



## MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA AUDITORIA DE ALTO CUSTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

NETO, Daniel Carlos <sup>1</sup>

NETO, Daniel Carlos. **Medicina Baseada em Evidências na Auditoria de Alto Custo da Saúde Suplementar**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 02, Vol. 16, Ed. 03, pp. 321-339, Março de 2017. ISSN: 2448-0959

### RESUMO

O presente artigo faz uma exposição da medicina baseada em evidências, que busca a resposta a uma questão clínica bem construída em inúmeras fontes de informação científica. Dependendo da fonte, onde se obtém a informação, a decisão clínica poderá não estar sustentada pelas melhores evidências disponíveis na atualidade, expondo o paciente a um risco desnecessário. Faz-se também uma exposição acerca da importância da auditoria em serviço de saúde suplementar, com ênfase na redução dos custos e na qualidade dos serviços prestados.

---

<sup>1</sup> Graduando em Medicina pelas Faculdades Integradas Aparício de Carvalho/RO. Graduado em Direito pela Universidade Vale do Rio Doce/MG. Doutorando em Saúde Pública com ênfase em Política, Planejamento e Gestão pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales/AR. Executive Master em Administração de Negócios da Saúde (MBA Executivo em Saúde) pela Universidade Cândido Mendes/RJ. Especializado em Direito Aplicado aos Serviços de Saúde pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul/SP. Pós-Graduando em Direito Médico - pela Escola Superior Verbo Jurídico/RS. Especializando em Auditoria em Saúde - pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci/SC. Pós-Graduado em Saúde da Família - pela Universidade Municipal São Caetano do Sul/SP. Advogado, Consultor Jurídico e Parecerista em Direito Médico e Hospitalar.



Palavras-Chave: Medicina, Evidência, Auditoria, Saúde, Suplementar.

## INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é elucidar o tema central “*Medicina baseada em evidências na Auditoria de Alto Custo da Saúde Suplementar*” que pode ser entendido como a integração entre a experiência clínica e a capacidade de análise e aplicação de evidências científicas, sem que sejam esquecidas as particularidades de cada paciente. Será demonstrada também a importância da auditoria na medicina.

A Medicina Baseada em Evidências surgiu como uma quebra de paradigma, possibilitando uma aplicação eficaz de pesquisas científicas a casos clínicos, contrariando uma medicina estagnada que insistia na repetição de procedimentos que, muitas vezes, não eram os mais indicados. Concomitantemente à aplicação desse conceito de medicina, houve o advento de diversas tecnologias e criação de estratégias que possibilitam o desenvolvimento contínuo dos profissionais da saúde e a disseminação dessa forma de praticar a medicina.

Outra vantagem da MBE é a sua integração natural com a metodologia de ensino-aprendizagem denominada Aprendizado Baseado em Problemas (PBL). Dessa forma, o médico acaba adquirindo uma atitude de autoaprendizagem e capacidade multidisciplinar, o que reflete em uma maior competência no exercício da profissão e na resolução de problemas.

Para se beneficiar de suas diversas vantagens, entretanto, é importante seguir certos passos, a fim de que o exercício clínico que utiliza MBE revele-se eficaz:

1. Identificar o problema do paciente e transformá-lo em uma pergunta que pode ser respondida.
2. Pesquisar eficientemente as fontes de informação e encontrar a que melhor se encaixa no caso em estudo.
3. Analisar de maneira crítica a evidência encontrada e sua aplicabilidade no caso específico.



4. Chegar a uma conclusão concreta, integrá-la com a habilidade clínica e aplicá-la para produzir melhoras efetivas.

Apesar dos diversos benefícios que essa abordagem pode trazer, é importante que não se esqueça do bom-senso na sua utilização. É preciso prestar atenção às evidências encontradas, visto que muitas pesquisas são financiadas por laboratórios, além de prestar muita atenção às peculiaridades de seu paciente.

Nas últimas quatro décadas, o conceito de assistência à saúde mudou tanto quanto a sociedade, surgindo, desse modo, diversas operadoras de saúde, passando o próprio indivíduo ou a empresa a custear o serviço suplementar, que é representado por cooperativas, medicina/odontologia de grupo, seguradoras e autogestões.

O grande número de empresas de convênios de saúde fez com que a auditoria ganhasse relevância, tendo em conta que tais empresas necessitam de regras contratuais que permitam o controle dos custos e da qualidade, conforme preceitos éticos legais. O exercício da auditoria faz-se necessário para o cumprimento das normas e itens contratuais entre as empresas, credenciados e usuários e para que isso aconteça são necessários alguns financiamentos de trabalho, sendo que o principal deles é a auditoria clínica. Nos serviços de saúde, público e particular, o controle e avaliação dos resultados obtidos objetivam, não somente a produtividade do profissional e a viabilidade econômica financeira do sistema idealizado, por meio de indicadores financeiros, como também sua capacidade de prestar atendimento de qualidade. Tem aumentado a preocupação das organizações e fontes pagadoras de serviços de saúde com o aprimoramento dos recursos destinados ao financiamento das ações de saúde. A auditoria em serviços de saúde é essencial para manutenção da própria saúde financeira das organizações de saúde, tanto públicas, quanto privadas.

Após estas reflexões, é de rigor destacar o escólio ministrado pelos autores Otávio Clark e Luciana Clark em seu livro Urologia Fundamental - capítulo 48 Medicina Baseada em Evidências, aos quais se pede vênias, não, para uma simples paráfrase,



mas sim, na grande maioria, para a reprodução original do texto, método que evitará que a essência de seus argumentos se perca diante da subjetividade interpretativa.

## 1. DEFINIÇÃO MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (MBE)

A definição mais utilizada e citada em inúmeros artigos científicos é que a MBE é “o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência clínica disponível ao tomar decisões sobre o tratamento de um paciente”.

Por definição, é a integração da melhor evidência científica com a experiência clínica e os desejos individuais do paciente. Vamos explicar cada parte da tríade:

**Evidências:** são as pesquisas clinicamente relevantes, especialmente aquelas centradas em pacientes e que prezam pela acurácia de testes diagnósticos, pelo poder de marcadores prognósticos e pela eficácia e segurança de procedimentos terapêuticos e preventivos.

**Experiência** clínica: é a capacidade de se colocar em prática habilidades clínicas e experiências anteriores, para identificar rapidamente o estado de saúde de cada paciente, seu diagnóstico, seus riscos individuais e os benefícios de intervenções potenciais.

**Desejos do paciente:** incluem o entendimento e o reconhecimento da individualidade de cada ser humano, com preferências e expectativas únicas que ele traz à consulta médica e que devem ser integradas e respeitadas numa decisão clínica.

Ser bom profissional implica utilizar tanto a experiência pessoal, quanto a melhor evidências científica disponível. Lembre-se: nenhuma delas sozinha é suficiente.[2]

Medicina Baseada em Evidências, no entanto, MBE não é uma maneira simples de cortar custos, inventada por planos de saúde, não é a repressão aos estudos randomizados e a metanálises, nem é uma prática impossível de se aplicar.



Quando se fala em MBE, o objetivo é resolver problemas clínicos. No formato tradicional, a decisão clínica é feita com base em intuição, experiência clínica e em fisiopatologia. A MBE prega que esses elementos são insuficientes e que é necessário incluir informações extraídas de pesquisas clínicas – evidências – durante a tomada de decisão. Ela também valoriza menos o poder das autoridades no processo habitual de tomada de decisão em medicina, mas não desvaloriza a expertise clínica do médico, pois ela é parte fundamental na decisão sobre a aplicabilidade da evidência encontrada.[3]

## **1.1 NECESSIDADES DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS -MBE**

A sensação de frustração na busca por informações científicas é cada dia mais comum no meio médico, o excesso de estudos publicados deixa a impressão de que se busca o inatingível.

Em 2006, foram incluídas no *Medline* cerca de 90.000 novas referências sobre câncer. Caso um médico restrinja sua leitura apenas aos estudos randomizados, ainda assim terá que ler aproximadamente 4.500 artigos no ano! Isso significa ler 13 estudos por dia, durante todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados.

No geral, 73 novos artigos são incluídos no *Medline* por hora, desse modo, por mês, serão mais de 50.000 novos artigos, para aumentar, de maneira opressiva e inexorável, o palheiro onde, inúmeras vezes, passam-se noites à procura da agulha que responda suas dúvidas.

Que fique claro que até o momento foi mencionada apenas a principal base de dados informatizada (*Medline*).

Ainda existem inúmeras outras, como OVID, EMBASE, LILACS etc.

Somem-se a esses dados a crônica falta de tempo da classe médica e os múltiplos empregos, para que se tenha a receita para um profissional frustrado, que não consegue manter-se atualizado.



MBE é uma ferramenta que auxilia o médico a se manter atualizado sem enlouquecer.

A resposta correta para a maioria das dúvidas clínicas já existe, porém estas informações representam menos de 10% de tudo aquilo que está publicado.

Dados como esses resultaram na publicação de editoriais, clamando-se por menos pesquisas e mais qualidade metodológica, ou seja, mais critérios na definição depois que realizar a pesquisa e qual o melhor desenho de estudo.[4]

Medicina baseada em evidência requer do médico novas habilidades, muitas das quais não foram ensinadas na faculdade e outras que realmente precisam ser desenvolvidas. Sua prática requer:

Definição clara de quem é o paciente e qual é a situação clínica envolvida. Essa é a habilidade de “construir a pergunta clínica adequada”, como será visto adiante. Condução de uma busca eficiente na literatura, utilizando as bases de dados informatizadas, como *Medline*. Para isso, é preciso algum grau de familiaridade com a informática e com o uso da internet.

Conhecimentos básicos de metodologia científica para determinar, em cada estudo clínico, quais são os melhores desenhos metodológicos, as principais fontes de tendenciosidades e quais critérios devem ser utilizados para uma avaliação crítica da qualidade da publicação. Compreensão da validade interna e externa de um estudo científico e capacidade para aplicá-lo a um paciente ou a um sistema de saúde.

O processo da MBE inicia-se com a elaboração de uma pergunta clínica relevante, que seja passível de resposta. Esse primeiro passo parece simples, porém é um ponto fundamental para que se obtenha sucesso no restante do processo.

Depois de determinada a pergunta, inicia-se o processo de busca por informações de qualidade, adequadas para respondê-la. Uma vez encontradas essas informações, é necessário avaliá-las criticamente para determinar a validade, a importância e a aplicabilidade a um paciente individual ou ao cenário clínico.



O preceito fundamental da MBE é que existe uma hierarquia da qualidade de informações, que é função da metodologia usada no estudo.[5]

## 1.2 COMO ELABORAR UMA PERGUNTA CLÍNICA ADEQUADA?

Elaboração da pergunta científica é crucial para sucesso de todo o processo. Para elaborá-la corretamente, utiliza-se a técnica chamada PICO, acrônimo que descreve os quatro componentes fundamentais da pergunta clínica, a saber:

**Paciente:** é preciso definir adequadamente o paciente ou a situação clínica de interesse. Isso orientará a busca por informações. Quanto mais informações forem incluídas sobre o paciente, isto é, quanto mais precisa a descrição, mais direcionada torna-se a pergunta.

**Intervenção:** a qual o paciente se submeterá; deve ser sempre colocada de forma explícita. Intervenção pode ser um medicamento, um procedimento, um material cirúrgico, um exame diagnóstico etc.

**Comparação:** em medicina, qualquer intervenção deve ser avaliada em termos comparativos. Não há nada absoluto, não há tratamentos ou exames bons ou ruins, mas tratamentos e exames melhores, piores ou iguais a outros. Portanto, é extremamente importante definir adequadamente contra qual comparação a intervenção deve mostrar-se melhor.

**Outcome** (desfecho clínico): que desfecho clínico é importante para o cenário clínico? Na elaboração da pergunta é preciso definir qual é o resultado de interesse. Sobrevida, qualidade de vida e cura são os principais e são chamados de desfechos orientados ao paciente. Outros desfechos, como melhora da pressão arterial, diminuição do volume tumoral, controle do PSA, controle do valor de colesterol, dentre outros, são chamados desfechos intermediários e nem sempre têm relação com desfechos clínicos principais. Em outras palavras: nem sempre a melhora de um desses parâmetros será traduzida em benefício ao paciente.



Exemplos de perguntas clínicas adequadas e inadequadas:

### **1.3 QUAL O MELHOR TRATAMENTO PARA MELANOMA METASTÁTICO?**

Essa pergunta é inadequada porque parte de uma visão absoluta e não relativa. Não define adequadamente o paciente, nem compara duas ou mais alternativas de tratamento.

### **1.4 ADIÇÃO DE *INTERFERON* E DE *INTERLEUCINA* AO TRATAMENTO COM DACARBAZINA AUMENTA A SOBREVIDA DE PACIENTES COM MELANOMA METASTÁTICO?**

Os quatro componentes da pergunta estão presentes na pergunta.

**Pacientes:** aqueles com melanoma metastático;

**Intervenção:** tratamento com interferon, interleucina e dacarbazina;

**Comparado com:** dacarbazina apenas;

**Resultado (outcome):** medido como aumento de sobrevida.

### **O teste ELISA é útil no rastreamento da AIDS?**

A pergunta é inadequada, pois não define nem pacientes nem comparadores.

### **1.5 O TESTE ELISA TEM MELHOR VALOR PREDITIVO POSITIVO QUE O WETERN-BLOT PARA RASTREAMENTO POPULACIONAL DA AIDS?**

A pergunta tem os quatro elementos básicos:

**Pacientes:** população geral;



**Intervenção:** ELISA;

**Comparador:** Western-Blot;

**Outcome:** valor preditivo (ou seja, proporção de pacientes com resultado positivo que desenvolverão AIDS).

Depois de elaborada a pergunta é preciso classificá-la. As perguntas que são feitas frequentemente podem ser colocadas em quatro categorias básicas, que são:

**Diagnóstico:** nessa classe estão as perguntas que buscam saber se um teste diagnóstico aumenta a chance de determinado paciente ter ou não uma patologia previamente escolhida.

**Etiologia:** aqui estão as perguntas direcionadas ao conhecimento da causa de uma doença ou estado clínico.

**Prognóstico:** nessa categoria estão as perguntas sobre a evolução de uma doença ou de um estado clínico.

**Tratamento:** são as mais utilizadas no dia a dia e questionam se determinada intervenção é superior à outra.

### **Para que serve a classificação das perguntas?**

É extremamente importante classificar a pergunta, pois o melhor desenho metodológico do estudo que a responderá varia conforme essa classificação.[6]

Resume-se que de acordo com os ensinamentos de NOBRE, Bernardo[7] que para se integrarem as evidências científicas com práticas clínicas o problema deve ser elaborado em uma pergunta clínica bem definida.

Na tentativa de dar uma breve noção seguem no próximo item alguns conceitos do termo auditoria.



## 2. AUDITORIA

A palavra auditoria vem do latim “*audire*” que significa ouvir. O dicionário Aurélio Buarque de Holanda define auditoria como um exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações contábeis, desde o início até o balanço; auditoria. Auditoria em saúde de acordo com Lambeck[8] é a avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do paciente, concentrando-se nos resultados da prestação de serviços.

A auditoria vem da contabilidade, que a define como o mesmo que revisão, perícia, intervenção ou exame de contas ou de toda uma escrita, periódica ou constantemente, eventual ou definitivamente. A auditoria em saúde pode ainda ser entendida como a análise crítica e sistemática do paciente, da assistência prestada, comparando-a com padrões de excelência.

Vergil N. Slee é considerado o pai da moderna auditoria em saúde, foi ele quem deu à auditoria um novo conceito, tornando aceitáveis os procedimentos de avaliação com fins educativos. Atualmente, a auditoria tem como base, a evidência científica, foco no cliente e pró-atividade.[9]

No Brasil com o aumento dos serviços de saúde suplementar, a auditoria ganhou destaque, devido à necessidade que as empresas sentiram em estabelecer regras contratuais e assim tornar possível o controle dos custos e a qualidade da prestação dos serviços, de acordo com os preceitos éticos e legais.

A auditoria de qualidade é um instrumento que possibilita a confirmação de eficiência dos controles das empresas, ela tranquiliza a administração, garante negócios seguros e claros aos investidores, além de prevenir possíveis falhas, e ainda sugere a correção para melhoria no desempenho da empresa.

É de primordial importância que em uma auditoria em serviço suplementar de saúde, seja esta executada por profissionais capacitados que apresentem, além do conhecimento técnico científico, atributos pessoais tais como: imparcialidade,



prudência e diplomacia entre tantos outros. Estes profissionais devem avaliar sempre as normas e padrões necessários a uma auditoria, no sentido de mantê-las ajustadas às transformações da realidade e por fim emitir um parecer construtivo com o objetivo de auxiliar a melhoria contínua do sistema de qualidade da empresa.[10]

## 2.1 IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA NO SUS

O campo da auditoria tem apresentando uma diversidade de conceitos e mobilidade, variando de acordo com os autores e instituições. Seu emprego como dispositivo de controle está consolidado, oferecendo valores de maneira a conferir a existência de fraudes ou roubos. A auditoria pode, ainda, vincular-se aos processos gerenciais, além da função de controle, através de análises, avaliações e comprovações e de reorientação das ações funções e/ou serviços.[11]

Barzeloy[12] enfatiza que a auditoria consiste em uma forma de investigação que tem o intuito de verificar o cumprimento de critérios e ações.

De acordo com seu alcance a auditoria pode ser parcial ou completa. Considerando sua periodicidade, pode ser contínua, anual ou esporádica. Quando ao momento em que a auditoria ocorre, pode acontecer previamente, simultaneamente ou a posterior (Auditoria retrospectiva). Geralmente no setor público, as auditorias são de caráter contínuo e podem analisar concomitantemente a parte contábil e o cumprimento da legalidade.[13]

As auditorias ainda podem ser internas e externas.

A auditoria interna, como processo de revisão, tem caráter permanente, com objetivos de assessorar a administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades e de constituir um controle gerencial. O auditor a partir de sua análise sugere orientações para elaboração ou reformulações nos padrões e rotinas.[14]



A auditoria externa, por sua vez, é realizada por profissionais liberais, completamente independentes da organização a ser auditada, diminuindo, dessa forma, a subordinação dos auditores à política vigente na organização, o que parece proporcionar uma maior isenção. Esse tipo de auditoria tem caráter periódico.[15]

Em relação aos objetivos, a auditoria pode ser caracterizada como financeira ou contábil, verificando se a situação financeira do objeto analisado representa fielmente sua realidade contábil e se está articulada aos resultados da gestão, assegurando-lhe idoneidade.

Outra modalidade no que diz respeito ao objetivo é a auditoria de legalidade, que visa analisar o cumprimento das normas estabelecidas no âmbito do setor público.[16]

A resolução n.º 781 (CFC, 1995), ao pontuar as normas para esse trabalho, enfatiza a importância dos requisitos de auditor em um processo de auditoria, ressaltando princípios como competência, quanto a conhecimentos técnicos e experiência para exercer a função de forma eficaz, além da independência e do zelo. No que se refere ao auditor, a resolução ressalta a necessidade de que sua função ocorra de forma livre, objetiva, gere pareceres imparciais, respeite a hierarquia e as normas do setor auditado, observe a não-subordinação aos gestores das áreas auditadas, lembrando sempre o compromisso com a lealdade ao interesse público.

O valor do relatório de um processo de auditoria é extremo e deve ser definido como um documento que apresente o resultado dos trabalhos, devendo ser redigido com clareza e imparcialidade, mostrando conclusões, recomendações e providências a serem tomadas pela entidade auditada. Esse relatório deve estar sustentado em evidências fidedignas, pertinentes e úteis para assegurar orientações relevantes ao auditado. As evidências podem ser classificadas em físicas e documentais. Sendo a física, obtida pela comprovação de objetos ou fatos que expressem a realidade, como ativos e passivos financeiros, equipamentos, estoques, imóveis, instalações, móveis e outros que compõem o objeto auditado. E a evidência documental se constitui a partir de contratos, notas fiscais, memorandos, registros, etc. Sendo quaisquer dessas



evidências, documentadas através de “amostras reais e/ou termo de inspeção”, assinados pelos auditados.[17]

## **2.2 SERVIÇO SUPLEMENTAR DE SAÚDE**

O sistema de saúde brasileiro é um sistema misto constituído pelos setores público e privado que atuam como financiadores dos bens de serviços de saúde. Em 1998, a Constituição Brasileira garantiu a todos os brasileiros um acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, permitindo também a coexistência paralelamente ao sistema público de saúde de um sistema suplementar.[18]

Tem o setor público o dever de dar cobertura a toda população residente, embora seja estimado que aproximadamente vinte e cinco por cento da população possuam algum tipo de plano de saúde privado, caracterizando desta maneira a assistência médica suplementar.[19]

Segundo a ANS, entre dezembro de 2003 a junho de 2012, o número de beneficiários de planos de saúde no país passou de 32 milhões para mais de 48 milhões de usuários, uma alta de cerca de cinquenta por cento.

De acordo com a Lei 9656/1998, pode-se definir saúde suplementar como sendo pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que opera produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir sem limite financeiro, a assistência à saúde pela faculdade de acesso, atendimento por profissionais e serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar ou odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.



A Lei nº. 9656 de 03 de junho de 1998 e também a Lei 9.961/98, têm a função de regulamentar as atividades das operadoras de planos de assistência à saúde, proteger os direitos dos usuários dos referidos planos, fiscalizar as operações, a solvência e a liquidez das operadoras e regular as condições de concorrência no mercado.

A ANS, em 2000, através da RDC 39[20], classificou as operadoras de saúde nas seguintes modalidades:

Administradora – são empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pelo contratante, não possuem risco, rede própria credenciada ou referenciada de serviços médicos/hospitalares ou odontológicos;

Cooperativas Médicas ou Odontológicas – sociedade de pessoas sem fins lucrativos, que operam exclusivamente com planos privados de assistência médica ou odontológica;

Autogestão – entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa, regra as que por intermédio do seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência a saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e respectivos grupos familiares, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas;

Filantropia – sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando aquelas classificadas nas modalidades anteriores.

A faceta da parcialidade é alimentada pelo desconhecimento da legislação e preceitos éticos, comprometendo assim, as inter-relações entre os atores envolvidos no sistema.[21]

Sabendo-se que as auditorias são ferramentas de controle, implantadas pela administração de forma voluntária ou imposta por norma de qualidade. Esta quando



devidamente conduzida, constitui um processo positivo e construtivo, não é só a decisão de aceitar ou rejeitar tratamentos, mas sim de orientar, quando da verificação de uma não conformidade, implementando e acompanhando as ações corretivas no processo. Há uma conotação negativa e sentimentos existem em decorrência do abuso do processo de auditoria, quando é usada para estabelecer culpa ou determinar punitivas.

Entre os Reguladores de Ações, podem ser citados o legal e o comportamental. Sendo que o legal, de classe é expresso na Lei 5.081/66, o qual regula o exercício profissional da odontologia em todo território nacional, estabelecendo no seu art. 6º, inciso IV, o campo de atuação: “proceder à perícia odontolegal em foro cível, criminal, trabalhista e em sede administrativa”; na Consolidação das Normas para Procedimentos dos Conselhos de Odontologia, que expressa a competência dos especialistas nas diversas áreas, entre as quais se destaca para o mister da auditação: a Odontologia Legal, a Odontologia Coletiva e a Odontologia do Trabalho; na Resolução 20/2001 emitida pelo Conselho Federal de Odontologia que normatizou as Perícia e Auditorias em sedes administrativas.[22]

O comportamental é vinculado diretamente aos atributos pessoais necessários para a função, sendo a atitude uma condição interna própria de cada pessoa, que tem em sua origem desde o nascimento e vai se modificando à medida que cada qual vivencia as diversas fases de sua vida.

Para realização de uma boa auditoria, a atuação, a experiência, o comportamento e a postura do auditor são tão importantes quanto os conhecimentos técnicos. Os auditores devem ter um perfil adequado para exercer sua função, por apurarem os fatos, administrarem o tempo e as pessoas, que têm sentimentos e necessidade de vida como todo ser humano. Durante o processo de auditoria, a comunicação verbal e a percepção dos auditores são muito importantes.[23]

Apresentam-se como as principais características de um auditor ter conhecimento técnico, ético, cultural, integridade moral e honestidade de propósitos; sólida



constituição emocional para suportar as vicissitudes inerentes à própria função; ser notoriamente reconhecido e respeitado pela sua experiência e conhecimento; ser hábil no relacionamento humano, na comunicação oral, escrita e bom ouvinte; ser observador, organizado, discreto, educado, persistente, objetivo, prudente, cuidadoso, com personalidade; ter capacidade de análise e de trabalhar em grupo.[24]

Para um bom desempenho da função de auditor, este deve contar com um amplo nível de experiência em assuntos de auditoria, como formação técnica em auditoria, visão técnica nas diversas especialidades, em sistemas de informações; conhecimento dos aspectos legais; ter critério e juízo profissional para determinar que procedimentos serão necessários de acordo com as circunstâncias; ter lealdade para com a instituição que trabalhe; demonstrar licitude e honradez a toda prova e em todos seus atos; ser construtivo e positivo em suas apreciações, ter equilíbrio e facilidade nos relacionamentos interpessoais. Fazer sugestões e assessorar para melhorar os níveis de eficiência em sua organização.[25]

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Medicina Baseada em Evidências vem, nos últimos anos, provando ser uma conduta adequada na abordagem clínica por apresentar várias vantagens em relação à Medicina Tradicional, especialmente no que se refere à rápida assimilação de novas descobertas e ao desenvolvimento do caráter autodidata do profissional da saúde. Porém, é importante que seja utilizada com responsabilidade, a fim de estimular o caráter crítico do Médico, visando à diminuição da margem de erro, com o consequente aumento das taxas de cura.

O avanço da tecnologia e do conhecimento científico tem favorecido mudanças importantes na área da saúde, trazendo respostas para problemas profundos que afetam o bem estar das pessoas e da comunidade. Na área da saúde, acompanhar os resultados de pesquisas e manter-se atualizado, tornou-se quase impossível, caso o profissional não se dedique a uma determinada especialidade. No entanto, a tarefa



é árdua, pois, terá que planejar seu tempo para, periodicamente, realizar a seleção, leitura e análise das publicações referentes à sua área de escolha.

Assim, diante de tantas inovações, a tomada de decisão pelos profissionais de saúde deve ser norteada por princípios científicos, no intuito de selecionar a intervenção adequada para o caso específico que está sendo cuidado, pois existe diferença entre esperar que estes avanços tragam resultados positivos e saber se eles funcionam realmente. Nesse contexto, onde a adoção de medidas para minimizarem o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial é imprescindível, nasceu a Prática Baseada em Evidências (PBE), que tem por objetivo aclarar seus fundamentos e princípios e avaliar sua aplicabilidade na medicina.

A introdução desse conceito em outras áreas, como a Medicina, ampliou o termo Prática Baseada em Evidências-PBE, que pode ser definido como a aplicação de informações válidas, relevantes, com base em pesquisas, na tomada de decisão do médico. Consiste na produção de questionamentos, descoberta e análise de dados significativos e o aproveitamento dessas informações na prática clínica diária. As evidências da pesquisa são usadas conjuntamente com o conhecimento que se obtém dos pacientes, tais como: sintomas, diagnósticos e preferências reveladas e o contexto em que a decisão está sendo tomada, inclusive o ambiente do cuidado e os recursos disponíveis. No processamento dessa informação, utiliza-se conhecimento especializado. Na Medicina, a Prática baseada em evidências envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a efetivação destas evidências na prática e apreciação dos resultados, através da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades médicas e a preferência do paciente.

Os elementos básicos da Medicina baseada em Evidências consistem na prática da avaliação clínica e no processo de composição e aplicação das evidências externas à realidade observada. Operacionalmente, a MBE baseia-se em cinco etapas que compõem esses elementos. Preliminarmente, a necessidade de cuidado verificada no paciente, em um conjunto de pacientes ou mesmo na gestão do serviço, deve ser



transformada numa pergunta; a segunda etapa constitui-se na busca bibliográfica da melhor evidência relacionada àquela pergunta. Em seguida, as evidências encontradas são avaliadas quanto à validade e confiabilidade metodológica, além da sua aplicabilidade clínica. Nessa etapa, os conhecimentos sobre metodologia de pesquisa são cruciais para que o profissional afira, com segurança, os contornos da pesquisa, a descrição de sua condução e os parâmetros estatísticos utilizados.

Por fim, vale dizer que cada vez mais profissionais da saúde interessam-se pelas pesquisas e seus resultados. Hoje em dia, não é possível pensar em uma prática clínica que não seja baseada em pesquisa. O volume de informações disponíveis cresce a cada dia. A maior parte dos profissionais tem o hábito de basear sua prática na experiência de colegas ou de livros-textos. O objetivo desse artigo é discutir e refletir sobre as possibilidades disponíveis, para que os profissionais possam encontrar a melhor evidência científica, com vistas ao cuidado apropriado para o seu paciente. A Medicina baseada em evidência é a integração da melhor evidência científica com as preferências dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

BARZELAY, M. *Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE*. Revista do Serviço Público, ano 53, n. 2, p. 5-35, abr./jun. 2002.

CLARK Otávio, CLARK Luciana. *Urologia Fundamental. Medicina Baseada em Evidências*. Capítulo 48. São Paulo: Planmark, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO-20/2001, Disponível em [www.cfo.gov.br](http://www.cfo.gov.br). Acesso em: 20 jan. 2016.

CALEMAN, G.; SANCHEZ, M.C.; MOREIRA, M.L. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde*, volume 5, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.



MARQUES, M.C.C.; ALMEIDA, J.J.M. *Auditoria no sector público: um instrumento para a melhoria da gestão pública*. Revista Contabilidade & Finanças, São Paulo, USP, v. 94, n. 35, p. 84-95, maio/ago. 2004.

NOBRE, Bernardo & Janete. 2003 *apud* . El Dib RP, Atallah AN. *Evidence-based speech, language and hearing therapy and the Cochrane Library's systematic reviews*. São Paulo Med J. 2006, 124:51-4.

PERES JÚNIOR, JH. Auditoria de demonstração Contabéis. normas e procedimentos. 3. ed. São Paulo. Atlas. 2004.

PERIN, M. Gazeta Mercantil, Rio de Janeiro, 18/09/2001. Suplemento especial saúde.

PINA, V.; TORRES, L. *La contabilidad del sector público*, 2001. Disponível em: <<http://w.ciberconta.unizar.es>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC 39. Operadoras de planos de assistência à saúde de 27 de outubro de 2000.

RIBEIRO, J.M.; DIAS, J.M.F. *Aplicação de métodos quantitativos em Auditoria: propostas para otimizar procedimentos e reduzir custos*. RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP, v. 1, n. 1, p. 43 - 59 set./dez. 2007.

2. CLARK Otávio, CLARK Luciana. *Urologia Fundamental. Medicina Baseada em Evidências*. Capítulo 48. São Paulo: Planmark, 2010, p.416.

3. CLARK Otávio, CLARK Luciana. *Urologia Fundamental. Medicina Baseada em Evidências*. Capítulo 48. São Paulo: Planmark, 2010, p. 417.

4. CLARK Otávio, CLARK Luciana. *Urologia Fundamental. Medicina Baseada em Evidências*. Capítulo 48. São Paulo: Planmark, 2010, p. 418.

5. Ibidem, p. 419.



6. CLARK Otávio, CLARK Luciana. *Urologia Fundamental. Medicina Baseada em Evidências*. Capítulo 48. São Paulo: Planmark, 2010, p. 419.
7. NOBRE, Bernardo & Janete. 2003 *apud* . El Dib RP, Atallah AN. *Evidence-based speech, language and hearing therapy and the Cochrane Library's systematic reviews*. São Paulo Med J. 2006, 124:51-4.
8. LAMBECK *apud* CALEMAN, G.; SANCHEZ, M.C.; MOREIRA, M.L. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde*, volume 5, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
9. Vergil N. SLEE *apud* CALEMAN, G.; SANCHEZ, M.C.; MOREIRA, M.L. *Op, cit*.
10. RIBEIRO, J.M.; DIAS, J.M.F. *Aplicação de métodos quantitativos em Auditoria: propostas para otimizar procedimentos e reduzir custos*. RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP, v. 1, n. 1, p. 43 - 59 set./dez. 2007.
11. MARQUES, M.C.C.; ALMEIDA, J.J.M. *Auditoria no sector público: um instrumento para a melhoria da gestão pública*. Revista Contabilidade & Finanças, São Paulo, USP, v. 94, n. 35, p. 84-95, maio/ago. 2004.
12. BARZELAY, M. *Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE*. Revista do Serviço Público, ano 53, n. 2, p. 5-35, abr./jun. 2002.
13. PINA, V.; TORRES, L. *La contabilidad del sector público*, 2001. Disponível em: <<http://w.ciberconta.unizar.es>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
14. PERES JÚNIOR, JH. *Auditoria de demonstração Contábeis. normas e procedimentos*. 3. ed. São Paulo. Atlas. 2004.
15. PERES JÚNIOR, JH. *Auditoria de demonstração Contábeis. normas e procedimentos*. 3. ed. São Paulo. Atlas. 2004.



16. PINA, V.; TORRES, L. *La contabilidad del sector público*, 2001. Disponível em: <<http://w.ciberconta.unizar.es>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
17. PINA, V.; TORRES, L. *La contabilidad del sector público*, 2001. Disponível em: <<http://w.ciberconta.unizar.es>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
18. PERIN, M. Gazeta Mercantil, Rio de Janeiro, 18/09/2001. Suplemento especial saúde, p. 1
19. Ibidem, p.1.
20. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC 39. Operadoras de planos de assistência à saúde de 27 de outubro de 2000.
21. PINA, V.; TORRES, L. *La contabilidad del sector público*, 2001. Disponível em: <<http://w.ciberconta.unizar.es>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
22. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO-20/2001, Disponível em [www.cfo.gov.br](http://www.cfo.gov.br). Acesso em: 20 jan. 2016.
23. PINA, V.; TORRES, L. *La contabilidad del sector público*, 2001. Disponível em: <<http://w.ciberconta.unizar.es>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
24. Ibidem.
25. PINA, V.; TORRES, L. *La contabilidad del sector público*, 2001. Disponível em: <<http://w.ciberconta.unizar.es>>. Acesso em: 20 jan. 2016.