

**EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA AUDITORIA  
E ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO AUDITOR NO BRASIL:  
REVISÃO DE LITERATURA**

**Cristiane Maria Lenzi Schaab\*1**

**Laura Regina Lopes Belém \*2**

**RESUMO**

A Auditoria na área da Saúde é uma atividade que busca orientar uma gestão mais racional dos recursos financeiros, verificar as condições dos serviços de saúde, públicos e privados, e avaliar os padrões técnico, administrativo e ético dos profissionais envolvidos, com a principal finalidade de melhorar a assistência e o atendimento ao usuário. Iniciou-se como um ramo exclusivo da área médica, entretanto abriu espaço ao longo do tempo para profissionais de outras áreas, como da enfermagem, e passa por um contínuo aprimoramento. Dessa forma, a Auditoria em Saúde surge como uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade das instituições de saúde e dos serviços prestados. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo realizar um levantamento histórico sobre Auditoria em Saúde, desde seus primórdios na longínqua civilização suméria, onde nasceu como um apêndice da área contábil, até a atualidade, sua evolução no mundo e no Brasil e ganho de notoriedade ao longo do tempo, apresentar as Resoluções que regularizam e definem as atribuições próprias do Médico Auditor no Brasil e reafirmar a necessidade crescente de que a Auditoria Médica se torne uma Especialidade Médica reconhecida pelos Conselhos de Classe e Entidades Médicas. Metodologicamente, utilizou-se a revisão bibliográfica sendo consultado 19 fontes entre livros, artigos e manuais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Auditoria. Auditoria em Saúde. Auditoria Médica. Evolução Histórica.

**SUMMARY**

The Health Audit is an activity that seeks to guide a more rational management of financial resources, verify the conditions of public and private health services, and evaluate the technical, administrative and ethical standards of the professionals involved, with the main

**REPRODUÇÃO AUTORIZADA, DESDE QUE CITADA A FONTE**

purpose of Improve service and customer service. It began as an exclusive branch of the medical field, however, it has opened up space for professionals in other areas, such as nursing, through continuous improvement. In this way, the Health Audit emerges as an important tool for measuring the quality of health institutions and services provided. In this sense, this article aims to carry out a historical survey on Health Audit, from its beginnings in the distant Sumerian civilization, where it was born as an appendix of the accounting area, until today, its evolution in the world and in Brazil and gain of notoriety to the Over time, present the Resolutions that regulate and define the duties of the Auditor in Brazil and reaffirm the growing need for Medical Audit to become a Medical Specialty recognized by the Councils and Medical Entities. Methodologically, the bibliographical revision was used, being consulted 19 sources between books, articles and manuals.

**KEY WORDS:** Audit. Audit in Health. Medical Audit. Historic evolution.

## 1. INTRODUÇÃO:

O termo auditor, que etimologicamente provém do latim *audit*, relaciona-se à função de ouvir; a auditoria, no entanto, utiliza não somente a audição, mas todos os sentidos, para buscar informações e associá-las ao conhecimento técnico, a fim de proporcionar mais qualidade à sua execução (MORAIS; BURMESTER, 2014).

A importância da auditoria é reconhecida desde os mais remotos tempos, havendo notícias de sua ação já na longínqua civilização suméria (SÁ, 1993) tendo nascido como um apêndice da área contábil, surgindo em seguida nas províncias romanas, porém assumindo maior importância com o advento da Revolução Industrial, operada na segunda metade do Século XVIII, visando atender as necessidades criadas com o aparecimento de grandes empresas e com a expansão do capitalismo.

No Brasil, a evolução da profissão de auditor deveu-se a presença cada vez maior de grandes empresas e a necessidade de um maior controle dos gastos e receitas das mesmas.

Nesta seara, a Auditoria em Saúde teve seu início quando o enfoque passou a ser não apenas contábil, surgindo a necessidade de se desenvolver mecanismos de avaliação e controle da

qualidade do atendimento prestado e gerenciamento dos recursos utilizados com o objetivo de melhorar a eficácia e a efetividade dos serviços ofertados. Para tal ação, foram criados grupos de médicos fiscais, hoje conhecidos como auditores, com atuação mais orientadora do que repressora. Esta atuação profissional vem assumindo, pela própria evolução e características, papel diferente do observado no início da implantação do sistema de saúde.

Atualmente, a Auditoria Médica possui um alto grau de especificidade, imposta pelo mercado, e nosso objetivo é identificar que, embora haja uma Resolução específica e citação no Código de Ética Médica, com capítulo orientando, controlando, ordenando e atribuindo direitos e deveres para o médico em atividade na área de Auditoria Médico-Pericial, as entidades médicas de classe (Conselho Federal de Medicina – CFM e a Associação Médica Brasileira - AMB) ainda não a reconhece como uma especialidade médica definida.

## **2. METODOLOGIA:**

Para o presente estudo, utilizou-se a Pesquisa Bibliográfica, que consiste no exame da literatura científica, com levantamento e análise do que já se produziu sobre determinado tema (CRUZ; RIBEIRO, 2004).

Foi utilizado como fonte de dados: livros na área de Auditoria Contábil e Auditoria em Saúde, Manuais sobre Auditoria Médica e artigos científicos de periódicos encontrados na Base de Dados eletrônicos BIREME - LILACS, buscando artigos relevantes sobre o tema “História da Auditoria”, “Auditoria em Saúde” e “Auditoria Médica”.

O critério de inclusão para os artigos foram artigos científicos originais, nacionais ou estrangeiros, com textos em português e na íntegra. E os critérios de exclusão foram documentos (teses, monografias), que não pudessem ser identificados claramente, que não estavam disponíveis, que estavam em outra língua e os que precisássemos comprar.

Para a construção do Artigo proposto foram utilizados 2 livros na área de Auditoria Contábil, 1 livro na área de Auditoria em Saúde, 08 Artigos Científicos, 02 Monografias, 1 Parecer do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais e 02 Manuais de Auditoria Médica, além das Resoluções do CFM e o Código de Ética Médica.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. História da Auditoria**

##### **3.1.1. Evolução Histórica da Auditoria no mundo e no Brasil**

A importância da auditoria é reconhecida desde os mais remotos tempos, havendo notícias de sua ação já na longínqua civilização suméria (SÁ, 1993) tendo nascido como um apêndice da área contábil.

Na República Romana, em 200 a. C., as contas governamentais eram apresentadas na forma de lucros e perdas e eram constantemente fiscalizadas pelos magistrados encarregados das finanças, os quais eram denominados questores (fiscais). Dessa forma, uma atividade similar à auditoria foi realizada durante o Império Romano, já que era comum os imperadores encarregarem seus funcionários de inspecionarem a contabilidade das diversas províncias (DUARTE, 2010).

Acredita-se que o termo auditor, evidenciando o título de quem pratica esta técnica, tenha aparecido nos fins do Século XIII, na Inglaterra, durante o reinado de Eduardo I (SÁ, 1993). Contudo, a primeira menção da realização de uma auditoria foi em 1314, a pedido da Rainha Elizabeth que designou o Auditor do Tesouro para instalar um sistema de controle e marcas sobre os gastos do governo (DUARTE, 2010). Foi também neste mesmo ano, na Inglaterra, criado o cargo de auditor (OLIVEIRA; DINIZ FILHO, 2001).

Na Idade Média muitas foram, nos diversos países da Europa, as associações profissionais que se incumbiam de executar as funções de auditoria, destacando-se, entre elas, os conselhos londrinos, o Tribunal de Contas, em Paris, o Collegio dei Raxonati, na cidade de Veneza e a Academia dei Ragionieri, nas cidades de Milão e Bolonha (SÁ, 1993).

A Revolução Industrial, operada na segunda metade do Século XVIII, imprimiu novas diretrizes às técnicas contábeis e especialmente às de auditoria visando atender as necessidades criadas com o aparecimento de grandes empresas e com a expansão do capitalismo (SÁ, 1993).

Com o intuito de proteger a integridade profissional criaram-se as associações de auditores; na Escócia, em 1850, surgia a primeira entidade que se destinava a moralizar o exercício de tão importante função, seguindo-a logo depois por algumas outras na Inglaterra e em outros países da Europa. Países de elevado grau de evolução no assunto são, ainda, a Alemanha (onde existem os *Institut von Wirtschaftspruefer*), a Holanda (onde, em 1894, se criou o Instituto de Auditores – *Nederlandsch Institut van Accountants*), a França (com a sua *Compagnie de Experts Comptables* de Paris), a Argentina, a Bélgica e outros. Na América, a organização profissional de auditores mais antiga, é a “*American Association of Public Accoutants*”, fundada em 1887 (SÁ, 1993).

Em 1929, devido à grande depressão econômica nos Estados Unidos em função do *crash* da Bolsa, foi criado o Comitê May, um grupo de trabalho instituído com a finalidade de estabelecer regras de auditoria e contabilidade para as empresas que tivessem suas ações negociadas em Bolsa de Valores, tornando obrigatória a auditoria contábil independente das demonstrações financeiras (OLIVEIRA; DINIZ FILHO, 2001).

Esses auditores independentes, no desenrolar de suas atividades, necessitavam ter acesso a informações e documentos que levassem ao conhecimento mais profundo e análises das diferentes contas e transações. Para tanto, foram designados funcionários da própria empresa; estava lançada a semente da Auditoria Interna. As empresas notaram que poderiam reduzir seus gastos com auditoria externa se utilizassem melhor esses funcionários, criando um serviço de conferência e revisão interna, contínua e permanente, a um custo reduzido. Os auditores externos, também ganharam com isso, pois puderam se dedicar exclusivamente ao seu principal objetivo que era o exame da situação econômico-financeira das empresas (ROCHA; SILVEIRA FILHO; SANT’ANNA, 2002).

Em 1934 foi criado, nos Estados Unidos, a *Security and Exchange Commission (SEC)* que aumentou a importância da profissão do auditor como guardião da adequabilidade e transparência das informações contábeis das organizações e sua divulgação para o mercado de capitais e toda a sociedade. O *American Institute of Certific Accountants (AICPA)* era o órgão responsável para estabelecer normas contábeis e de auditoria. De 1938 até 1956, o Comitê de Procedimentos Contábeis do AICPA publicou 51 boletins sobre pesquisas contábeis, sob o título de *Accounting Resarch Bulletins (ARB)*. A partir de 1959, tais tarefas passaram a ser executadas pela *Accounting*

Principles Board (*APB*) - Junta de Princípios Contábeis - que emitiu mais 31 pronunciamentos até 1973. A *Financial Accounting Standards Board (FASB)* - Junta de Normas de Contabilidade Financeira - foi criada em 1º de junho de 1973 e tinha como objetivo determinar e aperfeiçoar os procedimentos, conceitos e normas contábeis. Até dezembro de 1998, a FASB havia emitido 134 pronunciamentos, sob o título de *Statements of Financial Accountings Standards* (OLIVEIRA; DINIZ FILHO, 2001).

No Brasil, a evolução da profissão de auditor deveu-se a presença cada vez maior de subsidiárias e filiais de multinacionais, principalmente da Inglaterra, Estados Unidos, Japão, França, Alemanha, Suécia e Suíça (OLIVEIRA; DINIZ FILHO, 2001). É difícil precisar a data do primeiro trabalho de Auditoria no Brasil, mas a primeira evidência concreta dessa atividade no país pode ser observada no Decreto nº 2.935, de 16 de junho de 1862, que aprovava a reorganização da Cia. de Navegação por Vapor - Bahiana – Anonyma. Àquela época, tanto o empreendimento quanto seus estatutos deveriam ser aprovados por lei. O capítulo XVII deste estatuto, denominado "Dos Auditores", determinava que os auditores deveriam ser convocados pela primeira assembleia ordinária de cada ano e que sua função seria examinar as contas da empresa (RICARDINO; OLIVEIRA, 2004).

O primeiro parecer de Auditoria conhecido em território nacional foi emitido há um século pela empresa São Paulo Tramway Light & Power Co., relativo ao período compreendido entre junho de 1899 (data de fundação da empresa) a 31 de dezembro de 1902. Esse parecer, referente à Auditoria dos livros e das contas da filial brasileira de uma empresa multinacional, expõe uma prática incomum à época (RICARDINO; OLIVEIRA, 2004).

A experiência adquirida com as empresas estrangeiras levou alguns profissionais, egressos delas, a fundar as primeiras empresas brasileiras de Auditoria. A instalação dessas empresas no país teve o condão de difundir as práticas de Auditoria nos mais diversos setores, inclusive na administração pública (RICARDINO; OLIVEIRA, 2004).

O movimento de arregimentação dos auditores brasileiros iniciou-se em São Paulo, há cerca de 20 anos, através do Instituto de Contadores Públicos do Brasil; mais tarde surgiram outras instituições, como o Instituto Brasileiro de Auditores Independentes na Guanabara, assim como instituições de Contadores, no Rio Grande do Sul (ICARGS) (SÁ, 1993).

Em fins de 1971, algumas associações se uniram e formaram o Instituto de Auditores Independentes do Brasil, entidade que foi reconhecida pela Resolução nº 317, do Conselho Federal de Contabilidade, em 1972, e pela Resolução 220, do Banco Central do Brasil, no mesmo ano (SÁ, 1993). Ainda em 1972, o Conselho Federal de Contabilidade (CFC), por meio da Resolução nº 321/72, pronunciou-se a respeito dos princípios a serem seguidos sobre os procedimentos do trabalho do auditor, definindo as normas relativas à pessoa do auditor, à execução dos trabalhos e também ao parecer da auditoria (OLIVEIRA; DINIZ FILHO, 2001). O amadurecimento de tais medidas deve-se, no Brasil, ao desenvolvimento do mercado de capitais, depois da Lei nº 4.728, de julho de 1965 (SÁ, 1993).

No ano de 1977 surgiu, em Brasília, a Ordem dos Auditores Independentes do Brasil, que em 1978 já era a instituição que congregava o maior número de auditores do país (SÁ, 1993). Com o advento da Lei nº 6.385, de 07 de dezembro de 1976, o registo de auditores para o Mercado de Capitais passou a ser de responsabilidade da Comissão de Valores Mobiliários (organização que surgiu como cópia do sistema norte-americano de *Securities Exchange Commission*). Posteriormente, o Instituto dos Auditores Independentes do Brasil, IAIB, transformou-se no Ibracon – Instituto Brasileiro de Contabilidade – e esta é a entidade que ainda hoje congrega vários auditores, dedicando-se a editar normas e princípios e reunindo profissionais de tal segmento (SÁ, 1993).

### **3.1.2. Evolução Histórica da Auditoria em Saúde**

De acordo com Rocha, Silveira Filho e Sant’Anna (2002 apud SOUZA, DYNIEWICZ e KALINOWSKI, 2010) a auditoria na saúde teve seu início quando o enfoque passou a ser não apenas contábil, mas em uma linha também administrativa (análise de registros), que tinha por objetivo avaliar a eficácia e a efetividade da aplicação dos controles internos.

A análise da literatura sobre a avaliação de serviços de saúde demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Estes mecanismos são tão antigos quanto esses serviços (REIS et al., 1990).

Os primeiros registros hospitalares que se tem notícia foram encontrados no Antigo Egito, isso comprova que os prontuários existem há cerca de dois mil anos. Na Grécia Antiga encontraram-se traços de prontuários de hoje, mas foi Hipócrates quem fez os primeiros registros sobre as doenças de seus pacientes no ano de 460 a. C. Efetivamente só em 1137, no Hospital São Bartolomeu, de Londres, encontraram-se documentações de pacientes. Na linha de evolução dos registros médicos, em 1580, na Itália, Camilo de Lellis passou a exigir que, dentre os documentos dos pacientes, constasse a prescrição médica individual, prescrição alimentar, passagem de plantão e relatórios de enfermagem em cada plantão. Em 1877, o Hospital Geral de Massachussets, nos Estados Unidos, começou a arquivar os documentos clínicos, organizando assim o Serviço de Arquivo Médico e Estatística e, em 1928 foi fundada a Associação Americana de Arquivo Médico (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

No século XIX, a prática do saber médico, associada à racionalidade científica, faz o hospital tornar-se um ambiente científico e, como tal, sujeito a protocolos e métodos previamente estudados e comprovados. A estrutura de funcionamento desse tipo de organização passou, portanto, a ter fluxos e processos cuja complexidade cresceu de maneira progressiva e indefinida, exigindo revisão e atualização constantes (MORAIS, 2014).

Provavelmente a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino e, conseqüentemente, da prática médica foi o estudo conhecido como Relatório Flexner (*Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*) publicado em 1910, sob o patrocínio da Fundação Carnegie, relatório este que atentava para a necessidade de controle do exercício profissional ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muito enfática, as precárias condições da prática profissional (REIS et al., 1990).

Na trilha aberta pelo Relatório Flexner surge outro trabalho clássico sobre avaliação dos serviços de saúde, publicado em 1916 por Codman e intitulado "*A Study in Hospital Efficiency: the first five years*". O trabalho de Codman propunha uma metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, com a finalidade de estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares. Relatava, caso a caso, a que se poderia atribuir o sucesso ou o insucesso do tratamento, qual momento em que se poderia ter uma avaliação definitiva do caso e, por fim, o que poderia ocorrer até mesmo um ano depois de terem sido realizadas as

intervenções. Sob a influência do trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais. Realizou, então, um famoso estudo, no qual registra que, entre os aproximadamente 800 hospitais examinados com mais de 100 leitos, menos de 135 tinham algum grau razoável de qualidade. Como consequência deste trabalho e dos estudos desenvolvidos por Codman, cria-se, em 1928, o *Hospital Standardization Program* (Programa de Padronização Hospitalar - PPH), que é o embrião da *Joint Commission of Accreditation of Hospitals – JCAH* (REIS et al., 1990).

No Programa de Padronização Hospitalar foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, sendo que destes, três padrões relacionavam-se à organização do corpo médico, ao exercício da profissão, e ao conceito de corpo clínico; o outro preconizava o preenchimento do prontuário, incluindo a história e exames do paciente, bem como as condições da alta; e o último, referia-se à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de no mínimo um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia. Estes padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho, não levando em consideração outras necessidades e ou serviços como o dimensionamento da equipe de enfermagem ou a necessidade da assistência 24 horas, nem a avaliação dos resultados com o paciente e ainda poucos elementos da estrutura física do hospital (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1949, o Colégio Americano de Cirurgiões passou a apresentar grande dificuldade em manter ativo o Manual de Padronização principalmente devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, ao aumento do número de instituições, a complexidade e a grande procura de especialidades não cirúrgicas após a 2ª Guerra Mundial. A partir daí iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária. Com a união destes grupos nos Estados Unidos, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAAH) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Esta era uma empresa de natureza privada, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional. Esta "cultura da qualidade" divulgou-se nos espaços acadêmicos e

institucionais o que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, bem como passaram a ser enfatizados os aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a *Joint* buscou então modificar o grau de exigência. Com isso, em 1970, publicou o *Accreditation Manual for Hospital* contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência. Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional e, finalmente assumiu recentemente o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em artigo publicado em 1978, Donabedian diz que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; 2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. Reafirma que o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (REIS et al., 1990).

Segundo Donabedian em outro artigo publicado em 1975, a auditoria é necessária porque, para assegurar a qualidade do cuidado, não é suficiente confiar em mecanismos informais de auto-avaliação. Há, segundo ele, três formas de se fazer uma auditoria contínua e periódica das atividades profissionais. São elas: a) interna ou externa; b) administrativa ou profissional; c) por revisão de casos ou estatística; e, Donabedian chega à conclusão que, a abordagem mais eficiente e eficaz para a revisão da atividade profissional envolve uma combinação da análise estatística e da revisão de casos. A análise estatística possibilita uma rápida revisão geral da situação,

identificando áreas de possíveis debilidades que seriam, então, analisadas detalhadamente pela revisão de casos (REIS et al., 1990).

### **3.1.3. Evolução Histórica da Auditoria em Saúde no Brasil**

No Brasil do final do século XIX e início do século XX, com a imigração de trabalhadores estrangeiros e o desenvolvimento da cultura de produção, tanto agrícola como industrial, foi-se configurando um novo modelo de organização do trabalho e dos trabalhadores, surgindo então os sistemas previdenciários, com foco na aposentadoria dos trabalhadores, mas também voltados para a criação de formas de financiamento da assistência à saúde, como um benefício exclusivo de determinadas categorias, embora implantados de forma a socializar os custos e as demandas por saúde, resultando no surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e posteriormente nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), organizados por categorias profissionais que, em 1966, foram agrupados para constituir o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (MORAIS; BURMESTER, 2014).

No início dos anos de 1970, surge a necessidade de um sistema de controle e avaliação da assistência médica, tanto por parte do INPS, quanto por parte do Sistema Supletivo. Esta necessidade foi consequência das descobertas de fraudes e outros desvios graves, com a evasão de recursos financeiros, tanto no sistema público quanto no suplementar (ROSA, 2012).

As atividades de auditoria no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, eram realizadas pelos supervisores por meio de apurações em prontuários de pacientes e em contas hospitalares. À época, não havia auditorias diretas em hospitais. A partir de 1976, as chamadas contas hospitalares transformaram-se em Guia de Internação Hospitalar – GIH, ficando as atividades de auditoria estabelecidas como Controle Formal e Técnico (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, apesar de ser um objetivo secundário do INPS, a necessidade da incorporação da assistência à saúde levou ao surgimento, em 1978, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, ainda voltado ao atendimento a trabalhadores, porém com ampliação do foco, passando a incluir a assistência médica. Sua criação representou uma conquista e um grande avanço do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (MORAIS; BURMESTER, 2014).

Nesse contexto, vê-se a necessidade de aperfeiçoar a GIH sendo criada, então, a Coordenadoria de Controle e Avaliação - nas capitais, e o Serviço de Medicina Social - nos municípios. Em 1983, a Autorização de Internação Hospitalar - AIH, vem substituir a GIH, no Sistema de Assistência Médica da Previdência Social - SAMPS. É nesse ano que se reconhece o cargo de médico auditor e a auditoria passa a ser feita nos próprios hospitais (BRASIL, 2016).

Em 1984, o Sistema de Auditoria conhecido como Auditoria Médica, instituído pelo INAMPS, através da Resolução 45 de 12 de julho de 1984, foi a primeira normatização de auditoria na área do atendimento à saúde, que a exprime como um conjunto de ações administrativas, técnicas e observacionais, que buscam a caracterização definida do desempenho assistencial, efetuado pelos integrantes de todos os níveis de execução, notadamente os referenciados às Unidades médico-assistenciais próprias, contratadas, conveniadas e em regime de co-gestão (ROCHA, 2002).

Somente em 1988, com a nova Constituição Brasileira, o direito à saúde foi entendido como um direito de todos e um dever do Estado (Constituição Federal, art. 196), o que garantiu a inclusão de grupos que até então não contribuíam financeiramente com os sistemas de saúde. Assim, a Constituição criou o Sistema Único de Saúde – SUS, através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e extinguiu o INAMPS (MORAIS; BURMESTER 2014).

A Constituição Federal de 1988 dispõe no seu artigo 197:

[...]

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos Termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

[...]

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao prever a criação do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, estabeleceu as instâncias de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, ficando reservada à União a competência privativa para "estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria, e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal". Dessa

forma, o SNA foi instituído pelo artigo 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo Decreto nº 1.651/95, se constituindo num sistema atípico, singular, diferenciado, complementar aos sistemas de controle interno e externo e principalmente legítimo (BRASIL, 2016).

Em 1996, o Ministério da Saúde, procurando regulamentar o cumprimento das normas e disposições relativas ao Sistema Único de Saúde, elaborou a primeira edição de um Manual de Normas de Auditoria (BRASIL, 1996) e, em agosto de 1998, foi lançada a segunda edição (BRASIL, 1998).

Em 1999, a organização de atividades do SNA foi reestruturada, sendo que aquelas pertinentes ao controle e avaliação passaram a ser de responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS e, as referentes à auditoria, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS (ROSA, 2012).

Com a publicação do Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, o DENASUS passou a integrar a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, órgão singular do Ministério da Saúde que ganhou novo formato diante do crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, tornando necessário consolidar a competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema. A função do DENASUS, portanto é exercer atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do SUS. Conforme definido na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS "A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos" (BRASIL, 2016).

Em relação ao setor privado, as oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde surgiram na década de 1930. Ao final da década de 1950, as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviço atendendo a classe média emergente, e com isso a saúde suplementar passou a conviver com o sistema público. Atualmente o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é o segundo maior sistema privado de saúde do

mundo. Os planos de saúde tiveram sua origem na fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições vinculadas à Igreja Católica com ações caritativas e filantrópica (SIQUEIRA, 2014).

A função de controlar as ações e serviços de saúde das operadoras e de outros órgãos públicos é da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANSS, regulamentada pela Lei nº 9.961/2000 que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde (ROSA, 2012 apud PEREIRA, 2010).

A auditoria, na Saúde Suplementar, tem objetivo de dar suporte técnico aos gestores para elaboração de pacotes, pareceres de tabelas de taxas e diárias hospitalares, emissão de pareceres técnicos de procedimentos e visitas na rede credenciada, promovendo correções e buscando aperfeiçoamento do atendimento médico-hospitalar ou ambulatorial da sua rede de prestadores de serviços com a finalidade de manter a qualidade da assistência à saúde (ROSA, 2012 apud PEREIRA, 2010).

#### **4. ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO AUDITOR NO BRASIL**

No Brasil, a auditoria apresenta-se como atividade em plena expansão, justificada pelas necessidades cada vez maiores de racionalização de custos na assistência à saúde pública ou privada (ROSA, 2012 apud AZEVEDO, 1991).

Sendo a profissão de auditor marcada pelo traço da responsabilidade pública e social, elementos tais como ética e independência são essenciais ao profissional, até mesmo como fator de permanência no mercado (ROSA, 2012 apud SANTOS; GRATERON, 2003).

O trabalho do auditor em saúde pode ser realizado de modo a fiscalizar a atuação profissional junto ao paciente ou verificar as contas correspondentes aos atos efetuados, realizar visitas a hospitais, a prestadores de serviço, a clínicas, bem como suporte em operadoras e centrais de regulamentação, manutenção de rede de atendimento, dentre outras formas de atuação (ROSA, 2012 apud COSTA; GUIMARÃES, 2004). O Auditor, em qualquer área de atuação,

contribui para a empresa pública ou privada, no sentido de promover e manter a saúde do usuário (FREITAS, 2012).

A auditoria em Saúde, que se iniciou como um ramo exclusivo da área médica, abriu espaço ao longo do tempo para profissionais de outras áreas, como da enfermagem, e passa por um contínuo aprimoramento, sendo hoje uma das mais poderosas ferramentas de gestão de organizações de saúde (MORAIS; BURMESTER, 2014).

Indubitavelmente, o ato médico apresenta-se como essencial instrumento de aferição e controle de recursos e procedimentos adotados, com vistas à otimização dos serviços prestados, tanto no que se refere aos direitos do paciente, quanto no que tange à técnica médica e recursos financeiros e operacionais empregados. Pode-se dizer, portanto, que a auditoria também possui o caráter de ato médico, pois exige do médico auditor saber a técnica especializada à auditoria que realiza e, que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica. Assim, o Conselho Federal de Medicina, autarquia de fiscalização profissional, fez expedir a **Resolução CFM nº 1.614/01**, que trata especificamente da Auditoria Médica (FREITAS, 2012). Desse modo, transcreveremos abaixo seus principais artigos:

#### **RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001**

[...]

Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

**REPRODUÇÃO AUTORIZADA, DESDE QUE CITADA A FONTE**

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único - É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 - Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 – É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 – O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 14 – Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

[...]

Corroborado com os princípios fundamentais consagrados no Código de Ética Médica, não de ter o médico auditor, todo o zelo e cuidado com o paciente, com vistas a não transformá-lo em objeto de divergência entre médicos, operadoras de planos de saúde ou qualquer outra instituição. Os princípios fundamentais, somados às disposições da Resolução CFM nº 1.614/2001, estabelecem os parâmetros éticos e científicos que balizam a ação dos médicos, tanto na prestação de serviços, quanto na auditoria. A atribuição do médico auditor deve restringir-se à análise dos prontuários médicos, entrevistas e exame do paciente, quando necessário, e elaboração de relatório de auditoria (FREITAS, 2012).

O Capítulo XI do Código de Ética Médica, trata exclusivamente da atuação do Médico Auditor/Perito:

## **Capítulo XI**

### **AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA**

[...]

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditorias ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

**REPRODUÇÃO AUTORIZADA, DESDE QUE CITADA A FONTE**

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

[...]

Embora a Auditoria Médica possua tamanha relevância a ponto de possuir um capítulo específico destinado aos Auditores e Peritos, no Código de Ética Médica, e uma Resolução específica para Médicos Auditores, transcritos acima, a atividade de médico auditor ainda não está vinculada a uma especialidade reconhecida.

Salientamos que Residência Médica e prova de título para Auditoria Médica não estão previstas na Resolução CFM nº 2.068/2013, vigente, que dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Segundo a Resolução, a Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.

De acordo com o Parecer-Consulta nº 4.029/2010, expedido pelo Conselheiro Mário Benedito Costa Magalhães, do CRM de Minas Gerais, é prudente que a investidura da função de médico auditor contemple aqueles médicos com formação técnica e experiência profissional amplas, com conceitos médicos polivalentes, levando em consideração a amplitude das especialidades médicas que serão auditadas. É importante que tenham realizado cursos específicos (pós-graduações "*latu sensu*", com registro no MEC) que comprovem sua qualificação para a função nos aspectos técnicos e principalmente na postura e discernimento ético de suas ações. Além disso, este profissional deverá considerar o atributo da humildade como recurso para

desenvolver seu trabalho, buscando aconselhamentos especializados e constante atualização de seus conhecimentos médicos.

Frente ao elenco de atribuições e tarefas que o cargo permite e exige, torna-se necessário uma ampla experiência e conhecimento técnico médico que deve se somar a coerência de uma conduta sensata, pela firmeza, imparcialidade e bom senso nas decisões, que devem estar presentes a todo momento, não permitindo que fatores externos possam interferir nas perícias e auditorias realizadas, portanto, o equilíbrio nas decisões são fruto de um processo global que envolve o médico auditor e que permite a manutenção do sistema (PAES; MAIA, 2005).

## **CONCLUSÃO**

O presente trabalho pôde nos trazer um conhecimento mais aprofundado acerca da história da Auditoria, quando e como surgiu, no mundo e no Brasil, e sua evolução até os dias atuais. A Auditoria alcançou grande expressividade e notoriedade ao longo do tempo que passou a ser utilizada também na Área da Saúde devido a urgente necessidade de melhorar e qualificar os serviços de saúde diante dos frequentes problemas decorrentes da falta de controle e avaliação nos estabelecimentos de saúde, assim como de um melhor gerenciamento dos recursos utilizados, e mais especificamente na Área Médica quando houve a necessidade de controlar o exercício profissional médico devido as precárias condições dessa prática.

O intuito de elencar as normatizações que regem as funções do médico auditor, estabelecidas pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina e pelo Código de Ética Médica, foi demonstrar quais são as atribuições desse profissional, cuja função é marcada pelo traço da responsabilidade pública e social e pela ética profissional, e levantar a questão da necessidade de se reconhecer a Auditoria Médica como Especialidade Médica ou Área de Atuação frente a importância e notoriedade que a função vem assumindo e para que seja exercida por médicos comprovadamente preparados para esta atividade.

Insta mencionar que o trabalho do auditor, seja enquanto averigua a atuação profissional junto ao paciente, seja quando verifica as contas correspondentes aos atos efetuados

ou em quaisquer outra de suas atuações, visa sempre melhorar a eficácia e efetividade dos serviços ofertados de forma coesa a evitar riscos e prejuízos, bem como promover e reestabelecer a saúde do ser humano com exatidão e com técnicas aperfeiçoadas dentro de um padrão ético.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **História de Auditoria em Saúde**. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>. Acesso em 27 de junho de 2016.
2. \_\_\_\_\_. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, 1988.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Capítulo XI. Auditoria e Perícia Médica. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra\\_11.asp](http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_11.asp). Acesso em 27 de junho de 2016.
4. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.614/2001**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1614\\_2001.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1614_2001.htm). Acesso em 27 de junho de 2016.
5. DUARTE, Lara Santos. **Auditoria financeira**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Mestrado em Gestão, Abril 2010. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14023/1/Relatório%20Estágio%20Lara%20Duarte.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2016.
6. FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. Acta Paulista de Enfermagem, v.18, n.2, p.13-19, abr/jun 2005. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015). Acesso em 20 de junho de 2016.

7. FREITAS, Lúcia M.P. **Guia de Orientações Médicas para Auditoria em Oncologia. Capítulo 2: A Responsabilidade Civil do Médico Auditor**. Manual de Condutas SBOC. Belo Horizonte, 2012.
8. LUZ, Alessanda da; MARTINS, Andreia Pereira; DYNEWICZ, Ana Maria. **Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 344-361, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>. Acesso em 15 de junho de 2016.
9. MAGALHÃES, Mário Benedito Costa. **Parecer-Consulta nº 4.029/2010**. Pouso Alegre, 2010. Disponível em: [http://sistemas.crmmg.org.br/pareceres/imprimir\\_documento.php?id=607](http://sistemas.crmmg.org.br/pareceres/imprimir_documento.php?id=607). Acesso em 08 de julho de 2016.
10. MORAIS, Marlus Volney de; BURMESTER, Haino. **Auditoria em Saúde**. Série Gestão Estratégica de Saúde. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
11. OLIVEIRA, Luís Martins de; DINIZ FILHO, André. **Curso Básico de Auditoria**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.
12. PAES, Pedro Paulo Lima; MAIA, Juliana Ribeiro. **Manual de Auditoria de Contas Médicas**. Juiz de Fora, 2005.
13. REIS, Eduardo J.F.B. et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 1990. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006). Acesso em 06 de junho de 2016.
14. RICARDINO, Álvaro.; CARVALHO, L.Nelson. **Breve Retrospectiva do desenvolvimento das atividades de auditoria no Brasil**. [Internet] Revista Contabilidade & Finanças – USP. 2004; (35):22-34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-70772004000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-70772004000200002). Acesso em 01 de junho de 2016.
15. ROCHA, Enock Emmanoel Moreira; SILVEIRA FILHO, Ilbenez Bomfim; SANT'ANNA, Tomé Roberto Ferreira. **A importância da auditoria no sistema único de saúde**. Monografia (Trabalho de conclusão de curso). Salvador -BA: Universidade Federal da Bahia; 2002.

16. ROSA, Vitor Luis. **Evolução da Auditoria em Saúde no Brasil**. Monografia (Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Auditoria em Saúde). Centro Universitário Filadélfia - UniFil, Londrina, 2012.
17. SÁ, Antônio Lopes de. **Curso de Auditoria**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 1993.
18. SIQUEIRA, Patrícia Lopes de Freitas. **Auditoria em Saúde e Atribuições do Enfermeiro Auditor**. Caderno Saúde e Desenvolvimento, v. 3, n. 2, jul/dez 2014.
19. SOUZA, Luiziane Agostine Alves de; DYNIEWICZ, Ana Maria; KALINOWSKI, Luísa Canestraro. **Auditoria: uma abordagem histórica e atual**. [Internet] Revista de Administração em Saúde, v. 12, n. 47, Abr/Jun 2010. Disponível em: [http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p\\_ndoc=207&p\\_nanexo=%20287](http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=207&p_nanexo=%20287). Acesso em 11 de maio de 2016.

**\*1. Cristiane Maria Lenzi Schaab:** Graduada em Medicina, Residência Médica em Pediatria, Área de Atuação em Reumatologia Pediátrica. Especialista em Auditoria de Serviços de Saúde.

**\*2. Laura Regina Lopes Belém:** Graduada em Medicina, Residência Médica em Pediatria. Área de Atuação em Gastroenterologia Pediátrica. Especialista em Auditoria de Serviços de Saúde.

**Orientadora: Professora Doutoranda Valéria Aparecida Nogueira:**

<http://www.valerianogueira.com.br/quem-somos/>