

# AUDITORIA EM SAÚDE: POSSÍVEL INSTRUMENTO DE ÉTICA E JUSTIÇA NO PRESENTE E FUTURO

*HEALTH AUDIT: POSSIBLE INSTRUMENT OF ETHICS AND JUSTICE IN THE PRESENT AND FUTURE*

*AUDITORÍA EN SALUD: POSIBLE INSTRUMENTO DE ÉTICA Y JUSTICIA EN EL PRESENTE Y FUTURO*

Larissa Caribé da Silva<sup>1</sup>

## Resumo

O Brasil, como grande parte do mundo, tem passado por processos de transformação em todas as esferas da sociedade, inclusive na saúde, que tem mostrado alterações na ocorrência de patologias, com o aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis, de causas majoritariamente genéticas ou epigenéticas. O presente artigo realiza uma revisão sistemática: pesquisa qualitativa com análise documental de artigos e manuais. Tomando-se como referências o princípio constitucional que garante a dignidade do ser humano e a auditoria em saúde, analisa-se os desafios relacionados às mudanças na qualidade da assistência da saúde suplementar e à evolução da medicina genética, assim como os possíveis riscos para os consumidores de planos de saúde. Busca-se ainda analisar em que medida essas questões contribuem para, ou colocam em risco a privacidade, a prevenção de doenças e a promoção da saúde do paciente, com destaque na forma como a auditoria em saúde cumpre seu papel essencial na formulação de modos de ação e melhoria do cuidado.

**Palavras-chave:** Qualidade da assistência à saúde. Auditoria clínica. Privacidade genética.

## Abstract

Brazil, like much of the world, has undergone transformation processes in all spheres of society, including health, which has shown changes in the occurrence of pathologies, with the significant increase in chronic non-communicable diseases, of mostly genetic or epigenetic causes. This article conducts a systematic review: qualitative research with documentary analysis of articles and manuals. Taking as references the constitutional principle that guarantees the dignity of the human being and the health audit, we analyze the challenges related to changes in the quality of supplementary health care and the evolution of genetic medicine, as well as the possible risks for consumers of health insurance plans. It also seeks to analyze the extent to which these issues contribute to, or jeopardize, privacy, disease prevention and patient health promotion, with emphasis on how health auditing plays an essential role in formulating modes of action and improving care.

**Keywords:** Health care quality. Clinical audit. Genetic privacy.

## Resumen

Brasil, como gran parte del mundo, ha venido pasando por procesos de transformación en todas las esferas de la sociedad, incluso en la salud, que ha mostrado alteraciones en la manifestación de patologías, con aumento significativo de enfermedades crónicas no transmisibles, de causas genéticas o epigenéticas en su mayoría. Este artículo realiza una revisión sistemática: investigación cualitativa con análisis documental de artículos y manuales. Tomándose como referencias el artículo constitucional que garantiza la dignidad del ser humano y la auditoria en salud, se analizan los retos relativos a los cambios en la calidad de la atención en salud suplementaria y a la evolución de la medicina genética, así como los riesgos posibles para los afiliados a los seguros de salud. Se indaga también en qué medida esas cuestiones contribuyen para o ponen en peligro la privacidad, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud del paciente, con énfasis en la forma como la auditoría en salud asume su rol esencial en la formulación de modos de actuar y mejora en el cuidado.

---

<sup>1</sup> Enfermeira (UEFS), Especialista em Enfermagem do Trabalho (Uninter), pós-graduanda em MBA em Auditoria em Saúde (Uninter). laricaribe@hotmail.com

**Palabras-clave:** Calidad de la atención a la salud. Auditoría clínica. Privacidad genética.

## 1 Introdução

O foco do presente artigo científico foi estudar a Auditoria em Saúde como um instrumento de ética e justiça no presente e no futuro, a fim de propor soluções para os problemas encontrados na atualidade e, possivelmente, no horizonte que surge.

Os motivos que despertaram o interesse pelo assunto foram: a crescente demanda de qualidade nos convênios de saúde; os direitos dos clientes; a evolução da medicina genética e seu impacto no campo da saúde, e o número limitado de estudos da Enfermagem sobre o tema, ainda relativamente novo para os profissionais da saúde.

Neste cenário, este trabalho teve como objetivo geral colaborar para a compreensão da auditoria como ferramenta de educação ética e justa no momento presente e no porvir. Como objetivos específicos, propôs-se: analisar a evolução dos processos de saúde relacionados à genética e contribuir com prováveis soluções para os problemas encontrados. Com o propósito de atingir tal objetivo, o problema de pesquisa foi: Qual a necessidade de auditoria na prestação de assistência à saúde suplementar agora e no futuro? A partir deste questionamento, foram pensadas hipóteses sobre como os profissionais de saúde devem se portar diante da falta de informações e orientações precisas e claras, considerando-se os aspectos éticos e a qualidade em saúde.

## 2 Metodologia

A revisão de literatura é um procedimento com etapas: seleção do tema, catalogação bibliográfica, formulação do problema, leitura de material, tomada de notas e apontamentos, elaboração de fichas, construção lógica do trabalho e redação final (GIL, 2006).

Após a escolha do tema, foi realizado um levantamento de artigos e manuais relacionados ao tema através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Digital do Supremo Tribunal Federal, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Portal de Periódicos CAPES/MEC e o Google Acadêmico. Os descritores em Ciências da Saúde foram: Auditoria clínica, Qualidade da Assistência à Saúde e Auditoria de Enfermagem.

No primeiro momento, foram coletados 17 artigos, livros e manuais, dos quais nove foram selecionados porque estavam de acordo com o objetivo proposto. Estes foram utilizados para a realização da revisão sistemática.

A pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo documental, materializou-se em fichamentos, método eficaz para a apreensão de dados e ideias. Por fim, seguiu-se à redação final deste trabalho, com a esperança de que seja apenas a fagulha de uma reflexão mais aprofundada e holística sobre o assunto.

### **3 Resultados e discussão**

#### **3.1 Conceitos e aplicações**

Auditoria é uma revisão dos registros, transações e operações de uma entidade com a finalidade de assegurar a fidelidade dos registros e proporcionar credibilidade às demonstrações financeiras e outros relatórios da administração, que permite corrigir erros e ajuda a superar deficiências (TEIXEIRA, 2018). Esses registros, além de servirem como respaldo legal, se houver necessidade, podem ser cruciais nos recursos de glosas.

No mundo atual, uma das formas de atuação do enfermeiro é a Auditoria em Saúde, como uma importante ferramenta de gestão, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde prestados, notadamente porque a população está cada vez mais ciente e exigente de seus direitos e necessidades, demandando mais qualidade nos serviços de saúde, seja para a prevenção de doenças ou para a recuperação da saúde (PAIM, CICONELLI, 2007).

Para administrar este mercado crescente de saúde, é necessário, portanto, o monitoramento e avaliação de decisões a fim de controlar as despesas e reduzir falhas, sendo este o papel da Auditoria em Saúde. Ou seja, em breves palavras, a Auditoria em Saúde é a avaliação sistemática da qualidade da assistência ao cliente (PAIM; CICONELLI, 2007).

#### **3.2 Auditoria em Saúde no Brasil**

Para efeitos de contextualização do tema, será apresentado um breve histórico da Auditoria em Saúde no Brasil, que já demandou um sistema de controle e avaliação da assistência de saúde no início da década de 1970, tanto por parte do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), quanto por parte do Sistema Suplementar de Assistência Médica.

Até o ano de 1976, a Auditoria em Saúde realizada pelos supervisores do INPS não era feita diretamente em hospitais, fazia-se por meio de apurações em prontuários de pacientes e em contas hospitalares. Com a mudança do INPS para INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, em 1977, criou-se a Coordenação de Controle e Avaliação nas capitais dos estados federados, bem como o Serviço de Medicina Social nos municípios, com o objetivo de administrar a arrecadação de recursos e organizar a Seguridade Social<sup>2</sup>.

Apenas em 1983, houve o reconhecimento do médico auditor, e as auditorias começaram a ser realizadas em hospitais (BRASIL. SNA – MS, 2018).

Logo, criaram-se leis para regulamentar essa prática, processo que culminou com o advento da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988 (CF/88), na previsão — inédita em *status* constitucional—, no Título VIII “Da Ordem Social”, Capítulo II “Da Seguridade Social” e na Seção II “Da Saúde”, que dispôs:

Art. 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.

Ora, é cediço que uma nova ordem constitucional rompe com o sistema político-jurídico anterior e inaugura um novo, mas podemos, ainda assim, destacar com veemência, dado o caráter descritivo da Constituição Federal de 1988 e em contraponto à Constituição anterior de 1967 e sua Emenda Constitucional nº 1 de 17 de outubro de 1969<sup>3</sup>, que esta alçou o tema da saúde, esmiuçado em cinco artigos e seus incisos e parágrafos. Inaugura a sua natureza de direito social e dever do Estado, com garantia de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e outros agravos, assim como de acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CF/88). Descentraliza as competências (União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios), amplia a participação da comunidade e ainda direciona atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Mas, no art. 199<sup>4</sup> é que se verifica outro marco de semelhante magnitude: a expressa liberação à iniciativa privada para atuar na assistência à saúde, ainda que de forma

<sup>2</sup> Conjunto de ações e instrumentos por meio do qual se pretende alcançar uma sociedade livre, justa e solidária, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e promover o bem de todos (BRASIL. CF, 1988).

<sup>3</sup> A Constituição Federal de 1967 apenas previa, quanto à saúde, o estabelecimento de planos nacionais de competência da União, bem como competência legislativa para normas gerais de defesa e proteção da saúde. (art. 8º, incisos XIV e XVII, “c”).

<sup>4</sup> Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

complementar ao Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Os direitos fundamentais, entre eles os direitos sociais, incluindo-se aí o direito à saúde, dispostos na Constituição Federal de 1988, devem ser garantidos e para tal, é necessário que as políticas públicas no campo da saúde sejam cumpridas através do Sistema Único de Saúde, mesmo que de forma suplementar, e do Ministério Público.

A partir deste contexto, dois anos após a promulgação da CF/88, foi sancionada a Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11, que determinou a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, ao prever, especialmente em seu artigo 40<sup>5</sup>, a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Estabeleceu as instâncias de gestão do SUS para acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, reservando à União a competência privativa para estabelecer o SNA e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal.

Em seguida, através da Lei Federal nº 8.689/93, que extinguiu o INAMPS, foi instituído no âmbito do Ministério da Saúde, o tão aventado Sistema Nacional de Auditoria<sup>6</sup>, que finalmente, foi regulamentado pelo Decreto nº 1.651/95.

O Sistema Nacional de Auditoria tem, portanto, como atribuição básica a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, auditando as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (União, estados e municípios) e suas ações e serviços de saúde. Tem como referência seus princípios e diretrizes, sem prejuízo da fiscalização

---

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

<sup>5</sup> O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

<sup>6</sup> Art. 6º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

exercida pelos órgãos de controle interno e externo e, para tanto, o Ministério da Saúde (MS) elaborou um Manual de Normas de Auditoria em 1996<sup>7</sup>.

Em 1999, o Sistema Nacional de Auditoria foi reestruturado. As ações pertinentes ao controle e avaliação tornaram-se de competência da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e as atividades referentes à auditoria, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), tudo no âmbito federal.

Mas, diante de uma competição selvagem no mercado da saúde, e em face do autorizado pelo aventado art. 199 da CF/88, exigiu-se do Estado a instituição de um órgão regulador, conforme previsão do art. 21, XI, da CF/88, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 8/95 e do art. 177, §2º, III, da CF/88, com redação dada também pela Emenda Constitucional nº 09/95.

Assim, nasceu no ano de 2000, através da Lei Federal nº 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cujo objetivo é o acompanhamento de todo o mercado, regulamentação e realização de intervenções, sempre que houver problema de ordem econômica e financeira ou de operacionalização.

Em seguida, a Lei Federal nº 10.683/03 estabeleceu, na alínea “b”, inciso XX, do seu art. 27, a coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde, como área de competência do Ministério da Saúde.

Em 2006, o Decreto Federal nº 5.841/06 estabeleceu que o DENASUS passaria a fazer parte da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, dada a importância de suas ações.

Outro decreto federal (nº 5.974/06) alterou mais uma vez a estrutura do Ministério da Saúde e reuniu, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, estruturas com atuações complementares para atuarem em conjunto e definiu:

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o SUS, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia de acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Em seguida, o Decreto Federal nº 6.860/09 aprovou a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, integrou o Centro de Referência Professor Hélio Fraga à estrutura da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, alterou e acresceu artigos do Decreto nº 4.725, de 9 de junho de 2003. E,

---

<sup>7</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_normas\\_auditoria.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf)

finalmente, o atual decreto federal (nº 8.932/16) entrou em vigor com mais algumas modificações.

### 3.3 Auditoria no âmbito da saúde suplementar

A Auditoria Interna compreende os exames, análises, avaliações, levantamentos e comprovações, metodologicamente estruturados para a avaliação da integridade, adequação, eficácia, eficiência e economicidade dos processos, dos sistemas de informações e de controles internos integrados ao ambiente, e de gerenciamento de riscos, com vistas a assistir à administração da entidade no cumprimento de seus objetivos (BRASIL, CFC, 2008, p. 398).<sup>8</sup>

Portanto, depreende-se que a Auditoria em Saúde pode ser desenvolvida em diversos setores da saúde e por diferentes profissionais. Destacam-se a auditoria médica e a auditoria em enfermagem, as quais dispõem de áreas específicas de atuação, sendo que a característica do serviço é que destinará o papel do auditor (PAIM; CICONELLI, 2007). O enfermeiro é um profissional que tem conhecimentos e responsabilidades de auditor, embora a especialização seja necessária e agregadora. O enfermeiro naturalmente desenvolve atividades que têm como necessidade a descrição, a conduta ética, o trabalho em equipe, o acompanhamento desde a admissão do paciente até a alta (da assistência à gerência).

A auditoria nas operadoras de planos de assistência à saúde atende à regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a fim de identificar erros, avaliar a eficiência dos procedimentos e observar e corrigir desvios e fraudes.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, como dito anteriormente, é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. A regulação é um conjunto de medidas e ações do Governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas, para assegurar o interesse público nos termos da CF/88.

A ANS, portanto, deve ser vista como indutora de eficiência e qualidade na produção de saúde, notadamente porque tal agência tem por valores institucionais a transparência e ética dos atos, o conhecimento como fundamento da regulação, o estímulo à inovação para busca de soluções e sustentabilidade setorial e o foco no compromisso social.

A ANS ainda tem como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais —inclusive quanto às suas relações com

---

<sup>8</sup> Na auditoria externa, o auditor é independente da empresa e é contratado especificamente para este fim.

prestadores e consumidores— e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Esse desenvolvimento de programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças objetiva a mudança do modelo assistencial no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.

Nesse ínterim, é de fácil verificação que, com o desenvolvimento das tecnologias, a vida moderna tem estado mais exposta a fatores inimagináveis no passado, como, por exemplo, o mapeamento genético e possível compartilhamento de informações; ou os supostos efeitos da radiação eletromagnética (energia propagada, extremamente necessária hodiernamente para o tráfego de dados e acesso a informações). Esses efeitos podem ser imprevisíveis e danosos; outro exemplo seria o risco de ativação de genes que poderiam causar uma reviravolta na saúde da sociedade; o seu efeito, talvez atingisse, no início, apenas os mais sensíveis, mas poderia tornar-se crescente à medida que a sociedade evoluísse, pois não há como negar que junto com o progresso podem vir o declínio da saúde e novas mutações desagradáveis (DOENÇAS DO SÉCULO 21, 2018).

É nesse contexto que este trabalho pretende trazer à tona questão bastante sensível que é a auditoria como um instrumento de ética e justiça.

Segundo Cortella (2009, p. 102), a ética é:

... o que marca a fronteira da nossa convivência. [...] é aquela perspectiva para olharmos os nossos princípios e os nossos valores para existirmos juntos [...] é o conjunto de seus princípios e valores que orientam a minha conduta.

A humanidade, como já pincelamos, progride em ritmo bastante acelerado em comparação com os passos dados pela ética.

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia, voltado para a execução de tarefas e aplicação prática das descobertas, está muitas vezes desprovido de consciência e questionamentos éticos, o que enseja a subordinação da capacidade humana de interrogar eticamente os fins desses (des)caminhos. Essa é uma tarefa, portanto, da Bioética, ciência da sobrevivência humana, que tem como objetivos primordiais promover e defender a dignidade humana e a qualidade de vida (VILLAS-BÔAS, 2005), além de superar a dicotomia entre os fatos explicáveis pela ciência e os valores estudados pela ética. Também pode designar os problemas éticos oriundos dos avanços nas ciências biológicas e médicas, problemas esses que atingiram seu ápice no instante em que se começou a publicitar — amplamente e em proporção direta com o desenvolvimento dos meios de biotecnologia e comunicação —, o

poder do ser humano para interferir de forma eficaz nos processos de nascimento e morte, que ainda apresentavam momentos não dominados (BARBOZA, 2000).

Assim, não há dúvidas de que um bom desempenho profissional depende de uma formação humana com competência teórica e técnica e de uma boa disposição pessoal que promova o desenvolvimento da capacidade de respeitar e ajudar a construir o homem, a dignidade humana, a cidadania e o bem-estar daqueles com os quais nos relacionamos profissionalmente e que dependem de nossa ação; ou seja, significa compromisso ético (CONTRERAS, 2002).

Quando se analisa a vida, priorizando a qualidade dessa vida e a saúde, diante dos programas de promoção da saúde e prevenção, controle e redução de danos e agravos através do modelo assistencial, alguns termos pejorativos, às vezes, são sugeridos pelo pensamento (eugenia é um deles, inclusive por ser útil na seleção de embriões, o que implica descarte de outros) até chegar a uma possibilidade de formalização do preconceito genético, que surge com o conhecimento do genoma humano, tão passível de mutações ou exterminações e até de práticas repugnantes baseadas no darwinismo social<sup>9</sup>. Podemos então chegar à questão: poderia, portanto, um determinismo genético afetar a aquisição de um plano de saúde?

Considerando que a medicina genética ainda<sup>10</sup> não é uma realidade para a maioria das pessoas, tais situações passam, então, a demandar uma postura ética renovada no que concerne aos limites entre direitos e deveres na abordagem do ser humano, em especial do ser humano doente e vulnerável no que respeita aos planos de saúde.

O espaço proporcionado pela Bioética<sup>11</sup>, deste modo, tem se mostrado essencial para a atuação dos profissionais de saúde e cientistas, que são postos, com frequência, diante de conflitos para os quais, muitas vezes, não dispõem de um referencial seguro para suas ações; isso porque a Bioética se preocupa em refletir sobre o agir correto em situações de crise relacionadas com a vida e a saúde.

Assim, os princípios da Bioética, as normas deontológicas emitidas pelos órgãos de classe e aquelas pactuadas nas Declarações Internacionais<sup>12</sup>, em razão de seu caráter genérico e plural, aparecem como uma opção suficiente e adequada apenas em alguns casos para

---

<sup>9</sup> “(...) eliminação das futuras gerações de ‘geneticamente incapazes’ – enfermos, racialmente indesejados e economicamente empobrecidos –, por meio de proibição marital, esterilização compulsória, eutanásia passiva e, em última análise, extermínio” (GUERRA, 2006).

<sup>10</sup> O ministro do STF Alexandre de Moraes sugeriu a criação de um banco de dados genéticos da população brasileira (o identificador único universal (DNA) seria obrigatoriamente coletado durante o recadastramento eleitoral), (MARCHETTI, 2018).

<sup>11</sup> Ética, humildade, responsabilidade, competência interdisciplinar, competência intercultural e senso de humanidade (POTTER, 1998).

<sup>12</sup> Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos – Declaração da Unesco.

orientação das condutas que digam respeito à vida e à saúde e ao uso da moderna biotecnologia.

Nessa mesma linha de pensamento, ainda, encontra-se a polêmica no que concerne à necessidade de regramento jurídico das condutas valoradas negativamente pela sociedade, abrangidas no panorama biomédico, com vistas à imposição de limites mais precisos a práticas julgadas ofensivas a bens e valores relativos à existência humana. Por exemplo, a coleta de dados pessoais (vinculação ao CPF) por farmácias e a associação dessas informações ao consumo de insumos farmacêuticos (banco de dados), assim como o desvio de informações sigilosas, ou até a imposição de questionários (como requisito pré-contratual) a pessoas que têm interesse em firmar o contrato de saúde pré-paga, de modo que, a depender dos dados coletados, a empresa nega ou confirma interesse na prestação do serviço.

Catão (2004) se posiciona no sentido da necessidade de se adequar a positivação dos princípios em normas que demarquem com firmeza o âmbito das condutas admitidas e proibidas, uma vez que acredita que a contribuição das ciências biológicas é necessária para nortear os legisladores na feitura das normas, e os magistrados, na sua aplicação. E quanto à Bioética, parte da ética que se volta para as questões da vida e da saúde humanas, esta não pode tratar de estabelecer o que é lícito ou não à evolução da tecnologia, mas sim, à luz de novos conhecimentos, trazer novas perspectivas para o futuro da espécie humana, reavaliando-se os valores tradicionais atribuídos à vida, à morte, à saúde e à liberdade.

Segundo a ANS (2018), em 2007 já foi criado um sistema para nortear o intercâmbio de dados entre os planos e os prestadores de serviço, melhorar a qualidade da gestão e coletar informações epidemiológicas, necessárias para o planejamento de políticas de saúde. Algumas operadoras já fazem essa exigência ao médico (CRM-PR, 2007), apesar das resoluções do CFM nº1.821/07 e nº1.819/07.

Por isso, entidades como CFM (Conselho Federal de Medicina) e IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) já temem que, com esses dados, as operadoras criem listas com pacientes que gerem mais gastos (como os crônicos), vetando procedimentos e impondo sanções a médicos (como o descredenciamento), por exemplo (CRM-PR, 2007).

Ora, é claro que estudos epidemiológicos do sistema de saúde são válidos como instrumentos, inclusive, de aperfeiçoamento da ciência, mas, é imprescindível que se proteja o paciente do uso indevido de seus dados médicos, sob pena de invasão ao direito à privacidade.

Ou seja, mais do que evidenciado está que diante da importância da biotecnologia, as diversas consequências potencialmente perigosas necessitam de limites éticos e jurídicos

(como a lei de proteção de dados pessoais - Lei nº 13.709/18), com o fito de evitar a afronta aos valores humanos de nossa sociedade.

Veja-se, com a compreensão do genoma humano, o tratamento de doenças genéticas está deveras facilitado, sendo que o efeito mais imediato do Projeto Genoma Humano é a disponibilidade de testes genéticos, sendo que:

... esses testes podem confirmar diagnóstico, identificar portadores (sadios) de um gene patogênico e fornecer informações pré-sintomáticas, incluindo riscos de doenças futuras e morte precoce. Além disso, podem também revelar informações não somente sobre o indivíduo, mas, sobre seus familiares (BUENO, 2009, p. 6).

A utilização, pois, dos dados genéticos dos seres humanos com fins ilícitos e discriminatórios pode ferir frontalmente o direito à privacidade e tantos outros direitos fundamentais (como o direito ao trabalho e de contratação de um plano pré-pago de saúde, por exemplo, mediante transferência de dados com fins mercadológicos).

Também analisando tais questões relacionadas à engenharia genética, contudo, mais detidamente, a relacionada ao direito à privacidade e aos dados genéticos, Costa, Oselka e Garrafa (1998, p. 300) informam que:

... principalmente nos EUA, as consequências resultantes são da maior seriedade social, pois empregadores e empresas seguradoras (...) e também escolas e mesmo Cortes de Justiça, buscam respostas de alta eficácia, com custos mais baixos e menores riscos. Para tanto, utilizam-se cada vez mais da técnica dos testes (preditivos).

Salientam ainda os autores que tais testes:

... passam a ir além dos procedimentos médicos, criando verdadeiras categorias sociais, empurrando o indivíduo para quadros estatísticos. Os problemas sociais são reduzidos às suas dimensões biológicas. (...) o indivíduo-cidadão passa a ser desconsiderado e criam-se 'categorias de indivíduos', os pacientes/coletivos da nova medicina. Mesmo na ausência de sintomas, o risco genético é endeuado como a própria doença.

Portanto, analisando com zelo o conceito de direito à privacidade, o âmbito das técnicas de engenharia genética que têm finalidades diagnósticas e as diversas consequências do conhecimento das informações genéticas humanas, constata-se claramente que os dados genéticos, como informações diretamente relacionadas ao ser humano, são integrantes da esfera íntima do homem, devendo ser protegidos, principalmente em face das disposições internacionais (através de convenções internacionais, declarações universais etc.) e sobremaneira em face das disposições constitucionais brasileiras já analisadas.

Catão sustenta com bastante equilíbrio que:

A Bioética poderá analisar as condições racionais para a existência de argumentos, fundadores de princípios, que serão materializados por meio da ordem jurídica e que visem à proteção do ser humano, visto que os problemas bioéticos referem-se às condições de conservação e melhoria da própria condição humana, que se exteriorizam no estado de saúde de cada pessoa (CATÃO, 2004, p. 49).

Neste sentido, o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº. 1.931/09), no seu artigo nº. 102, preceitua:

É vedado ao médico:

Artigo 73 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Por sua vez, o artigo 85 do mesmo Código dispõe:

É vedado ao médico:

Artigo nº. 108 – Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Deste modo, fica claro que o prontuário é do paciente e sua privacidade não deve ser violada, conforme previsto nos incisos V e X do art. 5º da Constituição Federal de 1988; assim, a obrigação de confidencialidade não é só do médico, mas, de todo profissional que tem acesso ao prontuário, correndo o risco de ter que responder legal e disciplinarmente pela divulgação não autorizada de informações.

Impende, ainda, registrar que o núcleo do direito à privacidade é:

... a faculdade concedida ao indivíduo, a todos oponível, de subtrair à intromissão alheia e ao conhecimento de terceiros certos aspectos da sua vida que não deseja participar a estranhos, ou seja, de decidir o que vai desnudar aos outros, de que forma e em que circunstâncias (FARIAS, 1996, p. 111)

Alguns planos de saúde, no entanto, têm exigido de profissionais de saúde a exposição de prontuários como condição para o pagamento dos serviços prestados por meio do contrato assinado, sob pena de glosa das contas, impondo aos hospitais e clínicas estes custos (CARVALHO, 2008).

E mesmo que haja uma cláusula no contrato firmado entre o hospital e a operadora do plano de saúde para fornecer essas informações, entende-se que, pelo abuso desta cláusula —que merece ser descartada—, e pelo dever do profissional de saúde de manter a confidencialidade, se deve salvaguardar esta informação. Além dos motivos já mencionados,

essa informação pertence a terceiros, não relacionados com o vínculo hospitalar do plano de saúde; por essa razão, a preservação dos seus dados não pode ter efeitos contra eles, que não participam nesta relação contratual (CARVALHO, 2008).

Por esse ângulo, temos também os riscos que o prontuário eletrônico único *online* dos sistemas de informação oferece, além dos celulares com câmeras e redes sociais que possibilitam a discussão de casos e a possibilidade de vazamento desse conteúdo, mesmo com criptografia avançada.

As informações dos bancos de dados<sup>13</sup> de prontuários podem ser captadas ilegalmente (seja por fraude via engenharia social ou por *crack* eletrônico ou de nuvem)<sup>14</sup> por operadoras de saúde e usadas para não aceitar possíveis clientes com problemas de saúde, que geram mais despesas que rendimentos, ou até mesmo, servir de alerta para o desligamento de clientes com problemas de saúde, que provavelmente gerarão custos e não lucro.

Se as tecnologias atuais já permitem a violação da privacidade do paciente e do sigilo de sua condição de saúde, pressupõe-se que o acesso a características genéticas através do exame do genoma humano poderia colocar em xeque a liberdade de uma pessoa decidir ter um plano de saúde, uma vez que o mapeamento genético permitiria o diagnóstico precoce de doenças por meio da identificação de alterações no DNA. Por outro lado, permitiria o tratamento preventivo ou mudança de hábitos e costumes a fim de que a predisposição genética não se manifestasse fenotipicamente, haja vista que o ambiente tem um grande papel na suscetibilidade de cada indivíduo.

Uma amostra disto foi a cirurgia de retirada de mamas da atriz Angelina Jolie, a qual fez um mapa genético com um geneticista e nele constaram os genes do câncer de mama<sup>15</sup>. Ao invés de esperar para ver se algum dia a doença iria surgir, ela preferiu retirar os órgãos que poderiam ser afetados pela doença. Neste caso, como uma operadora de saúde lidaria com essa informação? O paciente seria obrigado a fazer uma cirurgia preventiva ou o contrato não seria assinado? O paciente portador de tais alterações genômicas seria imediatamente excluído da lista de possíveis clientes? Como a auditoria monitoraria isso? Como fazer uma fiscalização efetiva?

Um dos sequenciadores de DNA mais novos, o NGS (*Next Generation Sequency*), por exemplo, é capaz de mapear mais de 300 genes de vez, localizar modificações genéticas para mais de 800 doenças em até 27 horas (VARUZZA, 2013), ou seja, em um prazo inferior

---

<sup>13</sup> Informação é poder. Dados pessoais têm valor para geração de lucro (publicidade etc.). Como são tratados e armazenados? Onde circulam? As informações coletadas são apenas para dar vantagens ao consumidor? (MARCHETTI, 2018b)

<sup>14</sup> *Data brokers*: empresas que negociam bases de dados.

<sup>15</sup> <http://www.hospitaldasclinicas.com.br/com-receio-de-cancer-angelina-jolie-faz-cirurgia-para-retirar-os-seios/>

ao de agendamento de perícia de convênio de saúde. Qual o impacto social disso? Os planos de saúde teriam o interesse de fazer medicina personalizada? Seria uma tremenda revolução (genética/genômica) porque os tratamentos seriam adaptados ao perfil genético de cada paciente e finalmente, a medicina seria muito mais preventiva (mais barata a longo prazo) que curativa (mais cara), o que é de utilidade para a auditoria. De mais a mais, há expectativas de que a engenharia genética possa começar a consertar o que houver de errado no DNA e ainda operar melhorias através de edição e transplante genéticos.

Caso a maioria dos clientes optasse por fazer um mapa genético, provavelmente, os custos seriam diluídos e a satisfação de funcionários e clientes seria maior, além da eficácia e a qualidade do serviço também aumentarem.

Com a orientação da auditoria, os lucros poderiam expandir e os reajustes anuais não precisariam ser próximos do limite, considerando que os profissionais poderiam ser educados continuamente, reduzindo ou eliminando desperdícios de recursos físicos e materiais. Também se corrigiriam erros e fraudes, o que se traduziria em uma relação custo-benefício compensatória para prestador e cliente porque a auditoria seria um agente de equilíbrio do sistema de saúde. Defenderia o consumidor e garantiria que o contrato assumido seja cumprido por ambas as partes envolvidas já que uma relação harmoniosa entre convênio, ciência e cliente é desejável, principalmente para os auditores. Isto também pode beneficiar funcionários que, mostrando resultados de economia em serviço e aumento da qualidade do serviço, podem receber incentivos financeiros que aumentarão a sua satisfação com o trabalho.

Então, as possibilidades de resolver o problema seriam, além da criação de códigos com barreiras que dificultem a relação entre dados clínicos e indivíduos, a eficiente criminalização dos eventuais infratores, além da esperada postura ética dos profissionais envolvidos, especialmente em suas anotações (CUTAIT, 2018). Os dados só poderiam ser utilizados após autorização do paciente, podendo as operadoras de saúde fazerem campanhas/propagandas sobre a relevância do conhecimento genético próprio para evitar ou curar precocemente um grande número de enfermidades, deixando claro que as doenças infectocontagiosas não fariam parte desta lista, a menos que a pessoa portasse uma vantagem imunológica genética sobre determinadas doenças<sup>16</sup>.

Nesse diapasão, a demanda atual é de auditoria da qualidade da assistência com redução de custos, adicionando valores financeiros aos valores qualitativos (RIOLINO,

---

<sup>16</sup> Genética humana na susceptibilidade à Hanseníase (Souza e Pereira, 2007).

KLIUKAS, 2003). Portanto, indicadores em saúde têm sua devida importância nos processos de acreditação, seguindo padrões nacionais e internacionais, como por exemplo, a ONA (Organização Nacional de Acreditação) e a ISO (Organização Internacional para Padronizações) e conforme leis internacionais, como a SOX (Lei Sarbanes-Oxley) que visam a qualidade a partir de controles internos eficientes, assim como o lucro, uma vez que baixa qualificação leva a implicações e à exigência de recursos terapêuticos adicionais, que aumentam bastante o custo (PORTER; TEISBERG, 2007). Parece senso comum, mas, sem qualidade não há clientes e, sem clientes não há funcionários, logo, a qualidade é que traz sentido a tudo e é esse o objetivo da auditoria. Pinto e Melo (2010, p. 672) afirmam que “a auditoria pode ser entendida como um processo educativo e fornece subsídios para a implantação e gerenciamento de uma assistência de qualidade”.

Segundo Camelo *et al.* (2009, p. 1022):

A Auditoria vem tomando novas dimensões mostrando sua importância dentro das instituições hospitalares (...), proporcionando através de seus resultados, benefícios que atingem a equipe de Enfermagem que, revendo as atividades desempenhadas e os resultados que se deseja alcançar, obtém subsídios que estimulam a reflexão profissional, possibilitando uma Enfermagem científica.

A auditoria, portanto, elimina custos, por exemplo, com longos processos judiciais indenizatórios por queixas de consumidores ou cálculos atuariais injustos e, no caso específico deste trabalho, eliminaria a segregação de pessoas com base em informações pessoais sigilosas.

Pelo exposto, uma alternativa para elucidar e esclarecer as demandas éticas seria recomendar maneiras de reflexão e ação para possibilidades reais de quebra de sigilo sobre informações do paciente e/ou fraude, em uma demonstração de que há um mínimo de dignidade que não se pode negociar e promover a aplicação da justiça de forma mais humanizada. Inclusive porque o anonimato tem se tornado cada vez mais complicado, pois o campo da reidentificação de dados tem se desenvolvido, mesmo sem identificadores diretos, através do cruzamento de bases de dados (MARCHETTI, 2018a).

#### **4 Considerações finais**

Este trabalho não pode deixar de registrar que a Auditoria em Saúde tem relevantes êxitos para ostentar sobre a qualidade da assistência e a observância dos princípios éticos nos serviços e sistemas de saúde, possibilitando melhor bem-estar a pacientes e profissionais de

saúde. É por este motivo que se procurou, neste estudo, traçar limites e estabelecer distinções, convocando-se a Auditoria em Saúde para absorver as transformações operadas na saúde e consolidar os marcos éticos que norteiem as condutas em face das necessidades de saúde do indivíduo. Isso com o objetivo de melhorar progressivamente os cuidados de saúde, de acordo com as propostas de universalidade, igualdade e equidade e a fim de que, especialmente, os dados dos pacientes não sejam utilizados para fins ilícitos e abusivos que atinjam diretamente os direitos da personalidade (ou os direitos fundamentais ou os direitos humanos)<sup>17</sup>.

Não havendo como negar que a nossa sociedade é eminentemente capitalista e, conseqüentemente, de consumo, não é de se surpreender que todas as inovações propiciadas pelo desenvolvimento da ciência biomédica se tornem —como de fato estão se tornando— produtos em nossa sociedade de consumo. Por via de consequência, o objetivo que deveria ser o primordial no desenvolvimento da ciência —proporcionar melhor qualidade de vida ao ser humano— pode ficar relegado a um segundo plano, assumindo o lucro a posição central. Ou seja, quando os interesses econômicos estão em jogo, em regra eles comandam as questões relacionadas à informação genética, abandonando-se a relevância dos interesses do indivíduo e, conseqüentemente, os seus direitos humanos assegurados há décadas.

Há de se admitir, ainda, que essa velocidade de mutabilidade dos fatos, influenciada pela ciência, dificulta um tratamento normativo suficientemente amplo e, ao mesmo tempo, seguro, para compreender toda a complexidade que existe em torno de assuntos de saúde e doença, inclusive sobre a possibilidade de desenvolvimento de doenças graves acessada pelo estudo do genoma humano.

Por isso, ainda é mais acentuada a atual e real necessidade de observar com zelo ainda maior o que está posto na Constituição Federal de 1988, porquanto nela há consagração do direito à saúde nos artigos 196 a 200 já mencionados, direito fundamental e substrato da dignidade da pessoa humana, que, para o ministro do Supremo Tribunal Federal, Roberto Barroso:

... representa a superação da intolerância, da discriminação, da exclusão social, da violência, da incapacidade de aceitar o outro, o diferente, na plenitude de sua liberdade de ser, pensar e criar (BARROSO, 2001, p. 26).

Daí a importância de se discutir tal tema, a ética em auditoria em planos de saúde, e de demonstrar, se possível, as incomensuráveis possibilidades de uso inadequado destas

---

<sup>17</sup> Direitos que têm o objetivo de proteger e promover a dignidade da pessoa humana, como a liberdade e a igualdade, por exemplo (NOVELINO, 2015).

informações, que diretamente afrontam os direitos da personalidade, em especial o direito à privacidade.

A proteção desse direito em face dos dados genéticos é imprescindível, sendo que as consequências advindas desses progressos nas áreas biomédicas clamam urgentemente pela criação e observação de normas e instrumentos de resguardo desse direito, sob pena de se dar guarida a interesses discriminatórios, eugênicos, comerciais etc.

Este estudo não finaliza aqui, pois apenas abre o leque de possibilidades para novos trabalhos teóricos e práticos, sobre auditoria, genética e as novas transformações que estão surgindo no campo da saúde.

## Referências

BARBOZA, H.H. Princípios da bioética e do biodireito. **Bioética**, v. 8, n. 2, p. 209-216, 2000.

BARROSO, L.R. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo direito constitucional brasileiro. **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, v. 4, n. 15, 2001. Disponível em: [https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista15/revista15\\_11.pdf](https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista15/revista15_11.pdf). Acesso em: 01 fev. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Histórico**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 01 fev. 2018.

**BRASIL**. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 14 set. 2016.

**BRASIL**. **Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Câmara dos deputados, 1995.

**BRASIL**. **Decreto nº 4.725, 09 de junho de 2003**. Brasília: Presidência da República Casa Civil, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4725.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4725.htm). Acesso em: 05 fev. 2018.

**BRASIL**. **Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006**. Revogado pelo Decreto nº 5.974, de 2006. Brasília: Presidência da República Casa Civil, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5841.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5841.htm). Acesso em: 05 fev. 2018.

**BRASIL**. **Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006**. Revogado pelo Decreto nº 6.860, de 2009. Brasília: Presidência da República Casa Civil, 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm). Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009.** Revogado pelo Decreto nº 8.932, de 2016. Brasília: Presidência da República Casa Civil, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6860.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6860.htm). Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República Casa Civil, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 8.932, de 14 de dezembro de 2016.** Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília: DF, 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Brasília: Presidência da República Casa Civil, 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República Casa Civil, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.689/93, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília: DF, 1993.

BRASIL. **Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, e dá outras providências. Brasília: Câmara dos deputados, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.683.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.683.htm). Acesso em: 26 fev. 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília: Câmara dos deputados, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de normas de auditoria.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_normas\\_auditoria.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Princípios fundamentais e normas brasileiras de contabilidade:** auditoria e perícia. Conselho Federal de Contabilidade. 3. ed. Brasília: CFC, 2008.

BRASIL. **Resolução nº 1.819, de 2007.** Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências. Brasília: CFM, 2007.

BRASIL. **Resolução nº 1.821, de 2007.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília: CFM, 2007.

BRASIL. **Resolução nº 1.931, de 2009.** Brasília: CFM, 2009. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm). Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. **Sistema Nacional de Auditoria.** DENASUS, MS, Brasília: 2018. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>. Acesso em: 23 nov. 2018.

BUENO, Maria Rita Passos. O Projeto Genoma Humano. **Bioética**, São Paulo: v. 5, n. 2, 2009.

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

CARVALHO, I. C. M. **Prontuário médico e informações sigilosas: impossibilidade de divulgação.** Migalhas, 2008. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI52062,11049-Prontuario+medico+e+informacoes+sigilosas+impossibilidade+de>. Acesso em: 16 jan. 2019.

CATÃO, Marconi do Ó. **Biodireito: transplantes de órgãos humanos e direitos de personalidade.** São Paulo: Madras, 2004.

CONTRERAS, J. **A autonomia de professores.** São Paulo: Cortez, 2002.

CORTELLA, M. S. **Qual é a tua obra?** Inquietações, propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petrópolis: Vozes, 2009.

COSTA, S. I. F., OSELKA, G., GARRAFA, V. **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

CRM-PR (Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná). **Planos têm acesso a dado sigiloso de paciente.** 2007. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Planos-tem-acesso-a-dado-sigiloso-de-paciente-11-1608.shtml>. Acesso em: 20 dez. 2018.

CUTAIT, R. **Privacidade na Saúde. Letra de médico.** 2018. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/letra-de-medico/privacidade-na-saude/>. Acesso em: 16 jan. 2019.

Doenças do século 21. Netflix, 1 temporada, 7 episódios, 2018.

FARIAS, E.P. **Colisão de direitos.** A honra, a intimidade, a vida privada e a imagem versus a liberdade de expressão e informação. Porto Alegre: Fabris, 1996.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

GUERRA, A.T.M. Do holocausto nazista à nova eugenia no século XXI. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 58, n. 1, 2006.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS. **Com receio de câncer, Angelina Jolie faz cirurgia para retirar os seios**. Disponível em: <http://www.hospitaldasclinicas.com.br/com-receio-de-cancer-angelina-jolie-faz-cirurgia-para-retirar-os-seios/>. Acesso em: 03 jan. 2019.

MARCHETTI, B. **A criação de um banco de DNA no Brasil é uma ideia tão ruim quanto parece**. **Motherboard**. 2018a. Disponível em: [https://www.vice.com/pt\\_br/article/8xbb53/a-criacao-de-um-banco-de-dna-no-brasil-e-uma-ideia-tao-ruim-quanto-parece](https://www.vice.com/pt_br/article/8xbb53/a-criacao-de-um-banco-de-dna-no-brasil-e-uma-ideia-tao-ruim-quanto-parece). Acesso em: 05 jan. 2019.

MARCHETTI, B. **A distopia do 'me fala o CPF' nas farmácias do Brasil**. 2018b. Disponível em: [https://www.vice.com/pt\\_br/article/9kzbx5/por-que-farmacias-insistem-para-ter-seu-cpf](https://www.vice.com/pt_br/article/9kzbx5/por-que-farmacias-insistem-para-ter-seu-cpf). Acesso em: 05 jan. 2019.

NOVELINO, M. **Curso de Direito Constitucional**. 10. ed. Salvador: Ed. JusPodvim, 2015.

PAIM, P.R.C.; CICONELLI, M.R. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **RAS**, v. 9, n. 36, 2007.

PINTO, K.A.; MELO, C.M.M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, 2010.

PORTER, M.E., TEISBERG, E. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

POTTER, V.R. **Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy**. East Lansing: Michigan State University Press; 1988.

RIOLINO, A.N., KLIUKAS, G.B.V. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário - uma ação inovadora. **Revista Nursing**, v. 6, n. 65, p. 35-38, 2003.

SOUZA, V.N.B., PEREIRA, A.C. Genética humana na susceptibilidade à hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, v. 32, n. 1, p. 81-93. 2007.

TEIXEIRA, Paulo Henrique. **Auditoria Contábil: manual prático**. Portal Tributário. 2018. Disponível em: <http://www.portaldecontabilidade.com.br/guia/auditoria.htm>. Acesso em: 24 dez. 2018.

VARUZZA, L. **Introdução à análise de dados de sequenciadores de nova geração: versão 2.0.1**. 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/2093721-Introducao-a-analise-de-dados-de-sequenciadores-de-nova-geracao-versao-2-0-1-leonardo-varuzza.html>. Acesso em: 02 jan. 2019.

VILLAS-BÔAS, M.E. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.