

ESCOLA DE GUERRA NAVA

8-C-73

01

Curso C-PEM/96

Partido -

Solução do P-III-7 (Mo)

Apresentada por

HERBERT TEIXEIRA CAVALCANTI

CAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA (Md)

NOME E POSTO



RIO DE JANEIRO

19.96.....

AUDITORIA MÉDICO-HOSPITALAR

HERBERT TEIXEIRA CAVALCANTI

Capitão-Mar-e-Guerra (MD)

MINISTÉRIO DA MARINHA

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

1996

X: 73039
E: 98036

MM - EGN
BIBLIOTECA
29/03/1998
N: 4.542

GN-00011754-1



Cavalcanti, Herbert Teixeira.

Auditoria Médico-Hospitalar. - Rio de Janeiro : EGN,
1996

xpp.

Bibliografia: f.A-1.

Monografia: C-PEM, 1996.

1. Auditoria 2. Indicadores, custos e comissões
hospitalares 3. Auditoria Médico-Hospitalar 4.
Apreciações finais 5. Conclusões I. Brasil. Escola de
Guerra Naval. II. Título.

EXTRATO

Após uma breve revisão histórica das atividades de auditoria, quando foi dada ênfase ao fato dela ter-se estendido além dos aspectos contábeis, atingindo a área médico-hospitalar, procurou-se observar o desenvolvimento desta atividade no âmbito da Marinha.

Foram observadas as ações de auditoria da Diretoria de Saúde da Marinha e do Serviço de Auditoria da Marinha, e analisada detalhadamente sua aplicabilidade às atividades médico-hospitalares.

O trabalho conclui por propor uma nova sistemática, resultante da integração dos esforços desenvolvidos por aquelas OM, sistemática esta que, no parecer do autor, complementarmente ao aumento da confiabilidade das auditorias, teria como efeito a redução dos custos de coleta e análise dos dados referentes aos hospitais auditados.

OSTENSIVO

TEMA: AUDITORIA MÉDICO-HOSPITALAR

- Tópicos a abordar:
- Os indicadores hospitalares de excelência;
 - As Auditorias Setoriais de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Serviço Social, Arquivo Médico e Estatística;
 - Auditoria Hospitalar versus Ética Médica; e
 - A importância das Comissões Hospitalares e a determinação dos Custos Hospitalares.

Proposição:

Comentar a atual sistemática de Auditoria Médico-Hospitalar da MB. Apreciar os indicadores hospitalares de excelência. Avaliar as Auditorias Setoriais nos níveis de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Serviço Social, Arquivo Médico e Estatística. Analisar a Auditoria Médico-Hospitalar à luz das Comissões Hospitalares. Identificar os Centros de Custos Hospitalares e sua importância na apuração dos Custos Hospitalares. Propor uma Sistemática de Auditoria Médico-Hospitalar para os Hospitais Navais.

OSTENSIVO

ÍNDICE

	Folha
Introdução	III
CAPÍTULO 1 - AUDITORIA	-01
SEÇÃO I - HISTÓRICO	-01
SEÇÃO II - TIPOS DE AUDITORIA	-05
SEÇÃO III - ÁREA DE ABRANGÊNCIA E PROPÓSITOS DA AU- DITORIA	-10
CAPÍTULO 2 - INDICADORES, CUSTOS E COMISSÕES HOSPI- TALARES	-13
SEÇÃO I - O HOSPITAL	-13
SEÇÃO II - INDICADORES HOSPITALARES	-18
SEÇÃO III - CUSTOS HOSPITALARES	-23
SEÇÃO IV - COMISSÕES HOSPITALARES	-26
CAPÍTULO 3 - AUDITORIA MÉDICO-HOSPITALAR	-28
SEÇÃO I - O ATUAL SISTEMA DE AUDITORIA NA MB	-28
SEÇÃO II - AUDITORIA VERSUS ÉTICA MÉDICA	-32
SEÇÃO III - AUDITORIAS SETORIAIS	-36
SEÇÃO IV - PROPOSTA DE SISTEMÁTICA PARA AUDITORIA MÉDICO-HOSPITALAR	-47
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES	-49
BIBLIOGRAFIA	A-16

Introdução

Empresas e indústrias fazem uso, há algumas décadas, do apoio da Auditoria para assessorar sua alta administração nos esforços para o cumprimento das metas estabelecidas.

A administração hospitalar, já há algum tempo aplicando os princípios e elementos da Administração Geral, passou a valer-se recentemente da contribuição da Auditoria, para o controle e aprimoramento de suas atividades técnicas e administrativas.

As atividades do hospital têm crescido em complexidade e torna-se impossível que um administrador, ou mesmo um grupo de técnicos, mantenham-se em permanente contato com todos os setores operativos. Faz-se necessário, assim, o concurso da Auditoria Hospitalar.

Para que a administração da instituição hospitalar atinja seus propósitos, é preciso que haja um controle bem estruturado, a níveis interno e externo. Somente por meio de cuidadosa coleta e análise de dados, pode, a administração do hospital, manter-se bem informada sobre as atividades desenvolvidas e custos relacionados.

Ao abordar o tema, surge a oportunidade de expor de forma clara e simples a "radiografia" de um hospital. Deste modo é possível visitar seu interior, conhecer sua missão e saber do empenho de médicos e técnicos das diversas especialidades na luta para que o paciente recupere e mantenha sua saúde.

A qualidade dos procedimentos e serviços prestados pelo hospital pode ser observada pela análise dos indicadores hospitalares, conforme apreciação feita no presente trabalho.

OSTENSIVO

A atividade de auditoria hospitalar mostra-se de grande valia quando são auditados setores de importância logística e operacional.

Da mesma forma, as comissões técnicas desempenham um excelente trabalho de auditoria interna, economizando tempo e recursos ao aperfeiçoarem o controle interno do hospital.

A Auditoria hospitalar é utilizada, também, para analisar os custos da atividade operacional do hospital. Esta tarefa é facilitada pela existência de um sistema de apuração de custos hospitalares, por meio dos Centros de Custo.

A Marinha do Brasil (MB), atenta ao desenvolvimento técnico-científico, dispõe de um sistema de controle que atua exercendo auditoria hospitalar e econômico-financeira nas unidades que integram o seu Sistema de Saúde.

O fortalecimento do Núcleo de Auditoria Hospitalar existente na Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), desenvolvendo parceria com o Serviço de Auditoria da Marinha (SAMA), é o propósito da conclusão apresentada neste trabalho.

CAPÍTULO 1 - AUDITORIA

SEÇÃO I - HISTÓRICO

Para a abordagem do tema, é importante que se faça um breve retrospecto no que tange ao surgimento da ciência econômica, que em sua rápida evolução trouxe à prática a auditoria contábil.

Com o advento dos grandes descobrimentos, surgiram os impérios coloniais que passaram a ter interesses econômicos em outros continentes. Face a diversificações das atividades comerciais desenvolvidas, surgiu a necessidade de controle daquelas atividades. Para esse controle, foram designados funcionários escrivães e contadores para o acompanhamento dos negócios, e fiscalização dos registros contábeis.

Mais adiante, por ocasião da Revolução Industrial, a atividade econômica tornou-se mais intensa, com a expansão do comércio entre as nações, gerada pelo surgimento de produtos em escala industrial.

Com isso, a necessidade do controle dos custos e da receita, advinda da indústria e comércio, criou um vasto campo para as atividades de auditoria interna.

No século XIX, com os setores industrial e comercial funcionando sob a forma de sociedades de investimento, surgiu a necessidade dessas empresas apresentarem demonstrações financeiras aos seus investidores. Logo,

OSTENSIVO

com as discussões entre estes sobre a credibilidade das contabilizações apresentadas, surgiram os escritórios de auditoria, que verificavam os balanços e certificavam, aos acionistas, a confiabilidade destas contas. Assim, surgiram as auditorias independentes (auditorias externas).

Já no século XX, restaura-se a confiança na auditoria interna, como resultado da necessidade de controle administrativo, uma vez que o tamanho e a complexidade da organização cresciam além da habilidade do empresário em administrar. Daí, surgiu a necessidade de um melhor sistema de controle e, por conseguinte, de técnicos que assegurassem a sua eficácia. Os propósitos iniciais da auditoria interna fixavam-se em supervisionar o controle das finanças da organização e detectar e prevenir a fraude. Isto permaneceu até os anos quarenta.

Na segunda metade daquela década, reconheceu-se que as operações de auditoria externa eram uma atividade distinta da auditoria interna e que "ela lida primariamente com contabilidade e assuntos financeiros mas pode lidar, também apropriadamente, com assuntos de natureza operacional"¹(01:5).

A administração de uma instituição necessita de informações que contenham análises técnicas que auxiliem no conhecimento da situação, permitindo a adoção de medidas administrativas, seja para corrigir eventuais distorções ou discrepâncias, seja para ajustes da

¹ It deals primarily with accounting and financial matters but it may also properly deal with matters of an operating nature.

OSTENSIVO

qualidade das atividades desenvolvidas a nível administrativo ou operacional.

Por vezes a administração utiliza o recurso da auditoria para avaliar a eficiência e racionalidade das atividades exercidas na instituição, nos níveis financeiro, contábil, operacional e administrativo. Desse modo, o emprego da atividade de auditoria nas diversas áreas da administração é de enorme utilidade no aperfeiçoamento dos controles internos existentes.

Há instituições que possuem normas que orientam praticamente todos os setores da atividade administrativa e operacional. Tais normas fazem parte do controle interno.

Paralelamente, as instituições lançam mão da auditoria interna para avaliação de determinados setores, desenvolvendo um trabalho de revisão e análise das suas atividades por um grupo de funcionários da própria instituição designados pela administração.

O controle interno refere-se aos planos permanentes da instituição e todas as ordens internas e medidas são adotadas para a eficiência e eficácia das atividades operacionais e administrativas.

A existência de mecanismos como a auditoria interna e o controle interno servem para evitar ou dificultar a ocorrência de irregularidades, estimular a produtividade, a criatividade, a disciplina e coibir desperdícios.

Por outro lado, a prática da auditoria interna de conferir, apreciar, comparar e verificar procedimentos e

OSTENSIVO

práticas ocorridas ou em andamento, deve ir além do simples relato a quem de direito. Deve, o auditor, além das críticas a determinadas práticas e da constatação das distorções e discrepâncias, apresentar uma análise dos fatos relevantes constatados e sugerir medidas de forma objetiva que permitam ao administrador, no processo de tomada de decisão, corrigir eficazmente as distorções apontadas, com economia de tempo e recursos.

O atual avanço tecnológico, com os meios de informação trazendo notícias do mundo inteiro a velocidades incríveis, faz com que a rotina do dia-a-dia sofra influências que se refletem na necessidade de inovar, com rapidez, para não ser ultrapassado.

Desse modo, também a prática da auditoria tem sido compelida a participar dessas transformações e o auditor tem sido utilizado como consultor direto do administrador para opinar no desenvolvimento do processo decisório. A experiência em verificar, conferir, apreciar e avaliar ao longo da sua vida faz com que o auditor adquira um vasto conhecimento das atividades da instituição auditada.

Enquanto os encarregados de determinados setores estão cotidianamente ocupados na rotina de prestação de serviços, sem que lhes sobre tempo para um exame pormenorizado de suas atividades, o auditor, utiliza seu tempo na apreciação meticulosa de determinada rotina ou problema que esteja afligindo a instituição.

Para participar de maneira eficiente do processo decisório, é necessário que o auditor, além do conhecimento técnico específico, tenha uma cultura geral

OSTENSIVO

atualizada para que possa acompanhar as freqüentes mutações da atual conjuntura.

Vale registrar que a atividade do auditor não comporta interferências diretas nas ações administrativas, tampouco na definição de políticas para a instituição. O bom desempenho da função do auditor deve estar calcado na liberdade do exercício de sua atividade em examinar, analisar e sugerir ações.

SEÇÃO II - TIPOS DE AUDITORIA

Auditoria, genericamente, pode ser definida como o exame de demonstração e registros administrativos ou "a avaliação independente que ocorre em uma instituição com o objetivo de examinar as atividades e os serviços existentes" (09:241).

Segundo Martins, "auditoria é o estudo e avaliação organizada de transações, procedimentos, operações e demonstrações financeiras conseqüentes, com a finalidade de determinar o grau de observância das normas vigentes e emitir relatório sobre o assunto" (09:241).

Ainda segundo Martins, "auditoria é o conjunto de normas aplicadas no exame de livros, papéis, documentos e controles relacionados com o patrimônio administrado, para atestar a exatidão dos registros e a veracidade dos seus comprovantes, bem como apurar ou evitar erros, omissões ou fraudes, praticados por administradores ou empregados com o fim de salvaguardar direitos dos proprietários, dos financiamentos do patrimônio e do

OSTENSIVO

fisco" (09:241).

Um dos mais importantes aspectos da auditoria é a apreciação da qualidade da informação que é recebida pelo diretor da instituição quando desempenha a atividade de controle interno. Talvez o problema básico que ele encontre com mais freqüência seja a impropriedade da informação em si.

Muitos administradores passaram a manter pessoal de bom gabarito técnico, pertencente aos quadros da própria instituição, para examinar, avaliar, rever e propor medidas administrativas relacionadas com o seu funcionamento. Isto constitui a auditoria interna.

Os auditores internos, quando avaliam rotinas e controles aplicados à instituição, pelo maior conhecimento que possuem das atividades operacionais da empresa, detectam com mais rapidez as distorções e discrepâncias existentes. Esta vivência do dia-a-dia da instituição possibilita oportunidades de sugerir ajustes no controle interno, tornando-o mais eficiente, e apresentar medidas preventivas que evitem a ocorrência de falhas futuras.

A Auditoria Externa é aquela praticada por profissionais qualificados para a execução dos trabalhos, sem vinculação com a instituição auditada, sem subordinação hierárquica ou funcional.

Em sendo realizada, a auditoria resulta na apresentação de relatório próprio, que contém opinião profissional, da situação financeira e operacional da empresa. Tal documento envolve pesquisas, revisão

OSTENSIVO

analítica dos livros e comprovações contábeis e de registro de dados e outros elementos.

No transcorrer do trabalho são empregadas as técnicas mais diversas apropriadas ao exame, segundo a competência e experiência do auditor.

Paralelamente, o auditor presta outros serviços profissionais relacionados com a atividade contábil, como: a análise de um balanço, a confecção de uma demonstração contábil, a verificação da coerência dos registros financeiros com a legislação fiscal e da veracidade de uma transação registrada contabilmente, a comprovação da existência de bens adquiridos etc.

O Serviço de Auditoria da Marinha atua desta forma quando realiza auditoria nos hospitais do Sistema de Saúde da Marinha e tem contribuído para melhoria e aperfeiçoamento do controle interno dos nossos hospitais.

O propósito da auditoria não se limita a encontrar erros ou detectar fraudes. Da excelência do trabalho desenvolvido na utilização de testes sobre os registros contábeis e da sua comprovação, expressa, o auditor, seu parecer quanto à validade e propriedade das decisões tomadas. Além destes mecanismos adotados para descobrir erros e possíveis fraudes sobre registros históricos escriturados, há outro propósito também importante que é a prevenção.

Deve, o auditor, atentar para a possibilidade de que as irregularidades possam continuar a ocorrer, cabendo-lhe alertar a administração sobre inconsistências e

OSTENSIVO

deficiências do controle interno da instituição.

A Auditoria Externa e a Auditoria Interna apresentam várias diferenças:

Auditoria Externa	Auditoria Interna
realizada por um profissional independente, sem qualquer subordinação à empresa auditada.	realizada por elemento da própria empresa auditada.
o propósito principal é relatar as demonstrações financeiras da empresa.	o propósito principal é assessorar a administração da instituição no acompanhamento e análise das normas internas executadas.

De acordo com a frequência de execução do trabalho de auditoria, elas podem ser classificadas como eventuais ou permanentes.

Auditoria eventual: executada esporadicamente e busca ocorrências anômalas, com o propósito de corrigi-las. Visa também qualquer fato significativo que mereça ser levado ao conhecimento da administração.

A Auditoria permanente existe quando, por decisão da administração, torna-se um acontecimento de rotina na empresa.

A auditoria poderá, também, ter caráter parcial ou integral, dedicando-se a primeira a um segmento específico das atividades da instituição.

OSTENSIVO

A auditoria poderá, ainda, ser desenvolvida de forma sintética ou analítica.

A auditoria sintética tem como conduta o exame mais genérico dos registros de atividades da empresa, não se detendo no estudo mais detalhado dos registros contábeis, uma vez que objetiva apenas a comprovação da veracidade dos lançamentos de forma global.

A auditoria analítica é aquela que procura observar detalhadamente as operações ocorridas. Caracteriza-se por desenvolver um trabalho metuculoso, indo às minúcias dos registros de variada significância. Consome uma parcela de tempo bem maior, apresentando por isso custo mais elevado. Este óbice é minimizado quando a empresa dispõe de uma documentação bem ordenada que contribui para economia de tempo consumido na pesquisa de elementos a estudar.

Abordando a auditoria quanto à sua obrigatoriedade, vamos constatar a existência de dispositivos legais que a prevêm, como é o caso do Decreto-Lei nº866/96 que determina que "todo Ordenador de Despesa ficará sujeito à Tomada de Contas realizada pelo Órgão de Contabilidade e verificada pelo Órgão de Auditoria Interna, antes de ser encaminhada ao Tribunal de Contas da União".

Em contrapartida, a Auditoria realizada por decisão administrativa para estudo, avaliação ou organização do setor administrativo da entidade é denominada Facultativa.

A fraude, quando detectada, revela ser produto de inteligências dolosas e tem uma metodologia própria na

OSTENSIVO

sua criação, passando por estágios de concepção, planejamento e execução.

Já, o erro, é tido como resultado de falha involuntária, ocorrendo de uma só vez ou em repetidas vezes, porém de forma imprevista e não-intencional.

Por isso, a existência de um controle interno que coíba a ocorrência da fraude em todos os seus meandros é tarefa difícil, que exige, por isso, a utilização da atividade de auditoria para contínuo aperfeiçoamento dos mecanismos de segurança da instituição.

SEÇÃO III - ÁREA DE ABRANGÊNCIA E PROPÓSITOS DA AUDITORIA

Quanto à sua abrangência, as auditorias podem ser classificadas como: auditoria de programas, administrativa e operacional, esta subdividindo-se em de eficiência e economia e de eficácia. Estas auditorias setoriais distinguem-se não só pelo segmento observado como, também, pelo nível de abordagem.

A auditoria de programas tem por propósito acompanhar e fiscalizar a execução de projetos da empresa e a aplicação dos recursos envolvidos; analisar os demonstrativos e os relatórios de acompanhamento com vistas a avaliar os resultados alcançados e verificar a elegibilidade dos recursos dispendidos e a contabilidade comprobatória.

A auditoria administrativa tem por propósito avaliar a eficiência e eficácia da administração em foco,

OSTENSIVO

verificando o controle, a organização, a coordenação, o planejamento e a direção.

A auditoria operacional abrange uma variedade grande de trabalhos de auditoria com tendência natural a dividir-se em duas atividades principais: auditoria de eficiência e economia e auditoria de eficácia.

A auditoria de eficiência e economia atenta para melhoria do uso dos recursos existentes, mediante redução dos custos ou incremento do aumento da produção.

A auditoria de eficácia é o tipo mais complexo de auditoria operacional, devido ao seu propósito que é avaliar se os resultados que se espera, efetivamente, estão sendo alcançados. Caso negativo, como fazer para melhorar o desempenho. Como as expectativas podem variar e os propósitos da instituição podem não ter sido claramente definidos e quantificados, o trabalho a ser desenvolvido exige uma abordagem singular, diferente da adotada na auditoria de economia e eficiência.

Independentemente do setor em que se executa o trabalho de auditoria, a avaliação da eficácia torna-se um processo de comparação do desempenho com os padrões e indicadores adotados como referência.

A auditoria tem entre seus propósitos os seguintes:

- a) confirmar registros;
- b) apurar adulteração de lançamentos ou comprovantes;

OSTENSIVO

- c) apurar adequação de procedimentos técnicos;
- d) verificar existência de registros que contenham erros, praticados por falha de lançamento ou má fé;
- e) examinar operações financeiras realizadas sob aspectos fiscais e legais; e
- f) sugerir possíveis reformulações e atualizações de procedimentos técnicos e administrativos da instituição.

A análise dos registros e lançamentos poderá, como visto, revelar a existência de erros cometidos sem intenção de fraude e sim devido a falha de lançamento ou ignorância de exigência de controle.

CAPÍTULO 2 - INDICADORES, CUSTOS E COMISSÕES
HOSPITALARES

SEÇÃO I - O HOSPITAL

O hospital é para seus usuários a esperança em pelos menos três dos momentos mais importantes de sua vida: o nascimento, a enfermidade e a morte.

Para o cumprimento de sua missão, o hospital vem evoluindo e adquirindo recursos para esclarecimento de diagnósticos e terapêutica cada vez maiores, ensejados pelos avanços técnico-científicos que vêm ocorrendo no mundo contemporâneo em velocidade espantosa. Dessa forma, o hospital tornou-se uma instituição complexa, estando envolvido em um grande número de tarefas, sendo necessária a participação de pessoal técnico das mais variadas atividades do conhecimento humano.

Para dar conta de sua missão assistencial, o hospital moderno reúne as atividades de hotel, restaurante, lavanderia, empresa comercial, biblioteca, creche, centro de processamento de dados, oficina de manutenção, garagem, central elétrica e térmica, residência, gráfica, estúdio de fotografia e desenho, arquivo, posto de gasolina, necrotério, canil, biotério, armazém, frigorífico, lanchonete, banca de jornais, barbeiros, central telefônica, tesouraria etc.

Para o exercício de tais atividades, é requerida a participação de pessoal técnico em dezenas de ramos, pessoal burocrático de várias categorias, engenheiros,

OSTENSIVO

operários, nutricionistas, cozinheiros, veterinários, recreadores, passadeiras, garçons, barbeiro, motoristas etc.

Todas estas atividades, agrupadas e guarnecidas, constituem a atividade-meio e dão o suporte básico para a execução da atividade-fim, a qual, em um hospital moderno e de grande porte, se acha voltada para a prevenção, reabilitação, ensino e pesquisa. Para isso, o hospital conta, em geral, com Unidade de Pacientes Externos, Unidade de pacientes internos, unidade de emergência, centro cirúrgico, centro obstétrico, unidade de tratamento intensivo, unidade coronária, unidade de longa permanência, centro de pesquisa e unidade de ensino.

Assim como a atividade-meio exige a concorrência de um grande número de pessoas qualificadas, as unidades e centros destinados à atividade-fim absorvem médicos das mais variadas especialidades, enfermagem de todos os níveis, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, dentistas, técnicos das diversas áreas de saúde e outros.

Esse exército qualificado produz uma extensa gama de serviços voltados permanentemente para o mais elevado de todos os propósitos: o homem (Anexo A).

Além das instalações e do pessoal qualificado, a assistência médico-hospitalar necessita de equipamentos convencionais e outros de tecnologia de ponta para rápida elucidação do diagnóstico, permitindo, assim, o pronto início do tratamento e possibilitando reabilitação mais

OSTENSIVO

rápida, com melhor custo-benefício e liberação, quando for o caso, do leito hospitalar para um novo paciente.

O hospital constituiu-se em uma das instituições fundamentais da sociedade, tendo participação importante na melhoria de qualidade e na expectativa de vida.

O hospital apresenta características próprias, que o diferenciam de outras instituições, possuindo setores operacionais que são interdependentes, necessitando, por isso, do funcionamento harmônico e eficiente, de maneira a compor um todo e não um conjunto desordenado.

As instalações hospitalares, os equipamentos convencionais e de avançada tecnologia e a concorrência do pessoal qualificado tem sido alvo de constantes mutações. Por outro lado, as relações dessa estrutura complexa com o meio externo tem contribuído para que um expressivo número de especialistas estudiosos em administração hospitalar desenvolvam grandes esforços, no sentido de atender todas estas mudanças através do planejamento de ações administrativas, de forma a viabilizar o propósito final das atividades desenvolvidas pela instituição hospitalar que é promover o bem estar físico, mental e social da comunidade assistida.

Trabalhar estas variáveis de forma a fornecer uma assistência médico-hospitalar de qualidade levou à implantação de um processo de tomada de decisão, onde as funções de planejamento, organização, direção, coordenação e controle são indispensáveis.

A função planejamento constitui a fase inicial do processo de tomada de decisão e deve antecipar-se ao

OSTENSIVO

atendimento do paciente, cabendo aos administradores a competente qualificação de todos os serviços. O planejamento hospitalar deve ser amplo, já que o hospital funciona como um conjunto harmonioso e qualquer alteração em uma parte desse sistema poderá acarretar repercussões desastrosas em outros segmentos desse mesmo sistema.

Para que a função planejamento tenha êxito, deve observar os parâmetros institucionais, operacionais, estruturais e econômicos.

Os parâmetros institucionais definem as diretrizes políticas, traçam metas a serem cumpridas e propósitos a serem atingidos, delineiam a estrutura organizacional e administrativa. Tais parâmetros devem estar contidos no regulamento do hospital.

Os parâmetros operacionais norteiam as atividades desenvolvidas, assinalando para os aspectos de qualidade, quantidade e tempo para o atendimento aos propósitos da instituição hospitalar. O Regimento Interno do hospital é o documento hábil para conter tais detalhamentos.

O planejamento dos parâmetros estruturais permite detalhar as áreas e a dotação da tecnologia necessária para possibilitar conforto e condições quando do desenvolvimento das diversas atividades nestes locais.

Os parâmetros econômicos devem merecer especial atenção do planejamento, porque as conquistas de tecnologia, a formação dos recursos humanos, a dotação do material de consumo e permanente e a manutenção em todos os níveis da instituição consomem recursos cada vez maiores. Tudo isso vem exigindo dos profissionais de

OSTENSIVO

planejamento e administração hospitalar dedicação, esforço e criatividade para vencer todas estas variáveis, contando com recursos orçamentários usualmente escassos.

A função organização visa instituir uma ordenada divisão de trabalho, de forma a atender a hierarquia, a integração e a interdependência dos diversos setores que compõem o sistema hospitalar. Este parâmetro, por sua característica dinâmica, necessita de ajustes para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Por outro lado, o trabalho desenvolvido em muitos setores do hospital, deve estar disponível diuturnamente, havendo por isso a necessidade de definição detalhada de autoridade e responsabilidade, porque cada elemento de que dispõe o hospital deve estar bastante informado sobre a atividade que lhe foi atribuída e a quem devem reportar-se para solicitar apoio e recursos que lhe permitam cumprir sua missão.

Há também que se levar em consideração que os cuidados devidos ao paciente com freqüência são mais individualizados do que uniformes, já que as condições físicas do paciente e a gravidade da doença por vezes desconhecem a seqüência de procedimentos contidos na rotina, alterando a organização prévia, que por esses fatores necessita ser flexível.

A função direção deve receber atenção especial, porque, no seu exercício, o diretor do hospital tem atribuições de: coordenar as atividades técnicas; escolher e designar os ocupantes de chefia de clínicas, setores e serviços; trabalhar para dotar o hospital de

OSTENSIVO

instrumental e equipamentos de tecnologia moderna; dotar o hospital de conforto para o pessoal e usuários; adotar medidas de prevenção de acidentes; autorizar desembolso para aquisição de bens e pagamento de despesas; manter o pessoal médico e técnico atualizado etc.

SEÇÃO II - INDICADORES HOSPITALARES

A qualidade de um hospital pode ser avaliada através da apreciação dos indicadores hospitalares. Estes indicadores são valores estatísticos resultantes das atividades de diversas clínicas, serviços e setores.

Tais estatísticas são a seguir apreciadas:

1. Paciente-dia (P/D): é o período de serviço prestado a um paciente internado (entre dois censos consecutivos).

O P/D é calculado somando-se ao número de pacientes existentes à meia-noite, o número de pacientes admitidos nas 24 horas seguintes. Desse total, subtrai-se o número de pacientes saídos (altas + óbitos), no mesmo período.

Sua apreciação permite verificar a existência de distorções. Há certas ocasiões em que o número de pacientes-dia pode apresentar expressiva elevação, fato que permite o diretor do hospital detectar a existência de internações de conveniência, como ocorre, por exemplo, em feriados prolongados.

2. Média do Tempo de Permanência (MTP): é a relação numérica entre o P/D e o total de pacientes saídos (alta

OSTENSIVO

+ óbito), no mesmo período.

A apreciação desse indicador é importante na avaliação da capacidade profissional da equipe de saúde e atende à administração do hospital no cálculo da contabilidade do custo do paciente.

3. Leito-dia (L/D) é obtido pelo somatório do total de leitos existentes no hospital em condições de ocupação a cada dia.

Este indicador deve ser verificado diariamente pela direção do hospital, para acompanhamento da oferta de leitos para a clientela. Deve ser observado juntamente com outros indicadores relacionados com o setor de internação.

4. Taxa de ocupação (TO): é a relação percentual entre o total de Paciente-Dia e o de Leito-Dia no mesmo período.

Esta taxa é importante por oferecer subsídios para o processamento dos custos hospitalares e na análise comparativa com os indicadores Paciente-Dia e Leito-Dia, permitindo também verificar se a oferta é compatível com a demanda.

5. Taxa de Mortalidade Bruta (TMB): é a relação percentual entre o número de óbitos e o número de altas durante um mesmo período.

A TMB presta-se a integrar os levantamentos estatísticos da atividade hospitalar e, assim como os demais indicadores hospitalares, deve ser analisado em

conjunto para melhor avaliação.

6. Taxa de Mortalidade Institucional (TMI): é a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos 48 horas após a admissão hospitalar e o total de pacientes saídos no mesmo período.

Este indicador é mais específico na avaliação da atividade técnica do hospital do que a Taxa de Mortalidade Bruta que contabiliza o óbito de pacientes que falecem sem ter dado início a terapêutica ou cujo falecimento ocorre poucas horas após a internação.

Em passado bastante recente este indicador esteve no noticiário internacional, quando uma casa de saúde para idosos apresentou elevadíssimas taxas de mortalidade, levando o Ministério da Saúde à sua interdição. A casa de saúde foi fechada e os proprietários respondem a inquérito criminal de responsabilidade civil.

7. Taxa de Mortalidade Materna (TMM): é a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos por causa materna em determinado período e o número total de pacientes saídas da maternidade no mesmo período.

Este indicador avalia a qualidade técnica da equipe obstétrica do hospital. Quando há um aumento significativo da TMM em um determinado período, deve, o auditor hospitalar, investigar se tal fato ocorreu em função de intercorrências obstétricas ou má avaliação dos casos.

8. Taxa de Natimortalidade (TN): é a relação percentual entre o total de óbitos de fetos com mais de

OSTENSIVO

28 semanas de gestação, em determinado período, e o total de fetos nascidos vivos.

A TN informa se a gestação foi conduzida corretamente, já que, atualmente, pode-se detectar, por meio de exames não-invasivos, a evolução de um feto e adotar procedimentos para corrigir anormalidades em andamento.

9. Taxa de Mortalidade Neonatal (TNN): é a relação percentual entre o número de óbitos de recém-natos (até 48 horas de nascido), em determinado período o total de recém-natos vivos, no mesmo período.

Trata-se de um indicador hospitalar que reflete a qualidade dos cuidados dispensados ao recém-nato à nível de berçário e unidade de tratamento intensivo neonatal.

10. Taxa de Cesariana (TC): relação percentual entre o total de partos cesáreos ocorridos e o total de partos normais havidos em um mesmo período.

Este indicador avalia a qualidade técnica da equipe obstétrica do hospital. Quando há, em um determinado período, um aumento acima dos padrões estabelecidos, deve, o auditor hospitalar, investigar se tal fato ocorreu por intercorrências obstétricas ou má avaliação dos casos.

11. Taxa de Mortalidade Operatória (TMO): é a relação percentual entre o número de óbitos cirúrgicos, até 10 dias de pós-operatório, e o total de cirurgias num mesmo período.

A TMO é um indicador hospitalar que avalia as

OSTENSIVO

atividades desenvolvidas em um Centro Cirúrgico e reflete a qualificação técnica dos cirurgiões.

12. Taxa Específica de Infecção (TEI): é a relação percentual entre o número de casos de infecção atribuídos ao hospital dentre os saídos e o total de pacientes saídos no mesmo período.

A TEI com freqüência está presente no noticiário, porque o berçário ou o centro cirúrgico de determinado hospital é fechado para descontaminação em face de inúmeros casos de infecção hospitalar. Devido a sua importância, todos os hospitais são obrigados pelo Ministério da Saúde a terem comissão de infecção hospitalar.

13. Taxa de Supuração de Ferida Cirúrgica em Cirurgia Limpa: é a relação percentual entre o número de supuração de ferida cirúrgica em cirurgias limpas e o total de cirurgias limpas.

A apreciação deste indicador hospitalar reflete os cuidados que a equipe cirúrgica necessita adotar no pré, per e pós operatório.

A ocorrência de repetidas supurações em pacientes de uma mesma equipe cirúrgica é motivo de auditoria para averiguação de onde, como e quando está ocorrendo o problema.

14. Taxa de Pareceres (TP): relação percentual entre o número de pacientes para os quais foram solicitados pareceres e o número de pacientes saídos no mesmo período.

OSTENSIVO

A solicitação de parecer ocorre quando o paciente apresenta complicações ou doenças concomitantes àquela que foi o motivo de sua internação. Quando a TP é elevada, significa que a clínica que está cuidando do paciente está fazendo medicina defensiva, contra possíveis implicações legais ou tecnicamente deixa a desejar. Entende-se por parecer a solicitação oficial de uma opinião técnica de outra clínica ou serviço sobre determinado paciente, que submete-se a uma avaliação, resultando em elaboração formal do parecer para a clínica de origem.

SEÇÃO III - CUSTOS HOSPITALARES

A DSM, desde 1976, tem um sistema de apuração de custos hospitalares, que foi implantado pela DOUTOMARINST Nº 10-10.

Em 1990, a referida publicação normativa foi substituída pela DOUTOMARINST Nº 10-10-A, que centraliza, na DSM, a apuração de custo das diversas unidades hospitalares do sistema de saúde da MB.

O propósito do sistema de apuração de custos é obter dados que permitam o controle econômico-financeiro das atividades ligadas à assistência médico-hospitalar, fornecer subsídios que permitam dimensionar o custo da produtividade do hospital, obter dados complementares referentes à gestão dos recursos alocados para o custeio das atividades hospitalares e suprir a alta-administração naval de informações para o processo de decisão.

OSTENSIVO

OSTENSIVO

Os hospitais do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) são responsáveis pelas informações que, até o décimo dia do mês subsequente, prestam à DSM.

Deste modo, a análise e apuração dos custos de cada organização hospitalar é processada pela DSM, que anualmente elabora um relatório contendo os dados de produtividade do SSM, que são encaminhados às autoridades da alta-administração naval e titulares dos hospitais.

Por oportuno, o autor foi encarregado da Divisão de Estatísticas e Custos Hospitalares e chefe do Departamento de Planejamento da DSM, tendo participado da atualização da sistemática de elaboração do relatório de periodicidade anual - Análise de Produtividade do Sistema de Saúde da Marinha.

Pode-se definir custo hospitalar como o recurso gasto na produção de bens e prestação de serviços, através de procedimento médico/técnico em um hospital. Apuração de custo hospitalar é a determinação deste custo.

Entende-se por custo hospitalar total o somatório de todas as despesas ocorridas em um hospital para seu funcionamento, em um determinado período.

Obtém-se o custo unitário dividindo-se o total da despesa efetuada para toda a produção de um centro de custo, pela quantidade de unidades de medida (bem ou serviço) produzidas no período em que o total das despesas ocorreu.

A metodologia de apuração de custo hospitalar

OSTENSIVO

utilizada pela DSM reconhece quatro centros de custos: de base, intermediários, especiais, e inaplicáveis.

No centro de custos de base são agregadas todas as atividades de apoio do hospital que viabilizam a atividade-fim.

Compõem este centro: a administração, o almoxarifado, o centro de material e esterilização, a farmácia, o serviço de limpeza, a manutenção e conservação das obras civis, o setor de nutrição e dietética, a lavanderia e rouparia e o setor de transporte.

O centro de custos intermediários é composto por setores que desenvolvem atividade médica complementar, dando o apoio necessário ao centro de custos especiais.

Este centro de custos agrega as seguintes atividades: anestesia e gasoterapia, berçário, centros cirúrgico e obstétrico, fisioterapia, hemoterapia, laboratórios de patologia clínica e anatomia patológica, medicina nuclear, centro de diagnóstico por imagem e por traçados e radioterapia.

O centro de custos especiais agrupa as despesas dos setores responsáveis pela atividade-fim do hospital e é constituído por: unidade de internação, ambulatório e emergência.

O centro de custos inaplicáveis reúne as despesas não operacionais que não participam do custo do paciente-dia nem do custo do atendimento. São agrupadas neste centro as despesas efetuadas com medicamentos fornecidos

OSTENSIVO

a pacientes ambulatoriais e refeições servidas a acompanhantes.

SEÇÃO IV - COMISSÕES HOSPITALARES

Nos hospitais bem administrados, há comissões técnicas permanentes, que são meios utilizados, dentro do controle interno, para acompanhamento operacional das áreas mais importantes ou sensíveis da atividade hospitalar.

Quando há necessidade do estudo de um problema específico, o administrador hospitalar pode adotar o recurso de criar também uma comissão técnica transitória.

As comissões técnicas exercem atividade de auditoria interna e para denotar sua importância, o autor relaciona exemplos com as principais atribuições :

- Comissão interna de auditoria hospitalar

A esta comissão cabe:

- Verificar falhas que comprometam a eficiência técnica por ocasião da execução dos procedimentos médicos, terapêuticos de pesquisa de diagnóstico ou conduta administrativa;

- Detectar deficiência quanto ao atendimento social do paciente e tratamento dispensado a este, em sua permanência no hospital;

- Averiguar existência de falhas nos cuidados ao paciente, por parte da equipe de enfermagem, durante o

OSTENSIVO

período de internação ou quando de sua permanência temporária no hospital; e

- Analisar as operações contábeis do setor de indenização hospitalar, verificando se há compatibilidade com os procedimentos realizados e serviços prestados.

- Comissão de ética

A esta comissão cabe observar a prestação de serviços e atendimento dispensado ao usuário a fim de detectar possíveis transgressões do código de ética afeto aos profissionais de saúde em atividade no hospital.

- Comissão de oncologia

A esta comissão cabe:

- Propor rotinas de diagnóstico e tratamento bem como acompanhar os pacientes portadores de doenças neoplásicas; e

- Avaliar os resultados de tratamento de pacientes oncológicos das diversas clínicas do hospital.

- Comissão de padronização de medicamentos

A esta comissão cabe organizar e efetuar alterações na lista de medicamentos para uso no hospital, após colher informações do corpo clínico e dos estoques da farmácia do hospital.

CAPÍTULO 3 - AUDITORIA MÉDICO-HOSPITALAR

SEÇÃO I - O ATUAL SISTEMA DE AUDITORIA NA MB

O Serviço de Auditoria da Marinha (SAMA), criado pelo Decreto Nº 74.644 de 10 maio de 1974, está subordinado diretamente à Secretaria Geral da Marinha (SGM), que exerce supervisão técnica e gerencial sobre as atividades de auditoria.

A missão do SAMA compreende as seguintes atividades:

- execução das atividades de auditoria no âmbito do Ministério da Marinha;
- assessoramento às OM auditadas visando aperfeiçoar o controle interno; e
- elaboração de relatórios e expedição de Certidões de Auditoria relativas aos processos de tomada de contas, para apreciação futura pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

Para o cumprimento de sua missão, o SAMA desenvolve suas atividades nos seguintes campos:

- no sistema contábil e de demonstrações financeiras;
- no inventário dos bens adquiridos; e
- no sistema orçamentário, financeiro e operativo.

Como atividade de assessoria visando a eficácia do controle interno, o SAMA tem os seguintes propósitos:

- verificar se os contratos existentes estão sendo

OSTENSIVO

cumpridos de acordo com os dispositivos legais;

- examinar as tomadas de contas das OM;
- verificar a correta aplicação dos recursos financeiros sob responsabilidade das OM;
- observar os registros contábeis e administrativos existentes nos diversos paióis, comparando com a existência física dos bens adquiridos ou confiados à OM;
- efetuar análise rigorosa para constatar se os gastos realizados de acordo com os projetos e programas da OM observaram os aspectos da oportunidade e objetividade; e
- identificar como, quando, quanto, porque e onde foram aplicados os recursos e se os resultados alcançados trouxeram benefícios para os interesses da Marinha.

A Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e o Serviço de Auditoria da Marinha (SAMA) são os principais órgãos executores da atual sistemática de auditoria médico-hospitalar dos hospitais do Sistema de Saúde da Marinha.

A DSM, criada pelo Decreto Nº 18.506 de 27 de abril de 1945, é subordinada diretamente à Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM) e, sob orientação desta DG, executa a Política de Saúde da Marinha, de acordo com as Diretrizes emanadas do Ministro da Marinha.

A DSM tem sob sua subordinação técnica, todos os hospitais distritais, que são em número de seis, além de ambulatórios e serviços de saúde distribuídos por um grande número de organizações militares da MB. No Rio de

OSTENSIVO

Janeiro, tem sob sua subordinação técnica e administrativa o Hospital Naval Marcilio Dias (HNMD), a Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), o Hospital Central da Marinha (HCM), a Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG) e uma rede de ambulatórios periféricos, além da Odontoclínica Central da Marinha (OCM) e do Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM).

Para atingir seus propósitos, a DSM exerce atividades de controle, complementando as de direção, planejamento e coordenação.

Para o exercício desta atividade, a DSM utiliza um sistema de coleta de dados, através da DOUTOMARINST Nº 10-11-A, cujo anexo A, Boletim de Serviços Produzidos, deve ser preenchido mensalmente pelos hospitais e policlínicas subordinados àquela Diretoria Especializada (DE).

Ao final de cada ano, a DSM elabora um relatório de produtividade, inclusive com referências a custos hospitalares, com a competente análise crítica resultante do emprego da atividade de auditoria analítica.

Cabe, ainda, à DSM, a gerência e distribuição dos recursos financeiros para os hospitais integrantes do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), através do Plano Básico Hotel. Esta atividade, é feita com base em banco de dados que contém a memória de distribuição de recursos.

A solicitação de recursos extras, por parte dos hospitais subordinados, é feita através de documentos hábeis, como ofícios e mensagens, contendo explicações

OSTENSIVO

técnicas para a comprovação da necessidade de recursos.

Dessa forma, a DSM exerce a atividade de auditoria financeira.

Do acima exposto, constata-se que as auditorias levadas a efeito pelo SAMA e pela DSM não realizam efetiva concorrência de esforços. O SAMA privilegia os aspectos contábeis e a DSM analisa as estatísticas operacionais. Deste modo, não ocorre a prática de auditoria médico-hospitalar operacional.

Da aplicação da auditoria às instituições hospitalares, surge a auditoria médico-hospitalar, que é o exercício de uma atividade de caráter independente que analisa e avalia a adequação, a qualidade, a eficiência e a economicidade dos serviços técnico-administrativos de um hospital, com observância dos preceitos éticos e legais.

A auditoria hospitalar está associada às atividades administrativas de planejamento, organização, direção e controle.

No passado, a função controle era definida como "recursos ou meios usados pela Administração para prevenir ou detectar atividades irregulares" (Holmes:XXX). Posteriormente, o controle foi utilizado para apreciar fatos ocorridos e identificar aqueles que ocorreram de forma incorreta. A seguir, a atividade de controle evoluiu e os auditores passaram a considerar os fatores de força e fraqueza da produtividade, em termos de economia, eficiência e eficácia.

OSTENSIVO

Com o correr do tempo, os auditores conceituaram a atividade de controle como ações adotadas pela administração para assegurar o estabelecimento de metas e propósitos a serem alcançados (Holmes:XXX).

À atividade de controle foram acrescentados mecanismos de prevenção para assegurar o que é desejável que aconteça e evitar o que não se deseja que ocorra (02:103).

Michel Barret considera a atividade de controle como sendo "ações adotadas por um grupo de administradores para assegurar metas próprias da instituição e objetivos a serem alcançados" (02:102).

SEÇÃO I - AUDITORIA MÉDICO-HOSPITALAR VERSUS ÉTICA MÉDICA

O exercício da medicina no Brasil é regulamentado pelo Código de Ética Médica, cuja última revisão data de 8 de janeiro de 1988.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, órgão superior da ética profissional no país, julgador e disciplinador da classe médica, estão sujeitos ao Código de Ética Médica todos os médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

Quando exerce a função de auditor, o médico deve estar atento ao cumprimento de vários artigos do código, ressaltando-se:

"Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional."

Quando investido na função de auditor, o médico deve envidar esforços no sentido de executar minuciosa avaliação dos setores de prestação de serviços e assistência médica, para que possa colher informações que permitam apresentar sugestões para o aperfeiçoamento desses serviços em benefício do paciente.

"Art. 14º - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e a legislação referente à saúde."

Cabe ao médico-auditor, quando estiver avaliando a excelência dos serviços nos diversos setores do hospital, estar atento aos padrões de qualidade da prática médica e alertar em suas sugestões de relatório a importância que cada médico tem no processo de oferecer ao paciente um atendimento de primeira ordem, inclusive ministrando noções de higiene e prevenção de infecções, contribuindo para a educação sanitária da clientela.

"Art. 19º - O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina."

A prática de auditoria não visa punir, porque em suas atribuições lhe cabe observar, verificar, constatar fatos e distorções e sugerir medidas para a melhoria dos serviços. Caso seja evidenciada a existência de prática profissional lesiva aos interesses da instituição ou do paciente, este fato é obrigatório constar do relatório da auditoria.

"Art. 57° - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente."

Na auditoria operacional (setorial ou de eficácia), o médico-auditor pode encontrar práticas investigatórias de diagnóstico onde a utilização de recursos disponíveis de tecnologia mais avançada teria chance de elucidação do caso em estudo, mas que, por motivos não justificados, não foram utilizados. Tal fato deve obrigatoriamente fazer parte das anotações do médico-auditor para a administração do hospital, em relatório próprio.

"Art. 69° - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente."

Em visita à unidade de internação ou ambulatório, o auditor, verificando a relação de atendimentos pode detectar esta prática, que deverá ser notificada em relatório próprio.

"Art. 79° - Acobertar erro ou conduta antiética do médico."

O médico-auditor tem obrigação de notificar a existência de erro ou conduta antiética, sob pena de,

OSTENSIVO

também, infringir o presente artigo.

"Art. 107° - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei."

A documentação médica contida no prontuário do paciente, bem como o resultado de exames de procedimentos técnicos terapêuticos são sigilosos e devem ser resguardados pelos médicos e seus auxiliares. Cabe ao médico-auditor verificar se os setores encarregados desta documentação estão cientes da prática de sigilo profissional.

Art. 108° - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Cabe ao médico-auditor verificar a rotina de manuseio e do prontuário médico no serviço de arquivo médico, no ambulatório, na unidade de internação, bem como em outros serviços para alertar a administração quanto à existência dessa prática.

"Art. 118° - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência."

A prática da atividade de auditoria requer um compromisso ético por parte do profissional, de forma que possa cumprir seu trabalho sem vícios ou tendências que comprometam o propósito da missão que lhe foi confiada.

OSTENSIVO

"Art. 121° - Intervir, quando em função de médico-auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório."

Ao médico-auditor cabe observar, averiguar, constatar e informar, apresentando sugestões à administração. O médico-auditor não tem autoridade administrativa.

"Art. 140° - Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica."

O médico-auditor tem acesso às informações sigilosas e dados operativos do hospital. Ao elaborar seu relatório calcado nessas informações, deve ater-se à verdade, não distorcendo os fatos.

SEÇÃO II - AUDITORIAS SETORIAIS

A direção do hospital utiliza-se do recurso da auditoria para avaliar vários setores da área técnico-operacional e de apoio. Esta avaliação pode ser feita utilizando a auditoria interna ou a externa.

O escopo deste trabalho é limitado à avaliação da importância das auditorias setoriais nas áreas de enfermagem, nutrição, farmácia, serviço social, arquivo médico e estatística.

Para que se tenha conhecimento das atividades setoriais em estudo, e face à diversidade de funções e procedimentos atinentes a cada uma delas, passamos a

OSTENSIVO

comentar, genericamente, as características básicas de cada um dos setores.

Enfermagem: cabe ao serviço de enfermagem os cuidados ao paciente quando hospitalizado. Além de executar as ordens médicas realizando procedimentos técnicos, cabe também às enfermeiras atenção pessoal, esclarecendo dúvidas e instruindo quanto a rotina a ser seguida durante o período de internação. Esta atenção é fundamental pois estabelece uma relação de confiança com sensível melhora no estado de ânimo do paciente. Por experiência acumulada em quase 25 anos de atividade médica, o autor observa que o paciente quando comparece ao hospital por motivo de doença apresenta em geral alterações do psiquismo que são: carência emocional, estresse e fragilidade psíquica.

A doença, quando instalada, provoca desconforto e debilita o organismo. Por desconhecimento das repercussões que poderão advir, surge o estado de carência emocional, quando o paciente torna-se ávido por boas notícias que falem de rápido restabelecimento da saúde e ausência de complicações. Nesta fase, é comum o paciente abordar o médico e seus assistentes, ou mesmo acionar o botão de chamada da enfermagem para estabelecer uma conversa informal.

Ao sair de sua residência para ir ao hospital, não raro em jejum, a fim de consultar sobre a situação de sua saúde, o paciente deixa sua rotina e parte, estressado, para o que considera desconhecido, onde os termos técnicos e nomes complicados quase sempre provocam mais espanto do que tranquilidade. Este estado psíquico é com

OSTENSIVO

freqüência responsável por atritos gerados por uma abordagem considerada inadequada pelo paciente que julga seu estado de saúde o mais grave e importante.

A doença, além de debilitar o organismo, provoca uma fragilidade psíquica que deixa o paciente muito sensível às palavras e com freqüência apresenta episódio de choro.

O leque variado de atribuições que cabe ao serviço de enfermagem e a variedade de cuidados e procedimentos praticados diariamente, aliados à jornada de trabalho que precisa cobrir as 24 horas do dia, faz com que esta atividade seja trabalhosa.

A chefia do serviço de enfermagem é exercida por elemento com formação superior em enfermagem, sendo assessorado por técnicos e auxiliares de enfermagem. Cabe a este último grupo as tarefas mais simples, como banho, transporte e alimentação do paciente, por exemplo.

No hospital, a necessidade do pessoal de enfermagem é maior durante o turno diurno, sendo particularmente crucial no período da manhã, quando o trabalho é mais intenso em virtude do preparo dos pacientes para encaminhamento ao centro cirúrgico, das visitas médicas, do horário de administração de medicamentos, tomada de sinais vitais, balanço hídrico, altas etc.

A enfermeira chefe tem a responsabilidade de promover a correta distribuição do seu pessoal pela unidade de internação, para permitir que cada paciente receba os cuidados de enfermagem em quantidade e qualidade exigido pelo estado de saúde de cada um.

OSTENSIVO

A atividade desenvolvida pela auditoria neste setor encontra um amplo campo para proceder a avaliação, encontrar falhas, distorções e discrepâncias e apresentar sugestões à administração. Dentre as muitas atividades passíveis do crivo do auditor citamos as seguintes:

- verificação da presença de auxiliar ou técnico de enfermagem acompanhando o médico na visita aos pacientes;
- disponibilidade de equipamento, instrumental e material necessário para utilização pelos médicos no exame e procedimentos nos pacientes;
- verificar se há controle quanto à execução das medicações e procedimentos prescritos pelo médico;
- comparar o horário das prescrições com o da execução;
- constatar a existência de medicamentos e material médico cirúrgico nos paióis dos postos de enfermagem em quantidade exagerada;
- constatar presença de pessoal auxiliar ou técnico de enfermagem junto ao médico para auxílio na execução de exames e procedimento terapêutico ou complementar;
- observar o controle de arquivamento dos resultados dos exames e tramitação das aquisições e pareceres de exames para os setores competentes;
- observar a existência de censo diário dos pacientes;
- verificar as condições das roupas de cama e banho;

OSTENSIVO

- observar a limpeza das dependências e mobiliário;
- verificar existência junto aos pacientes de cuidados de higiene e medidas preventivas no combate à infecção;
- observar a organização do posto de enfermagem e o controle quanto ao manuseio dos prontuários médicos; e
- entrevistar paciente para obter informações quanto à atenção da equipe médica e de enfermagem, horário dos medicamentos, qualidade da comida, condições de conforto e das instalações sanitárias.

Nutrição e dietética: prepara e distribui alimentos aos pacientes, acompanhantes e funcionários do hospital. Atende também às necessidades de dietas balanceadas para pacientes cujo estado físico ou doença existente assim exijam.

O serviço de nutrição e dietética é responsável pelo armazenamento convencional, refrigerado e frigorificado dos alimentos e lhe cabe gerenciar a cozinha do hospital, refeitórios e copas. O consumo de uma refeição com boa apresentação, sabor e qualidade dos alimentos, aliada à quantidade satisfatória é fator muito importante na composição da atividade de hotelaria, possibilitando boa aceitação dos pacientes e colaborando no restabelecimento da saúde destes.

O serviço de nutrição e dietética é chefiado por um técnico em nutrição, com formação superior e é assessorado por cozinheiro, auxiliares de copa e cozinha, garçons e pessoal auxiliar a nível de serventoria.

OSTENSIVO

A prática da auditoria no setor de nutrição encontra um conjunto de atividades que permite colher informações que permitem a sugestão de medidas para aperfeiçoamento deste setor.

Uma visita ao local de armazenamento, cozinha, refeitório e copas auxiliares possibilitará observar os seguintes pontos principais:

- existência de prateleiras e estrados que mantenham os gêneros acima do piso;
- existência de barreiras contra roedores e insetos impedindo o acesso ao local de armazenamento dos gêneros;
- existência de ventilação natural ou por meio de exaustores, com proteção telada, para renovação do ar no armazém;
- constatação do uso de botas, luvas, máscara, gorro e aventais para permitir o correto manuseio das carnes, aves, peixes, vegetais, legumes, bem como durante o preparo dos alimentos; tais acessórios também são para proteção pessoal dos funcionários da cozinha;
- verificar a limpeza das panelas, utensílios, bancadas, coifas, fritadeiras, máquina de mistura de massa, batedeiras, liquidificadores, extratores de sucos etc.;
- verificar a utilização de água fervente e detergentes para a limpeza de pratos, xícaras, talheres etc.;
- verificar a existência de antecâmara para permitir

OSTENSIVO

o descongelamento de carnes, aves e peixes, para evitar que fiquem expostos por longo tempo à ação de insetos e roedores;

- observar a existência de pessoas não credenciadas fazendo refeições no refeitório e copas;

- verificar a existência de balcões térmicos para acondicionamento da comida do refeitório com proteção dos alimentos;

- verificar nas copas a existência de paióis secundários com quantidade de alimentos incompatíveis com os propósitos daquele compartimento;

- observar o acondicionamento do lixo e medidas adotadas para evitar a proliferação de insetos e animais rastejantes, cães, gatos etc.; e

- acompanhar a distribuição das refeições da cozinha para as copas e destas para os pacientes, observando os cuidados de higiene e manuseio.

Assistência social: por vezes trabalha em conjunto com o setor de psicologia. Seu propósito é prestar assistência ao paciente e aos familiares na solução de problemas de ordem social. É chefiado por profissional técnico, com formação superior, e congrega vários assistentes sociais, contando, ainda, com pessoal auxiliar, que colabora na secretaria do setor e na recepção aos usuários.

Como parte de sua rotina, cabe ao assistente social fazer estudo de caso para apresentação à autoridade competente, onde são abordados os aspectos financeiros e

OSTENSIVO

familiares que permitem ao administrador utilizar recursos específicos para o custeio de medicamentos, aquisição de órtese e prótese, por exemplo.

A assistente social mantém, por necessidade profissional, relações com outras instituições médico-sociais, para complementar a assistência do caso com complementação de outros serviços. Faz parte também de sua atividade visitas domiciliares, para obter informações para contornar eventuais desajustes familiares que podem agravar a doença do paciente.

A assistente social conta no seu setor com arquivo de prontuário social, contendo informações sobre os casos atendidos e em evolução. A auditoria tem atividade ampla e complexa neste setor porque avalia a prestação de assistência social a usuários com problemas de saúde e sociais. Além de analisar a rotina de atendimento dos casos, tem por vezes necessidade de entrevistar usuários, em caráter de amostragem, para avaliar o grau de satisfação e confiança para com esta atividade.

Por outro lado, cabe ao auditor observar condutas de cunho paternalista, por parte da assistência social, que afastem-se das normas em vigor.

Farmácia hospitalar: importante setor para a vida funcional do hospital. Tem por função o fornecimento de medicamentos e drogas aos setores de emergência, internação, ambulatório, centro cirúrgico, UTI etc. Possui também local para manipulação de drogas, guarda e controle de psicotrópicos e entorpecentes e estoque de medicamentos. A farmácia hospitalar é chefiada por um

OSTENSIVO

farmacêutico, que conta com assistentes também formados em farmácia, técnicos de farmácia, pessoal auxiliar para as escriturações próprias da secretaria do setor e serventes.

Em um hospital de grande porte, a farmácia possui dimensões compatíveis e, quase sempre, uma rotina intensa para o atendimento das necessidades dos setores usuários deste serviço.

Cabe ao farmacêutico chefe, e à sua equipe, o controle dos estoques de medicamentos e drogas e o controle de fornecimento de medicamentos e entorpecentes.

É atribuição da farmácia a guarda de vacinas e medicamentos, como por exemplo hormônios que necessitam ser mantidos em baixa temperatura, o que requer especial atenção à manutenção da temperatura dos refrigeradores dentro dos limites especificados.

Em virtude do grande volume de medicamentos e vacinas e do alto custo deste material, é necessário um controle rígido no recebimento, na guarda e no fornecimento. É válido também observar que neste setor existe com frequência material inflamável como álcool, éter e acetona. Desta forma, o risco de incêndio está presente e medidas de segurança devem ser adotadas pelo responsável do setor.

A auditoria neste setor visa conferir a existência de estoques compatíveis com as notas fiscais de recebimento dos produtos e com os recibos de fornecimento para as diversas áreas clientes. A segurança na guarda de entorpecentes e psicotrópicos, bem como o controle para

OSTENSIVO

seu fornecimento e o balancete para comprovação desse material também é motivo de verificação.

Os níveis de estoque mínimo no setor de armazenamento são alvo de observação, pois a existência de estoque superdimensionado, ou medicamentos com prazos de validade próximos do vencimento, deve ser motivo de providência administrativa, evitando assim prejuízo financeiro para o hospital.

Arquivo Médico: setor responsável pela guarda dos prontuários que contém registros médicos, exames, pareceres, relato de cirurgias, procedimentos médicos e terapêuticos, diagnósticos, antecedentes pessoais e a história da doença. Trata-se de documentação de caráter pessoal e sigiloso, que deve ser guardada com a segurança devida.

O prontuário médico deve ser auditado pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME) para verificação dos registros lançados e atualização das informações, para evitar que, após a alta do paciente, o prontuário seja arquivado sem o resultado de exames e procedimentos efetuados.

A chefia do arquivo médico deve ser exercida por um médico ou profissional da área de arquivologia, cabendo à esta chefia:

- Manter organizado o arquivamento dos prontuários, para permitir pronta localização por ocasião do desarquivamento;

- Separar de véspera os prontuários que irão à consulta no dia seguinte, ou cujos pacientes irão ser

OSTENSIVO

internados; e

- Manter atualizado um registro geral dos pacientes para contato, quando houver necessidade de retorno ao hospital para repetir um exame ou para instruções do médico assistente.

A presença da auditoria neste setor é facilitada quando há atividade de auditoria interna que mantém revisão permanente dos prontuários. Cabe à auditoria externa verificar os mecanismos de guarda e proteção dos prontuários médicos e como são manuseados pelo pessoal por ocasião do arquivamento e desarquivamento. Cabe à auditoria interna permanente a retirada de prontuários cujos usuários há mais de cinco anos não comparecem ao hospital, para colocação em arquivo morto, a fim de abrir espaço para a guarda de novos prontuários. Este prazo pode ser aumentado ou diminuído de acordo com a disponibilidade de espaço nos arquivos destinados a este fim.

Estatística médica: sua coleta, análise e interpretação visam obter informações sobre o volume da clientela atendida e os tipos de serviços e procedimentos realizados. De posse de todos os dados estatísticos devidamente processados, a administração do hospital tem condições de adotar providências no sentido de melhor adequar a produtividade aos custos dispendidos e aperfeiçoar rotinas de prestação de serviços, para corrigir distorções.

SEÇÃO IV - PROPOSTA DE SISTEMÁTICA PARA AUDITORIA

MÉDICO-HOSPITALAR

O hospital é uma das organizações de estrutura mais avançada, hoje, em atividade.

A seção I, do capítulo II, oferece uma breve visão da estrutura básica de um hospital, enfocando seus setores, clínicas, serviços e equipamentos. Na seção XXX do capítulo XXX, foi abordada a atual sistemática de auditoria para os hospitais Navais, tanto quando efetuadas pelo SAMA, quanto quando realizadas pela DSM.

O SAMA, como visto, possui auditores que desenvolvem Auditoria Analítica Assistemática nos hospitais do SSM, contribuindo desta forma para a melhoria do controle interno daquelas unidades, com competência e profissionalismo.

A DSM dispõe de um desenvolvido sistema de coleta e análise de dados estatísticos e de custos hospitalares, além de preservar a memória histórica do SSM em seu banco de dados, tanto a nível operacional quanto financeiro.

O autor propõem que a DSM e o SAMA interliguem seus sistemas de auditoria, adotando uma nova sistemática que, paralelamente ao aumento de sua abrangência e confiabilidade, teria como efeito imediato a redução de custos de coleta e análise dos dados referente ao hospital auditado.

Para que esta interligação produza bons resultados é necessário que um grupo de médicos com experiência técnica e administrativa receba treinamento de auditoria

OSTENSIVO

ministrado pela equipe de auditores do SAMA e que sejam detalhados procedimentos de coleta e análise de dados visando eliminar redundâncias de coletas e sobreposições de análise.

Além do enriquecimento da análise, em si, pelo aumento do volume de dados analisados e pela aumento de consistência de dados coletados, a nova equipe de auditores poderá desfrutar de uma visão que, além de ampliar-se lateralmente, aumentando e diversificando dados analisados, terá, também aprofundado o nível de análise pela complementação de visões diversas de um mesmo fato.

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES

Administrar um hospital é uma atividade complexa. A multiplicidade de procedimentos técnicos e administrativos, acrescida dos equipamentos e tecnologias sofisticadas, exigindo treinamento de pessoal e dispendiosa manutenção faz com que o administrador procure apoiar-se em diversas áreas técnicas, utilizando-se de recursos vários para o cumprimento de sua missão. A mais relevante delas é a auditoria médico-hospitalar.

No corpo deste trabalho foi amplamente evidenciada a função da auditoria médico-hospitalar no aperfeiçoamento do controle interno e, de forma mais abrangente, no assessoramento à administração de hospitais.

Foi, também, evidenciado o não atendimento dos preceitos da auditoria hospitalar pelos atuais procedimentos de auditoria postos em prática em hospitais da MB.

Face ao constatado, conclui-se ser necessária a adoção de nova sistemática, específica para a auditoria médico hospitalar, proposta pelo autor.

Relação de Clínicas e Serviços usualmente encontrados em
hospitais de grande porte

Centro obstétrico

Clínica de anestesiologia

Clínica de cardiologia

Clínica de cirurgia buco-maxilo-facial

Clínica de cirurgia cardíaca

Clínica de cirurgia geral

Clínica de cirurgia plástica

Clínica de cirurgia torácica

Clínica de cirurgia vascular

Clínica de doenças infecto-parasitárias

Clínica de endocrinologia

Clínica de gastroenterologia

Clínica de geriatria

Clínica de hematologia e hemoterapia

Clínica de nefrologia

Clínica de neurocirurgia

Clínica de neurologia

Clínica de obstetrícia
Clínica de oftamologia
Clínica de oncologia
Clínica de otorrinolaringologia
Clínica de pediatria
Clínica de pneumologia
Clínica de proctologia
Clínica de reumatologia
Clínica de traumato-ortopedia
Clínica de urologia
Clínica ginecológica
Clínica médica
Serviço de anatomia patológica
Serviço de hemodinâmica
Serviço de medicina nuclear
Serviço de métodos gráficos
Serviço de patologia clínica
Serviço de radiodiagnóstico
Serviço de ultra-sonografia

MINISTERIO DA MARINHA
DIRETORIA DE SAUDE DA MARINHA

ANEXO B

RIO DE JANEIRO, RJ.
Em 17 de dezembro de 1992.

DOUTOMARINST No. 10-11 B

- Assunto: Apuração de Dados Estatísticos Médicos, Odontológicos e Farmacêuticos nas Organizações de Saúde da MB.
- Referências: a) Decreto No. 92.512, de 02/04/86 (bol. 04/86)
b) Classificação Internacional de Doenças (CID) - Revisão de 1975 - Aprovada pelo EMFA para o uso nas Forças Armadas;
c) Tabela de Serviços Médicos, Hospitalares, Odontológicos e afins da MB. (Parágrafo único, artigo 29, da portaria No. 0601/87, MM)
d) ADMINISMARINST No. 31 - 01 - A
e) Instrumento de avaliação para hospital geral de médio porte do Ministério da Saúde
- Anexos: A) Boletim de Serviços Produzidos (OM Hospitalares e Policlinicas)
B) Boletim de Serviços Produzidos da UISM (OM de Saúde com Atividade Especial)
C) Boletim de Serviços Produzidos do LFM (Laboratório Farmacêutico da Marinha)
D) Boletim de Serviços Produzidos por Terceiros (OM Hospitalares, Unidades Chaves e outras OM que utilizam Serviços de Terceiros)
E) Boletim de Serviços Produzidos das OM Para-Hospitalares

1.0 - PROPOSITO

1.1 - A presente DOUTOMARINST tem como propósito estabelecer uma sistemática na apuração de dados estatísticos médicos, odontológicos e farmacêuticos nas Organizações de Saúde da MB de modo a alcançar as seguintes finalidades:

- a) coletar e analisar o volume e o tipo de serviços prestados;
- b) coletar e analisar a prevalência nosológica a nível ambulatorial e de internação;
- c) controlar os serviços médicos e odontológicos prestados nas organizações de saúde da MB;
- d) proporcionar dados de interesse sanitário sobre a população assistida;
- e) avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha;

I - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO ANEXO " A "

Anexo " A " : OM Hospitalares e Policlínicas
(Serviços realizados na própria OM)

CAMPOS A PREENCHER	DESCRIÇÃO
NOME DA OM	Escrever por extenso o nome da OM prestadora da informação.
CODIGO DA OM	Escrever o código da OM
MES - ANO	Preencher com o mês e o ano a que se refere o BSP.
1. EFETIVO	Registrar o efetivo existente, discriminando conforme o quadro.
2. CAPACIDADE INSTALADA	Registrar a Capacidade Instalada das instalações e viaturas existentes, discriminando conforme os quadros 2.1, 2.2 e 2.3 .
2.1 - INSTALAÇÕES	<p>LEITOS-Registrar o total de leitos operacionais para adultos e crianças. É válido ressaltar, que o leito operacional é aquele efetivamente instalado e disponível no hospital para a internação de pacientes, respeitadas as disposições vigentes.</p> <p>Não devem ser considerados leitos hospitalares:</p> <ul style="list-style-type: none">a) os leitos destinados a acompanhantes;b) os leitos das salas de socorro urgente;c) os leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e da sala de recuperação; ed) os berços destinados aos recém-nascidos sadios. <p>BERÇOS - Registrar o número de berços.</p> <p>CENTRO CIRÚRGICO - Registrar o número de salas destinadas a cirurgias.</p> <p>CENTRO OBSTETRICO - Registrar o número de salas destinadas às atividades de obstetrícia.</p> <p>CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO - Caso a OM possua, registrar o número de centros de esterilização.</p> <p>CONSULTÓRIOS MEDICOS - Registrar o número de consultórios médicos.</p> <p>CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS - Registrar o número de consultórios odontológicos.</p>

CAMPOS A PREENCHER	D E S C R I Ç Ã O	ANEXO B
2.2 - APARELHOS	RAIO X (MEDICO)- Registrar o número de aparelhos de Raio X médico operantes e inoperantes.	
	RAIO X (ODONT.)- Registrar o número de aparelhos de Raio X odontológico operantes e inoperantes.	
	ULTRA-SOM - Registrar o número de aparelhos de ultra-sonografia operantes e inoperantes.	
	ELETROENCEFALÓGRAFO - Registrar o número de aparelhos de eletroencefalografia operantes e inoperantes.	
	ELETROCARDIOGRAFO - Registrar o número de aparelhos de eletrocardiografia operantes e inoperantes.	
	HEMODIALISE - Registrar o número de aparelhos de hemodiálise operantes e inoperantes .	
2.3 - VIATURAS	AMBULANCIAS- Registrar o número de ambulâncias.	
	UTI MOVEIS - Registrar o número de UTI móvel.	
	OUTROS VEICULOS - Registrar o quantitativo de outras viaturas envolvidas diretamente no atendimento médico e odontológico.	
3. ASSISTENCIA AMBULATORIAL	Registrar o número total de consultas ambulatoriais ocorridas no mês, especificando por clientela.	
	OBS: . Especificar outras clínicas, caso necessário. Se o espaço for insuficiente usar o verso da folha ou folha suplementar. . Não incluir como emergência os atendimentos de pronto atendimento já registrados no subitem 42 .	
	CLIENTELA - Registrar o total correspondente da clientela ambulatorial, de acordo com o quadro abaixo:	
	MA - Militar da Ativa	
	MI - Militar Inativo e Ex-Combatente com direito ao SSM	
	CV - Civil (Ativo e Inativo) com direito ao SSM	
	DEP - Dependentes e Pensionistas com direito ao SSM	
	OUT - Outros (Ex-Combatentes, civis, dependentes e outros sem direito ao SSM)	
	INDICES AMBULATORIAIS - São os seguintes indicativos da produtividade a nível ambulatorial:	

CAMPOS A PREENCHER	D E S C R I Ç Ã O	ANEXO B
4.1 - INDICADORES HOSPITALARES	<p>Serão fornecidos, por cada clínica, os seguintes indicadores hospitalares:</p> <p>LEITOS - Número de leitos por clínica. É válido ressaltar que o total geral deverá ser igual ao total informado no item 2.1 .</p> <p>P / D - PACIENTE-DIA - É o período de serviços prestados a pacientes internados, entre dois censos consecutivos.</p> <p>É calculado da seguinte maneira: soma-se ao número de pacientes existentes à meia-noite (censo da meia-noite), ou às 18 horas (censo das 18 horas), o número de pacientes admitidos nas 24 horas seguintes e subtrai-se o número de pacientes saídos (altas + óbitos), no mesmo período.</p> <p>MTP - MEDIA DE TEMPO DE PERMANENCIA - É a relação numérica do total de Pacientes-Dia, em determinado período, pelo total de pacientes saídos (altas + óbitos), no mesmo período.</p> <p>MTP = $\frac{\text{Total de Pacientes - Dia}}{\text{Total de saídos (altas + óbitos)}}$</p> <p>LXD - LEITO-DIA - É a soma do número total de leitos existentes a cada dia no hospital e que são ofertados à clientela, no período referido.</p> <p>LD = $\text{Total de leitos existentes a cada dia}$ <i>INCLUIDOS OS LEITOS...</i></p> <p>TO - TAXA DE OCUPAÇÃO - É a relação percentual entre o total de Pacientes-Dia e o de Leito-Dia no mesmo período.</p> <p>TO = $\frac{\text{Total de Pacientes - Dia}}{\text{Total de Leitos - Dia}} \times 100$</p>	
5 - OUTROS INDICADORES HOSPITALARES	<p>TAXA DE MORTALIDADE BRUTA - TMB - É a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital, em determinado período, e o total de pacientes saídos (altas + óbitos), no mesmo período.</p> <p>Ressaltamos, que o total de óbitos será obtido no subitem 2 do item 5.1 e o total de saídos na soma dos subitens 1 e 2 do item 5.1 .</p> <p>TMB = $\frac{\text{Total de óbitos}}{\text{Total de saídos (altas + óbitos)}} \times 100$</p>	

CAMPOS A PREENCHER

DESCRIÇÃO

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL - TMI- É a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital, a partir das 48 horas a contar da hora da admissão, em determinado período, e o total de pacientes saídos, no mesmo período.

Informamos que o total de óbitos após 48 h de internação será obtido no subitem 3 do item 5.1 e o total de saídos na soma dos subitens 1 e 2 do item 5.1 .

$$\text{TMI} = \frac{\text{Total de óbitos após 48 h de internação}}{\text{Total de saídos (altas + óbitos)}} \times 100$$

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA - TMM- É a relação percentual entre o número de óbitos por causas maternas, ocorridos em determinado período, e o total de pacientes saídos da obstetrícia, no mesmo período.

Óbito materno é o que ocorre em consequência de complicação da gestação, do parto ou do puerpério. Dentro desse conceito, devem ser considerados óbitos por causas maternas: a) os que ocorrem antes do parto; b) os que ocorrem durante o parto e c) os que ocorrem após o parto, dentro do período puerperal.

Destacamos que o total de óbitos por causas maternas será obtido no subitem 6.4 do item 6 e o total de pacientes saídos da obstetrícia no subitem 6.3 do item 6 .

$$\text{TMM} = \frac{\text{Total de óbitos por causas maternas}}{\text{Total de pacientes saídas da obstetrícia (altas + óbitos)}} \times 100$$

TAXA DE NATIMORTALIDADE - TN - É a relação percentual entre o total de óbitos de fetos de mais de 28 semanas de gestação, em determinado período, e o total de nascimentos vivos, no mesmo período.

É válido salientar, que o total de nascidos mortos será obtido no subitem 7.2 do item 7 e o total de nascidos vivos no subitem 7.1 do item 7.

$$\text{TN} = \frac{\text{Total de nascidos mortos}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100$$

CAMPOS A PREENCHER

D E S C R I Ç Ã O

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL -TMN - É a relação percentual entre o total de óbitos de crianças até 48 horas de nascido, em determinado período, e o total de nascidos vivos, no mesmo período.

O total de óbitos de crianças até 48 h de nascido será obtido no subitem 6.5 do item 6 e o total de nascidos vivos no subitem 7.1 do item 7.

$$\text{TMN} = \frac{\text{Total de óbitos de crianças até 48 h de nascido}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100$$

TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA - TMO - É a relação percentual entre o número de óbitos operatórios até 10 dias da cirurgia, ocorridos em determinado período, e o total de atos cirúrgicos, no mesmo período.

Participamos que o total de óbitos operatórios até 10 dias da cirurgia será obtido no subitem 1 do item 8.2 e o total de atos cirurgicos no respectivo total do item 8.1 .

$$\text{TMO} = \frac{\text{Total de óbitos operatórios até 10 dias da cirurgia}}{\text{Total de atos cirurgicos}} \times 100$$

TAXA DE CESARIAS -TC - Relação percentual entre o total de partos cesários, realizados em determinado período, e o total de partos ocorridos, no mesmo período.

O total de partos cesários será obtido no subitem 6.1 do item 6 e o total de partos no respectivo total do item 6 .

$$\text{TC} = \frac{\text{Total de partos cesários}}{\text{Total de partos}} \times 100$$

TAXA ESPECIFICA DE INFECÇÃO -TEI - É a relação percentual entre o número de casos de infecção a serem debitados ao hospital, entre os saídos (altas + óbito), em determinado período e o total de pacientes saídos (altas + óbitos), no mesmo período.

Infecção institucional é aquela que é atribuída à organização hospitalar e que não estava presente quando da internação do paciente.

CAMPOS A FREENCHER

D E S C R I Ç Ã O

Informamos que o total de casos de infecção atribuíveis ao hospital será obtido no subitem 4 do item 5.1 e o total de saídas na soma dos subitens 1 e 2 do item 5.1 .

No. de casos de infecção atribuídos
TEI = $\frac{\text{ao hospital entre os saídos}}{\text{Total de saídos (altas + óbitos)}} \times 100$

TAXA DE SUPURAÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM CIRURGIA LIMPA - TSFC - É a relação percentual entre o número de supuração de feridas cirúrgicas em cirurgias limpas, em determinado período, e o total de cirurgias limpas no mesmo período.

Destacamos que o total de supurações de feridas cirúrgicas em cirurgias limpas será obtido no subitem 2 do item 8.2 e o total de cirurgias limpas no subitem 3 do item 8.2 .

Total de supurações de feridas
TSFC = $\frac{\text{cirúrgicas em cirurgias limpas}}{\text{Total de cirurgias limpas}} \times 100$

MEDIA DE CENSO DIARIO - MCD - Também chamada média diária de pacientes-dia, é o número médio de pacientes internados que receberam assistência médica em cada dia, durante determinado período dividido pelo número de dias desse período.

O número de pacientes internados - número de pacientes-dia será obtido no subitem 5 do item 5.1 .

MCD = $\frac{\text{Total de pacientes-dia no mês}}{\text{Número de dias no mês}} \times 100$

TAXA DE PARECERES -TP- Relação percentual entre o número de pacientes para os quais foram solicitados pareceres (por escrito), em determinado período, e o número de pacientes saídos no mesmo período.

Parecer é a resposta de um membro do Corpo Clínico a uma solicitação de consulta ou de opinião, o qual se caracteriza pela revisão da história clínica do paciente, de reexame e elaboração de uma informação ou parecer.

CAMPOS A PREENCHER

D E S C R I Ç Ã O

OBS: Recomendamos que o importante a destacar é o número de pacientes que receberam pareceres e não o número de pareceres.

O número de pacientes saídos será obtido na soma dos subitens 1 e 2 do item 5.1 .

TP = $\frac{\text{Total de pareceres}}{\text{Total de saídos (altas + óbitos)}} \times 100$

OBSERVAÇÃO GERAL:

Todas as taxas e percentuais deverão ser fornecidas com arredondamento de duas casas decimais.

5.1 - LEVANTAMENTO DE DADOS

No. DE ALTAS - E o número total de altas hospitalares.

Alta é a finalização ou interrupção do tratamento de paciente regularmente admitido, que vinha recebendo assistência médica no hospital.

No. DE ÓBITOS- E o total de óbitos ocorridos em um determinado período de tempo.

No. DE ÓBITOS APÓS 48 HORAS DE INTERNAÇÃO - E o total de óbitos ocorridos após 48 h de internação.

No. DE INFECÇÕES ATRIBUÍVEIS AO HOSPITAL - INFECÇÃO INSTITUCIONAL - E aquela que é atribuível a organização hospitalar e que não estava presente quando da internação do paciente.

No. DE PACIENTES-DIA - E o valor total de pacientes-dia do hospital, em determinado período.

E válido salientar, que esse valor será igual ao total de pacientes-dia do item 4.1 .

No. DE LEITOS-DIA-E o valor total de leitos-dia do hospital, em determinado período.

Esse valor será igual ao total de leitos-dia do item 4.1 .

CAMPOS A PREENCHER	D E S C R I Ç Ã O
6 - PARTOS	<p>PARTOS - Registrar o número de partos cesários e normais realizados no hospital, no período em estudo.</p> <p>No. DE PACIENTES SAÍDOS DA OBSTETRICIA (ALTAS + ÓBITOS)- Registrar o número de pacientes saídos da obstetria, somando-se as altas e os óbitos.</p> <p>NO. DE ÓBITOS POR CAUSAS MATERNAS - Registrar o número de óbitos em consequência de complicação da gestação, do parto ou do puerpério.</p> <p>NO. DE ÓBITOS DE CRIANÇAS ATÉ 48 HORAS - Registrar o número de óbitos de crianças até 48 horas de nascido.</p>
7 - NASCIMENTOS	<p>Registrar o número de nascidos vivos (Nativivos) e nascidos mortos (Natimortos) ocorridos no hospital, no período em estudo.</p>
8 - CIRURGIAS	<p>Registrar o número de operações cirúrgicas, classificando pelo porte (Grande, Média, Pequena e Ambulatorial), conforme discriminado em 8.1.</p>
8.2 - OUTROS DADOS	<p>NÚMERO DE ÓBITOS OPERATÓRIOS ATÉ 10 DIAS DA CIRURGIA- É a relação percentual entre o número de óbitos operatórios até 10 dias após a cirurgia, em determinado período, e o número de atos cirúrgicos no mesmo período.</p> <p>NÚMERO DE SUPURAÇÕES DE FERIDAS CIRÚRGICAS EM CIRURGIAS LIMPAS - Registrar o número de supurações de feridas cirúrgicas em cirurgias limpas.</p> <p>CIRURGIA LIMPA - São aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso local ou de falhas técnicas grosseiras.</p> <p>NÚMERO DE CIRURGIAS LIMPAS NO PERÍODO - Registrar o número de cirurgias limpas ocorridas no hospital no período em estudo.</p>
9 - NOSOLOGIA	<p>Registrar o quantitativo total da incidência de cada doença, com base na Classificação Internacional de Doenças (CID) - Revisão 75 - adotada pelo EMFA, discriminando por atendimento ambulatorial, emergência e internação.</p>

CAMPOS A PREENCHER	D E S C R I Ç Ã O
10 - PUERICULTURA	Registrar o número de imunizações realizadas, discriminando por tipo de vacina e dose.
11 - CONTROLE DE VIGILANCIA SANITARIA	Registrar o quantitativo de novos casos de doenças de interesse de controle epidemiológico.
12 - SERVIÇOS DE APOIO (INTERNAÇÃO)	SERVIÇO SOCIAL - Registrar o número de atendimento do serviço social aos pacientes internados, classificando por tipo de clientela.
	NUTRIÇÃO- Registrar o número total de consultas de orientação dietética e nutrição para pacientes internados.
	TERAPIA OCUPACIONAL-Registrar o número de atendimentos de terapia ocupacional para pacientes internados.
13 - TERAPIAS	Registrar o número de atendimentos pelos diversos serviços. Classificando os pacientes por: ambulatório, internação e emergência.
	Nota: Na Imunoterapia não deverá ser registrada estatística sobre vacinação, tendo em vista que já foi registrada em outro quadro.
	OBS: Especificar outras terapias, caso necessário. Se o espaço for insuficiente usar o verso da folha ou folha suplementar.
14 - MOVIMENTO PERICIAL	Informar o quantitativo do movimento pericial.
14.1 - ESPECIFICAÇÃO DOS INSPECIONADOS	Especificar por tipo de inspecionados o quantitativo de inspeções.
14.2 - DISCRIMINAÇÃO (FOR JUNTA)	Registrar o número de resultados de inspeções por Junta.
	É válido ressaltar que o total de inspeções do quadro 14.1 será sempre igual ao total do quadro 14.2 .

ANEXO B

CAMPOS A PREENCHER	DESCRICAÇÃO
14.3 - DISCRIMINAÇÃO (POR LAUDOS)	Registrar o número de laudos emitidos pelo MFI e MPL .
15 - NOSOLOGIA PERICIAL	Registrar por ordem de incidência as 10 (dez) nosologias mais frequentes.
15.1 - INCAPACIDADE PARA O INGRESSO NO SAM	Registrar nos espaços em branco as 10 (dez) nosologias de maior frequência e detectadas como causas de incapacidade para o ingresso de candidatos no SAM .
15.2 - INCAPACIDADE TEMPORARIA	Registrar nos espaços em branco as 10 (dez) nosologias de maior frequência e detectadas como causas para incapacidade temporária para o SAM .
15.3 - INCAPACIDADE DEFINITIVA PARA PERMANENCIA NO SAM	Registrar nos espaços em branco as 10 (dez) nosologias de maior frequência e detectadas como causas para incapacidade definitiva para o SAM .
16 - SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	<p>Registrar o número de exames realizados pelas diversas clínicas.</p> <p>Os exames, tais como: hemograma completo, Coagulograma, Eas, bilirrubinas, etc, deverão ser computados como um exame, respectivamente, não devendo serem desmembrados em seus vários procedimentos. É válido ressaltar que se for solicitado somente um procedimento (ex. hematócrito), o mesmo deverá ser contado como um exame.</p> <p>OBS: . Especificar outros exames, caso necessário. Se o espaço for insuficiente usar o verso da folha ou folha suplementar.</p>
17 - MOVIMENTO ODONTOLÓGICO	<p>Registrar o número de consultas odontológicas, discriminando por tipo de clientela.</p> <p>INDICES AMBULATORIAIS - São os mesmos indicativos de produtividade citados no item 3 - ASSISTENCIA AMBULATORIAL.</p> <p>Registrar o número de procedimentos odontológicos.</p> <p>Registrar o número de Radiografias Dentárias.</p> <p>Registrar o número de altas gerais no tratamento odontológico.</p>

CAMPOS A FREENCHER

D E S C R I Ç Ã O

ANEXO B

No. PAREC. - Registrar o número de pareceres realizados em pacientes ambulatoriais.

No. HORAS - Registrar o número de horas dispensadas pelos profissionais, no atendimento ambulatorial, por clínica, durante o mês.

OBS: a) Não é para informar a carga horária de funcionamento da clínica.

b) O tempo gasto em representação e em atividades administrativas não pode ser computado como hora de atendimento ao paciente ambulatorial.

PRAZ. MARC. CONS. - PRAZO DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS - É o tempo, em dias, que o usuário terá que aguardar para ser atendido em determinada clínica.

Toma-se como parâmetro o último dia útil do mês e calcula-se o intervalo, em dias, entre esse último dia e a próxima data disponível para marcação de consultas.

% ABST - PERCENTUAL DE ABSENTEISMO - É a relação percentual entre o total de faltas às consultas agendadas, pelo número de consultas agendadas no mês.

$$\% \text{ ABST} = \frac{\text{No. de faltas}}{\text{No. de consultas agendadas}} \times 100$$

É o número total de internações em um determinado período de tempo, por clínica.

Internação - É a ocupação de um leito hospitalar, por paciente regularmente admitido.

OBS: Especificar outras clínicas, caso necessário. Se o espaço for insuficiente usar o verso da folha ou folha suplementar.

CLIENTELA - Registrar o número total de pacientes internados especificando por clientela, de acordo com o quadro abaixo:

MA - Militar da Ativa

MI - Militar Inativo e Ex-Combatente com direito ao SSM

CV - Civil (Ativo e Inativo) com direito ao SSM

DEP - Dependentes e Pensionistas com direito ao SSM

OUT - Outros (Ex-Combatentes, civis, dependentes e outros sem direito ao SSM)

INTERNACAO

MINISTERIO DA MARINHA
DIRETORIA DE SAUDE DA MARINHA

- BOLETIM DE SERVIÇOS PRODUZIDOS -
(OM HOSPITALARES E POLICLINICAS)

ANEXO B

ANEXO " A "

NOME DA OM : | CODIGO : | MES - ANO : |

1. EFETIVO

RECURSOS HUMANOS	MILITARES			CIVIS	TOTAL
	CSM	CAF	RNR		
1- MEDICOS					
2- DENTISTAS					
3- FARMACEUTICOS					
4- ENFERMEIROS					
5- PSICOLOGOS					
6- FONOAUDIÓLOGOS					
7- NUTRICIONISTAS					
8- ASS. SOCIAIS					
9- TERAPEUTAS OCUPACIONAIS					
10- FISIOTERAPEUTAS					
TOTAL :					

2. CAPACIDADE INSTALADA

2- INSTALAÇÕES	QUANT.	2.2- APARELHOS	OP.	INOP.
LEITOS (ADULTOS E CRIANÇAS)		RAIO X (MEDICO)		
BERÇOS		RAIO X (ODONT.)		
CENTRO CIRÚRGICO (SALAS)		ULTRA - SOM		
CENTRO OBSTETRICO (SALAS)		ELETRORADIOGRAFO		
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO		ELETROCARDIOGRAFO		
CONSUL. MEDICOS		HEMODIALISE		
CONSUL. ODONTOLÓGICOS		2.3 - VIATURAS		QUANT
		AMBULANCIAS		
		UTI MOVEIS		
		OUTROS VEICULOS		

BIBLIOGRAFIA

01. ALLCORN, Seth. Internal auditing for hospital.
London. Aspen Publication, 1979.
02. BARRET, Michael J., Nich, David L. Effective health care internal auditin. London. Aspen Publication, 1985.
03. BRASIL.Ministério da Marinha. Diretoria de Saude da Marinha. DOUTOMARINST N° 10-10A. Normas para avaliação dos custos hospitalares. Rio de Janeiro: DSM, 1990.
04. --Ministério da Marinha. Diretoria de Saúde da Marinha. DOUTORMARINST N° 10-11-B. Apuração de dados estatiticos medicos, odontologicos e fermaceuticos nas organi-zacoes de saúde da MB. Rio de Janeiro: DSM, 1992.
05. --Ministério da Marinha. Escola de Guerra Naval. EGN-215a. Guia para elaboração de teses e monografias. Rio de Janeiro, 1981.
06. --Ministério da Marinha. Escola de Guerra Naval. FI-219. Guia para elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro: EGN, 1981.
07. BRINGEL, Paulo José Perreira. O Sistema de saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1990. Monografia apresentada no C-PEM em 1990.
08. CORDEIRO, José Marcos. A Administração nas ações de saú-de. Rio de Janeiro, EGN, 1994. Monografia apresentada no C-PEM em 1994.

09. MARTINS, Wolney C. Contabilidade, auditoria e perícia na empresa. São Paulo, Atlas, 1973. 280 p.
10. MAUTZ, Robert kuhn, 1915-. Princípios de auditoria; tradução de Hilário Franco. São Paulo, Atlas, 1975.

ESTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO
NA ÚLTIMA DATA CARIMBADA

24 ABR 1997			
19 ABR 2000			
25 MAI 2001			
09 NOV 2002			
10 JUN 2004			



00116290004542
Auditoria medico-hospitalar
8-C-73

Cavalcanti, Herbert Teixeira

AUTOR
Auditoria medico-hospitalar

8-C-73

DEVOLVER NOME LEIT. (4542/97)

19 ABR 2000	cc(md) Edmar
25 MAI 2001	cc Elizabeth ^{c-sup} 2001
09 NOV 2002	MIN SAZECTAS PARA DFCEN) Guilherme
10 JUN 2004	CMG(md)CEBND

MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL
Biblioteca

Cavalcanti, Herbert Teixeira

Auditoria medico-hospitalar

8-C-73

(4542/97)