281/zenodo.7551809

Lorena Andrade Silva¹

Leandro Brambilla Martorell²

RESUMO

O trabalho de auditoria em saúde é de fundamental importância, pois permite a avaliação da veracidade das informações e a resolubilidade da prestação de serviços, pressupondo o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado. Os princípios e diretrizes que norteiam a odontologia, mostram a necessidade do acompanhamento, do monitoramento e da avaliação dos serviços prestados em saúde bucal no âmbito do SUS, conforme normas e padrões de biossegurança na prática odontológica e no controle de riscos operacionais, considerando a atual capacidade instalada de equipamentos e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção odontológica.

Palavras-chave: auditor, odontologia, sistema único de saúde.

ABSTRACT

The health audit work is of fundamental importance, as it allows the assessment of the veracity of the information and the resolvability of the provision of services, assuming the development of an adequate care model. The principles

and guidelines that guide dentistry show the need for follow-up, monitoring and evaluation of services provided in oral health within the scope of the SUS, according to norms and standards of biosafety in dental practice and in the control of operational risks, considering the current installed capacity of equipment and innovative ways of reorganizing dental care.

Key words: auditor, dentistry, unified health system.

O papel da auditoria no SUS

Em termos gerais, a auditoria em serviços de saúde analisa procedimentos realizados, à luz das boas práticas de assistência à saúde e do contrato entre as partes: paciente, profissional e contratante, aferindo sua execução, qualidade e validando os valores cobrados, para garantir que o repasse seja justo e correto (LOVERDOS, 1999). Baseada na análise de dados estatísticos, documentos, laudos, processos, relatórios e prontuários, visa verificar se o atendimento corresponde às normas e padrões pré estabelecidos ao modelo de atenção à saúde (JUHÁS, 2001; MELO, 2007).

Já as atividades de auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS) são de responsabilidade dos profissionais que compõem o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do Ministério da Saúde que é integrado aos níveis de gestão federal, estadual ou municipal. A auditoria em saúde verifica os processos e os resultados da prestação dos serviços a fim de desenvolver um modelo de atenção adequado, eficaz e resolutivo. Observa a exatidão, a integralidade e a autenticidade dos serviços e procedimentos (BRASIL, 2011). O processo de auditoria no SUS necessita de uma grande quantidade de informações que devem ser cuidadosamente extraídas, trabalhadas e interpretadas, pois muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita. É necessidade essencial para a gestão em saúde, o conhecimento, a qualidade, a precisão e a confiabilidade dos dados auditados. Essa informação, de fácil acesso e disponível com exatidão, torna-se um grande auxílio para a tomada de decisão, de planejamento estratégico, setorial, controle e avaliação, investigação epidemiológica, planos de ação, entre outros (BRASIL, 2007).

Os princípios e diretrizes que norteiam a odontologia, mostram a necessidade do acompanhamento, do monitoramento e da avaliação dos serviços prestados em saúde bucal no âmbito do SUS, conforme normas e padrões de biossegurança na prática odontológica e no controle de riscos operacionais, considerando a atual capacidade instalada de equipamentos e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção odontológica (BRASIL, 2005).

O papel da auditoria odontológica no serviço público é amplo e específico. Executa ações de monitoramento, controle e avaliação em saúde bucal baseando-se nas leis que regulamentam o exercício da odontologia no SUS. Realiza atividades de conformidade como fiscalização, devolução de recursos e adequação a normas vigentes. Todavia, também executa um importante papel educativo e de acompanhamento das políticas e estratégias, da regulação da oferta de serviços, da avaliação dos indicadores de saúde e da identificação das necessidades da população em saúde bucal (NORONHA, 2003).

O objetivo deste trabalho é apresentar a auditoria odontológica no SUS como uma importante ferramenta de planejamento, avaliação, monitoramento e controle para a gestão, incluindo sua perspectiva relacionada ao controle social, permitindo uma gestão participativa e eficaz.

Auditoria na rede de atenção à saúde bucal do SUS

A atenção odontológica no SUS é organizada por uma Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) onde são encontradas unidades de saúde e profissionais capacitados para desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento, cura e reabilitação da saúde bucal. Usualmente os equipamentos de saúde ou os pontos de atenção são divididos de acordo com sua densidade tecnológica, assim, tem-se a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica (baixa densidade), a Especializada Ambulatorial ou Média Complexidade (densidade intermediária) e Especializada Hospitalar ou Alta Complexidade (elevada densidade). Assim, o contexto de auditoria na RASB inclui a prestação direta de serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), nos Laboratórios Regionais de Prótese

Dentária (LRPD), nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e nos hospitais (BRASIL, 2018).

Pensando inicialmente na Atenção Básica, o Ministério da Saúde, visando ampliar o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, elaborou o “Plano de reorganização das ações de saúde bucal da atenção básica”. Este plano inclui os profissionais da odontologia nas equipes de saúde da família como principal estratégia de atendimento nesse primeiro nível. É na atenção básica que o auditor observa o acolhimento e a inclusão do usuário na rede de saúde bucal a fim de garantir o acesso aos demais níveis do cuidado, observando a construção do diagnóstico, do tratamento e das ações de promoção em saúde. Ademais, o auditor pode elaborar projetos de assistência que considerem o perfil epidemiológico, as políticas intersetoriais e as programações de pactuações integradas, a fim de atender as necessidades individuais ou coletivas da população (BRASIL, 2004).

Na atenção especializada, o auditor acompanha os atendimentos de média complexidade realizados nos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e nos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), os de alta complexidade e os de assistência hospitalar ao paciente com câncer ou com necessidades odontológicas especiais. O auditor é o profissional qualificado para realizar habilitação e vistoria dos serviços especializados na saúde bucal, a exemplo da periodontia, endodontia, laboratório de prótese, implantodontia e ortodontia. Além disso, avalia a oferta do atendimento a pessoas com necessidades especiais, pacientes em tratamentos oncológicos ou que necessitem de diagnóstico de câncer de boca (BRASIL, 2005a).

Planejamento das atividades de auditoria

O planejamento da auditoria compõe uma etapa da fase preliminar que analisa dados e informações a fim de obter elementos necessários ao desenvolvimento dos trabalhos e verificar natureza, extensão e profundidade dos trabalhos, garantindo que os resultados apontados atinjam seus objetivos, com eficiência, eficácia e efetividade. Para possibilitar a verificação correta da assistência

prestada aos usuários do SUS, devem ser considerados os seguintes critérios: legislação aplicável; normas e instruções vigentes; resultados das últimas auditorias realizadas; outros registros pertinentes ao atendimento ao paciente (BRASIL, 2005).

O resultado de tais análises dará suporte ao direcionamento da operacionalização, permitindo a identificação do que se deseja obter com o trabalho a ser desenvolvido. A fase de planejamento permite avaliar o perfil do modelo assistencial proposto pelos estados e municípios. Para essa análise, deverão ser utilizados os relatórios de saída do Datasus e dos bancos de dados oficiais, relatório do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), relatório de população por faixa etária (fonte: Datasus/IBGE) e relatório de frequência do SIA/SUS (BRASIL, 2005).

Ainda na fase de planejamento, duas análises são fundamentais para cálculo da proporcionalidade do atendimento prestado em relação à população: capacidade instalada e avaliação do acesso aos serviços. Em se tratando da capacidade instalada, a fórmula de produtividade permite identificar a compatibilidade entre a produção dos procedimentos odontológicos realizados no município e o quantitativo de cirurgiões-dentistas identificados na rede. Tal fórmula relaciona o quantitativo total de procedimentos individuais pelo quantitativo de cirurgiões-dentistas. O resultado obtido permite avaliar se a produção existente é compatível com a quantidade de cirurgiões-dentistas disponíveis na rede de atendimento (BRASIL, 2005).

Para avaliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, utiliza-se um indicador operacional que avalia o acesso da população aos serviços de saúde bucal. Ele possibilita análises sobre a cobertura da população com primeira consulta odontológica, podendo indicar tendências do perfil de atendimento, se existe apenas urgências e emergências, ou se há uma atenção integral em saúde bucal para toda a população, ou para grupos específicos. O indicador é alcançado com a divisão do número total de primeiras consultas odontológicas realizadas em determinado local e período pela população do mesmo local e período. O resultado reflete o perfil do modelo assistencial proposto pelos

estados e municípios, indicando se a população, objeto do atendimento odontológico restaurador é restrita ou está focalizada em uma faixa etária ou em grupo específico (BRASIL, 2005)

Auditoria odontológica na atenção básica

A porta de entrada preferencial no sistema de saúde deve ser a Atenção Básica. No que se refere à saúde bucal, privilegia-se a elaboração de projetos de saúde individual e coletiva para usuários da rede, considerando o perfil epidemiológico da população, as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde, incentivando as práticas promocionais, o acolhimento e a inclusão do usuário, promovendo a otimização dos serviços e o acesso aos demais níveis do sistema. Quanto ao diagnóstico, leva-se em consideração a importância da inclusão, nas rotinas de assistência, de métodos que identifiquem precocemente as lesões – biópsias e exames complementares (BRASIL, 2004).

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. As áreas de verificação de estrutura, processo e resultados a que se propõe este trabalho incluem as Unidades de saúde da família (USF), que contam com a inserção da equipe de saúde bucal que promovem o atendimento odontológico na Atenção Básica (BRASIL, 2018).

A proposição pelo Ministério da Saúde das diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação, por meio do BRASIL SORRIDENTE, tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de

mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2018).

A auditoria nesse nível de atenção prioriza a avaliação e o monitoramento das equipes de saúde bucal, orientando o processo de trabalho e estabelecendo parâmetros para acompanhamento das ações dessas equipes. A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e por isso deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. Os momentos de avaliação realizados pela equipe a partir da realidade são essenciais para orientação dos processos de consolidação, implantação e reformulação das práticas (BRASIL, 2018).

O Ministério da saúde, por meio do Pacto de indicadores da atenção básica – Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006 – redefiniu em 2006 para a área de saúde bucal dois indicadores principais (Cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada) e dois indicadores complementares (Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais). Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica. Conforme a necessidade dos municípios, estes devem discutir e pactuar junto à população e aos profissionais de saúde bucal outros indicadores com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde desta população (BRASIL, 2018).

Auditoria na assistência odontológica especializada

A atenção especializada em odontologia corresponde aos níveis secundário e terciário, onde são realizados atendimentos de média e alta complexidade. As ações realizadas abrangem especialidades de endodontia, periodontia, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, entre outras. A diferenciação no atendimento ocorre quanto aos insumos, os instrumentais e os equipamentos, devendo seguir o preconizado para o atendimento integral, independentemente do nível de atenção. Essas ações são contempladas nos Subgrupos 8, 9 e 10 da Tabela do SIA/SUS. Os procedimentos odontológicos de média complexidade estão referidos na Portaria MS/GM nº 1.230/99, classificados no Grupo 10 – Ações Especializadas em Odontologia e são executados exclusivamente pelo cirurgião-dentista. No entanto, um elenco de procedimentos em Subgrupos do Grupo 8 – cirurgias ambulatoriais especializadas, e do Grupo 9 – procedimentos traumatológico-ortopédicos, podem ser executados pelo cirurgião-dentista e pelo cirurgião-bucomaxilofacial, conforme listado a seguir (BRASIL, 2005).

Tabela 1 – Procedimentos ambulatoriais especializados – grupo 8, subgrupo 01

Grupo 08 – Cirurgias Ambulatoriais Especializadas

Subgrupo 01 – Cód. 08.010.00-1 – Procedimentos de Cirurgias de Pele, Tecidos Subcutâneos e Mucosa

Código SIA/SUS	Procedimento Atividade	Profissional
08.011.01-1		30 e 85
08.011.02-8	Biópsia de Lábio	30 e 85
08.011.03-6	Biópsia de Língua ou de Glândulas Salivares	30 e 85
08.011.10-9	Excisão e Sutura de Lesão na Boca	30 e 85
08.011.11-7	Excisão e Sutura de Tegumento na Face	85
08.011.13-3	Excisão em Cunha do Lábio	30 e 85

08.011.20-6	Incisão e Drenagem de Abscesso da Boca e Anexos	30 e 85
08.011.26-5	Remoção de Cálculo Salivar	30 e 85
08.011.31-1	Sutura de Ferida da Mucosa	30 e 85

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Obs.: Atividade profissional 30 – cirurgião dentista clínico geral.

Atividade profissional 85 – cirurgião-dentista em traumatologia bucomaxilofacial.

Tabela 2 – Procedimentos ambulatoriais especializados – grupo 9, subgrupo 02

Grupo 9 – Procedimentos Traúmato-Ortopédicos

Subgrupo 02 – Cód. 09.020.00-4 – Tratamento com Redução Incruenta e Imobilização Definitiva – Incluindo Consulta e Exame Radiológico.

Código SIA/SUS	Procedimento Atividade	Profissional
09.024.01-8	Fratura de mandíbula por hemiface	30 e 85
09.024.02-6	Tratamento de Luxação Temporo Mandibular	30 e 85
09.024.04-2	Tratamento dos Ossos Próprios do Nariz	30 e 85
09.024.05-0	Tratamento dos Ossos da Face	30 e 85

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Obs: Atividade profissional 30 – cirurgião dentista clínico geral.

Atividade profissional 85 – cirurgião-dentista em traumatologia bucomaxilofacial.

Tabela 3 – Procedimentos ambulatoriais especializados – grupo 9, subgrupo 03

Grupo 09 – Procedimentos Traúmato-Ortopédicos

Subgrupo 03 – Cód. 09.030.00-0 – Tratamento Conservador com Imobilização Definitiva – Incluindo Consulta e Exame Radiológico

Código SIA/SUS	Procedimento Atividade	Profissional
09.034.01-3	Tratamento dos Ossos da Face	30 e 85
09.044.01-9	Revisão e troca de aparelho gessado em lesão dos ossos da face	30 e 85

Fonte: Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no sus: caderno 2. Ministério da saúde, 2005.

Obs.: Atividade profissional 30 – cirurgião dentista clínico geral.

Atividade profissional 85 – cirurgião-dentista em traumatologia bucomaxilofacial.

Na fase operativa da auditoria, deverão contemplar, em relação às pequenas cirurgias ambulatoriais integrantes do Grupo 8, os seguintes critérios: se há registro de descrição das cirurgias; se as suturas de pele somente poderão ser incluídas como cirurgias ambulatoriais quando o ferimento for extenso ou em casos especiais, devidamente justificados e descritos minuciosamente pelo profissional responsável (BRASIL, 2005).

Nos valores pagos está incluída a sutura da pele (incisão cirúrgica) e os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios. Se dois ou mais procedimentos constantes da tabela de procedimentos do SIA/SUS forem realizados durante o mesmo ato cirúrgico, deverá ser cobrado somente o

procedimento de maior valor quando: durante o ato cirúrgico houver indicação de outras intervenções sobre o órgão ou a região, desde que realizadas por meio da mesma incisão; diversas intervenções se realizarem na mesma cavidade ou orifício natural ou novas incisões tiverem de ser feitas para a complementação do ato cirúrgico. Quando o primeiro atendimento incluir ato cirúrgico, isso implicará o pagamento do ato, nele ficando incluído o valor da consulta ou quaisquer outros atos relacionados com a sequência desse atendimento (BRASIL, 2005).

Os centros de especialidade odontológica – CEO e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD, destinados à atenção secundária, foram criados pela Portaria MS/GM nº 1.570, de 29 de julho de 2004, publicada no DOU de 15 de setembro de 2004 estabelecendo critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento dessas unidades e laboratórios. Na ocasião da atividade de auditoria, deverão ser observados os seguintes critérios: 1 – se a área de abrangência está em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e com a identificação da população coberta; 2 – se cumpre o disposto na Portaria MS/GM nº 1.570/04 quanto às características das modalidades de CEO e LRPD; 3 – se estão sendo realizadas, no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e na detecção de câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais; 4 – se há o cumprimento, pelos LRPD, do limite máximo de cobrança de procedimentos/mês (duzentos e quarenta e dois procedimentos), cobrados mediante apresentação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac), conforme estabelece o artigo 2º da Portaria MS/GM nº 1.572/04 e seu anexo, quanto à produção mínima; 5 – quanto à execução físico-financeira dos recursos, deverá ser observado o que estabelece a Portaria MS/GM nº 1.571/04 (BRASIL, 2005).

Somente as unidades de saúde de natureza jurídica pública e as universidades de qualquer natureza jurídica poderão se credenciar para o CEO. O credenciamento dos LRPD independe de sua natureza jurídica. Os

estabelecimentos devem ofertar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível (BRASIL, 2005).

Auditoria na assistência odontológica em alta complexidade

A alta complexidade em odontologia envolve tanto serviços ambulatoriais como hospitalares, incluindo alguns procedimentos de alto custo em que se faz necessária a liberação via formulário de autorização de procedimentos de alta complexidade – APAC, conforme estabelecido pela Portaria MS/SAS nº 431 de 14 de novembro de 2000 e a Portaria MS/GM nº 1.572, de 29 de julho de 2004. Os procedimentos de alta complexidade em odontologia, que fazem parte do Grupo 10 – subgrupo 03 – ortodontia da tabela SIA/SUS estão descritos da seguinte forma:

Tabela 4 – Procedimentos em alta complexidade – grupo 10, subgrupo 03

Código SIA/SUS	Descrição do procedimento
10.031.07-3	tratamento ortodôntico – instalação de aparelho* em pacientes com anomalias craniofaciais
10.031.08-1	tratamento ortodôntico – manutenção de aparelho*

* aparelhos utilizados por pacientes fissurados palatais

Fonte: Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no sus: caderno 2. Ministério da saúde, 2005.

Os procedimentos de alta complexidade em odontologia, que fazem parte do Grupo 10 – subgrupo 05 – odontologia cirúrgica da tabela SIA/SUS estão descritos da seguinte forma:

Tabela 5 – Procedimentos em alta complexidade – grupo 10, subgrupo 05

Código SIA/SUS	Descrição do procedimento
10.051.39-2	cirurgia de dente incluso em pacientes com anomalias craniofaciais

Fonte: Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no sus: caderno 2. Ministério da saúde, 2005.

Os procedimentos de alta complexidade em odontologia, que fazem parte do Grupo 10 – subgrupo 07 – implantodontia da tabela SIA/SUS estão descritos da seguinte forma:

Tabela 6 – Procedimentos em alta complexidade – grupo 10, subgrupo 07

Código SIA/SUS	Descrição do procedimento
10.071.02-4	implante dentário osteointegrado (em uma unidade)
10.071.03-2	implante dentário osteointegrado (em duas unidades)
10.071.04-0	implante dentário osteointegrado (em três unidades)
10.071.05-9	implante dentário osteointegrado (em quatro a seis unidades)
10.071.06-7	implante dentário osteointegrado (em mais de seis unidades)

Fonte: Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no sus: caderno 2. Ministério da saúde, 2005.

Os procedimentos de alta complexidade em odontologia, que fazem parte do Grupo 10 – subgrupo 08 – próteses odontológicas da tabela SIA/SUS estão descritos da seguinte forma:

Tabela 5 – Procedimentos em alta complexidade – grupo 10, subgrupo 08

Código SIA/SUS	Descrição do procedimento
10.084.09-6	tratamento protético em pacientes com anomalias craniofaciais (prótese removível)**
10.084.10-0	tratamento protético em pacientes com anomalias craniofaciais (prótese fixa)**

** São as próteses utilizadas pelos pacientes fissurados palatais.

Fonte: Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no sus: caderno 2. Ministério da saúde, 2005.

Aspectos que devem ser observados no processo de solicitação e liberação da Apac: 1- o controle de frequência individual do paciente deverá ser preenchido em uma via e encaminhado pela Unidade Prestadora de Serviços (UPS) ao órgão da Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica, ao final de cada mês; 2 – somente poderão ser autorizadores os profissionais cirurgiões dentistas não vinculados ao SUS como prestadores de serviços; 3 – poderá ser emitida mais de um Apac-I formulário para o mesmo paciente, na mesma competência, nas situações estabelecidas pela Portaria MS/SAS nº 431/2000; 4 – no valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, as atividades e os materiais necessários à sua realização (BRASIL, 2005).

As unidades prestadoras de serviços deverão manter arquivados os seguintes documentos, para fins de auditoria: Apac-I formulário; demonstrativo de Apac magnética; resultados dos exames e laudo médico para emissão de Apac. Durante a auditoria operativa, devem ser verificados e/ou constatados: 1 – se o laudo técnico para emissão de Apac está corretamente preenchido pelo cirurgião-dentista que assiste o paciente; 2 – se o controle de frequência individual tem sido feito – comprovar o fato por meio da assinatura do paciente ou do responsável pela realização do procedimento; 3 – se o controle de

frequência não se encontra previamente assinado; 4 – se o autorizador é cirurgião-dentista e não está vinculado ao SUS como prestador; 5 – se a competência da Apac corresponde à da realização do recebimento; 6 – se a unidade prestadora de serviço mantém arquivados a Apac-I (formulário), o relatório demonstrativo de Apac-II (magnética) e os resultados de exames; 7 – se a unidade contém área física adequada, instalações específicas, equipamentos, instrumentais e insumos necessários para o tratamento das patologias indicadas; 8 – o cumprimento às normas específicas nos procedimentos de alta complexidade. A Apac-I (formulário) autoriza a realização do procedimento e a Apac-II (magnética) discrimina se o procedimento cobrado é compatível com o procedimento realizado (BRASIL, 2005).

Auditoria na assistência odontológica hospitalar

O processo de auditoria da assistência odontológica hospitalar compreende duas fases: **fase analítica** – permite avaliar o perfil da atividade, dos serviços ou das unidades que serão auditadas, utilizando-se os relatórios de saída do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), conforme descrito na publicação “Orientações Técnicas sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)”, de 2004. Entre os relatórios de saída, deverão ser observados para análise: o Relatório do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – permite verificar a característica da unidade, o nível de hierarquia, a competência da gestão, os recursos humanos, a capacidade instalada e os equipamentos e o Relatório de frequência do SIH/ SUS – permite verificar os procedimentos de maior complexidade, que requerem internação. **Fase operativa** – consiste na verificação in loco dos serviços ofertados e das ações realizadas, mediante a constatação dos controles internos, dos fatos, dos dados, dos documentos e das situações, objetivando: aferir, de modo contínuo, a adequação, a eficiência, a eficácia e os resultados dos serviços de saúde; identificar distorções, promover correções e buscar um aperfeiçoamento do atendimento hospitalar, procurando obter melhor relação custo/benefício na política de atendimento das necessidades do paciente e promover processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento na busca da satisfação do usuário (BRASIL, 2005).

Com relação ao exame do paciente internado: solicitar e analisar os prontuários dos pacientes submetidos à internação que recorreram a tratamento odontológico, não formulando, nesse momento do processo, comentários ou críticas sobre a assistência que está sendo prestada junto ao paciente, aos familiares, aos funcionários do hospital ou a qualquer outra pessoa envolvida. A análise da assistência prestada deve ser executada pelo profissional da área técnica ou pela equipe de saúde que realiza a auditoria, estando os profissionais sujeitos ao sigilo profissional, em obediência aos respectivos códigos de ética. A composição mínima do prontuário de acordo com a Portaria MS/GM nº 396/00 que aprovou o módulo hospitalar SIH/SUS, deve conter: ficha de identificação e anamnese do paciente, registro gráfico de sinais vitais, ficha de evolução/prescrição assinada e carimbada pelo enfermeiro, ficha de consulta de enfermagem assinada e carimbada pelo enfermeiro, ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e outros métodos diagnósticos auxiliares, ficha de registro de resumo de alta, ficha de descrição do ato cirúrgico, ficha de descrição do ato anestésico, folha de débito do centro cirúrgico (gasto de sala) e prescrição dietoterápica assinada e carimbada pelo nutricionista (BRASIL, 2014).

Todos os documentos que integram o prontuário do paciente deverão estar corretamente preenchidos com letras legíveis, assinados e carimbados pelos profissionais que o assistem. Na auditoria do prontuário do paciente internado, devem ser verificados os seguintes critérios: 1 – as indicações técnicas que motivaram a internação, principalmente as de emergência; 2 – os relatórios de procedimentos operatórios e boletins de atos anestésicos; 3 – a existência de assinatura e carimbo do profissional que assiste o paciente, na prescrição e na evolução diária nos prontuários; 4 – se os registros de enfermagem estão sendo realizados diariamente; 5 – se a medicação prescrita é compatível com a patologia e se está sendo administrada de acordo com a prescrição; 6 – a propriedade das internações em UTI e a mobilização de recursos técnicos de alto custo; 7 – se há cobrança de complementação, a qualquer título, de pacientes do SUS, contrariando as normas vigentes a exemplo da portaria MS/SAS nº 113/97 (BRASIL, 2014).

Auditoria do prontuário após a alta hospitalar

Essa fase da auditoria envolve diferentes observações chamadas como: análise de rotina – pela equipe técnica de auditoria e análise especial – e avaliação de critérios que apresentem distorções ou relatórios de procedimentos e condutas que exijam comprovação (BRASIL,2005).

O exame pós-analítico do prontuário representa importante atividade na auditoria. Envolve a participação de vários profissionais de saúde, exigindo a definição de funções em cada fase de sua elaboração, para que possam ser atingidos os objetivos propostos. O prontuário deve ser examinado nas dependências do prestador de serviço, a não ser em situações excepcionais. Devem ser verificados os seguintes aspectos: se o nome do paciente é o mesmo do prontuário e da AIH simulada; se os dados constantes no espelho da AIH conferem com os do relatório demonstrativo de AIH pagas – RD (alto custo, procedimento realizado, atos profissionais, SADT e outros); em caso de implante de produtos radiopacos, se existe controle radiológico pré e pós-operatório, com identificação do paciente e data; se o código e a quantidade de material lançado no espelho da AIH correspondem ao que foi utilizado no paciente; se o número da nota fiscal lançado no espelho da AIH corresponde à compra do material que foi utilizado; se a solicitação de OPM está devidamente preenchida e autorizada pelo diretor clínico ou pelo gestor, a critério deste; se os exames realizados, quando o paciente estiver internado, estão sendo cobrados no SIA/SUS, o que caracteriza duplicidade de pagamentos; se o período de internação constante no prontuário é o mesmo que está sendo lançado no espelho da AIH; se há pertinência e comprovação da cobrança de procedimentos de alto custo, nos casos de cirurgia múltipla, em pacientes com lesões labiopalatais, conforme normas específicas; se existem impressos próprios aos registros de enfermagem; se há comprovação de exames complementares; se existem descrição de ato anestésico e relatório cirúrgico; se os registros de enfermagem estão preenchidos por pessoal da área técnica; se houve ocupação do mesmo leito por mais de um paciente no mesmo período de internação; se houve realização simultânea de cirurgias na mesma data, hora, sala, e pelo mesmo profissional; se o espelho da AIH está anexado ao prontuário, conforme Portarias MS/SAS nº 092/95 e nº 304/01; se houve internações indevidas, irregulares e/ou desnecessárias na UTI; se houve realização de anestesia simultânea pelo mesmo

profissional; se há compatibilidade entre o relatório da enfermagem e o do cirurgião-dentista; se o diagnóstico e o tratamento são compatíveis com o quadro clínico apresentado e se a administração dos medicamentos ocorre de acordo com a prescrição; se ocorreram internações em caráter de urgência/emergência quando o quadro for eletivo; se houve cobrança indevida de cirurgia múltipla; se houve cobrança de OPM cujo código seja diferente do utilizado; se foi realizada cobrança dos procedimentos no CPF do profissional cadastrado, sendo realizados por terceiros; se houve cobrança de exames complementares inexistentes no prontuário; se os dados e a identificação do paciente estão completos; se houve divergência na identificação entre o laudo e a AIH; se houve emissão indevida de mais de uma AIH para o mesmo paciente; se houve cobrança indevida de auxiliar cirúrgico sem a necessária anotação; se houve mudança de procedimento sem solicitação ou autorização; se houve emissão de AIH para paciente particular ou assistido por plano de saúde do próprio hospital ou de outras instituições; se houve cobrança de atos não realizados; se houve divergência entre o demonstrativo de AIH pagas, a relação de AIH pagas e o espelho de AIH e se consta alta melhorada na AIH, constatando-se óbito ou permanência, no prontuário (BRASIL, 2005).

Auditoria no SUS: considerações sobre o cenário atual

Os recursos aplicados em saúde no Brasil seguem um percentual mínimo constitucional que nem sempre refletem a eficiência na prestação dos serviços públicos, principalmente num país em que a economia e a sociedade se encontram em desenvolvimento, quando comparado com outras economias mundiais (SILVA et al, 2008).

A eficiência na administração pública representa uma relação entre os recursos aplicados e o produto final obtido. É a razão entre o esforço e o resultado, entre a despesa e os serviços disponibilizados à população (MATIAS PEREIRA, 2018). Todos os países ou regiões, independentemente do seu nível de rendimento, podem adotar medidas para reduzir a ineficiência nos serviços de saúde, a partir da avaliação local das causas implicadas nesse processo. Esta avaliação necessita

da confrontação dos valores aplicados nos serviços e programas de saúde com resultados medidos pelo governo na forma de indicadores (OMS, 2010).

Nos últimos oito anos, as ações de auditoria e fiscalização do Sistema Único de Saúde tiveram redução de 89%. A queda aconteceu em todo o território nacional o que permite que irregularidades deixem de ser reveladas e tratadas, o que pode, em último caso, ter impacto direto na vida dos usuários do SUS. A queda nas intervenções vem acontecendo sistematicamente desde 2018. Naquele ano, foram realizadas 579 ações, 57% a menos do que as 1.356 de 2017; o padrão se mantém nos anos seguintes. De acordo com Relatórios Anuais de Gestão do SUS somente entre 2011 e 2013 as auditorias do Denasus levaram a pedidos de devolução de R\$ 650 milhões. A partir de 2014, os relatórios deixaram de informar os valores dos pedidos de ressarcimento, sendo que dos 954 relatórios de auditorias disponíveis no portal do Sistema Nacional de Auditorias do SUS produzidos entre 2016 e 2017, 53 deles estão vazios ou possuem apenas uma página (BRASIL, 2022).

A queda nas ações de auditoria pode ser atribuída, em partes, à redução do quadro de funcionários da instituição e a interferência política nas ações de controle e monitoramento. Apenas as aposentadorias e a queda no número de servidores não justificam uma queda tão grande nas auditorias. Segundo ele, parte dos gestores não dá o devido prestígio ao trabalho dos auditores e atua de forma a enfraquecer a instituição. Fragilizar as ações de auditoria é fragilizar de maneira mortal as ações de controle e de combate à corrupção na saúde pública desse país. É muito importante fortalecer e recuperar as ações da auditoria porque o Sistema Nacional de Auditoria é um instrumento importantíssimo para a organização do Sistema Único de Saúde, para a qualificação da gestão do SUS e para qualificação da prestação de serviço que o cidadão recebe na saúde pública desse país (CGU, 2019).

Considerações finais

Durante a execução dos serviços odontológicos no SUS, os cirurgiões-dentistas devem prestar o atendimento adequado em consonância com os princípios de

integralidade e equidade, além de cumprir o que regulamentam os manuais técnicos de atendimento ambulatorial e hospitalar da especialidade. De acordo com as normativas vigentes, o profissional tem o dever de preencher corretamente todos os prontuários, anexando a ficha de atendimento contendo a identificação do paciente, o caráter do atendimento – se eletivo ou de urgência -, o tratamento realizado com a descrição dos procedimentos, seguido dos códigos dos procedimentos compatíveis com o atendimento prestado. Essas informações são remetidas para o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) ou para o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que permitem o faturamento, o processamento e o acompanhamento das programações físicas e orçamentárias das ações de saúde prestadas. O não cumprimento dessas normas prejudica o conhecimento de informações sobre a rede ambulatorial e hospitalar que compõem o SUS, e o repasse do custeio pode ficar prejudicado (BRASIL, 2004).

Muito mais importante do que realizar ações fiscalizatórias e de conformidade, as atividades de auditoria servem para suplementar outras instâncias de controle e subsidiar o processo de planejamento da assistência em saúde bucal, sua execução, gerência técnica e avaliação qualitativa dos resultados obtidos. Contribuem para o monitoramento dos processos, sistemas e serviços com o objetivo de alcançar eficiência, eficácia e efetividade através da aplicação adequada dos recursos transferidos pelo Ministério da saúde. Possibilitam a interlocução do cirurgião dentista com diferentes níveis da gestão pública criando um espaço de diálogo e de orientação que otimizam o processo de trabalho (BRASIL, 2005).

Contemplando o princípio da razoabilidade, o auditor também leva em consideração todas as circunstâncias em que constata a ausência de estrutura e apoio matricial no atendimento odontológico. Para que o cirurgião dentista execute com excelência o seu atendimento é necessário que as secretarias estaduais e municipais de saúde criem condições ideais de trabalho. A qualidade no atendimento bucal depende de condições mínimas estruturais oferecidas ao profissional, sendo fundamental a disponibilidade de insumos,

instrumentais, equipamentos e ambientes biosseguros que contemplem o atendimento integral, independentemente do nível de atenção (BRASIL, 2006).

Em suma, as atividades de auditoria representam uma ferramenta de qualidade, de eficiência e aprimoramento de uma gestão. Com o avanço e a diversificação dos atendimentos em saúde bucal, a atuação do auditor passa a ser cada vez mais habitual e necessária nessa especialidade. Cirurgião dentista e auditor que observam juntos os princípios e diretrizes do SUS criam condições para fortalecer o SUS e garantir que a integralidade do cuidado ao usuário seja contemplada nas ações de saúde bucal.

Referências bibliográficas

LOVERDOS, A. Auditoria e análise de contas médico hospitalares. São Paulo: STS, 1999.

JUHÁS, R. Auditoria em Odontologia. São Paulo: Clássica, 2001.

NORONHA, F. Auditoria odontológica em planos de saúde: a influência de um método padronizado de avaliação. 2003. 165 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Sistemas de Gestão). Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Programa Brasil Sorridente. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Auditoria no SUS: noções básicas sobre sistemas de informação. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Programa Brasil Sorridente. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no sus: caderno 2 / Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – 2. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1063, de 04 de julho de 2005. Define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de CEO e LRPD. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações básicas para utilização de sistemas informatizados em Auditoria no SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

MELO, M.B. Sistema Nacional de Auditoria: estruturação, avanços e força de trabalho. 2007. 218p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

NORONHA F. M.; Salles D. M. T. A ferramenta auditoria aplicada à odontologia. CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 2004. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/2004/pdf/130.pdf>. Acesso em: 31 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CGU. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. Relatório de avaliação. Órgão: Ministério da Saúde. Exercício 2018. Brasília, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação-Geral de Planejamento. Brasília; Ministério da Saúde; 2022, maio. 100 p. Livroilustrado, tab, graf. Monografia em Português | Ministério da Saúde | ID: mis-41469.

¹Auditora de controle e avaliação em saúde pública.
Mestranda em saúde coletiva na Universidade federal de Goiás

²Professor da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás

[← Post anterior](#)

RevistaFT

A **RevistaFT** é uma **Revista Científica Eletrônica Multidisciplinar Indexada de Alto Impacto e Qualis “B2” em 2023**. Periodicidade mensal e de acesso livre. Leia gratuitamente todos os artigos e publique o seu também [clikando aqui](#).

Contato

Queremos te ouvir.

WhatsApp: 11 98597-3405

e-Mail: contato@revistaft.com.br

ISSN: 1678-0817

CNPJ: 48.728.404/0001-22



Copyright © Editora Oston Ltda. 1996 - 2023

Rua José Linhares, 134 - Leblon | Rio de Janeiro-RJ | Brasil