

# Instituto Nacional de Câncer

## Auditoria Médica

**TELMA RUTH SILVEIRA**

*Coordenadora da Comissão de Auditoria Médica*

**ELVIRA CARVALHO NOVAES**

**LEILA RAMOS VENÂNCIO**

**VANDA D'ACRI SOARES**

*Sanitaristas. Membros da Comissão da Auditoria Médica*

**NILDO AGUIAR**

*Coordenador Regional da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, RJ.*

*Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.*

**UNITERMOS:** Auditoria médica.

### INTRODUÇÃO

A implantação de programas de auditoria médica em hospitais tem surgido da necessidade de se fazer uma revisão sistêmica e objetiva do trabalho profissional da equipe de saúde e da qualidade de assistência médica prestada pela Instituição (1, 2, 3, 4).

A auditoria médica tem como objetivos básicos:

- o conhecimento da produção de serviços;
- o conhecimento da qualidade dos serviços prestados;
- a formulação de sugestões e projetos no sentido de melhorar a prestação de serviços;

- o conhecimento das condições em que se desenvolve o trabalho profissional.

A implantação e desenvolvimento do programa de auditoria médica requer a existência de determinadas condições técnicas e administrativas tais como:

- os serviços oferecidos pelo hospital devem funcionar de forma harmônica, com princípios e métodos comuns, facilitando o acompanhamento e avaliação face à homogeneidade das informações geradas;
- o prontuário é considerado um instrumento de avaliação da assistência

médica prestada pelos profissionais de saúde e para tanto faz-se necessário que os impressos sejam adequadamente preenchidos, de forma clara, legível, objetiva e dispostos ordenadamente, facilitando o acesso às informações nele contidas.

### IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE AUDITORIA MÉDICA NO INCa

O programa de auditoria médica implantado no Instituto Nacional do Câncer, do Rio de Janeiro, a partir de setembro de 1980, tem-se operacionalizado em dois níveis de atividade: um ligado mais diretamente à área de produção de dados estatísticos e outro relacionado ao estudo de questões específicas que se desdobram em pesquisas operacionais.

## 1) DADOS ESTATÍSTICOS

*Indicadores de avaliação* — Como primeira etapa de implantação fez-se necessário definir as informações consideradas de maior importância para avaliação dos serviços, ou seja:

- tempo médio de permanência, global e por clínica;
- taxa de ocupação, global e por clínica;
- taxa de mortalidade global e por clínica;
- taxa de necropsia;
- taxa de infecção hospitalar global e por clínica;
- produção final de serviços: internações, consultas externas, atos cirúrgicos;
- estrutura do movimento cirúrgico: grandes, médias e pequenas cirurgias, global e por clínica;
- produção de serviços complementares de diagnóstico e tratamento;
- movimento do serviço de anestesiologia, segundo o tipo das anestésias realizadas;
- suspensões de cirurgias, motivos;
- índice de patologia maligna;
- produção individual;
- produção do Serviço Social, Nutrição e Psicologia.

### 1.1. Tempo médio de permanência (TMP)

A utilização do TMP como instrumento de auditoria médica permite identificar, com precisão, numerosas ocorrências decorrentes do trabalho da equipe de saúde. Dentre as quais podem ser destacadas as seguintes:

- a) a prática do pré-operatório em regime de internação ao invés de ser feita no ambulatório;

- b) subutilização do Hospital de apoio, para onde devem ser transferidos os pacientes que, pelas suas peculiaridades, não devem permanecer internados neste Instituto;

- c) alteração significativa da estrutura do movimento cirúrgico quanto ao porte das operações realizadas;

- d) postergação de altas por motivos vários, inclusive de ordem social;

- e) aumento da taxa de infecção hospitalar.

### 1.2. Taxa de ocupação

Permite aquilatar em que medida os diversos serviços estão utilizando os leitos disponíveis; a taxa de ocupação ideal varia entre 80 e 85%.

Admite-se que a taxa de ocupação possa se apresentar abaixo dos padrões convencionais na unidade de terapia intensiva, em virtude das grandes oscilações que caracterizam este setor.

Para o cálculo deste indicador, por clínica, são considerados os leitos destinados a cada clínica além daqueles de outras clínicas que sejam eventualmente utilizados por pacientes da clínica em análise.

### 1.3. Taxa de mortalidade

A mortalidade hospitalar está relacionada não apenas com os padrões técnicos, mas por igual, com as características da demanda atendida. Tem-se demonstrado que o número de óbitos depende do volu-

me de cirurgias de grande porte, das intervenções de urgência, do grupo etário dos pacientes internados e das possibilidades de tratamento, entre outros fatores.

### 1.4. Taxa de necropsia

A taxa de necropsia constitui indicador dos padrões técnicos e do interesse científico revelado pelo corpo clínico, tendo grande importância em hospital caracterizado como de ensino e pesquisa.

### 1.5. Produção final de serviços

Produção de serviços complementares de diagnóstico e tratamento.

Movimento do serviço de anestesiologia, segundo o tipo das anestésias realizadas. A partir destas informações pode-se medir a capacidade de produção de serviços prestados, em um determinado período, pelo hospital.

### 1.6. Dinâmica do centro cirúrgico

Com o objetivo de avaliar a dinâmica do centro cirúrgico, foram discriminados os seguintes dados:

#### 1.6.1. Estrutura do movimento cirúrgico.

A observação da estrutura do movimento cirúrgico demonstra que o incremento das intervenções de grande porte acarreta a ampliação do TMP, a redução do número de internações e o aumento da taxa de mortalidade.

#### 1.6.2. Suspensão de cirurgias

Foram analisadas as

operações suspensas discriminadas por clínica e segundo as causas determinantes, no sentido de permitir adotar medidas técnicas ou administrativas que contribuam para a diminuição da frequência deste evento. Por exemplo, no mês de janeiro, 58,9% das suspensões de cirurgia se deveram ao não comparecimento do paciente; em função disso, pode-se sugerir a avaliação das formas de comunicação ao paciente sobre sua cirurgia.

### 1.7. *Produção individual*

Em caráter reservado, serão obtidos os seguintes registros:

- . nº de atos cirúrgicos realizados e auxiliados;
- . nº de anestésias realizadas;
- . nº de consultas ambulatoriais.

Embora não se avalie a qualidade da atenção médica prestada, isto permite conhecer o rendimento do profissional, contribuindo com mais de um elemento para a verificação da eficiência e eficácia dos serviços prestados.

### 1.8. *Índice de patologia maligna*

Este dado permitirá avaliar a ocorrência de patologia maligna em relação aos pacientes internados.

### 1.9. *Taxa de infecção hospitalar, global e por clínica*

A análise permanente das taxas de infecção hospitalar, bem como dos demais indicadores vinculados, constitui uma ação de vigi-

lância epidemiológica, cujo objetivo fundamental é a avaliação dos riscos de adquirir infecções na Instituição (5).

Para composição desses indicadores, a auditoria médica deverá contar com as seguintes informações, discriminadas por clínica.

- a) número de internações;
- b) número de altas;
- c) número de óbitos;
- d) número de pacientes/dia;
- e) número de leitos/dia;
- f) número de cirurgias realizadas, segundo porte;
- g) número de cirurgias programadas e suspensas;
- h) número de anestésias, segundo tipo;
- i) número de consultas externas (primeira vez e controle);
- j) número de consultas, cirurgias e anestésias, por médico;
- l) número de serviços complementares de diagnóstico e tratamento;
- m) número de casos de patologia maligna internada;
- n) número de necropsias realizadas.

## 2) PESQUISAS SETORIAIS

Através de estudos específicos é possível avaliar de maneira mais detalhada determinadas situações percebidas através do levantamento estatístico mensal ou da ficha cadastral de pacientes internados. Esta ficha contém os principais dados, relativos ao paciente e à sua estada no hospital, tais como diag-

nóstico, modalidades de tratamento, tempo de permanência, caráter de internação etc.

O primeiro destes estudos específicos foi a avaliação do programa de diagnóstico precoce com o objetivo de conhecer sua eficiência e eficácia quanto ao principal propósito — quantificar os casos de câncer detectados, bem como avaliar o grau de cumprimento das rotinas estabelecidas. Os resultados dessa pesquisa permitiram à direção do INCa se posicionar frente ao programa, redimensionando seu campo de ação. Anexo 1

## 3) FONTES DE INFORMAÇÃO

Podem-se destacar quatro fontes consideradas básicas para o desenvolvimento do sistema de avaliação da auditoria médica, a saber:

### 3.1. *Censo diário*

Através desse dado torna-se possível conhecer a capacidade operacional do hospital, a taxa de ocupação, o tempo médio de permanência e a taxa de mortalidade global e específica.

### 3.2. *Centro cirúrgico*

O mapa diário de programação cirúrgica constitui um instrumento básico de análise do movimento cirúrgico da unidade, onde está registrado o nome dos pacientes que serão operados; procedência; tipo da operação e da anestesia; nome do cirurgião, auxiliares e anestesistas; sala e horário da cirurgia.

### 3.3. *Relatórios dos serviços*

Os serviços devem

enviar mensalmente os relatórios do movimento ocorrido. Estes relatórios devem ser padronizados de forma que haja homogeneidade dos dados manuseados.

### 3.4. *Prontuário*

A partir da análise dos dados constantes no prontuário médico, pode-se avaliar, fundamentalmente, de forma qualitativa, o desempenho técnico da equipe de saúde. Uma vez cumprida esta primeira etapa, será possível alcançar um segundo estágio da auditoria médica, este essencialmente voltado para a avaliação da qualidade do atendimento realizado. Buscar-se-á analisar o diagnóstico firmado, a conduta terapêutica

instituída, e os resultados finais obtidos. Para a consecução deste objetivo será indispensável a participação de membros do corpo clínico, garantindo-se dessa forma o aperfeiçoamento da prática médica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

São inegáveis os efeitos da auditoria médica no desenvolvimento de um hospital. No caso específico do Instituto Nacional do Câncer, este programa tem possibilitado um diagnóstico permanente das atividades desenvolvidas. Isto torna-se importante à medida que vêm ocorrendo mudanças técnico-administrativas (gestão) que exigem uma avaliação imediata, no sentido de garantir o cumprimento dos objetivos das instituições envolvidas no processo.

Com esta linha de atividades pretende-se conferir à auditoria médica uma atuação dinâmica, não apenas junto à administração, como também junto às Comissões instituídas (por exemplo, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e ao corpo clínico do INCA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, NILDO e col. — Indicadores Nosológicos de Produtividade Hospitalar — Nota Prévia. *Revista "Brasil Médico"* — vol. 85, nº 2, abril, maio, junho, 1971.
2. AGUIAR, NILDO — Auditoria: aliada ou inimiga do médico? — *Médico Moderno*, nº 7, junho/julho, 1975.
3. AGUIAR, NILDO — A Importância da Auditoria Médica — *Revista Brasileira de Medicina* — vol. 32, nº 5, maio, 1975.
4. MELLO, CARLOS GENTILE e col. — O exercício da Auditoria Médica — *Revista Paulista de Hospitais*, vol. XX, nº 6, junho, 1972.
5. ZANON, URIEL e cols. — Diretrizes para Organização e Implantação de uma Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. *Revista Paulista de Hospitais*, vol. XXVII, nº 4, abril, 1979.