

Curso .C-PEM/93.....

Partido-

Solução do P-III-7 (Mo) - MONOGRAFIA

Apresentada por

.....SÍLVIO FERREIRA DE ALMEIDA.....

.....CAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA(MD).....

NOME E POSTO



Almeida, Sílvia Ferreira de
Estudo Integrado do Desempenho
das Organizações Militares
Hospitalares EGN, 1993.

Sílvio Ferreira de Almeida,
Monografia: C-PEM, 1993

ESTUDO INTEGRADO DO DESEMPENHO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

3. A Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar (AMH),
I. Brasil, Escola de Guerra Naval, II, Título:

DAS ORGANIZAÇÕES MILITARES HOSPITALARES

EXTRATO

O desempenho técnico-administrativo das OMH é estudado
com ênfase para os seguintes aspectos:

- a importância e o mérito das OMH e parâmetros de

SÍLVIO FERREIRA DE ALMEIDA

Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)

qualidade, quantidade e produtividade;

- a correlação de alguns indicadores de produtividade e

com o custo operacional das OMH e com a arrecadação das
OMH.

Seguem-se algumas sugestões destinadas a
desempenho técnico-administrativo das OMH.



MINISTÉRIO DA MARINHA

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

A: 23954

E: 101971

MM - EGN
BIBLIOTECA
21/03/94
Nº 3591

GN-00010564-9

ESTUDO INTEGRADO DO DESEMPENHO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

DAS ORGANIZAÇÕES MILITARES HOSPITALARES

SILVIO FERREIRA DE ALMEIDA
Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)



MINISTÉRIO DA MARINHA

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

1993

Almeida, Sílvia Ferreira de
Estudo Integrado do Desempenho Técnico-Administrativo
das Organizações Militares Hospitalares (OMH). - Rio de
Janeiro: EGN, 1993.

51 fl.

Bibliografia.

Monografia: C-PEM, 1993

1. OMH. 2. As Indenizações Médico-Hospitalares (IMH).
 3. A Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar (AMH).
 1. Brasil. Escola de Guerra Naval. II. Título.
-

EXTRATO

O desempenho técnico-administrativo das OMH é estudado com ênfase para os seguintes aspectos:

- a importância e o mérito das IMH e perspectivas de sua otimização para o gerenciamento financeiro das OMH;
- a qualidade da AMH e seus principais indicadores de qualidade, quantidade e produtividade;
- a correlação de alguns indicadores de produtividade com o custo operacional das OMH e com a arrecadação das IMH.

Seguem-se algumas sugestões destinadas a melhorar o desempenho técnico-administrativo das OMH.

TEMA: ESTUDO INTEGRADO DO DESEMPENHO TÉCNICO ADMINISTRATIVO DAS ORGANIZAÇÕES MILITARES HOSPITALARES (OMH)

Tópicos a abordar: Importância das Indenizações Médico-Hospitalares (IMH) para o gerenciamento financeiro das OMH;

CAPÍTULO 1 - ORGANIZAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES

CAPÍTULO 2 - AS INDENIZAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES

A importância das IMH;

Análise do mérito das IMH e perspectivas de sua otimização;

CAPÍTULO 3 - A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

Fatores para uma boa qualidade da AMH;

Importância da assistência médico-hospitalar (AMH);

Acções para melhorar a qualidade do paciente;

Motivos que levam ao interesse pela qualidade;

Aspectos da qualidade;

Custo da qualidade;

Ciclo de qualidade;

Prontuário médico e auditoria hospitalar;

Linhas de qualidade;

Proposição: Estudar o desempenho técnico-administrativo das OMH.

CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

ANEXO A - RELAÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES HOSPITALARES, A-1

ANEXO B - PRODUTIVIDADE DAS OMH

BIBLIOGRAFIA

Abordar a importância e o mérito das IMH e perspectivas de sua otimização para o gerenciamento financeiro das OMH.

Apreciar a qualidade da AMH e seus principais indicadores da qualidade, quantidade e produtividade.

Correlacionar alguns indicadores de produtividade com o custo operacional das OMH e com a arrecadação das IMH.

Apresentar sugestões para melhorar o desempenho técnico-administrativo das OMH.

ÍNDICE

| | |
|--|-------------|
| As atividades de saúde da Marinha são organizadas em FOLHA | |
| Introdução do Serviço de Saúde da Marinha (SSM) com a Direção Superior | IV |
| CAPÍTULO 1 - ORGANIZAÇÕES MILITARES HOSPITALARES | 1 |
| CAPÍTULO 2 - AS INDENIZAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES | 6 |
| A importância das IMH | 9 |
| O mérito das IMH e perspectivas de sua otimização | 12 |
| Desvantagens das IMH | 15 |
| CAPÍTULO 3 - A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR | 18 |
| Fatores para uma boa qualidade da AMH | 18 |
| Importância da educação na qualidade da AMH | 20 |
| Ações para melhorar a opinião do paciente sobre o hospital | 23 |
| Motivos que levam ao interesse pela qualidade | 25 |
| Aspectos do conceito de qualidade | 25 |
| Custo da má qualidade | 26 |
| Ciclo de melhoria da qualidade | 27 |
| Prontuário médico e auditoria hospitalar | 28 |
| Linhas de ação para um programa de melhoria da qualidade | 30 |
| O SSM é composto de três subsistemas: Pericial, de Medicina Operativa e Assistencial. Em face do que se pretende desenvolver | 45 |
| CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES | 45 |
| ANEXO A - RELAÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES HOSPITALARES | A-1 |
| ANEXO B - PRODUTIVIDADE DAS OMH | A-5 |
| BIBLIOGRAFIA | A-32 |

INTRODUÇÃO

As atividades de saúde na Marinha são organizadas através do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), com a Direção Superior de um Órgão Central, Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM). Essas atividades são sujeitas ao planejamento, organização, coordenação e controle de um órgão de Direção, Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), quando executadas pelas Organizações diretamente subordinadas. Quando desenvolvidas pelas Organizações não diretamente subordinadas, integradas nas demais estruturas organizacionais da Marinha, são sujeitas à supervisão funcional da DSM. É o caso, por exemplo, dos Departamentos e Divisões de Saúde dos Navios e de Organizações Militares (OM) de terra. Para atender as suas atividades-fim, o SSM é composto de três subsistemas: Pericial, de Medicina Operativa e Assistencial. Em face do que se pretende desenvolver neste trabalho, necessário se faz tecer algumas breves considerações sobre o Subsistema Assistencial. O Subsistema Assistencial é o responsável pela prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos usuários do SSM, a qual se faz de forma regional, hierarquizada, integrada e em consonância com as "Normas para prestação da AMH pela Marinha", aprovadas pela Portaria Ministerial nº 0576, de 18 de novembro de 1992. Esta Portaria adota a seguinte conceituação para AMH: "é o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo os serviços profissionais médicos, odontológicos e farmacêuticos, o

fornecimento e a aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários". especializado

O SSM presta a AMH de forma hierarquizada, segundo três níveis de ordenação dos serviços: primário, secundário e terciário. A hierarquização em três níveis, em ordem crescente de complexidade, possibilita que se alcance uma regionalização eficaz, a qual aliada à integração dos referidos níveis, facilita o acesso dos usuários ao Sistema. de Marinha.

No nível primário são oferecidos serviços básicos, essencialmente ambulatoriais, onde são atendidas cerca de 70% das doenças prevalentes e que correspondem às nosologias mais freqüentes. Isso contribui para reduzir a demanda de pacientes aos hospitais, através da implementação do atendimento em unidades locais de Medicina Preventiva, situadas em áreas mais próximas dos usuários. O nível primário tem as seguintes características básicas: assistência médico-odontológica básica e inicial nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia, Profilaxia da Cárie Dentária, Dentisteria e Cirurgia Odontológica Elementar. As Unidades Executantes ou Órgãos Técnicos de Execução neste nível são: Ambulatórios Periféricos, Departamentos/Divisões de Saúde das OM e Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM) do SSM. Estas últimas são qualquer OM da MB responsável pela administração da prestação da AMH em sua respectiva área de abrangência, detentora de crédito em projeto específico do Plano de Ação.ário, porém somente em casos excepcionais e

No nível secundário são atendidas cerca de 20% das enfermidades, as quais correspondem àquelas patologias que

exigem um atendimento mais elaborado, porém não tecnicamente complexo. Neste nível há necessidade de pessoal especializado e/ou internação em hospital para um adequado atendimento. Suas características básicas são: assistência médico-odontológica que englobe tratamento com recursos tecnológicos especializados, com ou sem hospitalização. As Unidades Executantes neste nível são: Hospitais Distritais, Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória e Odontoclínica Central da Marinha. No nível terciário o atendimento é efetuado em hospitais de referência. Neste nível são atendidas cerca de 10% das enfermidades, as quais correspondem àquelas patologias que necessitam de equipamentos sofisticados, pessoal altamente especializado e tratamento de elevada complexidade, em regime de internação. O hospital de referência está preparado para receber pacientes oriundos de todo o SSM. Suas características básicas são: hospitalização e tratamento especializado com recursos tecnológicos sofisticados. As Unidades Executantes neste nível são: Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e Hospital das Forças Armadas (HFA). O HNMD é o hospital de referência do SSM. Dessa forma, como norma geral, os pacientes que necessitem de cuidados de saúde em nível terciário, dentro ou fora da área do 1º Distrito Naval, devem ser removidos ou evacuados para o HNMD. Na área do Comando Naval de Brasília, o HFA pode ser considerado como hospital de referência. Os Hospitais Navais Distritais e as OMFM podem prestar AMH em nível terciário, porém somente em casos excepcionais e com autorização da DSM, pois não se destinam a isso. Nesses casos necessitam estar apoiados em recursos de acordos admi-

nistrativos.

CAPÍTULO 1

Os aspectos mencionados são básicos para o desenvolvimento do presente trabalho, que está dividido em duas partes, compreendendo quatro capítulos. A primeira parte, com dois capítulos trata das OMH e das IMH. São abordadas a importância e o mérito dessas indenizações e perspectivas de sua otimização para o gerenciamento financeiro das OMH. A segunda parte, constituída de dois capítulos, compreende a apreciação da qualidade da AMH e seus indicadores de qualidade, quantidade e produtividade, procurando correlacionar alguns deles com o custo operacional das OMH e com a arrecadação das IMH. Seguem-se algumas sugestões para melhorar o desempenho técnico-administrativo das OMH. Em documento anexo a este trabalho, é feita uma apreciação da produtividade das OMH no período 1991/1992, compreendendo: movimento ambulatorial e de internação, indicadores hospitalares, cirurgias, partos, serviços complementares e custos, das odontológicas e afins para atendimento dos usuários. Nestes dados efetua-se diretamente àqueles o pagamento das despesas correspondentes. Cada serviço prestado, em princípio, tem como valor máximo o constante de tabelas de serviços médicos, hospitalares, odontológicas e afins da MB, publicada pela DSM. Os acordos administrativos são firmados visando a complementar e/ou suprir os serviços não existentes ou insuficientes na Rede Hospitalar e Ambulatorial do SSM. O encaminhamento dos usuários aos órgãos de Saúde Extra-Municipal (OSE) é feito através de guia de apresentação da OMH, recebidas os casos de urgência. É importante registrar que o valor máximo de cada

serviço estabelecido na CAPÍTULO 1 anteriormente mencionada, geralmente não é aceito pelas DSM, sendo os acordos normalmente firmados com ORGANIZAÇÕES MILITARES HOSPITALARES Brasileira.

As OM localizadas em áreas onde existem OMH, que recebem a estrutura do SSM, compreende entre outros órgãos, os chamados órgãos Técnicos de Execução da AMH ou Unidades Executantes, que são os responsáveis pelo exercício das atividades técnicas de saúde. Podem se constituir numa OM ou apenas em parte integrante de uma OM (Departamento, Divisão, Seção e/ou Serviço) e devem ser estruturados para dispensar atendimento preferencial aos militares da ativa e atendimento de caráter subsidiário aos demais usuários. Entre esses órgãos, abordaremos neste trabalho as OMH, que recebem recursos do Plano Básico (PB) Hotel, com a finalidade de administrar a prestação da AMH, em sua respectiva área de abrangência. Assim, As OMH podem manter acordos administrativos com entidades prestadoras de serviços médicos hospitalares, odontológicos e afins para atendimento dos usuários. Nestes casos efetuam diretamente àquelas o pagamento das despesas correspondentes. Cada serviço prestado, em princípio, tem como valor máximo o constante da tabela de serviços médicos, hospitalares, odontológicos e afins da MB, publicada pela DSM. Os acordos administrativos são firmados visando a complementar e/ou suplementar os serviços não existentes ou insuficientes na Rede Hospitalar e Ambulatorial do SSM. O encaminhamento dos usuários aos órgãos de Saúde Extra-Marinha (OSE) é feito através de guia de apresentação da OMH, ressalvados os casos de urgência. É importante registrar que o valor máximo de cada

serviço estabelecido na tabela anteriormente mencionada, geralmente não é aceito pelas OSE, sendo os acordos normalmente firmados com base na tabela da Associação Médica Brasileira.

As OM localizadas em áreas onde inexitem OMH, que recebem recursos do PB Hotel com a finalidade de administrar a prestação da AMH, em sua respectiva área de abrangência, são denominadas OMFM. As OMFM possuidoras de Departamentos, Divisões, Seções e/ou Serviços de Saúde, encontram-se sob a supervisão funcional da DSM, em suas respectivas áreas. São,

As OMH do SSM são as seguintes:

a) Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) - diretamente subordinado à DSM, presta assistência médica em nível terciário. Executa, ainda, a formação e o aperfeiçoamento dos recursos humanos de saúde, englobados dentro do Subsistema Logístico do SSM, através da sua Escola de Saúde (Departamento de Ensino).

O Hospital Central da Marinha (HCM), a Odontoclínica Central da Marinha (OCM), o Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM), a Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG) e a Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), são OM do SSM localizadas na área do 1º DN e subordinadas a DSM (SDSM), não estando classificadas como OMH ou OMFM, de acordo com o contido na Doucomarinst Nº 10-14-A.

b) Sanatório Naval de Nova Friburgo (SNNF) - diretamente subordinado ao Comando do 1º DN, sob a supervisão funcional da DSM, atuava como um estabelecimento hospitalar atípico, dedicado ao atendimento fisiológico e atividades de lazer e repouso, prestando, ainda, AMH em nível primário e executando

parcela do Subsistema Pericial através da Junta de Saúde subordinada. Atualmente, o SNNF está com suas atividades de saúde praticamente reduzidas ao atendimento ambulatorial (AMH em nível primário) e à perícia médica.

c) Hospitais Distritais - diretamente subordinados aos respectivos Comandos de Distritos Navais e ao Comando Naval de Brasília, sob a supervisão funcional da DSM, são os responsáveis pela AMH, nos níveis primário e secundário, através de suas Clínicas e Serviços, em suas respectivas áreas. São, ainda, os responsáveis pela implantação e execução da Medicina Operativa e pela execução de parcela do Subsistema Pericial, através das respectivas Juntas de Saúde subordinadas. Os Hospitais Distritais são os seguintes:

- Hospital Naval de Salvador (HNSa) - OMH na área do 2º DN;
- Hospital Naval de Natal (HNNa) - OMH na área do 3º DN, em Natal;
- Hospital Naval de Recife (HNRe) - OMH na área do 3º DN, em Recife;
- Hospital Naval de Belém (HNBe) - OMH na área do 4º DN;
- Hospital Naval de Ladário (HNLa) - OMH na área do 6º DN; e
- Hospital Naval de Brasília (HNBra) - OMH na área do Comando Naval de Brasília.

Como exemplos de OMFM temos: Capitania dos Portos dos Estados de Minas Gerais, São Paulo, Sergipe, Paraíba, Alagoas, Piauí, Santa Catarina e Paraná; Escolas de Aprendizes-Marinheiros do Espírito Santo, Ceará e Santa Catarina; Comissão Naval de São Paulo, CNBW, CNBE, etc.

As OMH e OMFM são as responsáveis pelos casos de atendi-

mento de urgência em OSE dos usuários em trânsito na sua área de abrangência, de acordo com o preconizado em Doucomarinst específica. As áreas de abrangência das OMH e OMFM, para atendimento aos usuários do SSM, são definidas pela DSM.

Para a prestação da AMH aos seus usuários, o SSM conta com os recursos financeiros oriundos de (Portaria nº 0576/92 do MM):

- dotações orçamentárias da Marinha, consignadas no Orçamento da União (Tesouro);
- (F.P.) - receita do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA);
- receitas provenientes de acordos administrativos;
- receitas resultantes das Indenizações Médico-Hospitalares (IMH); e
- outras fontes 7

Os recursos financeiros para aplicação pelas OM do SSM são dotados no Plano de Ação, quando da distribuição inicial do exercício, podendo sofrer alterações posteriores. As OM do SSM são obrigadas a cumprir o que determina o Calendário de Trabalho do Plano Diretor (CTPD), apresentando subsídios a revisão do PB Hotel para montagem do PA do exercício seguinte. Por ocasião da elaboração dos subsídios ao PA, as OM executantes do PB Hotel são informadas pelo Relator (DSM), das diretivas a serem seguidas e modo padronizado de apresentação das necessidades. São os seguintes os principais projetos que compõem o PB Hotel, cujas necessidades são apresentadas pelas OMH à DSM, no mês de janeiro de cada ano:

- Projeto H-01-2034 - Assistência Médica Apoiada pelas OMH - Contratação de Serviços Médicos de Terceiros: visa a comple-

mentar e/ou suplementar os serviços não existentes ou insuficientes na Rede Hospitalar e Ambulatorial do SSM;

- Projeto H-01-8052 - Projeto de Atividade Padronizada (PAP): destina-se ao atendimento das despesas com as atividades de manutenção das OMH e excepcionalmente das OMFM;

- Projeto H-01-4052 - Projeto Homólogo - Atividade Padronizada: destina-se ao atendimento das necessidades, de caráter eventual, relacionadas com o funcionamento das OMH, que não devem ser custeadas pelo PAP para evitar distorções em seu comportamento financeiro;

- Projeto H-05-2030 - Abastecimento de Material de Consumo de Saúde: destina-se ao atendimento das necessidades de material de consumo de saúde, inclusive dos setores de pronto atendimento ou urgências e enfermarias das OMFM e OMH. As OM executantes deste Projeto fazem a determinação das necessidades futuras, utilizando os quantitativos desses materiais consumidos em exercícios anteriores. Os processos licitatórios devem ser providenciados em tempo hábil, com o máximo de rapidez, a fim de aproveitar os melhores preços;

- Projeto H-05-2051 - Aquisição de Equipamentos e Material Permanente de Saúde (Fases 01 e 02, respectivamente): destina-se à substituição dos itens que apresentam reparo e manutenção anti-econômica, bem como equipamentos obsoletos. Exige um adequado planejamento.

CAPÍTULO 2

AS INDENIZAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES (IMH)

A cobrança de IMH pelas Organizações de Saúde da Marinha (OSM), obedecem a procedimentos uniformizados. Os atos médicos, paramédicos ou de outra natureza, que demandem dispêndios são passíveis de indenização. Os atos indenizáveis, em princípio, são os constantes da Tabela de Indenizações do Estado-Maior das Forças Armadas (EMFA) e da tabela complementar publicada pela DSM, que contém os atos indenizáveis não previstos na tabela do EMFA. As tabelas do EMFA e da DSM divulgam os valores desses atos indenizáveis em Unidade de Serviços Médicos (USM), calculada tendo como referência o soldo de Capitão-de-Mar-e-Guerra. Os atos indenizáveis, não previstos nas tabelas do EMFA e da DSM, devem ser indenizados pelo justo valor do material fornecido, consumido ou aplicado no serviço prestado. Os usuários do SSM, portanto, estão sujeitos ao pagamento das indenizações devidas pela AMH que lhes for prestada. Os usuários que são beneficiários do FUSMA estão sujeitos ao pagamento de 20% das indenizações devidas; os usuários não beneficiários estão sujeitos ao pagamento de 100%; e os usuários especiais estão isentos de qualquer indenização, exclusivamente para si. Estas 3 categorias de usuários estão definidas na Portaria nº 0576/92, do MM. Nos casos de urgência, as OMH ou OMFM providenciam o encaminhamento do valor a ser indenizado à OM pagadora do usuário ou de seu responsável, a qual adota as medidas necessárias para im-

plantar o desconto no bilhete de pagamento (BP) do interessado, de acordo com a sistemática vigente e observando os percentuais estabelecidos. Nestes casos, as OMH ou OMFM devem ser informadas da ocorrência pelos familiares do paciente ou pela OM onde servir o usuário ou responsável, no prazo de até 24 horas após a internação. O HNMD na condição de OMH, é o responsável pelo gerenciamento dos casos de atendimento de urgência em OSE, na área do 1º DN.

As despesas inferiores a 20% do soldo do militar responsável, do vencimento base do servidor civil ou da pensão militar, são pagas em uma única parcela, através da implantação do desconto em bilhete de pagamento. Os descontos superiores a 20% podem ser parcelados devendo-se, para isso, observar o cálculo da margem consignável (ou limites de desconto). Os limites para desconto são periodicamente divulgados e variam de acordo com o posto ou graduação do militar ou nível de equiparação do servidor civil.

Ocorrendo o falecimento do contribuinte, fica extinta a dívida decorrente da AMH prestada. As despesas pagas de uma só vez podem ser quitadas em posto de recolhimento, próprio ou bancário, situado na OSM. A cobrança de IMH é efetuada nas OSM, através do preenchimento de uma Guia de Indenização Médico-Hospitalar (GIMH) que deve, obrigatoriamente, ser assinada pelo responsável ou dependente instituído no cadastro de herança, para fins de consignação ou implantação do desconto em BP. A GIMH deve conter os seguintes dados: nome do usuário; nome do responsável (militar, servidor civil contribuinte do FUSMA ou pensionista); matrícula financeira do res-

ponsável (NIP ou NQ do Sistema de Administração de Pessoal - SIAPE, este último para o caso de servidor civil contribuinte do FUSMA); OM pagadora; categoria (militar, servidor civil ativo ou inativo, pensionista); valor do vencimento base ou pensão, no caso de servidor civil ou pensionista; valor total da despesa médico-hospitalar; percentual de indenização; e valor a ser indenizado pelo usuário. Os procedimentos indenizáveis realizados devem constar nas GIMH. Atualmente, os usuários ou responsáveis são obrigados a apresentar o Cartão para Habilitação à Assistência Médica na Marinha (CHASM), a fim de possibilitar o seu atendimento. Este documento, além de identificar o usuário, fornece dados para cálculo do percentual de indenização (se o usuário é beneficiário, não beneficiário ou especial). A apresentação do último BP deve ser feita, sempre que possível, pois é de utilidade para o cotejamento dos dados nele contidos com os do CHASM e para a verificação do valor do vencimento base/pensão de servidor civil ou pensionista.

As IMH referentes a servidores civis contribuintes do FUSMA só podem ser implantadas, através do SIAPE, pelas OM pagadoras e observando os números de matrícula no referido sistema, devendo as OSM anotar as OM pagadoras nas GIMH, a fim de possibilitar o encaminhamento para desconto. A partir de janeiro de 1994, o documento hábil para a assistência médica na MB passará a ser a própria carteira de identidade do usuário, desde que tenha idade igual ou superior a 8 anos. A utilização do CHASM permanecerá apenas para os usuários com idade até 7 anos.

No caso de internação prolongada, os débitos referentes a AMH prestada devem ser encaminhados mensalmente, classificadas como Informante Qualificada (IQ) para parcelas de IMH, fazem

A importância das IMH -> As OMH contam para a arrecadação dos recursos de IMH com a Fonte de Recursos (FR) das Contas Especiais de Receitas Hospitalares, integradas à sistemática do Plano Diretor e vinculadas ao Fundo Naval. Esses recursos são provenientes do recolhimento ao Fundo Naval das indenizações médico-hospitalares. Para isso, as OMH devem cumprir as determinações contidas em normas específicas da Secretaria Geral da Marinha, fazendo a previsão da arrecadação (evento do GTPD) e acompanhando junto à Diretoria de Administração da Marinha (DADM), o saldo dos recolhimentos efetuados. Quando este saldo demonstrar a existência de recursos disponíveis superiores a arrecadação prevista, pode a OM encaminhar expediente à DADM, com cópia para a DSM, solicitando o provisão- namento desses recursos através da apresentação de um Plano de Receita e Aplicação (PRAP) suplementar. Do total de recursos oriundos das IMH recolhidos ao Fundo Naval, 97% retornam as OMH/OMFM e apenas 3% permanecem no citado Fundo. As necessidades extras de recursos, as emergências, as propostas de PRAP e Projetos Homólogos, devem ser apresentadas tão logo sejam identificadas e com todos os dados disponíveis, para uma correta avaliação pelo Relator (DSM). Isso possibilita um planejamento mais adequado das prioridades para o atendimento, são em BP. A DFM emite, então, dois tipos de Relatório. As OMFM e demais DSM que arrecadam recursos oriundos de IMH, efetuam o seu recolhimento ao Fundo Naval, vinculando-os

à Fonte de Recursos (FR) - 525 - Receitas Hospitalares, com provisionamento gerenciado pela DSM. As DSM não classificadas como Informante Qualificado (IQ) para parcelas de IMH, fazem o seu comando através de MAP, utilizando o código OM-508-DSM.

As OMH e OMFM são responsáveis pelo acompanhamento da arrecadação das IMH, através dos relatórios emitidos pela Diretoria de Finanças da Marinha (DFM) e DAdM, cotejando os valores mensais comandados com os informados como efetivamente recolhidos ao Fundo Naval. As OMFM e demais DSM informam mensalmente à DSM os valores de IMH arrecadados, a fim de possibilitar o acompanhamento daqueles informados como efetivamente recolhidos (atualmente, a DSM vem exigindo que as OMH também informem mensalmente os valores arrecadados).

No HNMD, o sistema de arrecadação das IMH está inteiramente informatizado. A PNNSG, também implantou o método informatizado de arrecadação. A grande quantidade de GIMH preenchidas torna, praticamente, inviável a utilização do processo manual. Mediante este processo, as listagens contendo os nomes e NIP dos usuários e respectivos valores a serem descontados, elaboradas pela OMH (atuam como IQ), são encaminhadas, por via postal à DFM. Pelo processo informatizado, as listagens com os valores a serem descontados, já considerado os percentuais de indenização por categoria de usuário, são emitidas por computador. Estas listagens são repassadas para um disquete, que é encaminhado à DFM, onde se processa a implantação em BP. A DFM emite, então, dois tipos de relatórios: um contendo nomes e NIP dos usuários e valores implantados e outro, denominado relatório de inconsistências, que

contém os nome dos usuários e respectivos NIP, não aceitos pelo sistema. Esta rejeição pode ocorrer por vários motivos: NIP incorreto, pagamento suspenso devido a falecimento ou recálculo dos vencimentos, alterações de NIP do servidor, etc. Ambos os relatórios retornam à OM de origem. De posse do valor total arrecadado e efetivamente recolhido em cada mês, a OMH pode prever a arrecadação nos meses subseqüentes e fazer solicitações de recursos através do PRAP.

A identificação de dados incorretos do usuário (nome, NIP, posto ou graduação, etc) é feita na OMH, através de um programa específico introduzido no computador, antes do encaminhamento do disquete à DFM. Porém, apesar desse processo prévio de filtragem, tem sido detectadas incorreções pela DFM, do que resulta a não aceitação de dados incorretos contidos no disquete e a elaboração mensal do relatório de inconsistências. Nesse caso, é fundamental que a OMH efetue um trabalho de recuperação dos valores não efetivamente recolhidos. Para isso, deve ser acessado o cadastro geral de usuários do HNMD, utilizando o nome do usuário ou responsável, de modo a se obter a informação correta (NIP, posto ou graduação, etc). Os dados corretos são novamente introduzidos em disquete e reencaminhados à DFM. O posto ou graduação corretos são importantes em face da questão do limite de desconto para efeito do parcelamento da dívida ou pagamento em parcela única. Todos os aspectos abordados, demonstram a importância das IMH para o gerenciamento financeiro das OMH, uma vez que se tratam de receitas ou recursos financeiros adicionais que, juntamente com recursos de dotações orçamentárias, receitas

do FUSMA e outras fontes, são empregados para a prestação da AMH dos usuários do SSM. Torna-se essencial, portanto, que as OMH tenham uma perfeita organização administrativa nesse importante setor, de modo a possibilitar a manutenção de uma boa arrecadação, através da adoção de procedimentos adequados para esse fim.

O Mérito das Indenizações Médico-Hospitalares e perspectivas de sua otimização

- As IMH representam uma fonte de receita que difere das demais receitas normalmente alocadas às OMH por serem recursos oriundos diretamente dos usuários, em decorrência da AMH que lhes é prestada. Provêm da realização de exames laboratoriais, exames radiológicos, ultrasonografias, exames eletrocardiográficos, cirurgias, tratamentos odontológicos e fisioterápicos, internações, etc. É um tipo de receita de simples obtenção e dotada de flexibilidade administrativa quanto à sua utilização pelas OMH, pois originam-se a partir de um processo do tipo auto-gestão. O mérito das IMH reside no fato de que os pacientes dão maior valor à AMH quando são obrigados a indenizá-la. Em outras palavras, os usuários dão menor valor ao atendimento quando os exames ou procedimentos aos quais se submete não estão sujeitos à indenização. Por outro lado, as IMH têm, também, um conteúdo social, tendo em vista que os usuários que mais utilizam as facilidades oferecidas pelo SSM, contribuem com um maior volume de recursos. Faz justiça, assim, aos usuários que menos utilizam os serviços das OMH ou ambulatórios da MB. Em resumo, a arrecadação proveniente das IMH é uma fonte de receita adi-

cional para o gerenciamento financeiro das OMH, com aplicação nas áreas técnicas e administrativas. Para a otimização das IMH, várias medidas necessitam ser adotadas:

a) adequado adestramento de todo o pessoal envolvido para um correto preenchimento das GIMH. Nenhum dado pode ser omitido, sob pena de reverter em prejuízos para a arrecadação. Os dados mais usualmente preenchidos com incorreção nas guias são o NIP, o posto ou graduação do responsável. As GIMH devem conter o nome do militar ou funcionário civil que as preencher, com a finalidade de facilitar a identificação do setor onde ocorreu a omissão. Para evitar essas omissões, deve-se desenvolver um permanente trabalho de conscientização de todo o pessoal envolvido;

b) menor número de pessoas envolvidas com o preenchimento das guias. O ideal seria um setor centralizado ou, pelo menos, que cada clínica, seção, serviço ou mesmo área da OMH, dispusesse de um setor específico, com um número estritamente necessário e suficiente de pessoas devidamente preparadas para esse fim. Na prática, observa-se, com frequência, que as guias são preenchidas em cada setor por médicos, dentistas, praças das áreas de enfermagem e laboratório, funcionários civis, etc. A adoção de providências adequadas, no entanto, esbarra na crônica insuficiência de pessoal administrativo;

c) implantação do cadastro geral de usuários do SSM, informatizado e integrado entre cada OMH, a Diretoria de Pessoal Militar da Marinha (DPMM), a DFM e a DSM. Atualmente, entre as OMH, apenas o HNMD possui um cadastro de usuários informati-

zado. Este cadastro, porém, por não estar integrado ao cadastro das referidas Diretorias Especializadas, não satisfaz inteiramente. A PNNSG, por exemplo, para identificar falhas apontadas no relatório de inconsistências emitido pela DFM, acessa o cadastro de usuários do HNMD, com resultados parcialmente satisfatórios. Do total arrecadado mensalmente pela PNNSG, o relatório emitido pela DFM aponta para uma não assimilação pelo sistema de uma arrecadação que, em abril/93, girava em torno de CR\$ 10.000.000,00. Deste total, através de medidas de busca, basicamente acessando o cadastro de usuários do HNMD, a PNNSG conseguia recuperar, naquela ocasião, cerca de CR\$ 4.000.000,00, ficando com um prejuízo mensal em torno de CR\$ 6.000.000,00. O exemplo da PNNSG demonstra, portanto, a necessidade urgente da integração do cadastro geral de usuários, o que depende de medidas a serem adotadas pela DPMM, DFM e DSM. Na minha opinião, esta integração deve ser iniciada na área do Grande Rio, com a participação do HNMD, da PNNSG e do HCM.

O sistema de microfichas, atualmente adotado, não tem sido adequado para resolver o problema. Essas microfichas, contendo os nomes dos usuários em ordem alfabética e os NIP em ordem crescente, são distribuídas as OMH pela DPMM a cada quinze dias. Apesar de implicar em menores custos, as microfichas não têm, no entanto, apresentado os resultados que seriam de se esperar. A obtenção da leitura por este processo é lenta, o que exige um maior número de aparelhos (leitoras) e de pessoas envolvidas. Na prática, a crônica insuficiência de funcionários comparada à grande quantidade de situações que

exigem consultas nas microfichas (dúvidas quanto a NIP, nomes, postos ou graduações, dependentes, etc.), restringem bastante o emprego desse sistema;

d) informatização e integração de todo o processo de arrecadação das IMH, com aquisição de microcomputadores para todas as OMH, a ser feita de forma gradual, em face da atual escassez de recursos.

Desvantagens das IMH - Basicamente são as seguintes:

- envolvimento para o seu preenchimento de bom número de funcionários militares e/ou civis, inclusive de nível superior (médicos, dentistas, fisioterapeutas, etc). Isso acarreta prejuízos as atividades técnicas desses profissionais, em face da perda de tempo, motivada pelo desvio de suas funções específicas. Em última análise, prejudica o atendimento de outros usuários e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados;
- custos elevados para implantação e manutenção do sistema de arrecadação (custos de computadores, pessoal, etc.);
- as listagens referentes as IMH somente são elaboradas no início do mês seguinte ao preenchimento das GIMH. A DFM por sua vez, somente efetua a implantação dos descontos em BP no mês seguinte ao recebimento das listagens. Dessa forma, os recursos somente retornam à OM de origem com defasagem de 2 meses, sem juros e sem correção monetária. Os prejuízos são evidentes em um país como o nosso, que convive com altos índices inflacionários.

Quanto às necessidades de material de consumo de saúde, é

necessário no meu entender: passariam a dar menor valor ao

a) que as OMH façam rigorosa previsão da arrecadação, quando da solicitação de recursos do PRAP para o ano seguinte;

b) que seja efetuada licitação de todo o material de consumo de saúde necessário para 12 meses (com base nas séries históricas), logo no início do ano (incluindo os equipamentos e materiais permanentes previamente autorizados pela DSM quando da revisão do PA);

c) que seja efetuada a alocação integral dos recursos necessários para aquisição desses materiais, em tempo hábil, de modo a possibilitar que as OMH completem os seus estoques.

Em face das desvantagens apontadas com relação ao sistema de arrecadação das IMH, julgo necessária a adoção de uma outra linha de ação: aumentar o desconto do FUSMA dos atuais 3% para 5 ou 6%, com eliminação simultânea de toda a sistemática de arrecadação através das IMH. Isso implicaria em importante economia de recursos humanos e financeiros. A aquisição de computadores, impressoras, etc., materiais cujos custos são elevados, tornar-se-ia desnecessária.

Em 1992, os recursos do SSM foram consumidos de acordo com os seguintes percentuais (dados fornecidos pela DSM): FUSMA 49,66%; PRAP das OMH 3,98%; PRAP das UC 0,92%; Fundo Naval 7,52%; Fator de Custo 22,41% e Tesouro Nacional 15,51% (total 100%). Verifica-se, nitidamente, que os recursos consumidos através do PRAP são muito pequenos (insignificantes no que se refere às OMFM). Um aumento de desconto do FUSMA para 5 ou 6%, portanto, tornaria desnecessária a arrecadação das IMH. Os que se opõem a esta linha de ação, no entanto,

sustentam que os usuários passariam a dar menor valor ao atendimento com a eliminação da cobrança das IMH.

A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

Em medicina, a qualidade sempre foi um requisito básico. É plenamente reconhecido que poucas atividades humanas modernas são capazes de alcançar tão bons resultados quanto a assistência médico-hospitalar. Uma equipe cirúrgica de alto nível, caracteriza-se pela eficiência, coordenação, treinamento e compreensão dos seus membros, todos trabalhando em perfeita harmonia para a obtenção de um resultado final desejado. A restauração da saúde do paciente é um dos mais evidentes resultados de alta qualidade de assistência médica prestada. Os métodos de controle de qualidade de AMH são, no entanto, ainda bastante desconhecidos nos meios hospitalares brasileiros. Os Hospitais Reais não fogem a este regra.

Fatores para uma boa qualidade de AMH - Na prática médica, qualidade é bom atendimento, é o cliente satisfeito. Diversos fatores condicionam uma boa qualidade de AMH. Entre esses fatores podemos citar:

- atendimento de bom nível ao paciente, por médico qualificado, com acompanhamento constante, com diagnóstico certo e terapêutica adequada;
- execução com perfeição dos atos de anestesia e cirurgia;
- ausência de imperícia, imprudência e negligência;
- atendimento do paciente em ambiente amplo, limpo, ventilado, iluminado, agradável, dotado de infraestrutura adequada.

emprego pelo corpo clínico de equipamento mais moderno, mais para a QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, isto com métodos menos invasivos, ou quando imprescindível e utilizado.

Em medicina, a qualidade sempre foi um requisito básico. É plenamente reconhecido que poucas atividades humanas modernas são capazes de alcançar tão bons resultados quanto a assistência médico-hospitalar. Uma equipe cirúrgica de alto nível, caracteriza-se pela eficiência, coordenação, treinamento e compreensão dos seus membros, todos trabalhando em perfeita harmonia para a obtenção de um resultado final desejado. A restauração da saúde do paciente é um dos mais evidentes resultados da alta qualidade da assistência médica prestada. Os métodos de controle de qualidade da AMH são, no entanto, ainda bastante desconhecidos nos meios hospitalares brasileiros. Os Hospitais Navais não fogem a esta regra. O para o bem-estar do paciente.

Fatores para uma boa qualidade da AMH - Na prática médica, qualidade é bom atendimento, é cliente satisfeito. Diversos fatores condicionam uma boa qualidade de AMH. Entre esses fatores podemos citar:

- atendimento de bom nível ao paciente, por médico qualificado, com acompanhamento constante, com diagnóstico certo e terapêutica adequada;
- execução com perícia dos atos de anestesia e cirurgia;
- ausência de imperícia, imprudência e negligência;
- atendimento do paciente em ambiente amplo, limpo, ventilado, iluminado, agradável, dotado de infraestrutura ade-

adequada em termos de conforto; querem saber de suas doenças;

- emprego pelo corpo clínico do equipamento mais moderno, mais preciso, que permita fazer os diagnósticos certos com métodos menos invasivos, ou quando imprescindível a utilização de técnicas invasivas, que se processe com o menor risco possível para o paciente;
- emprego pelo pessoal técnico e de enfermagem de material adequado, moderno, eficiente e de fácil manejo, de modo a evitar traumas, complicações, infecções desnecessárias;
- existência de médicos em quantidades suficientes nas várias especialidades, atualizados, treinados e trabalhando em equipe, consultando colegas sempre que haja necessidade de uma segunda opinião, sem que isso implique em custos para o paciente;
- manutenção de pessoal paramédico constantemente treinado, em número suficiente, trabalhando em conjunto para o bem estar do paciente;
- manutenção de uma administração eficiente, honesta, com regras claras de ação, que informe periodicamente ao paciente suas despesas, bem como a melhor solução para as suas dificuldades;
- manutenção de uma equipe coesa e permanentemente voltada para resolver os problemas e necessidades do paciente;
- oferecimento do máximo de atenção e educação em relação ao paciente, desde a recepção até a alta.

Na prática, os pacientes desejam receber tratamento diferenciado, querem ser chamados pelo nome, solicitam atenção particular para os seus problemas, como se eles fossem os

únicos pacientes do hospital, querem saber de suas doenças, receber explicações do que vão fazer com eles, enfim querem discutir os resultados de suas cirurgias e de seus tratamentos. É necessário que o médico tenha uma sensibilidade apurada, no sentido de adotar uma maneira adequada de comunicação com o paciente. Riscos e dificuldades devem ser discutidos num clima de entendimento com o paciente estabelecendo, como consequência, uma atmosfera de confiança em relação ao profissional médico.

Um paciente ao entrar no hospital, em decorrência de estar enfêrmo, de sofrer dores, sente angústia e medo do que pode vir a lhe acontecer, receia ser portador de enfermidade grave que possa levá-lo à morte. Coloca-se, assim, numa posição de inferioridade. A equipe de saúde tem a obrigação de compreender perfeitamente tudo isso, assistindo o paciente de forma integral, utilizando todos os métodos de diagnóstico e de tratamento de que disponha.

A satisfação do paciente, o seu agradecimento em relação ao atendimento, a recomendação leal, o aumento da clientela, as poucas reclamações, a constância dos componentes nos quadros médicos e paramédicos, é o melhor indicador da qualidade de um hospital.

Importância da educação na qualidade da AMH - De todos os fatores que diferenciam o Brasil de outros países, a educação é o mais importante para a organização, aplicação e aceitação de um programa de qualidade na AMH. Acho ser muito difícil conseguir a participação efetiva e com bom desempenho de fun-

cionários com baixo nível de educação. Educação e qualidade andam juntas. O processo educativo deve ser constante e permanente em qualquer OMH. A reciclagem dos conhecimentos e aprendizados adquiridos na escola, a aquisição de novos conhecimentos, são condições básicas não só para os médicos, mas para toda a equipe de saúde e, também, para a administração hospitalar; a educação continuada é para todos, desde o Diretor ao funcionário de menor condição hierárquica. Há sempre uma maneira nova e mais eficiente de fazer as coisas, por melhor que elas estejam sendo feitas. Há necessidade de educação continuada em todos os níveis e de todos os tipos, tais como: Escolas de Auxiliares, cursos de aperfeiçoamento e de atualização, revisão de casos clínicos, discussões anatomo-clínicas, visitas a outros hospitais, estágios específicos, inclusive no exterior. Na Marinha, os cursos de aperfeiçoamento para Oficiais, nas diversas especialidades da área de Medicina, são desenvolvidos no HNMD. No entanto, ao meu ver, deveria ser considerada a possibilidade de alguns Oficiais, mediante prévia seleção, realizarem esses cursos em organizações hospitalares civis, desde que possuidoras de programas reconhecidos de Residência Médica, em nível de pós-graduação. A mesma linha de ação deveria ser aplicada com relação aos cursos de aperfeiçoamento de Oficiais Farmacêuticos da área de Patologia Clínica. Quanto aos Odontólogos, o desenvolvimento desses cursos vem se fazendo, de forma adequada, na Odontoclínica Central da Marinha. Após o curso de aperfeiçoamento, os Oficiais deveriam ser estimulados a realizarem, a cada três anos, cursos de especialização, com du-

ração em torno de três meses, também em organizações civis de reconhecido padrão. Por sua vez, um menor número de Oficiais seria selecionado, por seus méritos, para realizar curso de funções técnicas avançadas (CFTA), em nível de Mestrado, com duração de 2 anos. Evidentemente, cada um que aprende alguma coisa nova, informa e treina os seus subordinados naquilo que aprendeu. Dessa forma, teríamos um programa de Residência Médica/Cursos de Aperfeiçoamento de muito melhor nível. Em resumo: sem educação continuada, torna-se muito difícil a obtenção de um bom nível de qualidade.

Considero ser de grande importância que todos os Diretores de OMH na MB tenham curso de administração hospitalar, que os capacite a rever e refazer todos os manuais da organização, a fazer uma auditoria dirigida, para levantar os erros e omissões na implantação e execução das rotinas e a implementar um programa de controle de qualidade, cujo objetivo final seja conseguir interessar todos os médicos para um controle global da qualidade nas OMH. Como foi mencionado anteriormente, o mais importante obstáculo para a implantação da qualidade nos hospitais é o baixo nível de educação do brasileiro, principalmente na formação de pessoal técnico. Do ponto de vista cultural, o brasileiro é indisciplinado e superficial; despreza instruções e cuidados, às vezes indispensáveis para um trabalho perfeito; não assume os seus erros e encobre os erros de colegas; não informa aos superiores os erros dos seus companheiros, como também não repreende os colegas, nem procura corrigi-los, nem ajudá-los e, com isso, torna muito difícil formar uma equipe. Reclama que ganha

pouco; mas, frequentemente, nada faz para merecer nem o que recebe. Sem dúvida, porém, os baixos salários constituem um obstáculo importante e a remuneração deve melhorar, sob pena de todo o programa de qualidade e produtividade ser um fracasso. Para a implantação da qualidade nos hospitais, existem obstáculos complexos e outros simples, a começar pela letra dos médicos e funcionários, ruim quase sempre, ilegível às vezes. E nunca se adotou algum tipo de ação para resolver este problema. É preciso desenvolver uma nova mentalidade, que todos os que trabalham em hospitais tomem consciência disso e não aceitem mais conviver com os erros.

A qualidade será cada vez mais um objetivo na área de saúde. É cada vez mais necessário dar a devida atenção aos pacientes e tudo fazer para compreender os seus problemas e as suas necessidades, pois só ele vai decidir se volta ou não ao hospital que o atendeu. O paciente está mais esclarecido, por isso reclama mais sobre a qualidade da assistência, e está cada vez mais disposto a lutar pelos seus direitos. Ser tratado como indivíduo pode ser tão importante para o paciente quanto o seu restabelecimento. Nunca é demais enfatizar que o hospital é um local do qual todos, usuários, doentes e parentes, querem sair o mais cedo possível e onde ninguém quer entrar.

Ações para melhorar a opinião do paciente sobre o Hospital - são as seguintes:

- a informação aos pacientes, antes e na admissão, deve ser a melhor possível, inclusive com a criação ou participação de

serviços, como o Serviço Social, para informá-lo corretamente dos seus direitos e das várias opções do seu atendimento; elaborando seus programas de melhoria de qualidade.

- o hospital deve procurar se assemelhar o mais possível de um hospital de 1ª classe, pois com isso maior será a probabilidade de ser bem avaliado pelo paciente;

- o hospital deve estar sempre bem apresentado na pintura, nos móveis, nas roupas de cama, nos uniformes dos funcionários, nos serviços de acompanhamento, na comida fornecida. Esses aspectos são facilmente observados pelos pacientes e servem como dados de comparação entre vários hospitais;

- o paciente deve sempre ser bem informado do que vai acontecer, sobre a realização de exames, a aplicação de medicamentos, o uso de equipamentos, o tempo de cirurgia, como poderá pedir auxílio. Deve também ser muito bem esclarecido sobre a natureza e gravidade de seus problemas médicos.

Essas informações são de grande valor para diminuir o seu sofrimento.

A busca da melhor qualidade de AMH aos nossos pacientes depende, portanto, de um interesse coletivo, da participação de todos nos diferentes assuntos atinentes ao hospital.

Nos EUA foi criada em 1951, a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais (CGAH), com o objetivo de estimular o desenvolvimento técnico-administrativo de hospitais. Naquela época não havia ainda a preocupação da melhoria da qualidade. Atualmente, os programas de melhoria de qualidade são essenciais para as administrações dos hospitais americanos. Cerca de 85% desses hospitais estão acreditados pela Comissão Con-

junta, que estabelece padrões a serem atingidos em prazos de 3 em 3 anos. Nos países da Europa quase todos os hospitais estão elaborando seus programas de melhoria da qualidade.

- a qualidade do ponto de vista do profissional que presta os

Motivos que levam ao interesse pela qualidade - vários moti-

vos podem ser citados: 1) - a necessidade de observar os padrões e procedimen-

- necessidade de reduzir os custos e de eliminar os desneces-

- sários; 2) - a necessidade do processo, que supõe, o planejamento e o

- aumento dos processos por erro médico, o que se verifica

- com bastante freqüência nos EUA; 3) - a necessidade de

- maior consciência dos seus direitos, por parte dos usuá-

- rios, e maior exigência de qualidade; 4) - a necessidade para o paciente,

- a necessidade de melhor organização dos serviços e sistemas

- de saúde, cada dia mais complexos, para garantir que os

- cuidados sejam de fato benéficos e que os recursos sejam

- produtivos, que é qualidade negativa.

A satisfação do cliente é a chave de qualquer programa

de melhoria de qualidade nas organizações de saúde. No en-

tanto, a qualidade em saúde, tem outras dimensões, além da

simples satisfação do cliente, que é o que se caracteriza no

campo industrial. À satisfação do cliente, acrescenta-se o

resultado da ação, que é a saúde. Nos serviços de saúde, o

paciente ou usuário não tem condições de saber o que ele

realmente necessita. Ele correria o risco de querer um trata-

- mento inadequado ou prejudicial, 1) - a necessidade de

- medicamentos; 2) - a necessidade de

Aspectos do conceito de qualidade - No conceito de qualidade

dos serviços de saúde, deve-se levar em consideração 3 aspect-

tos: de vendas;

- a qualidade do ponto de vista do usuário, que deve encontrar nesses serviços a satisfação de suas necessidades;
- a qualidade do ponto de vista do profissional que presta os serviços, que deve determinar o atendimento adequado às necessidades dos usuários e observar os padrões e procedimentos que garantam os resultados previstos;
- a qualidade do processo, que supõe, no planejamento de na operação do serviço, o uso racional dos recursos (não basta atender ao usuário a qualquer custo);

Alcançar a qualidade em saúde, implica na obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente. Esses benefícios, por sua vez, são alcançados de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Quando os riscos forem maiores do que os benefícios, tem-se a iatrogenia, que é qualidade negativa. A diminuição dos defeitos e erros, obtém-se a diminuição dos custos gerais e com proce-

Custo da má qualidade - Muitos hospitais não adotam programas de melhoria da qualidade porque os consideram caros. De fato, o planejamento, o controle e a melhoria da qualidade, que são os 3 processos essenciais para administrá-la, tem um custo. Mas a má qualidade também tem um custo, considerado em torno de 15 a 20% do orçamento da organização. O custo da má qualidade compreende, entre outros itens, os seguintes:

- custos associados à ministração de medicamentos ou tratamentos à pessoa errada;
- Melhorias de Qualidade;
- custos da repetição do trabalho e de perda de suprimentos, como por exemplo, excessivas tentativas de uma aplicação

sendo venosa; vezes a ocorrência de filas, demora para ser -
perda de trabalho, tempo de equipamentos e suprimentos e
serviços que devem ser repostos; pacientes às consultas mor-
custos dos atrasos (que aumentam a permanência, perdem re-
tornos e aumentam os custos não reembolsados);, eliminar o
prejuízo pela insatisfação dos clientes, dos médicos, en-
fermeiros, etc. Este prejuízo é difícil de detectar, supor-
e que a insatisfação de um cliente pode significar a perda de
vários deles nos próximos anos;
custos das inspeções, que identificam o que saiu errado e
deixou o paciente desiludido, grande importância a análise do
prontuário médico. Frequentemente, os prontuários não possi-

Ciclo de melhoria da qualidade - Fundamentalmente, a quali-

dade resulta da prevenção, ou seja, de um projeto ou programa
que previna os defeitos, erros ou problemas. Esse é o caminho
mais econômico, uma vez que com a diminuição dos defeitos e
erros, obtém-se: diminuição dos custos gerais e com proces-
sos; diminuição das queixas; redução da espera e respostas
mais rápidas; níveis mais elevados de serviço; maior consis-
tência e confiabilidade e menor repetição de erros. *16*
Dessa forma, com o crescimento da qualidade, *17* tem-se: di-
minuição de defeitos e erros; redução de custos; aumento da
produtividade; maior satisfação do usuário (ou consumidor),
melhor imagem e reputação do serviço; maior satisfação no
trabalho; maior interesse pela qualidade e aumento da quali-
dade. *18* É o chamado Ciclo de Melhoria da Qualidade. *19*

A busca continuada da qualidade também pode ser empregada
na assistência ambulatorial. Nos ambulatórios das OMH ob-

serva-se por vezes a ocorrência de filas, demora para marcação de consultas, demora para o atendimento de consultas previamente agendadas, faltas dos pacientes às consultas marcadas, etc. Somente através da adoção de um programa de melhoria da qualidade é possível diminuir as filas, eliminar a demora da marcação de consultas, reduzir o número de clientes na sala de espera e, com isso, aumentar o número de consultas e a produtividade. As sugestões para melhoria do programa de qualidade, isso serve como reforço de motivação para o corpo

Prontuário médico e auditoria hospitalar - Dentro da abordagem da qualidade da AMH é de grande importância a análise do prontuário médico. Frequentemente, os prontuários não possibilitam uma adequada avaliação da qualidade da assistência, pois não fornecem as informações necessárias. Algumas vezes não se consegue sequer efetuar a leitura das orientações médicas, dados de evolução dos pacientes, pareceres de especialistas, diagnósticos ou relatórios de enfermagem. É imprescindível que o prontuário seja corretamente preenchido, de forma completa, legível e padronizada pelos diversos componentes do corpo clínico. Prontuários incompletos devem ser devolvidos pelo serviço de auditoria hospitalar ao médico e/ou profissional de saúde responsável, juntamente com um impresso que assinale as falhas encontradas. Ao auditor médico, cabe a constante avaliação do trabalho médico através do prontuário. Este controle é de grande importância, pois possibilita o fornecimento de dados que são imprescindíveis à Direção do hospital. Ao enfermeiro auditor, cabe avaliar continuamente o trabalho da enfermagem, através da verifi-

cação do que é relevante quanto à rotinas e procedimentos, à evolução de enfermagem e o correto preenchimento e organização do prontuário. É através do prontuário do paciente, portanto, que se obtém as informações necessárias para a auditoria hospitalar (médica e de enfermagem) no sentido de avaliar a qualidade da AMH. Paralelamente, questionários devem ser elaborados e encaminhados aos médicos e enfermeiros, contendo apreciações e sugestões para melhoria do programa de qualidade. Isso serve como reforço de motivação para o corpo clínico que, ao mesmo tempo, toma conhecimento de como está se desenvolvendo esse programa. Dessa forma, o pessoal que trabalha no hospital vai se interessando e sendo tentado, progressivamente, a oferecer sua colaboração.

a) A realização de pesquisas entre os clientes é também necessária para a obtenção de dados que expressem uma maior ou menor satisfação em relação ao serviço, opinativa, educativa,

Atualmente, a qualidade é uma condição aplicável a todos os campos da atividade humana. Na área da saúde, deve ser aplicada ainda com maior intensidade, tendo em vista ter-se como objetivo a qualidade de vida de um indivíduo e, conseqüentemente, da comunidade a que ele pertence. A saúde de um povo é o maior patrimônio de uma nação.

No campo da atividade industrial é possível recuperar peças defeituosas embora, evidentemente, isso envolva um custo por vezes bastante alto. No hospital, porém, dificilmente haverá esta oportunidade, e qualquer falha resultará em muito sofrimento e, até mesmo, na morte de pessoas que confiaram numa qualidade insuficiente ou inexistente, clientes, satisfa-

A qualidade do serviço prestado por um hospital só é realmente alcançada quando há participação e completa integração de todos os membros da instituição, desde os funcionários mais humildes, até aqueles que ocupam níveis hierárquicos mais elevados. Porém, a gestão da qualidade é responsabilidade direta da Direção Geral do hospital, pois envolve um planejamento estratégico global e uma exata alocação de recursos.

Aperfeiçoamento para o aprimoramento e desenvolvimento dos

Linhas de ação para um programa de melhoria da qualidade -

Várias linhas de ação podem ser adotadas. Abordaremos as que consideramos de maior relevância no contexto das organizações hospitalares:

a) Comissão de Ética Médica

Tem suas funções voltadas para o desempenho ético nas organizações hospitalares, porém de forma opinativa, educativa, orientadora. Ao fiscalizar os médicos no desenvolvimento de suas atividades, em seus respectivos locais de trabalho, a Comissão de Ética Médica estará atuando diretamente na qualidade do atendimento prestado ao paciente. Nas OMH estas Comissões poderiam ficar subordinadas ao Departamento Médico.

b) Educação em Serviço

É um processo contínuo desenvolvido no próprio local de trabalho que visa criar condições ideais para o aprimoramento das habilidades necessárias ao bom desempenho das funções de todo o pessoal. O que se busca na educação em serviço é, em última análise, proporcionar um atendimento de boa qualidade, que transmita segurança e bem estar aos pacientes, satisfa-

zendo assim aos seus interesses, de seus familiares e da comunidade. Para isso, é necessário que o processo de educação em serviço obedeça as seguintes etapas:

- Orientação: é introduz-se o funcionário recém-admitido ao trabalho; leis e normas técnicas e administrativas;
- Treinamento: para auxiliar o funcionário a adquirir experiência e eficiência em seu trabalho;
- Atualização: reciclagem ou educação contínua; e três formas
- Aperfeiçoamento: para o aprimoramento e desenvolvimento dos funcionários.

c) Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CGIH) criada Segundo estimativas atuais cerca de 6,5% dos pacientes internados em hospitais brasileiros são atingidos por infecções hospitalares, das quais a septicemia é a mais temida. A CGIH funciona exatamente para evitar ou prevenir esses defeitos. Nas OMH, de um modo geral, devem fazer parte desta Comissão, no mínimo, o Chefe do Departamento Médico, o Encarregado da Seção de Enfermagem e o Encarregado do Laboratório de Patologia Clínica. A CGIH atua nas áreas de consolidação e coleta de dados, esterilização de materiais, desinfecção de áreas e equipamentos, técnicas para a realização de procedimentos invasivos, antibiótico-profilaxia, antibioticoterapia, técnicas de isolamento, etc.

d) Normas Técnicas de Qualidade e Comparativa da Qualidade Estas normas devem descrever o funcionamento de cada seção/setor do hospital, em outras palavras, devem detalhar como fazer as coisas corretamente. Estes manuais de funcionamento devem ser distribuídos por todas as seções/setores, ser

do conhecimento de todo o pessoal que ali trabalha e estar em local acessível para consulta. Devem ser simples e objetivos e abordar, basicamente, os seguintes assuntos: natureza e finalidade da seção, estrutura orgânica, atribuições orgânicas, rotinas, roteiros e normas técnicas e administrativas.

e) Mensuração da Qualidade

Na medição da qualidade da AMH, abordaremos três formas bastante simples, que dão bons resultados:

1 - Questionário de Avaliação

Contém perguntas referentes aos vários aspectos relacionados com a qualidade do hospital: o atendimento da recepção, a alimentação oferecida, a roupa utilizada, a limpeza do hospital, o atendimento da enfermagem, do médico, etc. Este questionário, elaborado pela administração do hospital, deve ser de fácil preenchimento, de preferência com questões de múltipla escolha e deve ser oferecido a todos os pacientes por ocasião da alta médica. Posteriormente, suas informações devem ser tabuladas e seus resultados apresentados claramente, expressos em números, médias, percentagens, gráficos, etc. A aplicação deste questionário deve ser estendida aos diversos setores ambulatoriais do hospital.

2 - Padrão Hospitalar

É uma forma de avaliação periódica e comparativa da qualidade dos serviços prestados, através de um questionário padrão, para manter a consistência dos dados, respondido semestralmente pela própria administração do hospital. Este questionário contém aspectos relevantes de cada seção/setor, que

são respondidos objetivamente através de um sim ou não. No final da avaliação é calculada a percentagem que representa os itens respondidos afirmativamente, em relação ao total dos itens. Através da percentagem obtida, comparando-a com a dos semestres anteriores, analisa-se os progressos conseguidos com a execução do programa de melhoria da qualidade da AMH.

3 - Indicadores Hospitalares $\frac{\text{casos no período}}{\text{casos}} \times 100$

Para a execução desta forma de mensuração da qualidade da AMH, devem ser elaborados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) mapas mensais e distribuídos a todas as seções/setores do hospital. A partir dos dados informados são calculados os índices inerentes aos diversos serviços prestados pelo hospital. São os chamados Indicadores Hospitalares, que são assim classificados: $\frac{\text{no período}}{\text{casos}} \times 100$

- Indicadores de Qualidade $\frac{\text{período}}{\text{casos}} \times 100$

f) - Indicadores de Quantidade (TEN) $\frac{\text{período}}{\text{casos}} \times 100$

- Indicadores de Produtividade $\frac{\text{período}}{\text{casos}} \times 100$

3.1 - Indicadores de Qualidade da AMH $\frac{\text{casos}}{\text{casos}} \times 100$

a) Taxa de Mortalidade Bruta (TMB) ou Global $\frac{\text{casos}}{\text{casos}} \times 100$

Indica a relação entre o total de óbitos ocorridos no período e o número de pacientes saídos no mesmo período. Aceita-se como normal um índice de até 3% em hospitais de agudos, 4% em hospitais de crónicos e de 1 a 2% para os casos cirúrgicos. A fórmula é a seguinte: $\frac{\text{no período}}{\text{casos}} \times 100$

$$TMB = \frac{\text{no de óbitos no período}}{\text{casos internados}} \times 100$$

b) Taxa de $\frac{\text{no de pacientes saídos}}{\text{casos}} \times 100$ (TGD)

Esta taxa também deve ser calculada para cada clínica separadamente. Taxas acima desses valores indicam má qualidade

da AMH, = total de cirurgias não fundamentadas no período X 100

b) Taxa de Mortalidade Específica (TME) ou Institucional

$$TME = \frac{\text{total de óbitos após 48 hs. no período}}{\text{total de pacientes saídos no período}} \times 100$$

Valores máximos: hospitais de agudos - 2,5%

c) Taxa Bruta de Infecção (TBI) ou Global

$$TBI = \frac{\text{total de infecções no período}}{\text{total de pacientes saídos no período}} \times 100$$

Valores máximos: hospitais de agudos - 2,5%

d) Taxa Específica de Infecção (TEI) ou T. Inf. Hospitalar

$$TEI = \frac{\text{total de infecções atribuídas ao hosp. no período}}{\text{total de pacientes saídos no período}} \times 100$$

$$TEI = \frac{\text{total de infecções atribuídas ao hosp. no período}}{\text{total de pacientes saídos no período}} \times 100$$

Valores máximos: hospitais de agudos - 2,5%

e) Taxa Bruta de Necrópsias (TBN) ou Global

$$TBN = \frac{\text{total de necrópsias no período}}{\text{total de óbitos no período}} \times 100$$

$$TBN = \frac{\text{total de necrópsias no período}}{\text{total de óbitos no período}} \times 100$$

f) Taxa Específica de Necrópsias (TEN) (T.M.P.O.)

$$TEN = \frac{\text{total de necrópsias no período}}{\text{total de óbitos (exceto os casos médico-legais não necropsiados no período)}} \times 100$$

$$TEN = \frac{\text{total de necrópsias no período}}{\text{total de óbitos (exceto os casos médico-legais não necropsiados no período)}} \times 100$$

Valores máximos: hospitais de agudos - 2,5%

m) Taxa de hospital) no período

g) Taxa de Pareceres (TP) total de pacientes para os quais foram X 100

total de pacientes para os quais foram

n) TP = solicitados pareceres no período X 100

$$TP = \frac{\text{solicitados pareceres no período}}{\text{total de pacientes saídos no período}} \times 100$$

Valores mínimos: 15 a 20% dos pacientes internados

h) Taxa de Cirurgia Desnecessária (TCD)

Relação entre o total de cirurgias não fundamentadas no período e o total de cirurgias no período.

$$\text{TCD} = \frac{\text{cir. não fundamentadas no período}}{\text{total de cirurgias no período}} \times 100$$

Valores máximos: 3 a 5%

i) Taxa de Remoção de Tecidos Normais (TRTN)

$$\text{TRTN} = \frac{\text{total de tecidos normais removidos em atos cirúrgicos no período}}{\text{total de tecidos removidos no período}} \times 100$$

Valores máximos: 10%

j) Taxa de Complicações (TC)

$$\text{TC} = \frac{\text{total de complicações no período}}{\text{total de pacientes saídos no período}} \times 100$$

Valores máximos: 3 a 4% dos casos

k) Taxa de Mortalidade Operatória (TMO)

$$\text{TMO} = \frac{\text{total de óbitos operatórios no período}}{\text{total de pacientes operados no período}} \times 100$$

l) Taxa de Mortalidade Pós-Operatória (TMPO)

$$\text{TMPO} = \frac{\text{total de óbitos pós-operatórios no período}}{\text{total de pacientes operados no período}} \times 100$$

Valor máximo: 1%

m) Taxa de Mortalidade por Anestesia (TMA)

$$\text{TMA} = \frac{\text{total de óbitos por anestesia no período}}{\text{total de anestésias no período}} \times 100$$

n) Taxa de Mortalidade Materna (TMM)

$$\text{TMM} = \frac{\text{total de óbitos maternos no período}}{\text{total de pacientes obstétricos saídos no período}} \times 100$$

Valor máximo: 0,20 a 0,25%

o) Taxa de Mortalidade Fetal (TMF)

$$\text{TMF} = \frac{\text{total de óbitos fetais no período}}{\text{total de nascimentos no período}} \times 100$$

p) Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN)

$$\text{TMN} = \frac{\text{total de óbitos de recém-nascidos no período}}{\text{total de crianças nascidas vivas no período}} \times 100$$

Valores máximos: 2%

q) Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)

$$\text{TMI} = \frac{\text{total de óbitos de crianças nascidas no hospital no período}}{\text{total de crianças nascidas vivas no hospital que tiveram alta (mais óbitos) no período}} \times 100$$

r) Percentagem de Filmes Radiológicos Inutilizados

O percentual aceitável é de até 4% do total de filmes gastos. Acima disto indica prejuízo para o hospital em termos de custos e má qualidade do atendimento.

s) Rotatividade de Pessoal

O percentual aceitável é de 1% ao mês. Valores maiores indicam prejuízo na qualidade do serviço prestado, pois revelam a existência de um maior número de funcionários novos, sem experiência na realização das atividades.

t) Distribuição de Pessoal

Os percentuais de distribuição de pessoal em relação ao total de funcionários do hospital não podem ser muito diferentes dos parâmetros que são normalmente aceitos, pois podem levar a prejuízo na qualidade da AMH. Esses percentuais são:

serviços administrativos: 10 a 15%

serviços de apoio: 20 a 30%

serviços assistenciais: 60 a 70%

u) Taxa de Cesarianas

A partir do total ou volume de partos em determinado período, obtém-se outros dados, como por exemplo, tipos de partos, divisão por sexo da criança, por nativos e natimortos, etc. Com o total de partos, calcula-se as taxas de cesarianas e de partos normais. O Ministério da Saúde preconiza que do total de partos realizados no hospital, no máximo 10% sejam partos cesários. Os 90% restantes devem ser partos normais. Quando ocorre uma incidência muito grande de partos cesários, pode estar havendo indução da paciente para que opte pela cesariana. Este procedimento, embora mais rentável e cômodo, é mais perigoso para mãe e filho. Sinaliza, portanto, para um má qualidade do atendimento.

Outros indicadores de qualidade são mencionados no Anexo A-1.

3.2 - Indicadores de Quantidade da AMH

Os principais indicadores de quantidade são:

- Número de Pacientes-Dia - é o principal indicador hospitalar. Com base nele calculamos vários outros índices. É obtido através do Censo Diário Hospitalar que corresponde ao levantamento do número de pacientes internados ou de leitos ocupados em cada 24 horas. Na prática, representa o somatório do número de pacientes internados, dia a dia, em determinado período.
- Número de Leitos-Dia - é também utilizado para o cálculo de outros índices. Representa o somatório do número de leitos

existentes, dia a dia, em determinado período, etc. Adicionalmente, habitualmente, o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia são calculados mensalmente, assim como dos demais indicadores. Anualmente, efetua-se o cálculo desses índices, em média.

dados quantitativos de exames complementares

- Total de Internações em determinado período (ecardiografia,
- Total de Nascimentos em determinado período (e, etc.),
- Capacidade de leitos do hospital (nº de leitos)
- Capacidade de berços do hospital (nº de berços)
- Total de Altas (excluindo recém-nascidos) em determinado período
- Total de Altas (recém-nascidos) em determinado período
- Total de óbitos (excluindo recém-nascidos) em determinado período
- Total de óbitos (recém-nascidos) em determinado período
- Total de Natimortos (óbitos fetais) em determinado período
- óbitos antes de 48 horas em determinado período
- óbitos depois de 48 horas em determinado período
- Total de consultas ambulatoriais (médicas e odontológicas) em determinado período
- Total de atendimentos de emergência em determinado período
- Total de cirurgias (pequenas, médias, grandes e ambulatoriais) em determinado período
- Quantidade de sabão por quilo de roupa lavada: considerando-se uma lavanderia em boas condições e com produto de boa qualidade, o valor deste indicador situa-se em torno de 7 gr/kg. Por sabão entende-se o umectante, o alvejante, o detergente e o acidulante. Utilizando-se menos de 7 gr/kg

1. aumentaremos o risco de infecções hospitalares. Acima
2. disto, indica prejuízo para o hospital (custos desnecessá-
3. rios), além de poder acarretar irritação da pele nos pa-
4. cientes mais sensíveis. ocorrência (MTP).

- Diversos dados quantitativos de exames complementares
(Laboratório, Radiologia, Ultrasonografia, Ecocardiografia,
ECG, EEG, Endoscopias, Citologia, Audiometria, etc.).

3.3 - Indicadores de Produtividade da AMH de pacientes saí-
dos. Os principais indicadores de produtividade são:

a) Taxa de Ocupação (TO) - no máximo, em hospitais gerais.

Os $TO = \frac{\text{nº de pacientes-dia no período}}{\text{nº de leitos-dia no período}} \times 100$ - 5 a
6 dias; clínica obstétrica

- 2. Indica em termos percentuais o quanto da capacidade ins-
talada do hospital foi utilizada durante o período. Os valo-
res ideais oscilam entre 75 e 80%. O mínimo aceitável é de
50%, pois abaixo disto, a instituição torna-se inviável.

Quanto maior o número de leitos desocupados, ou seja, quanto
menor o número de pacientes-dia, menor será a TO e a arrecadação das IMH e maior os custos do leito-dia e do paciente-
dia. Toda a infraestrutura de pessoal e material é empregada,
nesses casos, para um menor número de pacientes-dia, o que
contribui para elevar o custo operacional das OMH. Por outro
lado, quanto maior o número de leitos ocupados, ou seja,
quanto maior o número de pacientes-dia, maior será a TO e a
arrecadação das IMH e menor os custos do leito-dia e do pa-
ciente-dia (menor custo operacional). O valor máximo aceitá-
vel para a TO é de 85%, pois acima disto, ocorre dificuldade
de controle e aumenta a possibilidade da ocorrência de in-

fecções hospitalares, o que contribui para elevar os custos. A TO deve ser calculada para o hospital todo e, separadamente, para cada clínica e unidade.

b) Média do Tempo de Permanência (MTP)

$$MTP = \frac{\text{nº de pacientes-dia no período}}{\text{nº de pacientes saídos no período}}$$

Indica quantos dias, em média, o paciente permanece internado no hospital. Entende-se por número de pacientes saídos, o número total de altas mais óbitos. Os valores ideais oscilam entre 06 e 15 dias, no máximo, em hospitais gerais. Os valores preconizados por clínica são: clínica médica - 5 a 6 dias; clínica cirúrgica - 4,5 a 6 dias; clínica obstétrica - 2,2 a 3,4 dias; clínica pediátrica - 5 a 6 dias; e UTI - 10 dias.

A partir da fórmula da MTP, pode-se concluir que, desde que não se altere o número de pacientes-dia, quanto maior o número de pacientes saídos, menor será a MTP. A análise combinada da TO com a MTP facilitam o entendimento de suas correlações com o custo operacional das OMH e com a arrecadação das IMH. Quanto maior for a TO (desde que não ultrapasse 85%) e, portanto, maior o número de pacientes-dia e quanto menor for a MTP, maior será o índice de rotatividade do leito hospitalar e, conseqüentemente, maior a arrecadação das IMH e menor o custo do leito-dia e do paciente-dia. É importante ressaltar que as observações feitas quando da apreciação da TO e da MTP, com relação ao custo operacional das OMH dependem, ainda, de um parâmetro fundamental, que é o total das despesas do hospital, aspecto que voltaremos a abordar mais

adiante.

Os custos hospitalares são calculados mensalmente na Diretoria de Saúde da Marinha, através das seguintes fórmulas (anualmente é feito o cálculo da média):

- Custo do paciente-dia = 70% do total das despesas

nr de pacientes-dia

- Custo do leito-dia = 70% do total das despesas

nr de leitos-dia

- Custo da consulta médica = 30% do total das despesas

(ambulatório e emergência) nr consultas médicas (ambulatório e emergência)

- Custo hospitalar-dia = despesa mensal total

nr de dias do mês

Os percentuais de 70% e 30% totalizando 100%, são utilizados para o HNMD, pelo seu maior porte. Para os Hospitais Distritais utiliza-se os percentuais de 60% e 40%.

Verifica-se destas fórmulas que os custos do paciente-dia e do leito-dia são diretamente proporcionais ao total das despesas e inversamente proporcionais ao número de pacientes-dia e de leitos-dia, respectivamente. Assim sendo, desde que não se altere o total das despesas, quanto maior o número de pacientes-dia, menor o custo do paciente-dia e quanto menor o número de paciente-dia, maior o custo do paciente-dia. O mesmo raciocínio pode ser feito com relação ao custo do leito-dia. Essas considerações reforçam as observações feitas quando da apreciação da TO e da MTP. Acrescentam, no entanto, um parâmetro de fundamental importância para o estudo dos custos hospitalares, que são as despesas totais da OMH. Man-

tidos constantes o número de pacientes-dia e de leitos-dia, quanto maiores as despesas da OMH, maiores os custos do paciente-dia e do leito-dia. O custo da consulta médica é diretamente proporcional ao total das despesas e inversamente proporcional ao número de consultas médicas (amb. e emerg.). Pelo mesmo raciocínio anterior, pode-se concluir que, desde que não se altere o total das despesas, quanto maior o número de consultas, menor o custo da consulta. Isso não significa, no entanto, que o número de consultas deva exceder a capacidade de atendimento dos médicos existentes na OMH, sob pena de provocar queda da qualidade do atendimento prestado. O custo hospitalar-dia é diretamente proporcional ao total das despesas. O número de dias de cada mês determina uma variação muito pequena no cálculo do custo hospitalar-dia. Assim, quanto maior o total das despesas, maior o custo hospitalar-dia.

c) Média dos Censos Diários (MCD) $\text{MCD} = \frac{\text{total de pacientes-dia no período}}{\text{total de dias no período}}$ (excluindo recém-nascidos). Como os demais indicadores, é calculada mensalmente, estabelecendo-se anualmente o seu valor médio. A partir da fórmula da MCD, verifica-se que quanto maior o número de pacientes-dia, maiores serão a MCD, a TO e a arrecadação das IMH e menor os custos do paciente-dia e do leito-dia (desde que não se alterem as despesas totais da OMH). O número de dias de cada mês produz uma variação muito pequena no cálculo mensal da MCD, que deve ser feito para todo o hospital e, separadamente, para cada clínica.

d) Índice de Giro, ou Rotatividade de Leitos (IRL) ~~os~~ ~~indica-~~
~~do~~ Representa a relação entre o número de pacientes saídos
(altas e óbitos) do hospital em determinado período e o nú-
mero de leitos colocados à disposição da comunidade no mesmo
período.

Também está ligado com a permanência do paciente e a
ocupação do hospital, o que justifica a sua interferência na
qualidade dos serviços prestados à comunidade. A sua corre-
lação com os custos hospitalares e com a arrecadação das IMH
pode ser feita de modo semelhante a abordada anteriormente
quando da apreciação da TO e da MTP, ou seja, quanto maior o
IRL, menor será a MTP, o que associado a uma TO alta (desde
que não ultrapasse 85%) e, portanto, a um maior número de pa-
cientes-dia, levará a uma maior arrecadação das IMH e a meno-
res custos do paciente-dia e do leito-dia.

e) Índice de funcionários por leito ocupado

Para hospitais de pequeno e médio porte o índice normal é
de 1,3 a 1,8 funcionários por leito ocupado. Em hospitais de
grande porte, o preconizado é de 1,8 a 2,5. Valores menores
do que estes parâmetros indicam impossibilidade de prestação
de um atendimento de boa qualidade. Valores maiores signifi-
cam maiores custos hospitalares.

Os índices até agora mencionados são importantes e sufi-
cientes para um bom gerenciamento de qualquer OMH, pois todos
interferem na qualidade global do serviço. Entretanto, inúme-
ros outros indicadores de produtividade podem ainda ser cal-
culados (Anexo A-1).

A apreciação quantitativa da produtividade das OMH, no

período 1991/1992, em particular no que se refere aos indicadores hospitalares, está contida no Anexo A-5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

O progresso tecnológico determinou profundas modificações na organização e funcionamento dos hospitais, instituindo novos padrões de qualidade. Paralelamente, o custo operacional elevou-se a níveis exorbitantes, induzindo a novos métodos de administração. Hoje sente-se a necessidade imperiosa de uma modernização dos métodos de administração dos hospitais. Devem os administradores atuais visualizar com clareza que as pessoas no trabalho estão em melhor posição para recomendar os caminhos da melhoria da qualidade de AMH do desempenho técnico-administrativo nas organizações hospitalares. Devem abandonar de uma vez por todas a ultrapassada administração de confronto procurando, ao contrário, transmitir a todos no hospital uma atmosfera de confiança. Devem ser conscientizar os funcionários de que os seus esforços não sejam vistos como despesas, mas como valores (recursos, patrimônio, garantia de obtenção de qualidade).

Na busca da melhoria da qualidade de AMH nos hospitais há necessidade de líderes modernos ou líderes, cujas características principais são:

- não se satisfazem com o "statu quo";
- relacionam-se de forma mais intuitiva e empática;
- mantêm relações personalizadas e não impessoais e distantes;
- motivam as pessoas, com visão mais ampla do futuro;

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

O progresso tecnológico determinou profundas modificações na organização e funcionamento dos hospitais, instituindo novos padrões de qualidade. Paralelamente, o custo operacional elevou-se a níveis exagerados, induzindo a novos métodos de administração. Hoje sente-se a necessidade imperiosa de uma modernização dos métodos de administração dos hospitais. Devem os administradores atuais visualizar com clareza que as pessoas no trabalho estão em melhor posição para recomendar os caminhos da melhoria da qualidade da AMH ou do desempenho técnico-administrativo nas organizações hospitalares. Devem abandonar de uma vez por todas a ultrapassada administração de confronto procurando, ao contrário, transmitir a todos no hospital uma atmosfera de confiança. Devem ser conscientizar no sentido de que os funcionários não sejam vistos como despesas, mas como valores (recursos, patrimônio, garantia de obtenção de qualidade); e estar permanentemente voltada para a busca da melhoria da qualidade da AMH nos hospitais há necessidade de administradores modernos ou líderes, cujas características principais são:

- não se satisfazem com o "status quo";
- relacionam-se de forma mais intuitiva e empática;
- mantêm relações personalizadas e não impessoais e distantes;
- trabalham e interagem;
- motivam as pessoas, com visão mais ampla do futuro;

- assumem riscos; de da AMH. Na verdade, no entanto, não há um
- raciocinam pelo futuro, que antevêem e antecipam (e não
- pelo passado e pelo presente); de a qualidade e o processo ou
- apoiam a mudança no pensamento das pessoas; a própria orga-
- apoiam as mudanças da rotina na busca de novas estratégias;
- agem pela intuição e pela transformação e querem o total
- envolvimento das pessoas (e não pelo racional e o lógico e
- movisando a obediência das pessoas); linhas de ação:
- delegam autoridade e responsabilidade (e não centralizam a
- autoridade); na conquista de um melhor padrão de atendi-
- Vêm a educação e o treinamento como investimento no ca-
- pital humano (e não como despesas). Por todos esses aspectos,
já não basta fazer as coisas da maneira como sempre foram
feitas, é preciso fazê-las melhor a cada dia. Hoje exige-se
uma liderança ética que melhore as relações do hospital com a
comunidade servida. A administração moderna deve ser flexí-
vel, abraçar novas idéias, questionar as antigas e estar sem-
pre em busca da verdade. Deve acreditar nas pessoas e não
agir apenas como avaliadora e disciplinadora, mas sobretudo
como incentivadora. Deve estar permanentemente voltada para o
atendimento do paciente em todas as suas legítimas expectati-
vas. O que importa são as expectativas e pontos de vista dos
pacientes, e não os do hospital. Deve, enfim, buscar perma-
nentemente a melhoria da qualidade da AMH. É preciso repensar
a maneira como são administradas as OMH, particularmente os
seus recursos humanos. É preciso reorganizar a forma como as
pessoas trabalham e interagem. Os Oficiais do Corpo de Saúde
Vários métodos podem ser utilizados para produzir uma me-

lhoria da qualidade da AMH. Na verdade, no entanto, não há um método padrão que seja aplicável a todos os hospitais. A melhor idéia é a de que o conceito de qualidade e o processo ou método para melhorá-la, devem ser criados pela própria organização hospitalar, de acordo com suas características.

Nas OMH, ao se elaborar um programa de melhoria do seu desempenho técnico-administrativo ou da qualidade da AMH, sugerimos o desenvolvimento das seguintes linhas de ação:

- Comissão de Ética Médica: é um instrumento de fundamental importância na conquista de um melhor padrão de atendimento. São poucos, porém, os hospitais que a possuem e, entre estes, muito poucos os que a têm como órgãos atuantes.
- Programas de Instrução e Treinamento (Educação em Serviço): a educação em serviço dá a formação complementar a todos os funcionários, de níveis médio e superior, civis e militares, valorizando o papel de cada um no hospital. Além disso, enfatiza a necessidade de cooperação no grupo de trabalho, identifica cada pessoa como uma integrante do sistema e trás, por fim, a consciência de que é preciso uma visão mais humana ao lidar com pacientes, familiares e colegas de trabalho. A educação em serviço deve ser programada tanto para as áreas técnicas, como para as administrativas. Entre estas últimas, o SAME é um dos setores mais importantes, devendo estar sempre incluído, nesses programas. Nas áreas técnicas, sugerimos que sejam programados cursos de especialização para os Oficiais do Corpo de Saúde da Marinha, a cada três anos, com duração em torno de três

meses, em organizações de saúde civis de reconhecido padrão. Esses cursos seriam realizados após o curso de aperfeiçoamento, formados pelas diversas clínicas/seções/setores

- Comissão de Controle das Infecções Hospitalares (CCIH): tem como principais objetivos promover a redução das taxas de infecções hospitalares a níveis aceitáveis, prevenir infecções nos agentes prestadores de serviços e contribuir para a organização e funcionamento dos serviços hospitalares no que se refere ao controle das infecções, administrativo

- Normas Técnicas de Qualidade: estas normas devem especificar, com simplicidade e clareza, o que cabe a cada funcionário executar na sua esfera de atribuição, de modo a possibilitar o desenvolvimento harmônico e padronizado das atividades em seu respectivo setor. As normas de cada clínica/seção/setor são instrumentos concretos de comprometimento do funcionário com a qualidade do serviço que executa, decisiva para a elevação do padrão assistencial.

- Métodos de Mensuração da Qualidade - compreende:

a) Questionário de avaliação: preenchido pelos pacientes por ocasião da alta médica, bem como por ocasião das consultas ambulatoriais; torna a administração apta a efetuar algumas importantes análises, tais como: se o hospital atende às necessidades dos pacientes; locais onde haja necessidade de melhorias; e nível de prioridade de cada problema detectado.

b) Questionário Padrão Hospitalar: respondido, semestramente, pela própria administração do hospital, possibilita uma avaliação periódica e comparativa da qualidade dos serviços prestados pelo hospital, classificando-o segundo critérios

evolutivos, instrumento de prevenção.

c) Indicadores Hospitalares: calculados pelo SAME, a partir dos dados informados pelas diversas clínicas/seqões/setores do hospital, é um importante método para um bom gerenciamento de qualquer instituição hospitalar. Nas OMH são calculados mensalmente. Ao final de cada ano, a DSM calcula a média de cada um, tema de informações sobre os meus ver, ser iniciada na

- Auditoria Hospitalar: é um importante instrumento de controle da qualidade de um hospital, é recurso administrativo necessário para a avaliação continua de seu funcionamento. Possibilita a detecção dos "sinais vitais" do hospital e, através deles, a proposição de soluções e alternativas. O hospital moderno vem se tornando um organismo a cada dia mais complexo, exigindo atendimento precoce de todas as dificuldades e problemas identificados por sua administração. Nesse contexto, a atuação da auditoria contribui de forma decisiva para a elevação do padrão assistencial. A idéia de fiscalização que antes era dada a auditoria hospitalar, atualmente vem sendo substituída pela de assessoramento da administração e do corpo clínico, visando aumentar a eficácia hospitalar. Segundo o Professor Oberdam Perrone, a "auditoria hospitalar tem por objetivo avaliar a eficácia do hospital, sob os aspectos quantitativos (produção e produtividade), qualitativo e contábil (custos operacionais)". Acresça-se, ainda, que através da auditoria, obtém-se um acompanhamento do que está acontecendo, o que possibilita prevenir o que pode acontecer. Conseqüentemente, a auditoria além de ser um instrumento de assessoramento, atua tam-

- bém como instrumento de prevenção.
- Cadastro Geral de Usuários do SSM: a implantação deste cadastro, informatizado e integrado entre as diversas OMH, a DPMM, a DFM e a DSM, vem se tornando uma necessidade nos dias atuais. Em face da atual escassez de recursos, no entanto, a implantação do citado cadastro, funcionando como um sistema de informações deve, ao meu ver, ser iniciada na área do Grande Rio, com a participação do HNMD, PNNSG e HCM. Posteriormente, far-se-ia a sua implantação, de forma gradual, nas demais OMH (Hospitais Navais). O cadastro de usuários do HNMD, embora venha sendo de grande utilidade, não está integrado ao cadastro geral de usuários da DPMM, DFM e DSM, o que diminui a sua confiabilidade.
 - Alocação integral e em tempo hábil dos recursos necessários para aquisição do material de consumo de saúde para um período de 12 meses: mediante esta linha de ação, as OMH completariam os estoques desses materiais para um período de 12 meses. Isso eliminaria os efeitos prejudiciais provocados pela crônica inflação do nosso país, em face da aquisição parcelada que vem sendo procedida nos últimos anos. O mesmo procedimento deve ser adotado com relação aos equipamentos e materiais permanentes cuja aquisição tenha sido aprovada pela DSM, quando da revisão do Plano de Ação.
 - Aumento do desconto do FUSMA de todos os usuários para 5 ou 6%: essa medida acarretaria considerável economia de recursos humanos e financeiros e evidente simplificação administrativa, com a eliminação de toda a sistemática de arrecadação através das IMH.

- Uniformização e Informatização do SAME nas OMH: considero prioritário o estabelecimento, de forma gradual, de um programa desse tipo nas OMH. Atualmente, na prática, apenas o HNMD possui um SAME informatizado. A informatização do SAME nas OMH (Hospitais Navais) compreende as seguintes ações básicas:

a) informatização do sistema de marcação de consultas: para isso, o SAME de cada hospital deve ser dotado de um setor de processamento de dados integrado aos Centros de Processamento de Dados da DPMM, DFM e DSM, com a finalidade de possibilitar o acesso ao cadastro geral de usuários do SSM.

b) informatização dos dados estatísticos em geral da AMH: para isso, todos os dados coletados nas clínicas/seções/setores de cada OMH devem ser implantados e consolidados no setor de processamento de dados do SAME.

- Com relação ao SNNF, sugerimos sua desativação e transformação em ambulatório, passando a funcionar como Departamento de Saúde, subordinado ao Comando do 1º DN, sob a supervisão funcional da DSM. A chefia deste Departamento seria exercida por um CF(Md). Paralelamente, sugerimos também a total desvinculação deste ambulatório das atividades de repouso e lazer (hotelaria).

. Índice Sessões Clínicas ANEXO A

. Índice Participantes/Sessão Clínicas

. RELAÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES HOSPITALARES

. Índice Participantes/Sessão Anatomia-Clínicas

I - INDICADORES DE QUALIDADE

. Taxa de Mortalidade Bruta ou Global

. Taxa de Mortalidade Específica ou Institucional

. Taxa Bruta de Infecção ou Global

. Taxa Específica de Infecção ou Taxa de Infecção Hospitalar
atual de Enfermeiros em Carga de Supervisão ou

. Taxa Bruta de Necrópsias ou Global

. Taxa Específica de Necrópsias Profissionais: Pessoal de

. Taxa de Pareceres Profissionais

. Taxa de Cirurgia Desnecessária de Enfermagem Auxiliares

. Taxa de Remoção de Tecidos Normais

. Taxa de Complicações de Enfermagem sobre o Total de

. Taxa de Mortalidade Operatória

. Taxa de Mortalidade Pós-Operatória

II - Taxa de Mortalidade por Anestesia

. Taxa de Mortalidade Materna

. Taxa de Mortalidade Fetal

. Taxa de Mortalidade Neonatal

. Taxa de Mortalidade Infantil

. Percentagem de Filmes Radiológicos Inutilizados

. Rotatividade de Pessoal por Leito Ocupado

. Distribuição de Pessoal

. Taxa de Devolução de Prontuários Médicos pelo Serviço
de Documentação Médica

- . Índice Sessões Clínicas/Ano
- . Índice Participantes/Sessão Clínica no Berçário
- . Índice Sessões Anátomo-Clínicas/Ano
- . Índice Participantes/Sessão Anátomo-Clínica no Berçário/Berço
- . Índice Reuniões Científicas/Ano no Berçário)
- . Índice Participantes/Reunião Científica no Ambulatório)
- . Índice Cursos/Ano para-Médico
- . Índice Participantes/Curso para-Enfermeiros/Médico de Plantão
- . Taxa de Cesarianas Cirúrgicas no C. Cirúrgico
- . Percentual de Enfermeiros em Cargo de Supervisão ou Chefia Partos/Obstetra-Dia (ou Obstetra de Plantão)
- . Razão Pessoal de Enfermagem Profissional: Pessoal de Enfermagem não Profissional
- . Razão Enfermeiros: Auxiliares de Enfermagem: Auxiliares Operacionais de Serviços Diversos Partos-Dia
- . Percentual de Auxiliares de Enfermagem sobre o Total de Servidores de Enfermagem (Exclui o Patologista Clínico)
- . Índice Exames de Laboratório/Patologista Clínico-Dia

II - INDICADORES DE PRODUTIVIDADE Pessoal Técnico de Radiologia-Dia (Exclui Pessoal Administrativo)

- . Taxa de Ocupação Exames Radiológicos/Radiologista-Dia
- . Média do tempo de Permanência Exames/Radiologista-Dia
- . Média dos Censos Diários Radiologista-Dia
- . Índice de Giro ou Rotatividade de Leitos Cirurgião-Dia
- . Índice de Funcionários por Leito Ocupado Radiologista-Dia
- . Índice Leitos/Médico Radiologista-Dia
- . Índice Leitos/Jornada-Médico Serviço Social/Ass. Social-Dia
- . Índice Pessoal de Enfermagem/Leito

- . Índice Leitos/Enfermeiro (No Leitos Disponíveis)
- . Índice Berços/Pediatra Lotado no Berçário (Neonatalista)
- . Índice Pessoal de Enfermagem Lotado no Berçário/Berço
- . Índice Berços/Enfermeiro (Lotado no Berçário)
- . Índice Consultas/Jornada-Médico (Lotado no Ambulatório)
- . Índice Consultas/Hora-Médico
- . Índice Atendimentos na Emergência/Médico de Plantão
- . Índice Intervenções Cirúrgicas no C. Cirúrgico/Cirurgião-Dia (Por Clínica ou Especialidade)
- . Índice Partos/Obstetra-Dia (ou Obstetra de Plantão)
- . Índice Horas de Cirurgia no C. Cirúrgico/Cirurgião (Lotado no C. Cirúrgico)
- . Índice Exames Histopatológicos/Patologista-Dia
- . Índice Exames Citológicos/Patologista-Dia
- . Índice Exames de Laboratório/Pessoal do Laboratório de Patologia Clínica-Dia (Exclui o Patologista Clínico)
- . Índice Exames de Laboratório/Patologista Clínico-Dia
- . Índice Exames Radiológicos/Pessoal Técnico de Radiologia-Dia (Exclui Pessoal Administrativo)
- . Índice Exames Radiológicos/Radiologista-Dia
- . Índice Anestesias/Anestesiologista-Dia
- . Índice Transfusões/Hematologista-Dia
- . Índice Consultas da Fisioterapia/Fisioterapeuta-Dia
- . Índice Consultas (ou Exames Buciais)/Odontólogo-Dia
- . Índice Leitos/Nutricionista-Dia
- . Índice Casos Abertos no Serviço Social/As. Social-Dia
- . Índice Requisições/Farmacêutico-Dia

- . Índice Internações/Leito (Nº Leitos Disponíveis)
- . Índice Internações/Média dos Censos Diários (Excluindo

ORGANIZAÇÕES MILITARES HOSPITALARES

- . Índice Intervenções Cirúrgicas no C. Cir./Leito Cirúrgico

1.0 - Taxa de Suspensão de Operações (Relação Entre o Nº de Operações Suspensas no C. Cirúrgico e o Nº de Operações Programadas)

- . Índice Partos/Leito Obstétrico

1.1 Obs.: De todos os indicadores de produtividade mencionados, os mais utilizados nas OMH são a Taxa de Ocupação, a Média do Tempo de Permanência e a Média dos Censos Diários.

1.1.1 - O número de consultas realizadas em 1992 foi de 18.541, contra 17.137 em 1991.

1.1.2 - O número de casos de emergência atendidos em 1992 foi de 44.730, o que representa um aumento de 10% em relação a 1991, quando foram atendidos 40.653 casos.

1.1.3 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatória e emergência) foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------|---------|----------|
| Mil. ativa | 34.780 | (14,3%) |
| Mil. inativo | 33.823 | (13,8%) |
| Civil ativa/inativo | 965 | (0,4%) |
| Dependentes | 128.843 | (53,0%) |
| Outros | 44.702 | (18,4%) |
| Total | 243.223 | (100,0%) |

1.1.4 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solicitadas em 1992 foram:

Clínica Médica ANEXO B5 (10,7%)

19

Traumatologia/Ortopedia 21,802 (11,0%)

08: PRODUTIVIDADE DAS ORGANIZAÇÕES MILITARES HOSPITALARES

Ginecologia/Obstetrícia 19,988 (10,0%)

08: Neste anexo, faremos a apreciação quantitativa da produtividade das OMH no período 1991/1992. (8,9%)

Urologia 10,228 (5,1%)

1.0 - Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) as odontológicas em 1992, o que evidenciou uma redução de 31,8% em relação a

1.1 - Movimento Ambulatorial das 1,842 consultas. A Clínica

1.1.1 - Foram realizadas 198,493 consultas médicas em 1992, o que evidenciou uma pequena redução de 4,48% em relação a 1991, quando foram realizadas 207,804 consultas. A média mensal de consultas em 1992 foi de 16,541, contra 17,117 em 1991. - Foram efetuadas 10,323 internações em 1992, o que re-

1.1.2 - O número de casos de emergência atendidos em 1992 foi de 44,730, o que representou um aumento de 10% em relação a 1991, quando foram atendidos 40,653 casos, contra 902 em 1991.

1.1.3 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatório e emergência) foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------------|---------|----------|
| Mil. ativa | 34.790 | (14,3%) |
| Mil. inativo | 33.823 | (13,9%) |
| Civil ativa/inativo | 965 | (0,4%) |
| Dependentes | 128.943 | (53,0%) |
| Outros | 44.702 | (18,4%) |
| Total | 243.223 | (100,0%) |

1.1.4 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solicitadas em 1992 foram:

| | | |
|-------------------------|--------|---------|
| Clínica Médica | 33.258 | (16,7%) |
| Traumato-ortopedia | 21.802 | (11,0%) |
| Otorrinolaringologia | 19.958 | (10,1%) |
| Ginecologia/Obstetrícia | 19.869 | (10,0%) |
| Oftalmologia | 15.252 | (7,7%) |
| Cardiologia | 13.680 | (6,9%) |
| Urologia | 10.229 | (5,1%) |

1.1.5 - Foram realizadas 1.324 consultas odontológicas em 1992, o que evidenciou uma redução de 31,8% em relação a 1991, quando foram realizadas 1.942 consultas. A Clínica odontológica realizou ainda 965 de consultas através da Clínica de Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial, totalizando 2.289 consultas em 1992.

1.2 - Movimento de Internação

1.2.1 - Foram efetuadas 10.323 internações em 1992, o que representou uma pequena redução de 4,64% em relação a 1991, quando foram efetuadas 10.826 internações. A média mensal de internações em 1992 foi de 860 pacientes, contra 902 em 1991.

1.2.2 - A distribuição por tipo de clientela nas internações foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------|--------|----------|
| Mil. ativa | 1.535 | (14,9%) |
| Mil. inativo | 1.942 | (18,8%) |
| Civil ativa/inativo | 0 | (0,0%) |
| Dependentes | 5.852 | (56,7%) |
| Outros | 994 | (9,6%) |
| Total | 10.323 | (100,0%) |

1.2.3 - As clínicas mais solicitadas no âmbito da internação em 1992 foram:

| | | |
|------------------------------|-------|-----------|
| Ginecologia/Obstetrícia | 2.657 | (25,7 %) |
| Traumato-ortopedia | 815 | (7,9 %) |
| Pediatria | 790 | (7,6 %) |
| Cirurgia Geral | 726 | (7,0 %) |
| Cardiologia | 721 | (6,98%) |
| Clínica Médica | 606 | (5,9 %) |
| Urologia | 589 | (5,7 %) |

1.3 - Indicadores Hospitalares 4.449 (40,8%)

1.3.1 - Taxa de Ocupação (TO) 10.983 (100,0%)

A TO média foi de 55,24% em 1992 e 63,16% em 1991. Estes valores estão abaixo da taxa ideal (75 a 80%), porém estão acima do mínimo aceitável que é de 50%.

1.3.2 - Média do Tempo de Permanência (MTP)

A MTP foi de 9 dias em 1992 e 10 dias em 1991. Estes valores ficaram dentro da faixa ideal (6 a 15 dias) para hospitais gerais.

1.3.3 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM)

A TBM foi de 4,85% em 1992 e 5,25% em 1991 (em média). Estes valores estão um pouco acima do índice aceito para hospitais de agudos (3%).

1.3.4 - Taxa Especifica de Infecção (TEI)

A TEI foi de 2,12% em 1992 e 2,95% em 1991 (em média). Estes valores podem ser considerados aceitáveis para um hospital do porte do HNMD.

1.3.5 - Média dos Censos Diários (MCD)

A MCD foi de 246 pacientes em 1992 e 281 em 1991. Estes valores são aceitáveis, considerando que a TO no periodo 1991/1992 esteve acima do mínimo aceitável (50%).

1.4 - Cirurgias

1.4.1 - Foram realizadas 10963 cirurgias em 1992 e 10056 em 1991. A distribuição por tipo de cirurgia foi a seguinte em 1992:

| | | |
|--------------------|--------|----------|
| Pequena | 640 | (5,8%) |
| Média | 3.397 | (31,0%) |
| Grande | 2.477 | (22,6%) |
| Ambulatorial | 4.449 | (40,6%) |
| Total | 10.963 | (100,0%) |

1.4.2 - O HNMD realizou 37 cirurgias cardíacas em 1992. Deste total, 17 (46%) foram revascularização do miocárdio.

1.5 - Partos

1.5.1 - Foram realizados 1.599 partos em 1992, o que representou uma redução de 11,5% em relação a 1991, quando foram realizados 1.807 partos. Do total de partos de 1992, 1.091 (68,2%) foram normais e 508 (31,8%) cesários.

1.6 - Serviços Complementares

1.6.1 - Foram realizados 891.319 exames complementares em 1992, o que representou uma pequena redução de 3,5% em relação a 1991, quando foram realizados 923.770 exames. Os exames mais solicitados em 1992 foram: Patologia Clínica 721.766 (81%), Radiologia 62.203 (7%) e Medicina Nuclear 32.400 (3,6%).

1.7 - Custos em 1992 (Média)

1.7.1 - O custo do paciente-dia foi de CR\$ 724.569,87

1.7.2 - O custo do leito-dia foi de CR\$ 404.260,50

1.7.3 - O custo de uma consulta médica (ambulatório e emergência) foi de CR\$ 117.149,14

1.7.4 - O custo hospitalar-dia foi de CR\$ 257.465.571,97

1.7.5 - As despesas com pessoal corresponderam a 77,1% do total das despesas efetuadas em 1992. (8,3%)

2.1.5 - Foram realizadas 7.713 consultas odontológicas em

2.02- Hospital Naval de Salvador (NHSa) 26,8% em relação a 1991, quando foram realizadas 40.511 consultas.

2.1 - Movimento Ambulatorial

2.1.1 - Foram realizadas 25.156 consultas médicas em 1992, o que evidenciou uma redução de 19% em relação a 1991, quando foram realizadas 31.043 consultas. A média mensal de consultas em 1992 foi de 2.096, contra 2.587 em 1991.

2.1.2 - Foram atendidos 2.538 casos de emergência em 1992, o que representou uma redução de 19% em relação a 1991, quando foram atendidos 3.133 casos. 148 (17,5%)

2.1.3 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatório e emergência) foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------------|--------|-----------|
| Mil. ativa..... | 2.570 | (89,3%) |
| Mil. inativo | 2.604 | (9,4%) |
| Civil ativa/inativo | 46 | (100,2%) |
| Dependentes | 22.023 | (79,5%) |
| Outros em 1992 foram..... | 451 | (1,6%) |
| Total Médicos..... | 27.694 | (100,0%) |

2.1.4 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solicitadas em 1992 foram:

| | | |
|-------------------------------|-------|---------|
| Pediatria..... | 5.073 | (20,1%) |
| Ginecologia/Obstetrícia | 5.007 | (19,9%) |
| Clínica Médica | 4.499 | (17,9%) |
| SPA | 3.857 | (15,3%) |

| | | |
|--------------------|-------|---------|
| Oftalmologia | 2.218 | (8,8%) |
| Traumato-ortopedia | 2.194 | (8,7%) |
| Cardiologia | 1.597 | (6,3%) |

2.1.5 - Foram realizadas 7.713 consultas odontológicas em 1992, o que representou uma redução de 26,6% em relação a 1991, quando foram realizadas 10.511 consultas.

2.2 - Movimento de Internação

2.2.1 - Foram efetuadas 853 internações em 1992, o que significou uma redução de 13,7% em relação a 1991, quando foram efetuadas 988 internações. A média mensal de internações em 1992 foi de 71 pacientes, contra 82 em 1991.

2.2.2 - A distribuição por tipo de clientela nas internações foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------|-----|----------|
| Mil. ativa | 149 | (17,5%) |
| Mil. inativo | 117 | (13,7%) |
| Civil ativa/inativo | 05 | (0,6%) |
| Dependentes | 541 | (63,4%) |
| Outros | 41 | (4,8%) |
| Total | 853 | (100,0%) |

2.2.3 - As clínicas mais solicitadas no âmbito das internações em 1992 foram:

| | | |
|-------------------------|-----|---------|
| Clínica Médica | 292 | (34,2%) |
| Ginecologia/Obstetrícia | 271 | (31,8%) |
| Cirurgia Geral | 95 | (11,1%) |
| Traumato-ortopedia | 73 | (8,5%) |
| Cardiologia | 53 | (6,2%) |

2.3 - Indicadores Hospitalares

2.3.1 - Taxa de Ocupação (TO)

2.3.1 - Taxa de Ocupação (TO) média foi de 21,2% em 1992 e 23,89% em 1991. Estes valores estão muito abaixo do índice mínimo aceitável (50%).

2.3.2 - Média do Tempo de Permanência (MTP)

2.3.2.1 - A MTP foi de 5 dias em 1992, o mesmo ocorrendo em 1991, tendo ficado, praticamente, dentro da faixa ideal (6 a 15 dias) para hospitais gerais.

2.3.3 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM)

2.3.3.1 - A TBM foi de 4,16% em 1992 e 3,6% em 1991 (em média). Estes valores estão discretamente acima do índice aceito para hospitais de agudos (3%).

2.3.4 - Taxa Específica de Infecção (TEI) (ambulatório e emergência)

2.3.4.1 - A TEI foi de 0,57% em 1992 e 3,19% em 1991 (em média) evidenciando, portanto, redução desta taxa em 1992.

2.3.5 - Média dos Censos Diários (MCD)

2.3.5.1 - A MCD foi de 10 pacientes em 1992 e 11 em 1991. Estes valores são muito baixos, considerando que a TO no período 1991/1992 esteve bem abaixo do índice mínimo aceitável.

2.4 - Cirurgias

2.4.1 - Foram realizadas 509 cirurgias em 1992 e 683 em 1991.

A distribuição por tipo de cirurgia foi a seguinte em 1992:

Pequena de 156 (30,7%)

Média 111 (21,8%)

Grande 24 (4,7%)

Ambulatorial 218 (42,8%)

Total 509 (100,0%)

2.5 - Partos atendidos 2.127 casos;

2.5.1 - Foram realizados 101 partos em 1992, o que representou uma redução de 32,2% em relação a 1991, quando foram rea-

lizados 149 partos. Do total de partos em 1992, 55 (54,5%) foram normais e 46 (45,5%) cesários.

2.6 - Serviços Complementares

2.6.1 - Foram realizados 38.531 exames complementares em 1992 e 38.214 em 1991 (diferença insignificante de menos de 1%). Os exames mais solicitados em 1992 foram: Patologia Clínica 32.289 (83,8%) e Radiologia 4.963 (12,9%).

2.7 - Custos em 1992 (Média)

2.7.1 - O custo do paciente-dia foi de CR\$ 1.023.639,33

2.7.2 - O custo do leito-dia foi de CR\$ 225.801,94

2.7.3 - O custo de uma consulta médica (ambulatório e emergência) foi de CR\$ 92.904,55

2.7.4 - O custo hospitalar-dia foi de CR\$ 16.739.132,03

2.7.5 - As despesas com pessoal corresponderam a 83,0% do total das despesas efetuadas em 1992, o que significou uma redução de 36,8% em relação a

3.0 - Hospital Naval de Recife (HNRe) consultas.

3.1 - Movimento Ambulatorial

3.1.1 - Movimento Ambulatorial em 1992, o que sig-

3.1.1.1 - Foram realizadas 21.478 consultas médicas em 1992, o que evidenciou uma redução de 21% em relação a 1991, quando foram realizadas 27.203 consultas. A média mensal de consultas no HNRe foi de 1.790 em 1992, contra 2.267 em 1991.

3.1.1.2 - Foram atendidos 1.823 casos de emergência em 1992, o que representou uma redução de 14,3% em relação a 1991, quando foram atendidos 2.127 casos.

3.1.1.3 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatório e emergência) foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------------|--------|----------|
| Mil. ativa | 1.797 | (7,7%) |
| Mil. inativo | 4.125 | (17,7%) |
| Civil ativa/inativo | 14 | (0,1%) |
| Dependentes | 16.073 | (69,0%) |
| Outros | 1.292 | (5,5%) |
| Total | 23.301 | (100,0%) |

3.1.4 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solici-

tadas em 1992 foram:

| | | |
|-------------------------------|-------|---------|
| Clínica Médica | 8.169 | (38,0%) |
| Ginecologia/Obstetrícia | 3.083 | (14,3%) |
| Oftalmologia | 2.143 | (10,0%) |
| Cardiologia | 2.046 | (9,5%) |
| Pediatria | 1.533 | (7,1%) |
| Traumato-ortopedia | 1.493 | (6,9%) |

3.1.5 - Foram realizadas 9.787 consultas odontológicas em 1992, o que significou uma redução de 36,9% em relação a 1991, quando foram realizadas 15.521 consultas.

3.2 - Movimento de Internação

3.2.1 - Foram efetuadas 1.215 internações em 1992, o que significou um pequeno aumento de 5,6% em relação a 1991, quando foram efetuadas 1.150 internações. A média mensal de internações foi de 101 pacientes em 1992, contra 96 em 1991. Estes

3.2.2 - A distribuição por tipo de clientela nas internações foi a seguinte em 1992: valores considerados normais.

| | | |
|---------------------------|-----|----------|
| Mil. ativa | 266 | (21,9%) |
| Mil. inativo | 281 | (23,1%) |
| Civil ativa/inativo | 0 | (0,0%) |
| Dependentes | 535 | (44,0%) |

| | | |
|--------------|-------|----------|
| Outros | 133 | (11,0%) |
| Total | 1.215 | (100,0%) |

3.2.3 - As clínicas mais solicitadas no âmbito da internação em 1992 foram:

| | | |
|------------------------------|-----|---------|
| Clínica Médica | 609 | (50,1%) |
| Cirurgia Geral | 211 | (17,4%) |
| Ginecologia/Obstetrícia..... | 164 | (13,5%) |
| Traumato-ortopedia | 196 | (17,9%) |

3.3 - Indicadores Hospitalares

3.3.1 - Taxa de Ocupação (TO) - Em 1992, a TO média foi de 41,35% em 1992 e 36,09% em 1991. Estes valores estão abaixo do mínimo aceitável (50%).

3.3.2 - Média do Tempo de Permanência (MTP)

A MTP foi de 9 dias em 1992 e 19 dias em 1991. Em 1992 a MTP ficou dentro da faixa ideal (6 a 15 dias) para hospitais gerais. Em 1991, ficou acima do valor máximo aceito.

3.3.3 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) - Os exames A TBM foi de 2,63% em 1992 e 2,92% em 1991 (em média). Estes valores estão dentro do índice aceito para hospitais de agudos (3%).

3.3.4 - Taxa Específica de Infecção (TEI)

A TEI foi de 3% em 1992 e 2,78% em 1991 (em média). Estes valores podem ser considerados aceitáveis, embora não esteja definida uma faixa de valores considerados normais.

3.3.5 - Média dos Censos Diários (MCD)

A MCD foi de 29 pacientes em 1992 e 25 em 1991. Estes valores são baixos, considerando que a TO no período 1991/1992 esteve abaixo do índice mínimo aceitável (50%).

3.4 - Cirurgias Naveal de Natal (HNMs)

3.4.1 - Foram realizadas 785 cirurgias em 1992 e 798 em 1991.

A distribuição por tipo de cirurgia foi a seguinte em 1992:

Pequena Foram realizadas 29.188 163 (20,8%) em 1992, a Média por tipo de cirurgia de 14127 e (16,1%) em 1991, quando Grande foram realizadas 24.629 consultas 117 A (15,0%) em 1992, e Ambulatorial 390 em 1992, contra 378 (48,1%) em 1991.
Total Foram realizados 7.535 785 (100,0%) em 1992,

3.5 - Partos - houve uma redução de 19% em relação a 1991.

3.5.1 - Foram realizados 643 partos em 1992, o que representou uma redução de 18% em relação a 1991, quando foram realizados 78 partos. Do total de 1992, 29 (45,3%) foram normais e 35 (54,7%) cesários.

3.6 - Serviços Complementares 3.936 (12,3%)

3.6.1 - Foram realizados 48.275 exames complementares em 1992, o que evidenciou uma pequena redução de 2,54% em relação a 1991, quando foram realizados 49.534 exames. Os exames mais solicitados em 1992 foram: Patologia Clínica 38.563 (79,9%) e Radiologia 4.685 (9,7%).

3.7 - Custos em 1992 (Média)

3.7.1 - Custo do paciente-dia 8.188: CR\$ 312.538,45

3.7.2 - Custo do leite-dia 8.772: CR\$ 132.411,75

3.7.3 - Custo de uma consulta médica (11,1%)

Oftalmologia (Ambulatório e emergência) 8: CR\$ 97.198,46

3.7.4 - Custo hospitalar-dia 1.883: CR\$ 15.112.351,76

3.7.5 - As despesas com pessoal corresponderam a 85,95% do total das despesas efetuadas em 1992. (8,1%)

4.1.5 - Foram realizadas 18.005 consultas odontológicas em

4.02- Hospital Naval de Natal (HNNA) de 21,1% em relação a 1991, quando foram realizadas 20.801 consultas.

4.1 - Movimento Ambulatorial

4.1.1 - Foram realizadas 128.199 consultas médicas em 1992, o que significou um aumento de 14,5% em relação a 1991, quando foram realizadas 112.028 consultas. A média mensal de consultas foi de 2.350 em 1992, contra 2.052 em 1991.

4.1.2 - Foram atendidos 3.995 casos de emergência em 1992, o que representou uma redução de 19% em relação a 1991, quando foram atendidos 4.933 casos. (25,8%)

4.1.3 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatório e emergência) foi a seguinte em 1992:

| | | |
|--------------------------|--------|----------|
| Militar ativa..... | 3.832 | (11,9%) |
| Militar inativo..... | 3.956 | (12,3%) |
| Civil ativa/inativo..... | 1.149 | (3,5%) |
| Dependentes..... | 23.856 | (74,1%) |
| Outros..... | 401 | (1,2%) |
| Total..... | 32.194 | (100,0%) |

4.1.4 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solicitadas em 1992 foram:

| | | |
|------------------------------|-------|---------|
| Clínica Médica..... | 8.168 | (29,0%) |
| Ginecologia/Obstetrícia..... | 5.772 | (20,5%) |
| Pediatria..... | 3.138 | (11,1%) |
| Oftalmologia..... | 2.046 | (7,2%) |
| Cardiologia..... | 1.883 | (6,7%) |
| Psicologia..... | 1.808 | (6,4%) |
| Traumato-ortopedia..... | 1.732 | (6,1%) |

4.1.5 - Foram realizadas 16.005 consultas odontológicas em

1992, o que evidenciou uma redução de 21,1% em relação a 1991, quando foram realizadas 20.301 consultas para hospi-

4.2 - Movimento de Internação

4.2.1 - Foram efetuadas 1.066 internações em 1992, o que representou um aumento de 17,5% em relação a 1991, quando foram efetuadas 907 internações. A média mensal de internações foi de 89 pacientes em 1992, contra 75 em 1991.

4.2.2 - A distribuição por tipo de clientela nas internações foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------|-------|----------|
| Mil. Nativa | 27500 | (25,8%) |
| Mil. Inativo | 17292 | (16,1%) |
| Civil ativa/inativo | 0 | 0 |
| Dependentes | 5936 | (55,6%) |
| Outros | 26 | (2,5%) |
| Total | 1.066 | (100,0%) |

4.2.3 - As clínicas mais solicitadas no âmbito das internações em 1992 foram:

| | | |
|-------------------------|-----|---------|
| Clínica Médica | 358 | (33,6%) |
| Ginecologia/Obstetrícia | 279 | (26,2%) |
| Cirurgia Geral | 128 | (12,0%) |
| Traumato-ortopedia | 87 | (8,2%) |
| Cardiologia | 79 | (7,4%) |
| Pediatria | 75 | (7,0%) |

4.3 - Indicadores Hospitalares

4.3.1 - Taxa de Ocupação (TO) - A TO média foi de 40,07% em 1992 e 36,26% em 1991. Estes valores estão abaixo do índice mínimo aceitável (50%).

4.3.2 - Média do Tempo de Permanência (MTP) - A Saúde preconiza

4.3.2 - A MTP foi de 17 dias em 1992, o mesmo ocorrendo em 1991, tendo ficado dentro da faixa ideal (6 a 15 dias) para hospitais gerais, de partos cesáreos acima do estabelecido pelo M:

4.3.3 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM)

4.3.3.1 - A TBM foi de 2,73% em 1992 e 3,02% em 1991, tendo ficado dentro do índice aceito para hospitais de agudos (3%), res em

4.3.4 - Taxa Específica de Infecção (TEI) 23,7% em relação a

4.3.4.1 - A TEI foi de 0,51% em 1992 e 3,15% em 1991 (em média). Verificou-se, portanto, diminuição desta taxa em 1992 (6,7%) e

4.3.5 - Média dos Censos Diários (MCD)

4.3.5.1 - A MCD foi de 20 pacientes em 1992 e 18 em 1991. Estes valores são baixos, considerando que a TO no período 1991/1992 esteve abaixo do índice mínimo aceitável (50%).

4.4 - Cirurgias com assistência médica

4.4.1 - Foram realizadas 905 cirurgias em 1992, o que significou um aumento de 30,6% em relação a 1991, quando foram realizadas 693 cirurgias. A distribuição por tipo de cirurgia foi a seguinte em 1992:

| | | |
|----------------------------------|-----|----------|
| Pequena | 350 | (38,7%) |
| Média Hospitais Gerais do Brasil | 131 | (14,5%) |
| Grande | 129 | (14,2%) |
| Ambulatorial e Ambulatorial | 295 | (32,6%) |
| Total | 905 | (100,0%) |

4.5 - Partos Periféricos de Val-de-Cães em 1992; o que signifi-

4.5.1 - Foram realizados 90 partos em 1992, o que representou um aumento de 15,4% em relação a 1991, quando foram realizados 78 partos. Do total de partos em 1992, 27 (30%) foram normais e 63 (70%) cesários. O Ministério da Saúde preconiza

que 90% dos partos devem ser normais e apenas 10% cesários. As SOMH, de um modo geral, realizaram no período 1991/1992 uma quantidade de partos cesários acima do estabelecido pelo Ministério da Saúde, cuja foi a seguinte em 1992:

4.6 - Serviços Complementares 3.897 (10,8%)

4.6.1 - Foram realizados 32.135 exames complementares em 1992, o que evidenciou uma redução de 23,7% em relação a 1991, quando foram realizados 42.097 exames. Os exames mais solicitados em 1992 foram: Patologia Clínica 24.643 (76,7%) e Radiologia 4.607 (14,3%). . . . 24.723 (100,0%)

4.7 - Custos em 1992 (Média) orçamentária, as consultas mais solici-

4.7.1 - Custo do paciente-dia : CR\$ 568.260,81

4.7.2 - Custo do leito-dia : CR\$ 224.294,11

4.7.3 - Custo de uma consulta médica (23,4%)

ambulatorial (ambulatório e emergência): CR\$ 93.656,01

4.7.4 - Custo hospitalar-dia 2,252: CR\$ 18.102.685,59

4.7.5 - As despesas com pessoal corresponderam a 85,27% do total das despesas efetuadas em 1992. (8,4%)

Otorrinolaringologia 1.807 (8,0%)

5.0 - Hospital Naval de Belém (HNBe) consultas odontológicas em 1992, o que representou uma redução de 14,55% em relação a

5.1 - Movimento Ambulatorial 27.198 consultas.

5.1.1 - Foram realizadas 20.005 consultas médicas no HNBe e Ambulatório Periférico de Val-de-Cães em 1992, o que significou uma redução de 9,22% em relação a 1991, quando foram realizadas 22.037 consultas. A média mensal de consultas foi de 1.667 em 1992, contra 1.836 em 1991, contra 83 em 1991.

5.1.2 - Foram atendidos 1.724 casos de emergência em 1992, o

que representou uma pequena redução de 5,43% em relação a 1991, quando foram atendidos 1.823 casos.

5.1.3 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatório e emergência) foi a seguinte em 1992:

| | | |
|--------------------------|--------|----------|
| Mil, nativa..... | 3.597 | (16,6%) |
| Mil, nativo..... | 1.756 | (8,1%) |
| Civil ativa/inativo..... | 333 | (1,5%) |
| Dependentes..... | 15.652 | (72,0%) |
| Outros..... | 391 | (1,8%) |
| Total..... | 21.729 | (100,0%) |

5.1.4 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solicitadas em 1992 foram:

| | | |
|------------------------------|-------|---------|
| Pediatria..... | 5.109 | (25,5%) |
| Clínica Médica..... | 4.684 | (23,4%) |
| Ginecologia/Obstetrícia..... | 2.330 | (11,6%) |
| Traumato-ortopedia..... | 2.252 | (11,2%) |
| Cardiologia..... | 1.711 | (8,5%) |
| Oftalmologia..... | 1.674 | (8,4%) |
| Otorrinolaringologia..... | 1.607 | (8,0%) |

5.1.5 - Foram realizadas 23.214 consultas odontológicas em 1992, o que representou uma redução de 14,65% em relação a 1991, quando foram realizadas 27.199 consultas.

5.2 - Movimento de Internação (TOM)

5.2.1 - Foram efetuadas 975 internações em 1992, o que evidenciou uma pequena redução de 2,4% em relação a 1991, quando foram efetuadas 999 internações. A média mensal de internações foi de 81 pacientes em 1992, contra 83 em 1991.

5.2.2 - A distribuição por tipo de clientela nas internações

foi a seguinte em 1992: em 1991, Verificou-se, portanto, um

| | | |
|---------------------------------------|-----|----------|
| Mil. ativa em 1992..... | 208 | (21,3%) |
| Mil. inativo dos Centros Diários..... | 130 | (13,3%) |
| Civil ativa/inativo..... | 05 | (0,5%) |
| Dependentes..... | 624 | (64,0%) |
| Outros..... | 08 | (0,8%) |
| Total..... | 975 | (100,0%) |

5.2.3 - As clínicas mais solicitadas no âmbito das internações em 1992 foram:

| | | |
|------------------------------|-----|---------|
| Clínica Médica..... | 291 | (29,8%) |
| Ginecologia/Obstetrícia..... | 234 | (24,0%) |
| Pediatria..... | 123 | (12,6%) |
| Cirurgia Geral..... | 105 | (10,8%) |
| Traumato-ortopedia..... | 90 | (9,2%) |

5.3 - Indicadores Hospitalares

5.3.1 - Taxa de Ocupação (TO)

5.3.1.1 - A TO média foi de 23,35% em 1992 e 20,69% em 1991. Estes valores estão muito abaixo do índice mínimo aceitável,

5.3.2 - Média do Tempo de Permanência (MTP) - foram realizados A MTP foi de 6 dias em 1992 e 5 dias em 1991, tendo ficado dentro da faixa ideal (6 a 15 dias) para hospitais gerais, no período 1991/1992, uma quantidade de partos cesáreos

5.3.3 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) - Saúde (10% para partos A TBM foi de 2,69% em 1992 e 1,33% em 1991 (em média), tendo ficado, praticamente, dentro do índice aceito para hospitais de agudos (3%), dos 53.141 exames complementares em

5.3.4 - Taxa Específica de Infecção (TEI) 30,35% em relação a 1991 A TEI foi de 4,35% em 1992, não tendo sido registradas

infecções hospitalares em 1991. Verificou-se, portanto, um aumento da TEI em 1992.

5.3.5 - Média dos Censos Diários (MCD)

5.3.5.1 - A MCD foi de 14 pacientes em 1992 e 12 em 1991. Estes valores são muito baixos, considerando que a UTI no período 1991/1992 esteve bem abaixo do índice mínimo aceitável.

5.4 - Cirurgias (órgão e emergência) - 1992 - 190.081,74

5.4.1 - Foram realizadas 477 cirurgias em 1992, o que representou uma redução de 9,5% em relação a 1991, quando foram realizadas 527 cirurgias. A distribuição por tipo de cirurgia foi a seguinte em 1992:

| | | |
|--------------|-----|----------|
| Pequena | 236 | (49,5%) |
| Média | 146 | (30,6%) |
| Grande | 88 | (18,4%) |
| Ambulatorial | 07 | (1,5%) |
| Total | 477 | (100,0%) |

5.5 - Partos - 17.822 nascimentos. A média mensal de nascimentos

5.5.1 - Foram realizados 93 partos em 1992, o que evidenciou uma redução de 32,1% em relação a 1991, quando foram realizados 137 partos. Do total de partos em 1992, 37 (40%) foram normais e 56 (60%) cesários. As OMH, de um modo geral, realizaram no período 1991/1992 uma quantidade de partos cesários acima do preconizado pelo Ministério da Saúde (10% para partos cesários e 90% para partos normais) (20,7%).

5.6 - Serviços Complementares - 1.170 (9,0%)

5.6.1 - Foram realizados 53.141 exames complementares em 1992, o que significou uma redução de 30,35% em relação a 1991, quando foram realizados 76.308 exames. Os exames mais

solicitados em 1992 foram: Patologia Clínica 48.344 (91%) e Radiologia 3.215 (6%).

5.7 - Custos em 1992 (Média)

5.7.1 - Custo do paciente-dia : CR\$ 973.331,75

5.7.2 - Custo do leito-dia : CR\$ 220.655,31

5.7.3 - Custo de uma consulta médica (20,5%)

Cardiolo (ambulatório e emergência) : CR\$ 150.061,74

5.7.4 - Custo hospitalar-dia : CR\$ 21.658.446,74

5.7.5 - As despesas com pessoal corresponderam a 89,18% do total das despesas em 1992, aumento de 30% em relação a 1991, quando foram realizadas 8.582 consultas.

6.0 - Hospital Naval de Ladário (HNL)

6.0.1 - Foram efetuadas 4.027 internações em 1992, o que re-

6.1 - Movimento Ambulatorial em relação a 1991, quando foram

6.1.1 - Foram realizadas 18.648 consultas médicas em 1992, o que representou um aumento de 9,44% em relação a 1991, quando foram realizadas 17.039 consultas. A média mensal de consultas foi de 1.554 em 1992, contra 1.420 em 1991.

6.1.2 - Foram atendidos 4.585 casos de emergência em 1992, o que evidenciou uma redução de 62,86% em relação a 1991, quando foram atendidos 12.347 casos. (2,3%)

6.1.3 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatório e emergência) foi a seguinte em 1992:

Mil. ativa 4.819 (20,7%)

Mil. inativo 1.170 (5,0%)

Civil ativa/inativo 329 (1,4%)

Dependentes 16.567 (71,3%)

Outros 348 (1,5%)

| | | |
|--|--------|----------|
| Total | 23.233 | (100,0%) |
| 6.1.4 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solicitadas em 1992 foram: | | |
| Clínica Médica | 4.772 | (25,6%) |
| Pediatria | 4.326 | (23,2%) |
| Ginecologia/Obstetrícia | 3.834 | (20,5%) |
| Cardiologia | 2.376 | (12,7%) |
| Traumato-ortopedia | 1.701 | (9,1%) |

6.1.5 - Foram realizadas 8.529 consultas odontológicas em 1992, o que significou um aumento de 30% em relação a 1991, quando foram realizadas 6.563 consultas.

6.2 - Movimento de Internação (TOM)

6.2.1 - Foram efetuadas 1.037 internações em 1992, o que representou um aumento de 25,5% em relação a 1991, quando foram efetuadas 826 internações. A média mensal de internações foi de 86 pacientes em 1992, contra 69 em 1991.

6.2.2 - A distribuição por tipo de clientela nas internações foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------|-------|----------|
| Mil. Ativa | 295 | (28,5%) |
| Mil. Inativo | 42 | (4,1%) |
| Civil ativa/inativo | 24 | (2,3%) |
| Dependentes | 660 | (63,6%) |
| Outros | 16 | (1,5%) |
| Total | 1.037 | (100,0%) |

6.2.3 - As clínicas mais solicitadas no âmbito das internações em 1992 foram:

| | | |
|-------------------------|-----|---------|
| Clínica Médica | 353 | (34,0%) |
| Ginecologia/Obstetrícia | 260 | (25,0%) |

| | | |
|--------------------------|-----|---------|
| Traumato-ortopedia | 150 | (14,5%) |
| Pediatria | 140 | (13,5%) |
| Cirurgia Geral | 48 | (4,6%) |

6.3 - Indicadores Hospitalares 530 (100,0%)

6.3.1 - Taxa de Ocupação (TO)

6.5 A TO média foi de 28,1% em 1992 e 24,94% em 1991. Estes valores estão muito abaixo do índice mínimo aceitável (50%).

6.3.2 - Média do Tempo de Permanência (MTP) 1992, 94 (63,9%)

6.6 A MTP foi de 54 dias em 1992, o mesmo ocorrendo em 1991, tendo ficado praticamente dentro da faixa ideal (6 a 15 dias) para hospitais gerais.

6.3.3 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM)

6.8 A TBM foi de 0,75% em 1992 e 1,68% em 1991 (em média), índices considerados satisfatórios (o valor aceito para hospitais de agudos é de 3%).

6.3.4 - Taxa Específica de Infecção (TEI) 13.408 (87,2%)

6.9 A TEI foi de 5,06% em 1992 e 0,35 em 1991 (em média). Verificou-se, portanto, um aumento da TEI em 1992.

6.3.5 - Média dos Censos Diários (MCD) 93.030,82

6.7 A MCD foi de 11 pacientes em 1992 e 12 em 1991. Estes valores são muito baixos, considerando que a TO no período 1991/1992 esteve bem abaixo do índice mínimo aceitável (50%).

6.4 - Cirurgias hospitalar-dia 1992: GR\$ 7.867.293,08

6.4.1 - Foram realizadas 530 cirurgias em 1992, o que representou uma redução de 52,76% em relação a 1991, quando foram realizadas 1.122 cirurgias. A distribuição por tipo de cirurgia foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------|-----|---------|
| Pequena | 115 | (21,7%) |
|---------------|-----|---------|

Média (Hospital Ambulatorial) 80 (15,1%)

Grande (Coron. realizadas) 20.148 (22,4%)

Ambulatorial (óculos. Perif. óculos) 21618 (240,8%)

Total (óculos. Perif. óculos) = 4530 (100,0%) foram realizadas

6.5.1 - Partos: A média mensal de consultas no complexo do

6.5.1 - Foram realizados 148 partos em 1992, o que significou uma pequena redução de 5,1% em relação a 1991, quando foram realizados 156 partos. Do total de partos em 1992, 94 (63,5%) foram normais e 54 (36,5%) cesários. A quantidade de partos cesários esta acima dos índices preconizados pelo Ministério da Saúde. (rio e emergência) foi a seguinte em 1992:

6.6. - Serviços Complementares 4.380 (15,8%)

6.6.1 - Foram realizados 19.957 exames complementares em 1992, o que evidenciou um discreto aumento de 2,9% em relação a 1991, quando foram realizados 19.389 exames. Os exames mais solicitados em 1992 foram: Patologia Clínica 13.409 (67,2%) e Radiologia 5.479 (27,4%), ... 27.640 (100,0%)

6.7. - Custos em 1992 (Média)

6.7.1 - Custo do paciente-dia : CR\$ 393.030,82

6.7.2 - Custo do leito-dia : CR\$ 105.521,12

6.7.3 - Custo de uma consulta médica (18,1%)

6.7.3 - Custo (ambulatorio e emergência) : CR\$ 850.311,91

6.7.4 - Custo hospitalar-dia : CR\$ 7.867.293,09

6.7.5 - As despesas com pessoal corresponderam a 88,77% do total das despesas efetuadas em 1992. (7,8%)

7.1.5 - Foram realizadas 19.642 consultas odontológicas em

7.0 - Hospital Naval de Brasília (HNBr) 13,48% em relação a 1991, quando foram realizadas 22.703 consultas.

7.1 - Movimento Ambulatorial

7.1.1 - Foram realizadas 26.146 consultas médicas no HNBr e seus Ambulatórios Periféricos em 1992, o que significou um aumento de 5,28% em relação a 1991, quando foram realizadas 24.834 consultas. A média mensal de consultas no complexo do HNBr foi de 2.178 em 1992, contra 2.069 em 1991.

7.1.2 - Foram atendidos 1.494 casos de emergência em 1992, o que representou um aumento de 3,39% em relação a 1991, quando foram atendidos 1.445 casos.

7.1.3 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatório e emergência) foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------------|--------|----------|
| Mil. ativa | 4.360 | (15,8%) |
| Mil. inativo | 1.897 | (6,9%) |
| Civil ativa/inativo | 536 | (1,9%) |
| Dependentes | 19.853 | (71,8%) |
| Outros | 994 | (3,6%) |
| Total | 27.640 | (100,0%) |

7.1.4 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solicitadas em 1992 foram:

| | | |
|--------------------------|-------|---------|
| SPA | 6.865 | (26,2%) |
| Pediatria | 4.740 | (18,1%) |
| Ginecologia | 3.553 | (13,6%) |
| Clínica Médica | 3.312 | (12,7%) |
| Cardiologia | 2.254 | (8,6%) |
| Traumato-ortopedia | 2.073 | (7,9%) |

7.1.5 - Foram realizadas 19.642 consultas odontológicas em 1992, o que significou uma redução de 13,48% em relação a 1991, quando foram realizadas 22.703 consultas.

7.2 - Movimento de Internação (TOM)

7.2.1 - Foram efetuadas 631 internações em 1992, o que representou uma redução de 13,81% em relação a 1991, quando foram realizadas 732 internações. A média mensal de internações foi de 52 pacientes em 1992, contra 61 em 1991.

7.2.2 - A distribuição por tipo de clientela nas internações foi a seguinte em 1992:

| | | |
|--------------------------------------|-----|----------|
| Mil. Sativada p. dos. Casos. D.ários | 192 | (30,4%) |
| Mil. Inativo ... de R. específica | 55 | (8,7%) |
| Civil ativa/inativa | 330 | (52,3%) |
| Dependentes | 330 | (52,3%) |
| Outros | 54 | (8,6%) |
| Total | 631 | (100,0%) |

7.2.3 - As clínicas mais solicitadas no âmbito das internações em 1992 foram:

| | | |
|--------------------|-----|---------|
| Clínica Médica | 205 | (32,5%) |
| Traumato-ortopedia | 130 | (20,6%) |
| Cirurgia Geral | 110 | (17,4%) |
| Ginecologia | 86 | (13,6%) |
| Psiquiatria | 50 | (7,9%) |

7.3 - Indicadores Hospitalares 628 (100,0%)

7.3.1 - Taxa de Ocupação (TO)

7.3.1.1 - A TO média foi de 21,6% em 1992 e 20,9% em 1991. Estes valores estão muito abaixo do índice mínimo aceitável (50%).

7.3.2 - Média do Tempo de Permanência (MTP)

7.3.2.1 - A MTP foi de 5 dias em 1992 e 4 dias em 1991, tendo ficado praticamente dentro da faixa ideal (6 a 15 dias) para hospitais gerais.

7.3.3 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) 929,397,83

7.3.3.1 A TBM foi de 0,68% em 1992; e 1,01% em 1991 (em média). Estas taxas são baixas em relação ao valor aceito para hospitais de agudos (3%), e emergenciais (CRS 107,804,02)

7.3.4 - Taxa Específica de Infecção (TEI) 18,188,817,82

7.3.4.1 A TEI foi de 0,14% em 1992, não tendo sido registradas infecções hospitalares em 1991, 1992.

7.3.5 - Média dos Censos Diários (MCD)

7.3.5.1 A MCD foi de 8 pacientes em 1992, o mesmo ocorrendo em 1991. Este valor é muito baixo, considerando que a TO no período 1991/1992 esteve bem abaixo do índice mínimo aceitável.

7.4 - Cirurgias realizadas 3,353 consultas médicas em 1992 e

7.4.1 - Foram realizadas 626 cirurgias em 1992, o que evidenciou um aumento de 28% em relação a 1991, quando foram realizadas 489 cirurgias. A distribuição por tipo de cirurgia foi a seguinte em 1992: distribuição por tipo de clientela ambulatorial

| | | |
|--------------|-----|----------|
| Pequena | 69 | (11,0%) |
| Média | 151 | (24,1%) |
| Grande | 38 | (6,1%) |
| Ambulatorial | 368 | (58,8%) |
| Total | 626 | (100,0%) |

7.5 - Serviços Complementares 79 (2,3%)

7.5.1 - Foram realizados 36.500 exames complementares em 1992, o que representou uma redução de 16,6% em relação a 1991, quando foram realizados 43.768 exames. Os exames mais solicitados em 1992 foram: Patologia Clínica 30,165 (82,6%) e Radiologia 4.029 (11%), 818 (24,3%)

7.6 - Custos em 1992 (Média) 212 (8,3%)

- 7.6.1 - Custo do paciente-dia : CR\$ 1.929.397,93
- 7.6.2 - Custo do leito-dia : CR\$ 119.975,30
- 7.6.3 - Custo de uma consulta médica : CR\$ 107.804,02
- 7.6.4 - Custo hospitalar-dia : CR\$ 19.198.517,92
- 7.6.5 - As despesas com pessoal corresponderam a 82,36% do total das despesas efetuadas em 1992.

8.0 - Sanatório Naval de Nova Friburgo (SNNF)

8.3 - Custos em 1992 (Média)

8.1 - Movimento Ambulatorial médico

8.1.1 - Foram realizadas 3.353 consultas médicas em 1992 o que significou uma redução de 28,4% em relação a 1991, quando foram realizadas 4.685 consultas. A média mensal de consultas foi de 279 em 1992, contra 390 em 1991.

8.1.2 - A distribuição por tipo de clientela ambulatorial (ambulatório e emergência) foi a seguinte em 1992:

| | | |
|---------------------------|-------|----------|
| Mil. ativa | 391 | (11,7%) |
| Mil. inativo | 537 | (16,0%) |
| Civil ativa/inativo | 321 | (9,6%) |
| Dependentes | 2.025 | (60,4%) |
| Outros | 79 | (2,3%) |
| Total | 3.353 | (100,0%) |

8.1.3 - No atendimento ambulatorial, as clínicas mais solicitadas em 1992 foram:

| | | |
|------------------------------|-------|---------|
| Clínica Médica | 2.210 | (62,9%) |
| Ginecologia/Obstetrícia | 816 | (24,3%) |
| Pediatria | 212 | (6,3%) |

8.1.4 - Foram realizadas 1.954 consultas odontológicas em 1992, o que significou uma redução de 15,7% em relação a 1991, quando foram realizadas 2.318 consultas.

8.2 - Serviços Complementares

8.2.1 - Foram realizados 5.966 exames complementares em 1992, o que evidenciou uma redução de 19,8% em relação a 1991, quando foram realizados 7.437 exames. Os exames mais solicitados em 1992 foram: Patologia Clínica 4.622 (77,5%) e Radiologia 1.265 (21,2%).

8.3 - Custos em 1992 (Média)

8.3.1 - Custo de uma consulta médica

(ambulatório e emergência) : CR\$ 1.101.309,18

8.3.2 - Custo hospitalar-dia : CR\$ 9.720.143,93

8.3.3 - As despesas com pessoal corresponderam a 81,71% do total das despesas efetuadas em 1992.

8. ---, DOUTORAMENTO no 10-41-A de 23 de junho de 1981. Normas complementares às regulamentações médicas.

9. ---, DOUTORAMENTO no 20-42-A de 27 de janeiro de 1983. Normas de conduta de médicos em atividades de saúde da Marinha e outras providências para serviços médicos.

10. BRASIL, Escola de Guerra Naval. EGN-215 A. Guia para a elaboração de teses e monografias. Rio de Janeiro, 1981.

11. ---, FI-218 A. Guia para a elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro, 1982.

12. BRASIL, Ministério da Marinha, Gabinete do Ministro, Portaria Ministerial no 0482, de 28 de junho de 1989. Aprova a organização do Sistema de Saúde da Marinha e das outras providências. Publicado no Bol. de M.M. n. 08/89, Tomo I.

13. ---, Portaria Ministerial no 0571, de 17 de novembro de 1992. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. Publicado no Bol. de M.M. n. 10/92, Tomo I.

14. ----. Portaria Ministerial nº 0482, de 29 de junho de 1989. Aprova as normas para prestação de assistência médico-hospitalar pela Marinha. Publicado no Bol. do M.M. n. 08/89, Tomo I.
1. ALBUQUERQUE FILHO, Manoel Varela de. O serviço de arquivo médico e estatística. Rio de Janeiro: EGN, 1981.
15. Monografia (C-SGN) - Escola de Guerra Naval, 1981.
2. AZEVEDO, Antonio Carlos de. Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos. São Paulo: [s.n.], 1989.
16. Wilson da Silva, Antônio. Custos, uma questão de sobrevivência. São Paulo, v. 8.
3. BARQUIN C., Manuel. Dirección de hospitalares. 4.ed. México: Interamericana, 1979.
17. CORDEIRO, José Marcos. Administração em saúde.
4. BLO, Sérgio Rodrigues. Sistemas de Informação um enfoque gerencial. São Paulo: Atlas, 1987.
5. BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. CIRCULAR nº 014 de 30 de setembro de 1991. Cobrança de indenizações médico-hospitalares. Alíquota do custo de determinada patologia hospitalar - Administração e Saúde. São Paulo.
6. ----. DOUTOMARINST nº 10-14-A de 28 de junho de 1990. Execução dos projetos de assistência médico-hospitalar apoiados por unidades-chaves (UC), unidades-chaves hospitalares (UCH) e outras OM do SSM subordinadas à DSM (SDSM). DC, set./out. 1991.
7. ----. DOUTOMARINST nº 30-04-B de 02 de julho de 1992. Normas sobre atendimento odontológico na MB. DC, n. 47, p. 8-10, jul. 1992.
8. ----. DOUTOMARINST nº 20-03-B de 14 de julho de 1992. Normas complementares de assistência médica. Hospital - Administração em Saúde, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 183-186, jul./ago. 1992.
9. ----. DOUTOMARINST nº 20-12-A de 22 de janeiro de 1993. Normas de controle de atendimento em organização de saúde da Marinha e parâmetros técnicos de avaliação dos serviços propostos. Hospital - Administração em Saúde, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 183-186, jul./ago. 1992.
10. BRASIL. Escola de Guerra Naval. EGN-215 A. Guia para a elaboração de teses e monografias. Rio de Janeiro, 1981. Administração e Saúde. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 122-123, maio/jun. 1991.
11. ----. FI-219 A. Guia para a elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro, 1992. Hospital. Rio de Janeiro [s.n.], 1993.
12. BRASIL. Ministério da Marinha. Gabinete do Ministro. Portaria Ministerial nº 0482, de 29 de junho de 1989. Aprova a organização do Sistema de Saúde da Marinha e dá outras providências. Publicado no Bol. do M.M. n. 08/89, Tomo I. Administração e Saúde - Indicadores hospitalares. 8. ed. Rio de Janeiro: Associação de Hospitais do Exército, 1989.
13. ----. Portaria Ministerial nº 0571, de 17 de novembro de 1992. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. Publicado no Bol. do M.M. n. 12/92, Tomo I.

14. ----. Portaria Ministerial nº 0576, de 18 de novembro de 1992. Aprova as normas para prestação de assistência médico-hospitalar pela Marinha. Publicado no Bol. do M.M. n. 12/92, Tomo I, Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 204-207, set./out. 1991.
15. BRINGEL, Paulo José Pereira. O Sistema de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro: EGN, 1990. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1990. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 199-187, jul./ago.
16. CESAR, Gilson da Silva, ARREGUE, Diniz Gonçalves. Custos, uma questão de sobrevivência. Enfoque, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 14-15, jul. 1985. Trabalhos de Administração Hospitalar - Controle do Custo Assistencial, Rio de Janeiro: FUC, 1985. Monografia.
17. CORDEIRO, José Marcos. Administração nas ações de saúde. Rio de Janeiro: EGN, 1991. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1991.
18. GYMROT, Raquel. Estimação do tempo de ocupação de um leito hospitalar, sala de exames ou sala cirúrgica como parâmetro na avaliação do custo de determinada patologia. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 240-242, set./out. 1992.
19. FERNANDES, Aloísio. Controle de qualidade em hospitais. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 198-202, set./out. 1991.
20. GONZALEZ, Celi. Gerenciamento de qualidade nos serviços médico-hospitalares. Gerência Hospitalar, São Paulo, v. 5, n. 47, p. 8-10, jul. 1992.
21. MEZOMO, João Catarin. Em busca da qualidade nos serviços. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 55-58, mar./abr. 1992.
22. ----. Os recursos humanos na administração da qualidade. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 163-166, jul./ago. 1992.
23. ----. Qualidade nos serviços de saúde. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 122-123, maio/jun. 1991.
24. PERRONE, Oberdam. A informação no hospital. Rio de Janeiro: [s.n.], 1983.
25. ----. Auditoria hospitalar. 4.ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 1980.
26. ----. Unidades estatísticas e indicadores hospitalares. 6. ed. Rio de Janeiro: Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro, 1977.
27. RODRIGUES, Roberto Jaime (Coord.). Informática e o admi-

nistrador de saúde. São Paulo: Pioneira, 1987.

28. RODRIGUES, Valderez M. Controle de qualidade ambulatorial. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 204-207, set./out. 1991.
29. SPIGOLON, José Luiz. Crise da previdência reflexo nos hospitais sem fins lucrativos. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 159-162, jul./ago. 1992.
30. TAUBLIB, Davis. Auditoria hospitalar: controle do padrão assistencial. Rio de Janeiro: PUC, 1990. Monografia (Centro de Ciências Biológicas e de Medicina) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1990.



- 58. RODRIGUES, Valdeir M. Controle de qualidade ambulatório. Hospital - Administração e Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 504-507, set./out. 1981.
- 58. SPINOLON, José Luiz. Crise da previdência hospitalar sem fins lucrativos. Hospital e Saúde, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 188-195, jul. 1982.
- 30. TAUBILIS, Davis. Auditoria hospitalar: centro de assistência. Rio de Janeiro: PUC, 1980. (Centro de Ciências Biológicas e de Medicina) - Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1980.



A

00104560003591

T Estudo integrado do desempenho

9-E-50

D

*4 AGO 2001 Ronaldo TC

