

AP. 74

2004

**O Sistema de Administração e Gestão na Saúde:  
Avaliação da qualidade de assistência médica,  
medicamentosa no Hospital Militar de Maputo, no  
período compreendido entre 2001- 2004.**

**Trabalho do fim do curso para obtenção de licenciatura em  
Administração Pública**

**Autor  
Luís Domingos Jofrice**

**Supervisor  
Dr. Moisés Ernesto Mazivila**

UE, M. - UFICS	
R. E.	4468
DATA	14 / 09 / 05
AQUISIÇÃO	Oferta
COTA	

**Departamento de Ciência Política e Administração Pública**

**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

**Universidade Eduardo Mondlane**

Maputo, 20 de Setembro de 2004

**O Sistema de Administração e Gestão na Saúde:  
Avaliação da qualidade de assistência médica,  
medicamentosa no Hospital Militar de Maputo, no  
período compreendido entre 2001- 2004.**

**Trabalho do fim do curso para obtenção de licenciatura em  
Administração Pública**

**Autor  
Luís Domingos Jofrice**

**Supervisor  
Dr. Moisés Ernesto Mazivila**

**Departamento de Ciência Política e Administração Pública**

**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

**Universidade Eduardo Mondlane**

**Maputo, 20 de Setembro de 2004**

U.E.M. - OFICINA

RE	
DATA	/ /
ADMISSÃO	
COTA	

## AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade vão os meus profundos e sinceros agradecimentos especialmente:

A Deus por iluminar o meu caminho e ser o responsável por toda trajectória da minha vida.

Ao Dr. Moisés Ernesto Mazivila, meu supervisor, vai o meu especial apreço, pela dedicação, paciência, compreensão e sabedoria que demonstrou ao longo de todo estudo.

Ao Dr. Zefanias Matsimbe, ao dr. Nourinho, ao Dr. Zacarias Castigo Zindoga, ao dr. António Vicente Bila, o vosso apoio foi relevante para o delineamento desta monografia.

Aos meus pais Domingos Jofrice Gotoco (falecido) e Tunica Chapo, pela oportunidade que me concederam de encarar os desafios da vida; á minha esposa Judite Gaspar que soube dar-me todo o apoio que precisei durante a minha formação.

Ás minhas filhas Precilda, Lúcia, Providência, e Judite pelo amor, carinho e a oportunidade que me dão de ser um pai feliz, um forte abraço e continuem sempre amáveis.

Aos meus irmãos Jorge D. Jofrice, César D. Jofrice, Maria D. Jofrice e Tiago D. Jofrice (meus companheiros) pela confiança e apoio que depositaram em mim ao longo desta fase da minha carreira académica.

Aos meus amigos, colegas de serviço, e da faculdade, José M. Luís Miquidade José Domingos Cipriano, Olímpio Durão Mola, Domingos Melo, Miguel Tafira Nhumba, Zikai, Mahumane, Souzinho, Igrejas, Magagula, que directa e indirectamente contribuíram para materialização do estudo.

Aos meus colegas da Faculdade, especialmente ao João Baptista Dengo, Hélder Machango, Luís José Machava, Lourino Rafael Bonzo (primeiro grupo da turma de Administração pública do ano 2003/2004), cujo apoio moral e material contribuiu bastante para a concretização desta fase da carreira.

Aos docentes e funcionários da ex. UFICS que foram os responsáveis pela minha formação o meu MUITO OBRIGADO.

## **DECLARAÇÃO DE HONRA**

Declaro que este trabalho de fim de curso, nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau e que ele constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto e na bibliografia as fontes que utilizei.

**Luís Domingos Jofrice**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai Domingos Jofrice Gotoco e a minha cunhada Zenha já falecidos.

## **LISTA DE SIGLAS**

**UEM** – Universidade Eduardo Mondlane

**FLCS** – Faculdade de Letras e Ciências Sociais

**MDN** – Ministério de Defesa Nacional

**MISAU** – Ministério de Saúde

**UFICS** – Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais

**EFGE** – Estatuto Geral dos Funcionários do Estado

**HMM** – Hospital Militar de Maputo

**FADM** – Forças Armadas de Defesa de Moçambique

**DNSM** – Direcção Nacional de Saúde Militar

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**PESS** – Plano Estratégico de Sector de Saúde

**AGP** – Acordo Geral de Paz

**SSM** – Serviço de Saúde Militar

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

## RESUMO

O Presente trabalho tem como tema: O sistema de Administração e Gestão na Saúde – Avaliação da qualidade de assistência médica e medicamentosa no Hospital Militar de Maputo. 2001 - 2004.

O objectivo fundamental é analisar e avaliar o sistema de administração e gestão dos programas de saúde que visam garantir a assistência médica, medicamentosa e hospitalar de qualidade aos militares e seus dependentes, concretamente o tópico que diz respeito a planificação, gestão e coordenação multisectoriais

A discussão foi orientada com base na teoria de sistemas, e o processo de pesquisa compreendeu dois momentos nomeadamente: primeiro a pesquisa bibliográfica, e em segundo plano, a pesquisa de campo. Neste último momento usou se os instrumentos de recolha (variáveis) qualitativos e quantitativas, as entrevistas semi-estruturadas e inquéritos individuais.

Os resultados de pesquisa revelaram que, o actual sistema de administração e de gestão introduzido no quadro das reformas do sector público, no quadro do acordo geral de paz e no quadro de adopção da nova orgânica das FADM não trouxe melhorias no capítulo de assistência médica e medicamentosa aos militares e seus familiares devido a falta de planificação, monitoria e avaliação dos programas; fraca capacidade financeira, ausência de políticas claras de formação do pessoal; deficiente coordenação multisectorial dos programas e actividades de assistência médica.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINAS</b>
Cap. I: Introdução .....	1
Cap. II: Contextualização .....	5
2.1. O Contexto Nacional .....	5
2.2. O Estudo .....	7
2.2.1. Justificativa do Estudo .....	7
2.3. Identificação do problema .....	9
2.4. A questão de partida .....	12
2.5. Hipóteses de trabalho .....	12
Cap. III	
3.1. Objectivo geral .....	13
3.2. Objectivos específicos .....	13
3.3. Justificação .....	13
Cap. IV	
4.1. Breve apresentação do HMM .....	16
4.2. Principais actividades .....	17
4.3. Descrição e análise .....	17
4.4. Resumo das actividades .....	20
Cap. V: Metodologia	
5.1. Procedimentos .....	23
Cap. VI: Enquadramento teórico	
6.1. Quadro teórico .....	25
6.2. Definição de conceitos .....	26
6.2.1 Sistema .....	26
6.2.2 Gestão .....	27
6.2.3. Administração .....	28
6.2.4. Saúde .....	30
6.2.5. Serviços .....	31
6.2.6. Satisfação .....	31
Cap. VII : Apresentação e discussão de resultados de pesquisa	
7.1. Apresentação de resultado de pesquisa .....	33
7.2. Discussão de resultados de pesquisa .....	44
7.3. Conclusões finais e recomendações .....	45
Bibliografia .....	48
Anexos .....	50

## CAPÍTULO I : INTRODUÇÃO

O presente trabalho de licenciatura enquadra-se no cumprimento dos requisitos exigidos na Faculdade de Letras e Ciências Sociais, para a obtenção do grau de licenciatura em Administração Pública.

O objectivo principal deste trabalho é a consolidação individual dos conhecimentos adquiridos ao longo dos cinco anos do curso com aplicação prática destes conhecimentos.

O Trabalho cujo o tema é **O Sistema de Administração e Gestão na Saúde: Avaliação da qualidade de assistência médica e medicamentosa no Hospital Militar de Maputo, no período compreendido entre 2001 a 2004**, pretende analisar e avaliar a qualidade da assistência médica medicamentosa e hospitalar no seio dos militares das F.A.D.M. e seus dependentes a luz dos Decretos nº 4/98, de 17 de Fevereiro e 63/03, de 24 de Dezembro, respectivamente.

De acordo com o governo. "*o Regulamento de Assistência médica e Medicamentosa, é um conjunto de normadoras do direito dos militares das Forças Armadas de Defesa de Moçambique e seus dependentes relativos á assistência médica medicamentosa e hospitalar.*" (Decreto nº 63/03). Este direito, "*insere-se no âmbito das medidas que o Estado vem implementando no sentido de alargar as regalias sociais aos seus funcionários.*" (Decreto nº 21/96:3).

Sendo assim cabe ao governo, as instituições privadas e a todas forças vivas da sociedade para se empenharem na luta contra a doença, "*condição indesejável que pode levar a morte, provocar a dor, sofrimento e, frequentemente, acarretar incapacidades temporárias ou permanentes, parciais ou totais.* Rebelo; (1995:6)

A escolha do tema tem haver com o reconhecimento da importância que o governo dá ao sector de saúde que visualiza para os próximos 25 anos "*Alcançar níveis de saúde para os moçambicanos aproximado á Média da África-Sub-Saariana, com acesso a cuidados de saúde básicos de boa qualidade, através de um sistema de saúde que responda ás expectativas dos cidadãos.*" PESS; (2001:20).

Igualmente o tema se mostra importante porque a saúde constitui uma das áreas sociais mais prioritárias para o desenvolvimento social e económico do país, como reconhece o MISAU, ao afirmar que "*o estado de saúde da população e o perfil epidemiológico é em grande medida consequência do actual nível de desenvolvimento – económico e é simultaneamente factor condicionante do seu ritmo de crescimento.*" PESS; (2001:5).

Deste modo, a administração e gestão na saúde é chamada a desempenhar um papel de relevo por constituir uma componente fundamental para a prestação eficiente e eficaz dos cuidados de saúde, parte integrante da política de desenvolvimento nacional. (Idem).

O sistema de Administração e gestão na saúde, aplicado no Hospital Militar de Maputo desde a sua criação em 1974 é o modelo de administração hospitalar seguido pelo MISAU na administração das unidades hospitalares e centros de saúde em Moçambique.

Este modelo é ensinado nos Institutos de Ciências de Saúde existentes em todo o país e consiste basicamente na aplicação dos princípios gerais de Administração geral que são: planificação, organização, direcção, coordenação e controlo.

A partir de 1992, altura da criação do Exército Único e de introdução de reformas administrativas nas FADM resultado do AGP (Acordo Geral de Paz) e da Nova Estrutura Orgânica das FADM, os procedimentos, as normas e os princípios de gestão, conheceram novos modelos caracterizados pela excessiva centralização e falta de coordenação multisectorial. (Decreto nº 5/92).

Como consequência directa da implementação deste modelo de administração e gestão, as inquietações dos militares quanto á qualidade percebida de assistência médica e medicamentosa para si, e seus dependentes aumentaram, em contrapartida, a qualidade do serviço baixou consideravelmente -- houve uma redução considerável do pessoal de saúde, dos orçamentos destinados a aquisição de medicamentos reagentes e outros materiais médico.

Com este trabalho pretende-se avaliar o grau da satisfação dos pacientes atendidos no Hospital Militar de Maputo, com relação a qualidade percebida dos serviços prestados

com base no actual modelo de Administração e gestão, apresentar as sugestões julgadas pertinentes para a prestação duma assistência médica e medicamentosa de qualidade aos militares e seus dependentes.

Quanto a sua estrutura, este trabalho do fim do curso, além da introdução apresenta 5 capítulos.

Ao primeiro capítulo dedicamos á Introdução. Nele fizemos uma abordagem sobre o papel do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique, o enquadramento do Serviço de Saúde Militar no contexto do Sistema Nacional de Saúde moçambicano, enfatizando os dois principais momentos da vida do País nomeadamente o pós-independência em que o Estado seguia um modelo de gestão centralmente planificada com base na política de orientação socialista, e o segundo momento marcado pela formação do Exército Único resultado do A.G.P. alcançado em Roma em 1992.

No segundo capítulo contextualizamos o nosso tema, anunciamos o nosso objecto de estudo, apresentamos o problema, a questão de partida, anunciamos os objectivos, e as hipóteses.

O terceiro capítulo foi dedicado aos objectivos, onde abordamos aspectos gerais e específicos do nosso estudo e a justificativa do mesmo.

No quarto capítulo procedemos à breve apresentação do local de estudo, resultados da pesquisa, análise e bem como as principais actividades aí realizadas assim como uma breve avaliação da qualidade de assistência médica e medicamentosa aí levada a cabo; sem esquecer a descrição do processo gestionário ora em curso.

O quinto capítulo foi dedicado a metodologia, onde abordamos as fontes consultadas, métodos técnicas usadas, etapas de pesquisa, os procedimentos na recolha e tratamento de dados.

No sexto capítulo fizemos o enquadramento teórico e conceptual do tema, nele apresentámos o quadro teórico e os conceitos principais usados.

O sétimo capítulo está reservado a apresentação e discussão dos resultados de pesquisa e considerações finais. Este capítulo contém informações colhidas aos doentes e outras pessoas entrevistadas e inquiridas. Por último apresentamos a bibliografia e os anexos.

## CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZAÇÃO.

### 2.1.Contexto Nacional

Com a Independência Nacional em 1975 as novas autoridades sanitárias empenharam-se na criação de estruturas sanitárias de âmbito central e local. Estas estruturas visavam a consolidação da política sanitária preconizada pelo Governo recém-criado.

Foi neste novo contexto político, social e económico que surgiu o Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.). Este tinha como objectivo "*promover e preservar a saúde da população moçambicana, promover e prestar cuidados de saúde de boa qualidade*". (MISAU; 2001)

O Serviço Nacional de Saúde foi criado no âmbito do cumprimento das tarefas consagradas na Constituição da República de 1975 no seu artigo 94 que diz "*todos os cidadãos têm direito a assistência médica e sanitária nos termos da lei e o dever de promover e defender a saúde*".

A par do SNS, existe o Sistema Nacional de Saúde que, "*é uma rede de serviços constituído por pessoas que prestam serviços, instalações, recursos que apoiam esses serviços, mecanismos de financiamento, estrutura jurídica e as comunicações e relacionamentos que ligam uma parte do sistema a outra em toda a extensão do território nacional.*" (CEBRAE; 1977: 71)

O Sistema Nacional de Saúde é uma rede de serviços funcionalmente coordenada pelo Ministério da Saúde; sendo este o organismo do Governo "*responsável pela formulação de políticas e estratégias; é agente financiador e em simultâneo é prestador directo de serviços de saúde*"; cabe ainda ao MISAU nos seus diferentes níveis regulamentar o sector e os agentes prestadores de cuidados, sejam eles governamentais e não governamentais. (MISSAU: 2001).

Nas Forças Armadas de Defesa de Moçambique, (F.A.D.M.) existe igualmente um organismo responsável pela prestação de cuidados de saúde aos militares e seus dependentes, que é Serviço de Saúde Militar. Este é parte integrante do Sistema Nacional de Saúde que direcciona as suas actividades de assistência médica e sanitária a um grupo específico de cidadãos que são militares das FADM e seus dependentes.

No seu funcionamento o Serviço de Saúde Militar subordina-se ao Estado-maior General e ao Ministério de Defesa Nacional. Tecnicamente o Serviço de Saúde Militar subordina-se ao MISAU e outras instituições similares na formação, treinamento de pessoal bem como nas tarefas de investigação técnico-científico.

O Serviço de Saúde Militar tem como principal missão, "promover e preservar a saúde dos militares e seus dependentes, promover e prestar cuidados de saúde de boa qualidade e sustentáveis, tornando-os gradualmente acessíveis a todos os militares com equidade e eficiência". (HMM; 1974). Para tal o Serviço de Saúde Militar possui infra estruturas, capacidade técnica e recursos próprios que lhe possibilitam realizar assistência médica e medicamentosa a todos os níveis. E um quadro de pessoal médico e paramédico treinado e equipado.

O Serviço de Saúde Militar sustentando-se no artigo 103, número 17, do Estatuto Geral dos Funcionários do Estado e no artigo 23, alínea a), do Decreto nº 4/98, que aprova o estatuto dos militares das Forças Armadas de Defesa de Moçambique, onde preconiza que "*todos os militares devem se beneficiar da assistência médica, medicamentosa e hospitalar bem como de meios auxiliares de diagnóstico para si e seus dependentes (familiares do primeiro grau*", tem o dever de desenvolver acções que visam alcançar tal objectivo.

Para a materialização da missão e dos objectivos traçados por estes instrumentos, e outros o Serviços de Saúde Militar, o EMG e o MDN, dispõe de dois hospitais militares: Hospital Militar de Nampula e de Maputo que constituem à semelhança do Hospital

Central de Maputo (HCM), os níveis mais diferenciados de prestação de cuidados de saúde.

O Hospital Militar de Maputo é considerado uma unidade sanitária de referência nacional para o Serviço de Saúde Militar em Moçambique por constituir a última instância de prestação de assistência médica mais qualificada e para onde são transferidos todos os doentes militar de diversos pontos do país em casos de esgotamento da capacidade técnica e de recursos locais. As HMM são dotadas de tecnologia sanitária adequada, com vista a dar resposta às múltiplas exigências dos seus usuários.

## **2.2. O Estudo**

### **2.2.1 Justificativa do Estudo**

Segundo (REBELO; 1995), qualidade é atendimento das expectativas do cliente.

A questão da qualidade na prestação de assistência médica tem assumido uma grande importância dentro da perspectiva da busca permanente da eficácia e eficiência no atendimento aos doentes militares principais beneficiários da assistência médica e medicamentosa no HMM.

O papel dos servidores dos serviços de saúde militar em geral, e muito particularmente os do HMM, vem sofrendo um questionamento constante. O militares tem vindo a pôr em causa a qualidade do serviço prestado sobretudo a falta de medicamentos.

Neste âmbito falar de qualidade dos serviços de saúde é acima de tudo uma questão de defesa dos interesses legítimos dos cidadãos e concorre para a promoção no sentido positivo da imagem dos SSM do Exército.

Sendo assim uma estratégia com vista a mudança de mentalidade no seio dos trabalhadores de saúde se impõe como um imperativo necessário e de carácter urgente de forma a devolver a confiança aos usuários dos serviços de saúde militar.

É na perspectiva do reconhecimento do papel do Estado na prestação de serviços de saúde de qualidade à população em geral e aos militares e seus familiares em particular de forma equitativa e universal que são concebidos os Decretos nº 4/98, de 17 de Fevereiro, e 63/03 de 24 de Dezembro, respectivamente.

O Decreto nº 4/98, de 17 de Fevereiro, aprova o Estatuto dos militares das Forças Armadas de Defesa de Moçambique, e o Decreto nº 63/03, de 24 de Dezembro, aprova o regulamento de assistência médica e medicamentosa aos militares das FADM e seus familiares.

O Decreto nº 4/98, foi aprovado pelo Conselho de Ministros ao abrigo do disposto no artigo 51, da lei nº 18/97, de 7 de Outubro e o Decreto nº 63/03, foi aprovado ao abrigo do disposto na alínea i), nº 2, do artigo 50, e no artigo 38, da lei nº 18/97, de 01 de Outubro, conjugado com o artigo 23, do Decreto 4/98, de 17 de Fevereiro.

Estes decretos definem o regime estatutário aplicável aos militares das FADM como uma exigência da condição de militar, e adopta um quadro normativo que responda adequadamente à organização, disciplina e hierarquia profissionais peculiares da instituição militar; (Decreto 4/98).

Estes estatutos definidos, no quadro dos decretos acima referidos, decorrem da lei da Defesa Nacional, das Forças Armadas e da lei do Serviço Militar Obrigatório.

A secção II do Decreto nº 4/98 é dedicada aos deveres e direitos dos militares. É no rol destes direitos, que encontramos os relacionados com a assistência médica, medicamentosa e hospitalar que é a razão do nosso tema.

Assim o artigo 23 deste Decreto nº 4/98, consagra aos militares o direito de "beneficiar para si e para sua família de assistência médica, medicamentosa e hospitalar, bem como de meios auxiliares de diagnóstico, nos termos fixados em diploma próprio".

O diploma próprio acima referido é Decreto nº 63/03, de 24 de Dezembro, embora tenha sido tardiamente aprovado vem responder a uma preocupação há bastante esperado pelos usuários dos hospitais e outras unidades sanitárias.

O Decreto nº 63/03, é um regulamento de assistência médica e medicamentosa para os militares, ele contém um conjunto de principais normas dos direitos dos militares das FADM e seus dependentes relativo a assistência médica.

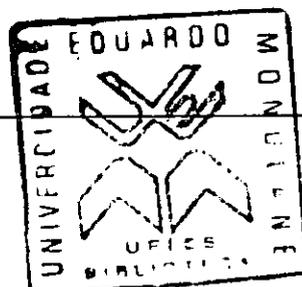
Por isso os programas de qualidade nos serviços de saúde foram introduzidos para responder as exigências dos militares face aos imperativos que estas leis impõem.

Sendo assim, os problemas apresentados pelos militares e seus familiares em diversas ocasiões e oportunidades e o imperativo que as leis impõem serviram de inspiração e motivação para o desenvolvimento deste tema, considerado importante nesta fase de crescimento e consolidação da estrutura das FADM no que diz respeito a prestação de serviços de saúde de qualidade.

### 2.3. Identificação do Problema

Qualquer organização para poder funcionar e produzir bens ou serviços apoia-se quase sempre nas competências e nos conhecimentos dos seus operacionais que são profissionais. Neste processo torna-se imperiosa a necessidade de controlar regularmente os resultados obtidos com os objectivos traçados pela instituição. (CHIAVENATO; 1987)

É aqui onde reside a necessidade de um sistema de Administração e gestão de saúde, como conjunto de processos entrosados interagentes e unificados que abrangem aspectos como a previsão, comando e controle eficazes e eficientes capazes de assegurar o bom funcionamento do processo produtivo e/ou de prestação de serviços. (Idem)



Para o presente trabalho toma-se importante abordar aspectos relativos aos sistemas de administração e gestão aplicados na prestação da assistência médica, medicamentosa e hospitalar no H.M.M., não querendo por via disso assumir que existam sistemas de administração e gestão, com princípios puros pois na visão de Fayol, citado por (CHIAVENATO;1987), "*tudo em administração é uma questão de medida, de ponderação e de bom senso, porquanto nada existe de rígido ou de absoluto em matéria de administração.*"

No H.M.M. a assistência médica e medicamentosa aos militares e seus dependentes é feita mediante apresentação de documentos de identificação comprovativos, passados pelo Departamento do Pessoal do Estado-maior General. A não apresentação deste documento remete o militar para condição de não utente, isto é, perde o direito de assistência médica e medicamentosa gratuita.

Antes do Acordo Geral de Paz, todos os militares um cartão de assistência médica e medicamentosa, e, na falta deste possuíam boletim individual de saúde. Os cartões de assistência médica ou boletins de saúde, além de permitirem determinar o número de doentes a assistir, bem como permitia estimar recursos necessários.

Depois do acordo geral de paz, esta prática deixou de existir por, falta de alocação de recursos (cartão de assistência médica ou boletins de saúde), pelo Departamento do Pessoal do Estado-maior General. Na sequência disso, os militares e seus familiares, para se fazerem presentes às consultas e outro tipo de assistência no HMM tem recorrido à secção do pessoal das respectivas unidades, a fim de obterem guias para sua assistência médica.

Devido ao carácter descentralizado na emissão destas guias, aliado a falta de controlo nas próprias unidades, muitas vezes estas são passadas para pessoas que não são pertença da unidade e nem fazem parte do agregado familiar destes em conformidade com o Decreto nº 4/98 de 17 de Fevereiro.

Este procedimento, tem criado constrangimentos na gestão da qualidade da assistência médica aos legítimos beneficiários, na medida em que o número de atendimentos diários tem sido limitados, porque aparecem muitos "infiltrados", que devido aos limitados recursos, os verdadeiros beneficiários ficam de fora ou são obrigados a recorrerem a outras unidades sanitárias públicas ou privadas onde são obrigados a pagar, criando nestes frustração, desalento, descontentamento e uma percepção errada sobre a gestão do processo da assistência médica que a lei lhes confere como direito.

A situação acima descrita, gera **demora** no atendimento nas consultas médicas, falta constante de medicamentos na farmácia para o atendimento de doentes no ambulatório, e no internamento, e falta de reagentes no laboratório de análises clínicas, (que obriga os utentes a recorrerem a farmácias privadas que são extremamente caros para a capacidade financeira dos militares por si já débil bem como pelo facto destes sofrerem descontos mensais nos seus salários para esse fim na ordem de 1.5%),

A rotura da prática administrativa e de gestão anterior que se registou depois do Acordo Geral de Paz de 1992, acarretou o seguinte problema:

- **A ausência de gestão planificada dos programas de saúde; aumento do nº dos atendimentos que superou em grande medida a capacidade dos recursos disponíveis; escassez acentuada de recursos financeiros materiais e humanos alocados, que afectaram a qualidade do serviço prestado aos pacientes na assistência médica, medicamentosa e hospitalar, constitui o problema principal deste trabalho do fim do curso.**

Na essência, a problemática da organização dos serviços, a escassez de recursos e suas causas constituem factores determinantes deste problema.

#### 2.4. A questão de Partida

Exposto o problema, apresenta-se em seguida a seguinte pergunta de partida:

*Em que medida o actual sistema de administração e gestão, contribui para a prestação da assistência médica, medicamentosa e hospitalar de qualidade que satisfaça os seus usuários?*

#### 2.5. Hipóteses de Trabalho

- O actual sistema de administração e gestão dos programas de saúde no H.M.M., se revela ineficaz e ineficiente na prestação de assistência médica de qualidade aos utentes devido a práticas não adequados e menos resolutos, e o problema de sub-financiamento.
- A melhoria da qualidade de assistência médica, medicamentosa e hospitalar aos utentes, exige uma alocação adequada e atempado de recursos (humanos, materiais, financeiros e tecnológicos) compatíveis com o nível de internação destes.

## **CAPITULO III: OBJECTIVOS**

### **3.1. Objectivo Geral**

Analisar o processo de Administração e Gestão na prestação de assistência médica, medicamentosa e hospitalar aos militares e seus dependentes no Hospital Militar de Maputo e avaliar o grau de satisfação dos pacientes, quanto a qualidade percebida dos serviços prestados.

### **3.2. Objectivos Específicos:**

1. Identificar e descrever, os procedimentos da Administração e Gestão adoptados na prestação de Assistência Médica e medicamentosa aos militares e seus dependentes no HMM.
2. Analisar os métodos aplicados para a solução dos problemas de saúde dos militares e seus dependentes no quadro da implementação do regulamento de assistência médica e medicamentosa, como conjunto de princípios normadores do direito dos militares.
3. Avaliar a qualidade dos serviços prestados e o grau da satisfação dos pacientes militares seus dependentes em relação á assistência médica, medicamentosa e hospitalar.

### **3.3. Justificação da escolha do tema**

A escolha do tema, prende-se pelo facto de a saúde constituir, uma das áreas sociais mais prioritárias para o desenvolvimento social e económico do país, como reconhece o MISAU (2001:5), " (...) o estado de saúde da população e o perfil epidemiológico é em grande medida consequência do actual nível de desenvolvimento sócio – económico e é simultaneamente factor condicionante do seu ritmo de crescimento."

Por outro lado, o tema, mostra-se relevante no actual contexto do debate de Reformas do Sector Público na medida em que é um assunto recente na realidade moçambicana e com isso necessitar ainda mais de estudos e reflexões empíricas, de modo a identificar de que forma o modelo adoptado pode-se adequar a realidade prática.

Optou-se por realizar o presente trabalho de fim do curso no HMM, por ser a única unidade hospitalar de referência nos pais que atende maior parte dos militares e seus dependentes.

Para melhor conhecer os constrangimentos no atendimento médico.

Para conhecer o perfil clínico e epidemiológico, por ser o Hospital de referencia a nível das FADM.

Para produzir informações que possam auxiliar os decisores Políticos e Administrativos na tomada de decisões que visem melhorar a qualidade do serviço prestado.

O período sobre o qual decorre o nosso estudo, é compreendido entre 2001 a 2004, porque foi neste período que a procura dos serviços, aumentou e a capacidade de resposta por parte do hospital, reduziu. Este desequilíbrio, explica se pelo facto de ter havido, crescimento do nº dos utentes que não foi acompanhado, pelo aumento das condições de trabalho nas mesmas proporções.

O aumento do nº dos utentes, foi devido aos novos ingressos nas fileiras das FADM decorrente da implementação da lei do SMO, e por outro devido a vinculação dos Antigos Combatentes.

Por estes e outros motivos, as condições de trabalho baixaram e, conseqüentemente a qualidade dos serviços prestados declinou, dando origem a reclamações que põe em causa os dispositivos legais que acima fizemos referência.

Dada a grandeza dos domínios da Administração e Gestão Hospitalar, e a impossibilidade de explorar todas as dimensões a que o tema pode suscitar, escolhemos como sub – área de análise a avaliação de qualidade percebida pelos utentes da assistência médica, medicamentosa e hospitalar prestada no HMM.

## CAPÍTULO IV: O OBJECTO DE ESTUDO

### 4.1. Breve Apresentação do Hospital Militar de Maputo

O HMM, é uma unidade sanitária sob a superintendência da Direcção Nacional de Saúde Militar, subordina se tecnicamente ao Serviço Nacional de Saúde, e institucionalmente, ao Estado-maior General e ao Ministério da Defesa Nacional.

Após a independência nacional, com a socialização de saúde via nacionalizações, anunciadas em conformidade com o Decreto nº 5/75 de 10 de Agosto, o na altura Hospital Regional de Lourenço Marques, passou a designar-se de Hospital Militar de Maputo. De lá para cá assiste doentes como um hospital central a nível das Forças Armadas. O HMM, encontra-se localizado no bairro de Sommershield, na Avenida General Teixeira Botelho nº 1470.

O artigo nº 3, da Lei nº 25/91, cria o Serviço Nacional de Saúde, e diz que as unidades sanitárias de formação e outras organizam-se em níveis de atenção sanitária respectivamente as de: nível primário, secundário, terciário, e de nível quaternário. Sendo o HMM, de nível quaternário; com a cobertura composta pelos 3 Ramos que compõem as FADM, nomeadamente: Exército, Marinha e Força Aérea, que realizam actividades de carácter preventivo e curativo, a nível das unidades localizadas na zona sul, bem como receber e tratar doentes transferidos das zonas centro e norte do País. (HMM;1974: 1)

A nível interno o HMM tem quatro enfermarias, com a capacidade de 220 camas, um banco de socorros, uma sala de operações, uma fisioterapia, uma radiologia, um laboratório de análises clínicas, uma farmácia, uma sala dos exames especiais, um serviço de oftalmologia e um serviço de estomatologia.

Está equipado com dez consultórios médicos a saber: medicina, ortopedia, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, otorrino, oftalmologia, anestesiologia e fisiologia. A área administrativa é composta de: Recursos Humanos (16 médicos estrangeiros e 6 nacionais, 56 enfermeiros todos nacionais), Finanças e Contabilidade, Logística, Transportes, Serviços de Manutenção, Serviço de Arquivo Médico e Estatística e o Sector de Planificação e Aproveitamento.

#### **4.2. As principais actividades a serem realizadas pelo HMM são:**

- Prestar assistência médica preventiva e curativa, especializada ou não, a doentes ou traumatizados, em regime de internamento e ambulatório.
- Colaborar com as instituições especializadas na inspecção dos candidatos a recrutar, nas acções de carácter profilático e de controlo das condições higiénicas das unidades militares da sua área.
- Funciona como centro de preparação e aperfeiçoamento do pessoal técnico de saúde. Presta assistência médica as Forças de Defesa e Segurança e aos Antigos Combatentes de Luta de Libertação Nacional. (HMM; 1974)

A estrutura orgânica é composta pelo director geral, colectivo de direcção, director clínico, que tem departamento e secções, direcção administrativa, que tem departamento e secções e direcção científica. (ver organograma em anexo)

#### **4.3. Descrição e Análise do sistema de administração e gestão.**

Nos sistemas de Administração e Gestão na Saúde, grande destaque é dada a análise do "processo gestor para a saúde"

. O **processo gestor** é – um conjunto de elementos gerenciais, fundamentais para o desenvolvimento sanitário, e para o funcionamento eficaz dos serviços de saúde com vista a atingir metas e objectivos da organização. (MARTINS; 1985)

O cumprimento destes procedimentos administrativos são a condição sem a qual para uma boa assistência médica medicamentosa que se pretende dar aos militares como parte integrante dos seus direitos.

Os componentes essenciais do processo gestor para a saúde são:

1. Formação da Política Nacional de Saúde
2. Programação geral de conjunto
3. Programação/Orçamentação
4. Programação detalhada
5. Implementação
6. Avaliação

O diagrama em anexo (tabela a) mostra como se relacionam os componentes do Processo gestor para a saúde.

#### A formulação da Política Nacional de Saúde

Compreende o estabelecimento dos grandes objectivos a atingir, a definição de prioridades e a fixação de orientações principais. As políticas nacionais de saúde implantadas pelo HMM, são as formuladas pelo Governo, os objectivos e as prioridades são definidas pelo Serviço de Saúde Militar, e aprovados pelo EMG e MDN.

#### A programação Geral de conjunto

Consiste na tradução da política de saúde, em estratégias para atingir os objectivos definidos. Normalmente a programação deve conter a indicação das principais linhas de actuação e determinar métodos específicos.

A tradução das políticas em estratégias, é feita a nível dos órgãos centrais, cabendo ao HMM a implementação das principais linhas de actuação. Na prática este processo tem

enfrentado dificuldades, na medida em que com escassos recursos não se pode alcançar grandes objectivos.

#### A programação/Orçamentação

É uma técnica que permite atribuição preferencial de recursos aos programas que visam cumprir as estratégias definidas. A programação/orçamentação não é propriamente elaboração do orçamento mas sim um método que tanto se aplica á programação geral como a programação detalhada. A programação feita pelo HMM não tem tido a resposta devida em termos de orçamentação ajustados aos planos apresentados.

Devido aos problemas de caracter conjuntural e estrutural, esta prática já pertence ao passado na medida em que normalmente a programação/orçamentação se faz com base nas possibilidades e não nas necessidades.

#### Programação detalhada

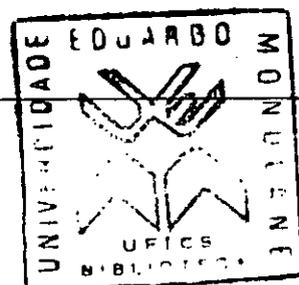
Consiste na conversão das estratégias em plano de acção, e destes em programas bem definidos e pormenorizados, com a especificação das actividades a desenvolver, das metas e dos respectivos prazos, e detalhar sobre as tecnologias a utilizar, os recursos humanos, materiais, financeiros e infra-estruturas a empregar.

#### A Implementação

Consiste na tradução em acções concretas dos programas detalhados que são realizados como parte integrante do sistema de saúde. Como já referimos a implementação dos programas no HMM, nas condições actuais é feita para resolver problemas pontuais e não como tradução dos programas em acções programadas.

#### Avaliação

É a componente mais importante do processo gestor para a saúde porque destina-se fundamentalmente a melhorar a eficácia e o impacto de todos os programas e actividades de saúde e aumentar a sua eficiência. A avaliação pode ser feita para determinar a



qualidade ou para avaliar o grau do cumprimento das metas traçadas em termos quantitativos.

A importância desta componente do processo gestor reside também na avaliação científica e objectiva dos planos, das estratégias dos programas e das actividades de saúde porque permite melhorar a sua qualidade e resolver efectivamente o problema da saúde das populações neste caso dos militares e seus familiares.

A avaliação deve implicar sempre a possibilidade de reformulação dos planos, das estratégias, das actividades, e se necessário da própria política.

A descrição e análise do processo gestor, serve de referencial teórico para compreender como que modo estas práticas podem influenciar a qualidade de atendimento dos pacientes e auxiliar os administradores na gestão de qualidade da assistência médica.

Os dados que asseguram apresentam mostram o resultado da aplicação do processo gestor no HMM durante o período em análise tendo em conta as dificuldades existentes.

#### **4.4. Resumo das actividades realizadas e informações sobre o rendimento hospitalar no período em análise no HMM.**

O quadro abaixo apresenta de forma resumida e quantitativa, as principais actividades realizadas no HMM de 2001 a 2004.

De 2001 a 2002, o número de consultas aumentou em 375 doentes. De 2002 a 2003, o aumento foi de 22300, e até o fim do 3º trimestre de 2004, o aumento de consultas em relação ao ano anterior já era de 7447 consultas.

Este aumento seria benéfico se fosse acompanhado com aumento nas mesmas proporções de recursos para a sua efectivação. A confirmação de que o aumento foi

benéfico pode ser confirmado pelo aumento das transferências ocorridas no mesmo período; 111 em 2001, 167 em 2002, 239 em 2003 e 252 até o fim do 3º trimestre de 2004. As transferências significam a falta de capacidade própria para tratar determinados casos por falta de recursos.

Actividades	2001	2002	2003	2004
Consultas	36445	46820	69120	76567
Urgências	2521	4200	5723	8312
Internamento	351	462	552	749
Transferências	111	167	239	252

Fonte: Relatório anual HMM (2001/4)

Sobre os indicadores que o quadro asseguir mostra pode se concluir que o rendimento Hospitalar neste período em análise foi negativo na medida em que: 1º não se verificou a relação inversa entre a (T.O.) e o (R.C.H.); 2º o (T.M.P.), continuou a subir em vez de manter ou descer; e 3º porque a (T.M.) foi e continuou com tendência a aumentar.

#### Informações sobre indicadores de rendimento hospitalar

Taxa de ocupação	44.4%	51%	56.2%	61%
R.C.hospitalar	4.2	4.0	6.0	8.0
T.M. Internamento	13	14	16	21
Taxa mortalidade	1.2%	2%	2.3%	3%

Fonte: Relatório anual HMM (2001/4)

Estes instrumentos que acabamos de apresentar, são preciosos para a gestão e, servem para avaliar de forma global a qualidade do trabalho desenvolvido nos hospitais.

O primeiro indicador, (taxa de ocupação), espelha o grau de ocupação do serviço hospitalar pelos militares e suas famílias, permitindo avaliar a intensidade de utilização do recurso "cama hospitalar".

O segundo indicador, (Tempo Médio de Internamento), é um indicador que nos dá informações sobre a duração média dos internamentos num hospital ou num serviço hospitalar. O TMI, pode ser maior ou menor dependendo do trabalho na enfermaria isto é a prontidão com que são examinados e medicados os doentes ou com que se tomam decisões sobre eles. No caso do HMM, o TMI, é relativamente alto devido a factores internos e externos ao hospital como sendo, a exiguidade do orçamento, o mau funcionamento dos serviços auxiliares de diagnóstico, a falta de medicamentos entre outros.

O terceiro indicador, RCH -- Rendimento Cama Hospitalar, exprime o nº de doentes que durante o ano utilizam a cama. O RCH está na relação inversa do TMI e na razão directa da TO, isto é quanto maior for, o TMI, menor será o RCH, e quanto maior for a TO, maior será o RCH.

De acordo com (MARTINS;1985), existe também uma forma indirecta de medir a prestação e utilização de cuidados de saúde, que consiste na disponibilidade de recursos humanos, infra-estruturas, ou materiais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Deste modo, e de acordo com estas constatações, pode se inferir que a escassez de recursos materiais e financeiros que se faz sentir no HMM, pode ser a causa principal da baixa qualidade dos serviços prestados aos utentes.

## CAPÍTULO V: METODOLOGIA

### 5.1. Procedimentos

O estudo, foi realizado no HMM de 29 de Julho a 16 de Setembro de 2004, teve como população alvo (397) utentes entre eles, pacientes internados nas enfermarias de medicina cirurgia e ortopedia, e utentes não doentes na altura das entrevistas. O mesmo decorreu no período de manha das 8 e30 as 11e 30.

Num universo de 397 utentes, foram inquiridos e entrevistados 70. Sendo, 50 doentes (35 militares e 15 familiares destes) e 20 utentes não doentes (5 oficiais superiores, 7oficiais subalternos e 4 sargentos e 4 praças. Todos os entrevistados e inquiridos possuíam idades que variavam entre 15 a 65 anos de idade de ambos os sexos.

Para a pesquisa, foi elaborado um questionário (inquérito), constituído por 29 variáveis, com perguntas fechadas e 20 questionários com perguntas abertas.

Utilizou – se o método de entrevista pessoal, dirigido por inquiridores previamente treinados. Os dados da pesquisa foram processados através do Software estatístico designado SPSS-11 for Windows. A todos os inquiridos foram solicitados os seus consentimentos, e assegurados a confidencialidade no tratamento das respostas dadas.

Com o objectivo de avaliar a clareza, adequação da linguagem e adaptabilidade da situação realizamos um teste piloto do inquérito, em 5 pacientes que pareciam reunir as mesmas características. Com base nos dados obtidos, foram feitas algumas rectificações que deram a forma final da ficha do questionário e das entrevistas.

Constituíram variáveis para o estudo: a idade, sexo, proveniência, nível de escolaridade, tipo de consulta, níveis de consulta, tempo de espera percebido pelo utente na recepção, tempo de espera percebido pelo utente para consulta, qualidade dos serviços percebida pelo utente nas vertentes: acomodação, limpeza do estabelecimento e resultado do

tratamento; disponibilidade de medicamentos, qualidade da alimentação servida, informação sobre diagnóstico, rapidez no tratamento, qualidade dos serviços médicos e de enfermagem, e grau de atendimento geral.

O tempo médio gasto para o preenchimento dum inquérito variava consoante a habilidade de cada inquirido, entre 10 a 20 minutos. Para além da habilidade contava também o estado de saúde de cada paciente. O grau de aderência ao inquérito e às entrevistas foi de cerca de 50%

## CAPITULO VI: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

### 6.1. Quadro Teórico

A Teoria de sistemas, que serviu de suporte teórico na recolha e tratamento de dados empíricos deste projecto de pesquisa segundo Chiavenato; (1987:346), "*representa uma das maiores contribuições à ciência moderna, e principalmente a Administração.*" Na saúde por exemplo e de acordo com Rebelo; (1995:4), um dos maiores desafios na actualidade é oferecer assistência sanitária de qualidade que satisfaça as exigências do paciente. Esta satisfação vai se reflectir na qualidade de vida que toda e qualquer pessoa anseiam alcançar para se dar por feliz ou satisfeita (Idem).

Os sistemas são definidos de várias maneiras mas a mais consensual é a de que sistemas "*são grupo de unidades combinadas que formam um todo organizado cujo o resultado (outputs) é maior que as unidades poderiam ter se funcionassem separadamente*" CHIAVENATO; (1987:348).

Importa referir que a teoria de sistemas surgiu dos trabalhos do biólogo alemão Luudwig von Bertalafy nos anos 50 a 68. Tanto esta como outras teorias, não busca solucionar problemas ou tentar soluções práticas, visa isso sim apenas produzir teorias e formular soluções conceituais que possam criar condições de aplicações na realidade impiricas

Para Hobbes citado por Rebelo; (1995), "*Alem da satisfação das suas necessidades de sobrevivência, o homem tem sempre sua atenção voltada para outras aspirações, que surgem após a satisfação pelo menos parcial das necessidades básicas.*" Para fazer face a estas exigências, os serviços de saúde procuram formar equipas de trabalho integrados e interdependentes que constituem subsistemas do sistema principal que é o hospital.

Para o seu funcionamento, tanto os subsistemas quanto o sistema necessitam de interagir com o meio ambiente donde recebe os imputs necessários para a sua operacionalização. Estes imputs que são os doentes, entram no sistema onde são processados e saem sob

forma de curados ou melhorados, prontos a dar a sua contribuição ao meio ambiente, são os chamados outputs.

## 6.2. Definição de Conceitos

Neste estudo, a abordagem a volta do objecto de estudo vai exigir não só a delimitação do referencial teórico, como também a clarificação de alguns conceitos básicos, que consideramos fundamentais para a análise deste tema: **Sistema de Administração e Gestão na Saúde: A avaliação da qualidade da Assistência Médica, Medicamentosa e Hospitalar, no HMM - (2001-2004)**, como sejam: Sistema, Gestão, Administração, Saúde, Serviços, Satisfação e Qualidade.

### 6.2.1. Sistema

Para Sair (1998), um sistema é um conjunto de elementos ou componentes que interagem para se atingir os objectivos. As relações que se estabelecem entre os elementos é que determinam como o sistema trabalha. Bons sistemas ajudarão uma organização a atingir suas metas aperfeiçoando os processos empresárias e adicionando valor por seus produtos (leis e serviços).

Whitehead (1997:71), fala do sistema de saúde, e define o como " *uma rede de serviços constituídos por pessoas que prestam serviços, instalações, recursos que apoiam esses serviços, mecanismos de financiamento, estrutura jurídica e comunicação de relacionamento que ligam uma parte do sistema a outra.*"

Chiavenato (1987:350) prefere distanciar se dos dois primeiros ao considerar o sistema como um conjunto de elementos interdependentes e integrantes de um grupo de unidades combinadas que formam um todo organizado e cujo resultado (*output*) é maior do que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente. E dá ênfase nas relações e no

comportamento que se estabelecem entre os seus componentes que constituem no foco de atenção.

Para o presente trabalho, o sistema deve ser entendido como sendo um conjunto de elementos (pessoas, recursos e serviços) interrelacionados, interdependentes e integrados que compõem o Hospital, e que trabalham de forma coordenada e integrada com vista o alcance dos objectivos do hospital (registar, encaminhar, tratar e curar o doente).

### 6.2.2. Gestão

Em muitas obras, o termo gestão tem sido usado como sinónimo de administração e gerência. De acordo com Bilhim (2000), gestão é um conjunto de processos racionais que visam atingir objectivos instrumentais através da mobilização de tecnologias organizacionais eficientes. Deste modo, a finalidade de gestão é bastante utilitária e claramente operacional, a sua ambição é definir regras, normas e preceitos a fim de permitirem as organizações atingir os objectivos que fixaram com máximo de eficiência.

Para Stonner e Freedman (1999), administração é o processo de planear, organizar, liderar e controlar os trabalhos dos membros da organização para o alcance dos objectivos defendidos.

HAMPTON (1990), corrobora com os dois pois defende que gestão é um conjunto de processos, os quais quando competentemente executados, contribuem para a eficiência e eficácia organizacional. Estes processos por ele considerado básicos são: a planificação, organização, liderança e controle.

Como se pode deprender, os conceitos sobre a gestão apresentados tanto por Bilhim (2000), por Stonner e Freeman (1999), e por HAMPTON (1990), apresentam vários aspectos comuns tais como: planificação, organização, direcção e controlo, o que pode levar-nos a concluir que *"em princípio a gestão lida com a optimização das relações entre a utilização de recursos e os resultados"* Bilhim (2000:32).

Para o presente trabalho, embora não tenhamos nada contra as definições por 3 autores, por questão de preferencia vamos considerar e operacionalizar o conceito de gestão defendido por ROCHA (2000), segundo o qual, a administração da saúde, é um conjunto de princípios que exige objectivos de: eficiência, eficácia, efectividade, equidade e qualidade.

EFICIÊNCIA, deve ser entendido como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos.

EFICÁCIA, deve ser entendido como o impacto de um serviço num sistema operativo em condições ideais.

EFFECTIVIDADE, deve ser visto como o impacto de um serviço num sistema operativo em condições reais.

A EQUIDADE, deve ser entendida nas bem conhecidas e diferentes dimensões, consoante se baseiem na população, nas necessidades ou nos resultados.

Deste modo torna se imperioso a edificação da capacidade institucional e a adequação dos sistemas de gestão ás necessidades e capacidade dos gestores e administradores das diferentes instituições de saúde; isto é os sistemas de gestão deverão reflectir no máximo possíveis as intervenções chave nestas instituições e reforçar o alcance dos objectivos.

### **6.2.3. Administração**

Vários autores admitem que a administração, como outras ciências sociais, tem várias definições variando apenas nas correntes de pensamento a que as pessoas estão ligadas. No entanto todos concordam que a tarefa básica da administração é a de fazer coisas através de pessoas. Para Stonner e Freeman (1999) administração é o processo de

planear, organizar, liderar e controlar o trabalho dos membros da organização para alcançar objectivos estabelecidos pela organização.

Para Likert citado por Chiavenato (1987:145) administração é um processo relativo, onde não existem normas e princípios iguais para todas as circunstâncias e ocasiões porque segundo ele a administração nunca é igual em todas as organizações e pode assumir feições diferentes dependendo das condições internas e externas de cada organização. Com base nestes pressupostos Leikerl propõe 4 sistemas de administração: autoritária, coercitiva; autoritária – benevolente; consultivo e participativo, que não serão objecto do presente trabalho.

Contrariamente ao Libera, Valeriano (1998), define administração com o acto de administrar ou gerenciar que consiste em planear, decidir, pôr em prática as acções consequentes e utilizar os meios para alcançar objectivos da organização. Sendo assim, a administração é entendida por este autor como um conjunto de princípios, normas e funções que têm como função coordenar os factores de produção de uma instituição e controlar a produtividade e eficiência para se obter determinados resultados (Idem).

Estas duas definições apesar de aparentemente divergentes, tem em comum dois factores fundamentais que são: todos concordam que a administração é um processo, e possui princípios.

Para o nosso trabalho adoptaremos a definição do Chiavenato (1987:145) por ser a que mais se enquadra ao estudo do sistema de administração aplicado na organização em estudo, que se caracteriza por aplicação de processos, princípios e normas de acordo com a natureza capacidade e missão da organização.

#### 6.2.4. Saúde

O termo saúde é definido de diversas maneiras; os dicionários definem-na como sendo "o estado de um indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são." REBELO; (1995). Esta definição, associa a saúde a uma normalidade ou estar sadio, mas na nossa opinião a saúde é muito mais do que o estado sadio de um indivíduo como veremos em diante.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é "o estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades." SOURNIA; (1980). Esta definição já é mais significativa, porque amplia a abrangência do termo ao inserir aspectos sociais mas mesmo assim, contém imprecisões ao assumir o conceito de felicidade que faz perder a objectividade, pela interpretação que cada um pode dar a esse completo bem-estar.

Deste modo, para colmatar estas imprecisões e discrepâncias, para o presente trabalho não adoptaremos nenhuma destas definições, mas sim a recente definição da Organização Pan-americana de Saúde que define a saúde como sendo "Ausência de enfermidade ou incapacidade física ou mental, associada a uma máxima esperança de vida ou ausência de morte prematura por qualquer causa" REBELO; (1995).

Prova disto é que a procura dos serviços de saúde nos últimos anos vem aumentando devido: à maior consciencialização da população sobre os seus direitos, à maior disseminação de informação dos programas sobre as doenças de transmissão sexual as DTS/HIV/SIDA, a maior aderência e devido à melhoria dos programas de triagem nos postos e centros de saúde entre outros.

Decorrente deste pressuposto o MISAU, baseando no plano de desenvolvimento social e económico para Moçambique, visualiza nos próximos anos para o sector de saúde, alcançar para os moçambicanos, níveis de saúde aproximados a Média da África Sub-Sahariana, com acesso a cuidados de saúde básicos de boa qualidade, através de um sistema de saúde que responda às expectativas dos cidadãos. MISAU; (2001:5)

### 6.2.5. Serviços

Serviços são benefícios oferecidos a um cliente; trata-se de um conjunto de valores muito complexo e de difícil análise, por vezes. Alguns dos benefícios são físicos, outros psicológicos ou emocionais. Alguns podem ser medidos e especificados, enquanto outros podem ser de importância extrema embora de especificações quase impossíveis.

### 6.2.6. Satisfação

Satisfação do cliente é geralmente definida como uma função das percepções do cliente e de suas expectativas, de modo que: Satisfação = Percepção - Expectativas, ou seja, "o cliente satisfeito é aquele que percebe que o atendimento de suas necessidades pela organização é pelo menos igual àquele que se esperava"

$$\text{Nível de Satisfação} = f \frac{\text{Atributos}}{\text{Expectativas}}$$

Para isso necessitamos saber exactamente quais as expectativas do cliente e em seguida quais as suas percepções em relação ao cumprimento dessas expectativas. É aqui que nos encontramos com o primeiro desafio, porque as expectativas e as percepções são dinâmicas por serem essencialmente subjectivas e mutantes e por isso difíceis de validar PIRES & SANTOS; (1999)

A satisfação que recebemos poderá advir de diferentes facetas, nomeadamente; funcional, psicológica, de utilidade de tempo, de lugar, de hábitos e costumes, de experiências anteriores etc.

Os pacientes aceitam ser tratados por padrões acima do que esperam; mas se o serviço for abaixo das expectativas, eles, registam o facto imediatamente e reagem.

Nem sempre o bom servidor satisfaz totalmente as expectativas do consumidor. Os pacientes nem sempre sabem o que esperam, do que necessitam e o que seria melhor para eles. É necessário encontrar uma maneira de enfrentar o dilema de tornar os clientes satisfeitos para concorrer, mas não se pode aceitar simplesmente o que os pacientes dizem e pensam (embora deva certamente ouvir e lidar com opiniões expressas por eles).

Donabedian, Couto e Russo, em seus estudos relataram que o paciente é um ser específico e têm exigências diferentes, por isso, a sua satisfação não pode ser garantida com soluções uniformes. A facilidade de acesso a informação de saúde faz com que o paciente aprofunde os seus conhecimentos nesta área e escolha um profissional de saúde com boa reputação. Este facto, que não oferece garantia de qualidade no resultado, ao menos diminui as chances de fracasso ou erro

#### **6.2.7. Qualidade**

Para o presente trabalho, **qualidade**: é o nível de percepção percebida por cada indivíduo na prestação de cuidados de saúde, que melhor se conforme com os critérios e padrões em cada momento tidos como os mais adequados em função do estado da arte, ciência, tecnologia e no respeito pelas expectativas dos consumidores.

## **CAPITULO VII: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE PESQUISA E CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

### **7.1. Apresentação dos resultados**

Este capítulo vai se dedicar a apresentação dos resultados de campo que foi realizado no HMM nos dias 29 de Julho a 16 Setembro de 2004.

Trata se de dados referentes aos inquéritos individuais e as entrevistas dirigidas aos utentes (militares e seus familiares) e não utentes (outros doentes não militares). Dos utentes entrevistados fazem parte, oficiais generais, superiores e subalternos, bem como sargentos e soldados. Dentre estes encontramos, trabalhadores do HMM (responsáveis das consultas, da farmácia da radiologia, da logística, das enfermarias, do LAC, da estatística, da estomatologia e do Banco de Socorros), oficiais superiores da DNSM (responsáveis pela definição, avaliação e monitorização de políticas e de programas de saúde, e de assistência médica e medicamentosa a nível das FADM e do MDN).

Ao todo foram inquiridos e entrevistado, 70 pessoas (50 doentes, 5 oficiais generais e superiores, 7 subalternos, 4 sargentos, 4 soldados/praças).

#### **7.1.2. Informações colhidas junto dos doentes nas enfermarias.**

Com base nos resultados da pesquisa, apresentados na tabela 1. (**usuário, Segundo o sexo**) pode-se concluir que do total do inquiridos, 30 são do sexo masculino, o equivalente a 60% da população estudada e, os restantes 20 do sexo feminino o correspondente a 40% deste segmento populacional.

Esta situação, pode ter duas explicações, a primeira a de que os homens, frequentam mais o hospital do que as mulheres, ou porque os homens aderiram mais ao inquérito do que as mulheres, ou ainda porque as mulheres procuram menos os serviços do HMM, dando preferencia outras unidades sanitárias. Ver tabela 1 abaixo

**TABELA 1. USUARIO, SEGUNDO O SEXO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
masculino	30	60,0	60,0	60,0
feminino	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação as idades, registou-se uma significativa incidência de usuários com a faixa etária de (15-25) e (35-45) com 28% e 24% cada, chegando a representar 52% do total dos inquiridos. Segue-se a faixa etária de (25-35) e (55-65) com 22% e 12% respectivamente. As faixas etárias de (0-15) e (55-65), são as que apresentam menor número de pessoas que procuram assistência no HMM, variando entre 8% e 6%.

**TABELA 2. USUÁRIO. SEGUNDO A IDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-15	4	8,0	8,0	8,0
15-25	14	28,0	28,0	36,0
25-35	11	22,0	22,0	58,0
35-45	12	24,0	24,0	82,0
45-55	6	12,0	12,0	94,0
55-65	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito ao estado civil dos inquiridos, constatamos que, os solteiros representam a maioria dos que procuram os serviços de saúde 30, o equivalente a 60% seguidos de casados 19, o equivalente a 38%. Os dados são apresentados na tabela 6.

**TABELA 6. USUÁRIOS, SEGUNDO ESTADO CIVIL**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	30	60,0	60,0	60,0
Casado	19	38,0	38,0	98,0
Outra	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação a escolaridade importa referir que, o HMM, é frequentado maioritariamente por indivíduos com o grau de escolaridade bom se tomarmos em conta o grau de analfabetismo do País, pois, 17 inquiridos representando 34% possuem 2º grau de escolaridade completa., ou nível médio profissional.

Possuem o primeiro grau incompleto, 13 indivíduos representando, 23% dos inquiridos. Os inquiridos com o nível superior são em número muito reduzido, apenas 1, representando 2% do total dos entrevistados.

Destes dados, podemos tirar as seguintes constatações: a primeira a de que no país em geral, e no Exército em particular ainda se faz sentir a carência de quadros superiores; a segunda de que a maior parte dos militares tem nível médio fruto de cursos de formação militar tirados no exterior ligado ao ramo militar, e a ultima a de que reconhecendo as dificuldades do HMM, procuram atendimento nas outras unidades sanitárias ou clínicas, tendo em conta que possuem capacidade própria para arcar com os custos.

TABELA 3. USUÁRIO, SEGUNDO ESCOLARIDADE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
sem Escolaridade	3	6,0	6,0	6,0
primeiro grau	13	26,0	26,0	32,0
primeiro grau completo	4	8,0	8,0	40,0
2 grau incompleto	9	18,0	18,0	58,0
2 grau completo	17	34,0	34,0	92,0
superior incompleto	3	6,0	6,0	98,0
superior completo	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação a proveniência ou local de residência dos pacientes atendidos no HMM, apuramos que, 76% são residentes na zona urbana da cidade de Maputo, o que se explica pela concentração de quartéis nesta zona.

Segundo (MARTINS;1985), os estudos de área de saúde tem demonstrado que os indivíduos da classe social baixa são os que apresentam maiores dificuldades para

prevenção e tratamento de certas doenças, por falta de condições alternativas á vida, tais como emprego, baixa renda, péssimas condições de alojamento e rede de esgoto.

A presença de doentes de outras zonas de residência como Matola 24% e outros explica-se pelo facto de existirem nestas zonas alguns quartéis, sem capacidade para oferecer assistência médica de qualidade.

TABELA 7. USUÁRIOS, SEGUNDO RESIDÊNCIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Matola	5	10,0	10,0	10,0
Distrito 1	20	40,0	40,0	50,0
Distrito 2	9	18,0	18,0	68,0
Distrito 3	1	2,0	2,0	70,0
Distrito 4	3	6,0	6,0	76,0
Distrito 5	5	10,0	10,0	86,0
outros locais	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que concerne ao tempo de espera na marcação de consultas e tempo de espera para conseguir atendimento na consulta; 44% do universo dos inquiridos, referem que demoram entre 30 a 60 minutos, 42% referem que esperam menos de 30 minutos.

Esta situação explica-se pelas longas filas de espera que se registam nas primeiras horas de manhã. Importa referir que este perfil clínico não difere muito do que se regista um pouco por todo o país, onde a procura dos cuidados médicos é maior que a oferta. Quanto ao tempo de espera na marcação, 32% consideram satisfatórios e só 6% consideraram de muito bom.

TABELA 25. TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 semana	26	52,0	52,0	52,0
2 semanas	3	12,0	12,0	64,0
3semanas	1	2,0	2,0	66,0
4 semanas	3	6,0	6,0	72,0
+ 4 semanas	14	28,0	28,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto a acomodação, considerado uma das variáveis muito importantes na análise da qualidade dos serviços, 36% dos pacientes inquiridos avaliaram satisfatoriamente, a acomodação, 4% avaliaram de muito boa, 24% de razoável e 10% de má. No global, só 30% avaliaram positivamente, o que mostra que há muito que fazer a nível de reabilitação das infra-estruturas, aquisição do material de limpeza e equipamento para acomodação dos doentes.

TABELA 19. ACOMODACÃO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	5	10,0	10,0	10,0
razoável	12	24,0	24,0	34,0
satisfatória	18	36,0	36,0	70,0
boa	13	26,0	26,0	96,0
muito boa	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Os medicamentos são considerados uns dos recursos mais importantes para a prestação dos cuidados de saúde. A sua falta determina em grande medida a qualidade do tratamento e da cura do doente. Nesta variável, 76% dos nossos inquiridos referiram a falta de medicamentos para o seu tratamento, contra 24% que afirmaram ter conseguido obter os medicamentos necessários para o seu tratamento.

Esta situação, vem confirmar a nossa hipótese segundo a qual, a alocação adequada e atempada dos recursos condiciona a melhoria da qualidade de assistência médica e medicamentosa.

### ENCONTROU MEDICAMENTOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	12	24,0	24,0	24,0
	nao	38	76,0	76,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabela n.º 9

A espera de atendimento nas unidades de saúde constitui um problema crucial e merece uma análise profunda sobre a pesquisa de qualidade. A busca de dados e informações que possam dar um panorama geral sobre este assunto no HMM mereceu uma atenção especial uma vez que a espera para o atendimento é um problema sério em todos os sectores públicos sobretudo no serviço de saúde

Portanto a qualidade de serviço de saúde é também avaliada em função do tempo de espera que um paciente leva para seu atendimento. No entanto, o tempo de espera percebido pelos doentes na grande maioria das vezes é maior que o tempo real da espera de atendimento.

Neste indicador, 44% dos inquiridos esperaram 30 a 60 minutos para ter uma consulta, e só 42% esperaram menos que 30 minutos, os restantes 14% esperaram entre 90 ou mais de 120 minutos. Este tempo de espera pode ser considerado normal se tomarmos em linha de conta o reduzido número de pessoal de saúde disponível.

TABELA 26. TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30 minutos	24	48,0	48,0	48,0
	30 - 60 minutos	5	10,0	10,0	58,0
	60-90 minutos	7	14,0	14,0	72,0
	+ 90 minutos	14	28,0	28,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Os serviços da enfermagem, são igualmente determinantes na prestação da assistência médica de qualidade, porque durante o internamento o enfermeiro é que realiza todos os cuidados que visa na recuperação do estado de saúde do doente.

Informações colhidas sobre a qualidade destes serviços, 62% de doentes inquiridos, afirmaram que o atendimento nos serviços de enfermagem era insatisfatório e razoável contra 12% que afirmaram serem de boa qualidade.

TABELA 14. SERVIÇO DE ENFERMAGEM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	2	4,0	4,0	4,0
razoável	15	30,0	30,0	34,0
satisfatório	11	22,0	22,0	56,0
bom	12	24,0	24,0	80,0
muito bom	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao atendimento no laboratório 52% consideram o atendimento de mau, razoável e satisfatório contra, 43% que consideram de bom e muito bom.

Esta situação deve ser considerado preocupante na medida em que, os meios auxiliares de diagnóstico são determinantes para a definição do diagnóstico e tratamento do paciente.

TABELA 15. SERVIÇO DO LABORATÓRIO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	2	4,0	4,0	4,0
razoável	5	10,0	10,0	14,0
satisfatório	19	38,0	38,0	52,0
bom	14	28,0	28,0	80,0
muito bom	7	14,0	14,0	94,0
nao respondeu	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto a pergunta sobre porque a preferéncia pelo atendimento no HMM, 84% dos inquiridos afirmaram que procuraram o atendimento no HMM por serem militares ou familiares de militares contra 16% que preferem o HMM devido ao bom atendimento.

**TABELA 12. USUÁRIOS, SEGUNDO PREFERÊNCIA POR HMM**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid militar	42	84,0	84,0	84,0
bom atendimento	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação ao atendimento médico 60% consideram que é bom contra 6% que afirma ser mau, 20% dizem que é razoável, e 14% disseram que é satisfatório. Estes dados mostram que o empenho dos médicos é bom mas por si só não determina a qualidade de assistência médica, por assistência médica e medicamentosa comporta outros factores como os medicamentos, alimentação, serviços de enfermagem entre outros.

**TABELA 17. SERVICOS MÉDICOS**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	3	6,0	6,0	6,0
razoável	10	20,0	20,0	26,0
satisfatório	7	14,0	14,0	40,0
bom	23	46,0	46,0	86,0
muito bom	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Rapidez no atendimento, é factor que motiva ao doente, e aumenta a sua expectativa quanto a qualidade e resultado esperado. 12% dos inquiridos referem que a rapidez no atendimento é muito boa, 20% referem que é boa rapidez, 24% referem que é uma rapidez satisfatória, 26% afirmam que é uma rapidez razoável e 18% referem que a rapidez no atendimento má.

TABELA 21. RAPIDEZ NO ATENDIMENTO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	9	18,0	18,0	18,0
razoável	13	26,0	26,0	44,0
satisfatória	12	24,0	24,0	68,0
boa	10	20,0	20,0	88,0
muito boa	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação a satisfação com o tratamento, 78% dos inquiridos responderam que sim (sentiam-se satisfeitos com o tratamento) e só 22% é que não se sentiam satisfeitos com o tratamento. Satisfação com o tratamento não é sinónimo de qualidade, esta satisfação tem muito haver provavelmente com o facto de registar melhorias no seu estado de saúde independentemente da qualidade destes serviços.

TABELA 24. SATISFEITO COM O TRATAMENTO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	39	78,0	78,0	78,0
nao	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

A seguir passamos a apresentar os resultados das entrevistas feitas aos oficiais, sargentos e soldados. De modo geral os nossos entrevistados afirmaram que para chegarem ao internamento passaram pelo menos por um dos dois processos: através dos serviços de urgência ou através de consultas externas.

Tanto os que entraram pelas consultas como pela urgência afirmaram terem sido exigidos a apresentação de cartão de assistência médica ou boletim de saúde ou guia de marcha como preconiza o artigo 11 do Decreto nº 63/03 que diz "*os utentes beneficiarão do direito a assistência médica e medicamentosa, mediante a apresentação de guia passada pela respectiva unidade militar, enquanto não regularizarem o respectivo boletim individual de saúde.*"

A maior parte dos entrevistados não possuem cartões de assistência médica nem boletins de saúde, o seu internamento é feito com base nas guias de marcha. Os inconvenientes das guias é serem de fácil falsificação e não preverem o período em que a pessoa vai ficar doente. "Quem adoecer depois das 15 e 30 passa mal porque a essa hora não está ninguém na unidade para passar guia. O mesmo acontece quando a pessoa adoecer a noite ou no fim da semana" disse um dos inquiridos.

Depois de regularizada a sua condição de doente, com a apresentação de guia, o militar ou seu dependente, é-lhe conferido o internamento e atribuído o quarto, de acordo com as condições estabelecidas pelo artigo 8 do Decreto nº 63/03.

A uma pergunta sobre quem define as políticas e planos de saúde, os nossos entrevistados responderam que é o MDN, sob a proposta da DNSM. Quanto as instituições envolvidas na definição das políticas e programas de saúde, responderam que são o EMG, o MDN, os Ramos e a DNSM.

Concluído o processo de internamento (fase administrativa), o doente é submetido a exames médicos, e cuidados de enfermagem com vista a sua recuperação ou cura.

Para o sucesso destas duas fases é fundamental a existência de uma planificação e coordenação sólidas e trabalho de equipa funcional porque segundo, o manual de planeamento de saúde (1996:2) "*o planeamento em hospitais e outras áreas de assistência médica é um processo em que se levanta questões e procura respostas, debate e troca ideias, recebe e recusa apoios, em que ha conflitos e soluções, presunção e compromissos, soluções aceites e reguladas*" tudo isto em prol do doente.

Sobre a coordenação realce vai para o trabalho da equipe que é extremamente importante e essencial para o alcance da qualidade da assistência; por exemplo numa equipa "o médico é quem sabe mais sobre medicina, o paciente é quem sabe mais sobre o seu modo de vida, os administradores são quem sabe mais sobre as necessidades do doente, as

enfermeiras sabem mais sobre como fazer as pessoas recuperar a saúde" (SLOAN; 1996 48). Todo este conhecimento é poderoso quando associado o que não acontece nos nossos hospitais.

Outro problema apresentado pelos nossos inquiridos diz respeito a falta de medicamentos sobretudo os antibióticos. Muitos deles disseram que a maior parte os medicamentos receitados pelos médicos não encontram na farmácia local e são obrigados a recorrer, às farmácias privadas.

A situação torna se grave para as praças e recrutas pessoas sem posse para aquisição de medicamentos por auferirem abaixo do salário mínimo.

Mais de 60% dos entrevistados e inquiridos consideraram o atendimento hospitalar nas suas várias vertentes e dimensões, entre mau, normal e satisfatório o que mostra que a qualidade dos serviços prestados é baixa. O desejável seria 80% dos entrevistados e inquiridos considerassem de bom ou muito bom o atendimento a todos os níveis.

Os dados que acabamos de apresentar mostram que, a Assistência Médica Medicamentosa e Hospitalar no Hospital Militar de Maputo para este estudo, não é **Eficiente** nem **Eficaz** e traduz um **impacto negativo** no seio dos seus utentes.

**EFICIÊNCIA**, deve ser entendido como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos.

**EFICÁCIA**, deve ser entendido como o impacto de um serviço num sistema operativo em condições ideais.

Deste modo torna se imperioso a edificação da capacidade institucional e a adequação dos sistemas de gestão às necessidades e capacidade dos gestores e administradores das diferentes instituições de saúde; isto é os sistemas de gestão deverão reflectir no máximo possíveis as intervenções chave nestas instituições e reforçar o alcance dos objectivos.

## 7. 2. Discussão dos resultados de pesquisa

A maioria dos pacientes militares que frequentam o Hospital Militar de Maputo é do sexo masculino. Esta situação explica-se pelo facto de a maior parte dos militares são do sexo masculino.

Outro factor pode estar relacionado com as novas incorporações para o serviço militar obrigatório que tem incorporado anualmente cerca de 93% de mancebos do sexo masculino contra 7% do sexo feminino.

Em relação a proveniência dos pacientes, constatámos que 76% são provenientes da zona urbana da Cidade contra 24% de zonas periurbanas ou outras. Segundo MARTINS, os estudos da área da saúde tem demonstrado que os indivíduos das classes sociais mais baixas são os que mais apresentam maiores dificuldades para prevenção e tratamento de certas doenças, não tendo condições alternativas às condições sócio-económicas e ambientais existentes por um lado e por outro porque a sua satisfação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas.

No que diz respeito aos motivos da consulta constatamos que a maioria procura os serviços de assistência no HMM devido a sua condição de militar, não podendo por via disso recorrer a outros serviços por dificuldade financeiras.

O tempo de espera para consulta /tratamento continua a ser uma grande preocupação dos pacientes na medida em que, segundo as respostas, 52%, esperaram uma semana, 28% esperaram 4 semanas

O mesmo se pode dizer em relação ao tempo de espera para marcar uma consulta, em que 28% dos pacientes afirmaram ter esperam na fila mais de 90 minutos, e só 48% esperam menos de 30 minutos.

Em relação a acomodação e instalações, 30% dos pacientes avaliaram satisfatoriamente, 24% razoavelmente, 26% boa e 10 % má ou insatisfatória.

A acomodação deve neste trabalho ser considerado como ambiente interno. O ambiente se traduz num elemento que determina a satisfação do paciente. Na opinião de (REBELO; 1995), um bom prestador de serviços tem como "património" clientes satisfeitos.

A discussão dos resultados, permitiu analisar o processo de administração e de gestão na prestação de assistência médica e avaliar com base neste conhecimento, a qualidade dos serviços prestados.

As pesquisas exploratórias são consideradas instrumentos de gestão de extrema importância no processo gestor para a saúde, e para o conhecimento do perfil epidemiológico dos usuários, neste estudo, foram analisadas as seguintes variáveis qualitativas sexo, idade, escolaridade, profissão, salário, estado civil e local de residência.

### 7. 3. Conclusões finais

O Presente trabalho tem como tema: O sistema de Administração e Gestão na Saúde – Avaliação da qualidade de assistência médica e medicamentosa no Hospital Militar de Maputo. 2001 - 2004.

O objectivo fundamental é analisar e avaliar o sistema de administração e gestão dos programas de saúde que visam garantir a assistência médica, medicamentosa e hospitalar de qualidade aos militares e seus dependentes, concretamente o tópico que diz respeito a planificação, gestão e coordenação multisectoriais

A discussão foi orientada com base na teoria de sistemas, e o processo de pesquisa compreendeu dois momentos nomeadamente: primeiro a pesquisa bibliográfica, e em segundo plano, a pesquisa de campo. Neste último momento usou se os instrumentos de recolha (variáveis) qualitativos e quantitativas, as entrevistas semi-estruturadas e inquéritos individuais.

Os resultados de pesquisa respondem a nossa questão de partida segundo a qual o actual Sistema de Administração e Gestão, introduzido no quadro das reformas do sector público, no quadro do acordo geral de paz e no quadro de adopção da nova orgânica das FADM não contribuiu para a prestação da Assistência Médica e Medicamentosa e Hospitalar de qualidade que satisfaça aos seus usuários.

O sub – financiamento e a falta de coordenação multisectorial entre SSM e os órgãos de tutela, constituem a causa principal da baixa qualidade na prestação de serviços de aos seus utentes

A falta de protocolo de entendimento entre o MISAU e o SSM constitui igualmente numa das causas que concorre para a falta de coordenação, planificação programada e de financiamentos dos programas de saúde militar.

#### **7.4 Recomendações**

O objectivo desta pesquisa foi de, com base nas constatações no terreno tirar as devidas ilações e avançar propor recomendações com vista a melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes.

Segundo constatamos durante as entrevistas, os pacientes foram na sua maioria coincidentes nas suas respostas indicando que o atendimento no HMM nos seus vários serviços ainda necessita de melhorias.

Durante a observação identificamos alguns aspectos que contribuem negativamente na qualidade dos serviços prestados nomeadamente, a falta de medicamentos, o atraso na marcação das consultas, o mau atendimento nos serviços de enfermagem e no atendimento geral.

Sendo assim e com base nas constatações, produzimos as recomendações que se seguem:

**Ao MDN, recomendamos:**

Que os descontos mensais de 1.5% de cada militarem destinados a assistência médica sejam canalizados ao Hospital para o reforço da rubrica destinado a aquisição de medicamentos e de meios auxiliares de diagnóstico.

**Ao SSM, recomendamos:**

Que encontre mecanismos de entendimento com o MISAU por meio de um protocolo de modo que haja intercâmbio de acções em vários domínios (formação de quadros, assistência médica, assistência técnica, telemedicina entre outros).

Recomendamos igualmente o envolvimento directo de SSM na planificação, avaliação, monitoria e controlo dos programas de saúde e de Assistência Médica.

**Ao Hospital Militar, recomendamos:**

Em relação às pessoas que procuram consultas sugerimos que passassem a ser atendidas no período da manhã a partir das 10 horas de modo a permitir que os que vão a reconsulta possam o fazer entre as 7h30 até as 10 horas.

Sugerimos também que enquanto não houver cartões de assistência médica e boletins de saúde o processo de emissão de guias fosse centralizado no HMM, devendo o paciente ser portador do cartão de identificação militar.

Relativamente a tempo de espera para atendimento de consultas devia-se alargar o horário de atendimento passando os militares a serem atendidos no período de manhã e seus familiares no período da tarde, isso não impede que em casos graves possam ser atendidos no período da manhã.

A par disso propomos também a melhoria nos aspectos de formação do pessoal, modernização da tecnologia médica, reabilitação e reequipamento das infra-estruturas, e o reforço do orçamento de investimento e de funcionamento, isto é, o aumento das verbas destinadas à assistência médica, medicamentosa e hospitalar.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, Marconi Maria de e Lakatos & Eva Maria, (1982); Técnicas de pesquisa, Atlas, São Paulo.
2. BORBA, Valdir Ribeiro (1998), Administração Hospitalar, Princípios Básicos; CEDAS, São Paulo, Brasil.
3. CHIAVENATO, I.; Teoria Geral da Administração. Abordagens descritivas e explicativas, (1987); McGraw-Hill, São Paulo.
4. CEBRAE,(1997), Manual de Planejamento para serviços de saúde; São Paulo Brasil-
5. Controle Do Patrimônio no Hospital - Sociedade Beneficente São Camilo, São Paulo, S.P., Brasil
6. CHERUBIM, Niversindo Antônio, texto de apoio, CEDAS, São Paulo, Brasil.
7. DECRETO Lei nº 23/91 de 31 de Janeiro, (1991), Criação do Serviço Nacional de Saúde; Maputo.
8. DECRETO-LEI Nº 21/96 de 11 de Junho,(1996); Regulamento de Assistência Médica e Medicamentosa aos Funcionários do Estado; MAE, Maputo
9. FERNANDES, J.C. de F. (1987), Administração de Material, Uma Abordagem Básica, Editora Atlas, SA., São Paulo.
10. Guia de Planificação, Organização e Avaliação Para os centros de saúde.
11. HMM; 1974, Regulamento Interno; Maputo.
12. MARTINS, Helder F.B. (1985). Apontamentos de estatística sanitária e hospitalar.
13. MAUDONNET, Renato (1988), Editora Cultura Média L.da, Rio de Janeiro, Brasil.
14. MARTINS, Petrónio G. & ALU, Paulo R. C.; Administração de Materiais e Recursos Patrimoniais, (2002), EDITORA Saraiva; São Paulo, Brasil
15. MELLO, Joame! B. & CAMARGO, Marlene O.; Qualidade na Saúde. Práticas e Conceitos. Normas ISO nas Áreas Médico- Hospitalar e Laboratorial; (1998); Editora Best Seller; São Paulo
16. MISAU- DNPC (1995), Seminário Nacional sobre Descentralização do serviço Nacional de Saúde- Relatório Final , Maputo.



# ANEXOS

## Anexos

### ANEXO I: Guião de inquérito

#### I. IDENTIFICAÇÃO DO INQUERIDO

1. Sexo: Masculino  Feminino

2. Idade do inquirido

( ) < 15 anos

( ) 15 – 25 anos

( ) 25 – 35

( ) 35 – 45

( ) 45 – 55

( ) 55 e mais

3. Escolaridade dos inquiridos

( ) Sem escolaridade

( ) 1º grau incompleto

( ) 1º grau completo

( ) 2º grau incompleto

( ) 2º grau completo

( ) superior incompleto

( ) superior completo

4. Profissão

Exerce alguma profissão remunerada? Sim  Não

5. Salário

( ) ≤ 1 salário Mínimo

( ) 1-2 salário Mínimo

( ) 3- 5 salários Mínimos

( ) 6-9 salários Mínimos

( ) Não Respondeu

6. Estado Civil

( ) solteiro

( ) casado

( ) Outra Condição

7. Local de Residência

Município de .....

Distrito Urbano n.º.....

8. Tipo de consulta:

( ) Primeira consulta

( ) Reconsulta

9. Tipo de transporte usado para chegar ao hospital .....

10. valor gasto em mts.....

11. Porque procurou o atendimento no HMM.....

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

1. Assinale com X a alternativa que corresponde á sua avaliação para o item abaixo :

	mau	Razoável	Bom	M.Bom
12. Atendimento geral	( )	( )	( )	( )
13. Serviço de enfermagem	( )	( )	( )	( )
14. Atendimento no Laboratório	( )	( )	( )	( )
15. Atendimento nas consultas	( )	( )	( )	( )
16. Serviços médicos	( )	( )	( )	( )
17. Limpeza do estabelecimento	( )	( )	( )	( )
18. Acomodação/ instalação	( )	( )	( )	( )
19. Marcação de consultas	( )	( )	( )	( )
20. Rapidez no atendimento	( )	( )	( )	( )

21. Você foi informado de todos os aspectos relativos ao diagnóstico e tratamento do seu caso ? Sim            Não

22. Você está satisfeito com o resultado do seu tratamento ?

Sim             Não

23. Qual foi o tempo de espera para conseguir um atendimento - subsequente?

( ) Uma semana

( ) Duas semanas

( ) Um mês

( ) Mais de um mês

24. A que horas aproximadamente chegou ao hospital para consulta ou tratamento medico ?-----

25. A que horas aproximadamente foi atendido ? .....

26. Como você avalia o tempo de espera ?

grau 1 mau            ( )

grau 2 Razoável    ( )

grau 3 Bom            ( )

grau 4 Muito Bom ( )

27. Os medicamentos que foi receitado na consulta, internamento e/ou nas urgências encontrou ? Sim             Não

28. Alimentação: Como avalia a qualidade da alimentação servida no hospital ?

grau 1 má            ( )

grau 2 razoável    ( )

grau 3 Boa            ( )

grau 4 Muito Boa ( )

## **Anexo 2: Guião de Entrevistas**

### **Roteiro de perguntas a dirigir a oficiais generais**

1. Perguntas de identificação (nome, patente, cargo, especialidade).
2. Em caso de doença onde recebem assistência médica, medicamentosa e hospitalar, os militares desta unidade ?
3. Os militares desta unidade tem conhecimento que ao abrigo do decreto 4/98 e 63/03 têm direito a assistência médica e medicamentosa para si e seus familiares?
4. O Sr. comandante tem conhecimento que para ter direito a assistência médica e medicamentosa no HMM deve possuir cartão de assistência médica ou boletim de saúde. Todos militares desta unidade possuem estes documentos
5. No caso de falta de cartão ou boletim de saúde, como tem sido o processo de emissão de guias ? Quem passa e que controle existe ?
6. Quais têm sido as principais dificuldades apresentadas pelos militares desta unidade em relação a assistência médica ?
7. O conceito de boa assistência médica se confunde com a qualidade do atendimento isto é está repleto de juízos de valor e variam de indivíduo para indivíduo. Como o senhor avalia a qualidade do atendimento no HMM ?
8. Quais são os aspectos que gostaria de ver melhorados ?

**Roteiro de perguntas a dirigir aos oficiais responsáveis pela Administração e gestão dos programas de saúde na DNSM do MDN e do HMM.**

1. Perguntas de identificação
2. Quais são e quem define as política e os programas de assistência médica do HMM ?
3. O HMM sendo organismo responsável pela implementação destas políticas e programas (prestar assistência médica e medicamentosa ), não acha importante o seu envolvimento directo ?
4. O Financiamento para os programas de assistência médica, (a compra de medicamentos, reagentes, consumáveis, alimentação etc.), é calculado com base no grupo alvo que são os militares e seus familiares. Na pratica esta assistência é extensiva a outras forças de Defesa e Segurança incluindo Antigos Combatentes. Acha correcto este procedimento ?
5. A falta de clareza na definição de utentes e não utentes, os reduzidos orçamento para aquisição de recurso materiais são a causa do má qualidade do actos médicos e não só, concorda com esta afirmação ? Argumente.
6. Não acha que os escassos recursos materiais e financeiros disponibilizados ao HMM, e a falta de clareza na definição de utentes concorrem para o mau atendimento dos doentes ? .
7. O que é feito do desconto de 1,5% aos militares para assistência médica ?
8. Porquê não ha reforço das verbas destinadas a compra de medicamentos e outros materiais médico sanitários de acordo com o universo de doentes a assistir ?
9. O que acha que deve ser melhorado para se dar uma assistência médica de qualidade aos militares?

### **Perguntas a dirigir aos oficiais subalternos, sargentos e praças**

1. Perguntas de identificação
2. Sabe que tem direito a assistência médica, medicamentosa e hospitalar para si e seus dependentes no HMM ?
3. Como soube e que procedimentos deve seguir para usufruto do tal benefício?
4. Que documento (s) deve apresentar para se beneficiar da assistência médica e medicamentosa no HMM ?
5. Possui o cartão de assistência médica ou boletim de saúde ?
6. Das vezes que foi ao HMM na condição de doente como foi o atendimento ?
7. Que aspectos gostaria de ver melhorados no HMM, com relação a assistência médica, aos militares e seus familiares?

## Tabelas e Gráficos

TABELA 1. USUARIO, SEGUNDO O SEXO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
masculino	30	60,0	60,0	60,0
feminino	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 2. USUÁRIO. SEGUNDO A IDADE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-15	4	8,0	8,0	8,0
15-25	14	28,0	28,0	36,0
25-35	11	22,0	22,0	58,0
35-45	12	24,0	24,0	82,0
45-55	6	12,0	12,0	94,0
55-65	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 3. USUÁRIO. SEGUNDO ESCOLARIDADE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
sem Escolaridade	3	6,0	6,0	6,0
primeiro grau	13	26,0	26,0	32,0
primeiro grau completo	4	8,0	8,0	40,0
2 grau incompleto	9	18,0	18,0	58,0
2 grau completo	17	34,0	34,0	92,0
superior incompleto	3	6,0	6,0	98,0
superior completo	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 4. USUÁRIO, SEGUNDO A PROFISSÃO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	30	60,0	60,0	60,0
Nao	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 5. USUÁRIOS, SEGUNDO O SALÁRIO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
- salario minimo	2	4,0	4,0	4,0
1 salario minimo	22	44,0	44,0	48,0
2-5 salario minimos	17	34,0	34,0	82,0
6-9 salarios minimos	5	10,0	10,0	92,0
+ 10 salarios minimos	3	6,0	6,0	98,0
nao respondeu	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 6. USUÁRIOS, SEGUNDO ESTADO CIVIL**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	30	60,0	60,0	60,0
Casado	19	38,0	38,0	98,0
Outra	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 7. USUÁRIOS, SEGUNDO RESIDÊNCIA**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Matca	5	10,0	10,0	10,0
Distrito 1	20	40,0	40,0	50,0
Distrito 2	9	18,0	18,0	68,0
Distrito 3	1	2,0	2,0	70,0
Distrito 4	3	6,0	6,0	76,0
Distrito 5	5	10,0	10,0	86,0
outros locais	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 8. USUÁRIOS, SEGUNDO TIPO DE CONSULTA**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid primeira	26	52,0	52,0	52,0
seguinte	24	48,0	48,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 9. USUÁRIOS, SEGUNDO TEMPO DE ESPERA NO G. DA CONSULTA**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid - 30 Minutos	21	42,0	42,0	42,0
30 - 60	22	44,0	44,0	86,0
60-90	3	6,0	6,0	92,0
90-120	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 10. USUÁRIOS SEGUNDO TIPO DE TRANSPORTE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Chapa	20	40,0	40,0	40,0
a pé	15	30,0	30,0	70,0
transporte próprio	15	30,0	30,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 11. USUÁRIOS, VALOR GASTO EM TRANSPORTE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5000	9	18,0	18,0	18,0
10000	8	16,0	16,0	34,0
15000	1	2,0	2,0	36,0
20000	2	4,0	4,0	40,0
+20000	3	6,0	6,0	46,0
nao gostou	27	54,0	54,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 12. USUÁRIOS, SEGUNDO PREFERÊNCIA POR HMM**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid militar	42	84,0	84,0	84,0
bom atendimento	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**TABELA 13. ATENDIMENTO GERAL**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	2	4,0	4,0	4,0
razoavel	23	46,0	46,0	50,0
satisfat.	9	18,0	18,0	68,0
bom	11	22,0	22,0	90,0
Muito bom	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 14. SERVIÇO DE ENFERMAGEM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	2	4,0	4,0	4,0
razoável	15	30,0	30,0	34,0
satisfatório	11	22,0	22,0	56,0
bom	12	24,0	24,0	80,0
muito bom	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 15. SERVIÇO DO LABORATÓRIO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	2	4,0	4,0	4,0
razoável	5	10,0	10,0	14,0
satisfatório	19	38,0	38,0	52,0
bom	14	28,0	28,0	80,0
muito bom	7	14,0	14,0	94,0
nao respondeu	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 16. SERVIÇOS DE CONSULTA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	4	8,0	8,0	8,0
razoável	13	26,0	26,0	34,0
satisfatório	7	14,0	14,0	48,0
bom	13	26,0	26,0	86,0
muito bom	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 17. SERVIÇOS MÉDICOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	3	6,0	6,0	6,0
razoável	10	20,0	20,0	26,0
satisfatório	7	14,0	14,0	40,0
bom	23	46,0	46,0	86,0
muito bom	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

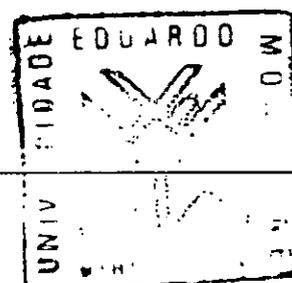


TABELA 18. SERVIÇOS DE LIMPEZA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	4	8,0	8,0	8,0
razoável	14	28,0	28,0	36,0
satisfatório	10	20,0	20,0	56,0
bom	15	30,0	30,0	86,0
muito bom	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 19. ACOMODACÃO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	5	10,0	10,0	10,0
razoável	12	24,0	24,0	34,0
satisfatória	18	36,0	36,0	70,0
boa	15	30,0	26,0	96,0
muito boa	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 20. SERVIÇOS DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	12	24,0	24,0	24,0
razoável	10	20,0	26,0	50,0
satisfatório	16	32,0	32,0	82,0
boa	4	8,0	12,0	94,0
muito boa	8	16,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 21. RAPIDEZ NO ATENDIMENTO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mau	9	18,0	18,0	18,0
razoável	13	26,0	26,0	44,0
satisfatória	12	24,0	24,0	68,0
boa	11	22,0	20,0	88,0
muito boa	5	10,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 22. INFORMAÇÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	34	68,0	68,0	68,0
nao	16	32,0	32,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 23. RAPIDEZ NO ATENDIMENTO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	39	78,0	78,0	78,0
nao	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 24. SATISFEITO COM O TRATAMENTO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	39	78,0	78,0	78,0
nao	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 25. TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA

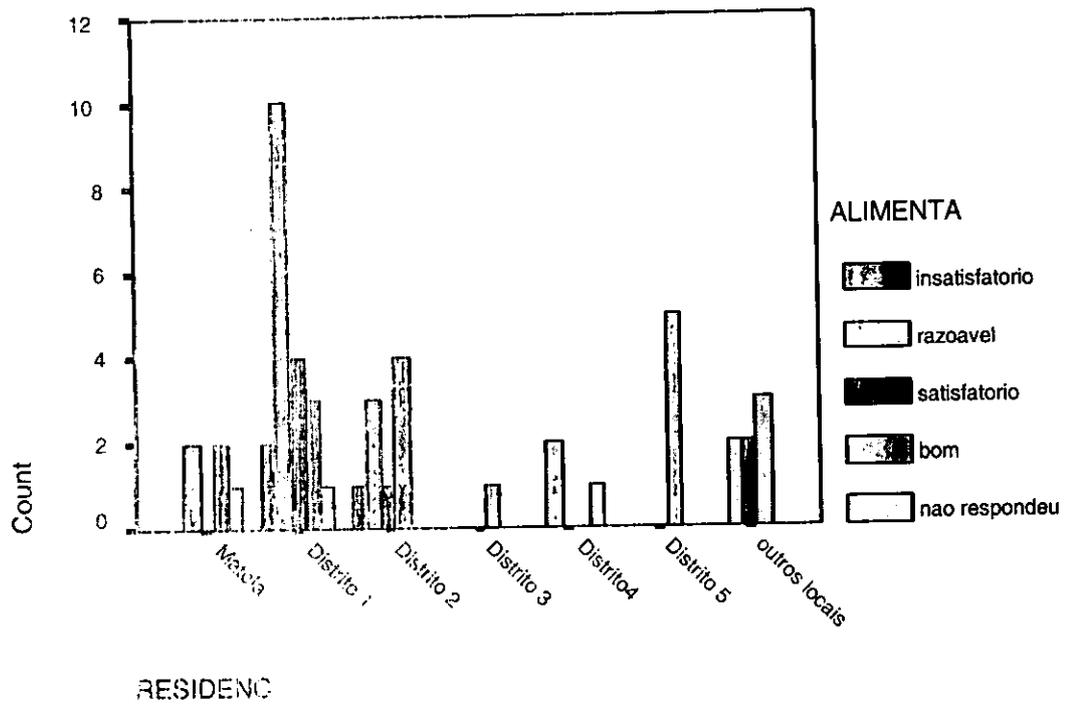
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 semana	26	52,0	52,0	52,0
2 semanas	6	12,0	12,0	64,0
3semanas	1	2,0	2,0	66,0
4 semanas	3	6,0	6,0	72,0
+ 4 semanas	14	28,0	28,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

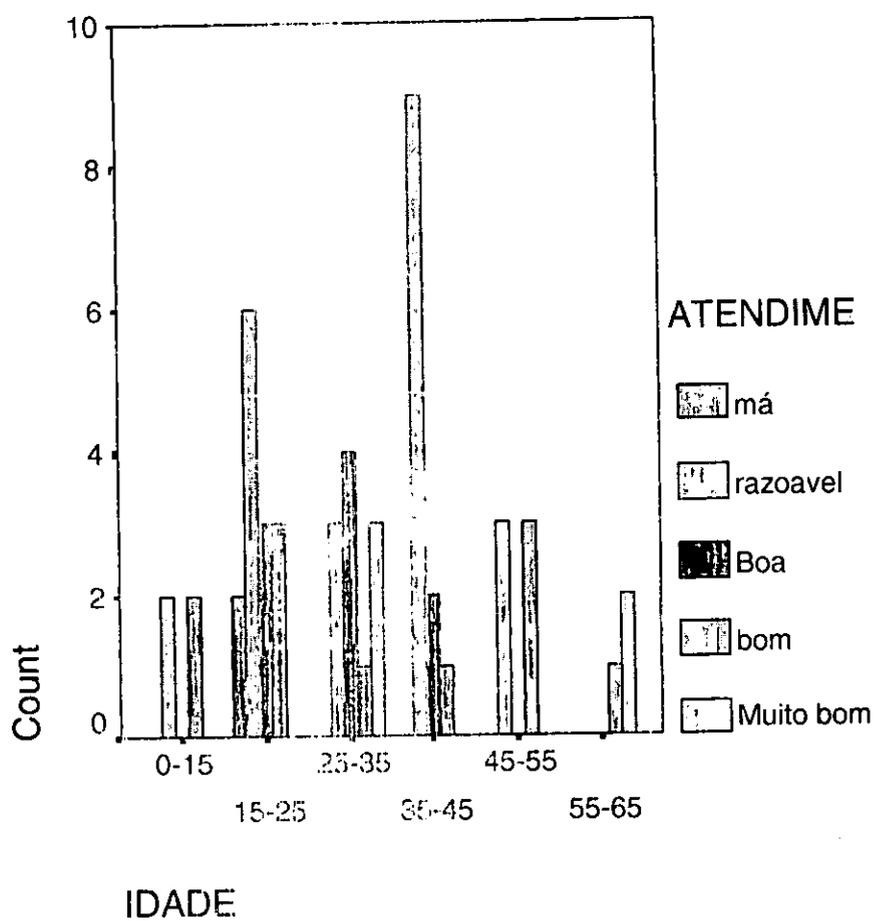
TABELA 26. TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO

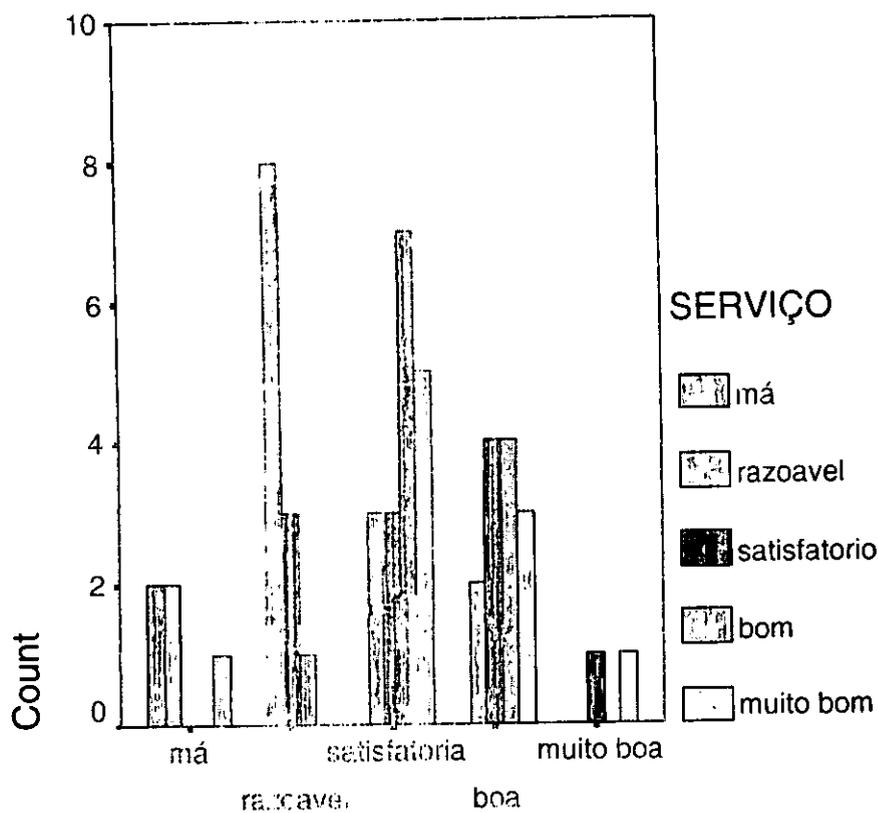
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 30 minutos	24	48,0	48,0	48,0
30 - 60 minutos	5	10,0	10,0	58,0
60-90 minutos	7	14,0	14,0	72,0
+ 90 minutos	14	28,0	28,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

TABELA 27. AVALIAÇÃO TEMPO DE ESPERA

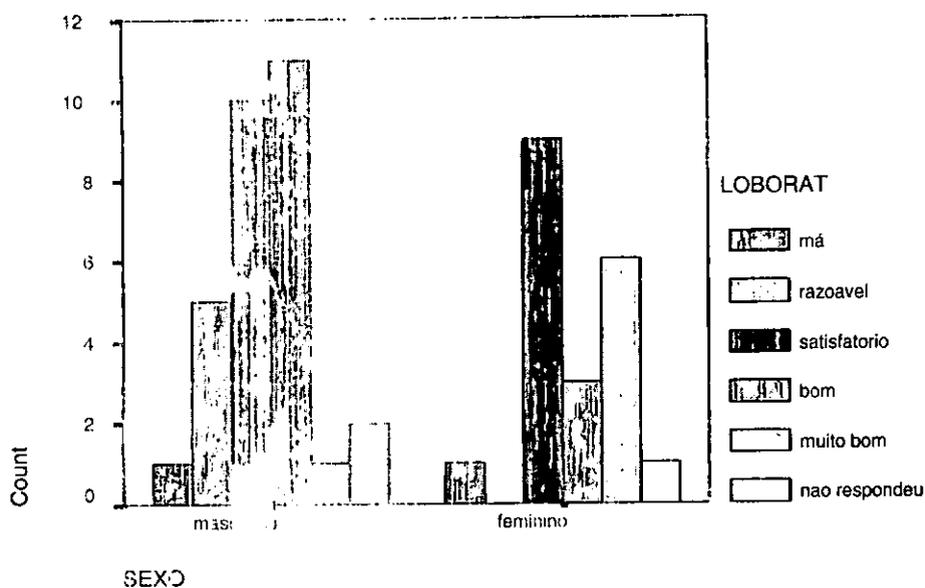
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid razoável	14	28,0	28,0	28,0
satisfatório	17	34,0	34,0	62,0
bom	13	26,0	26,0	88,0
muito bom	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

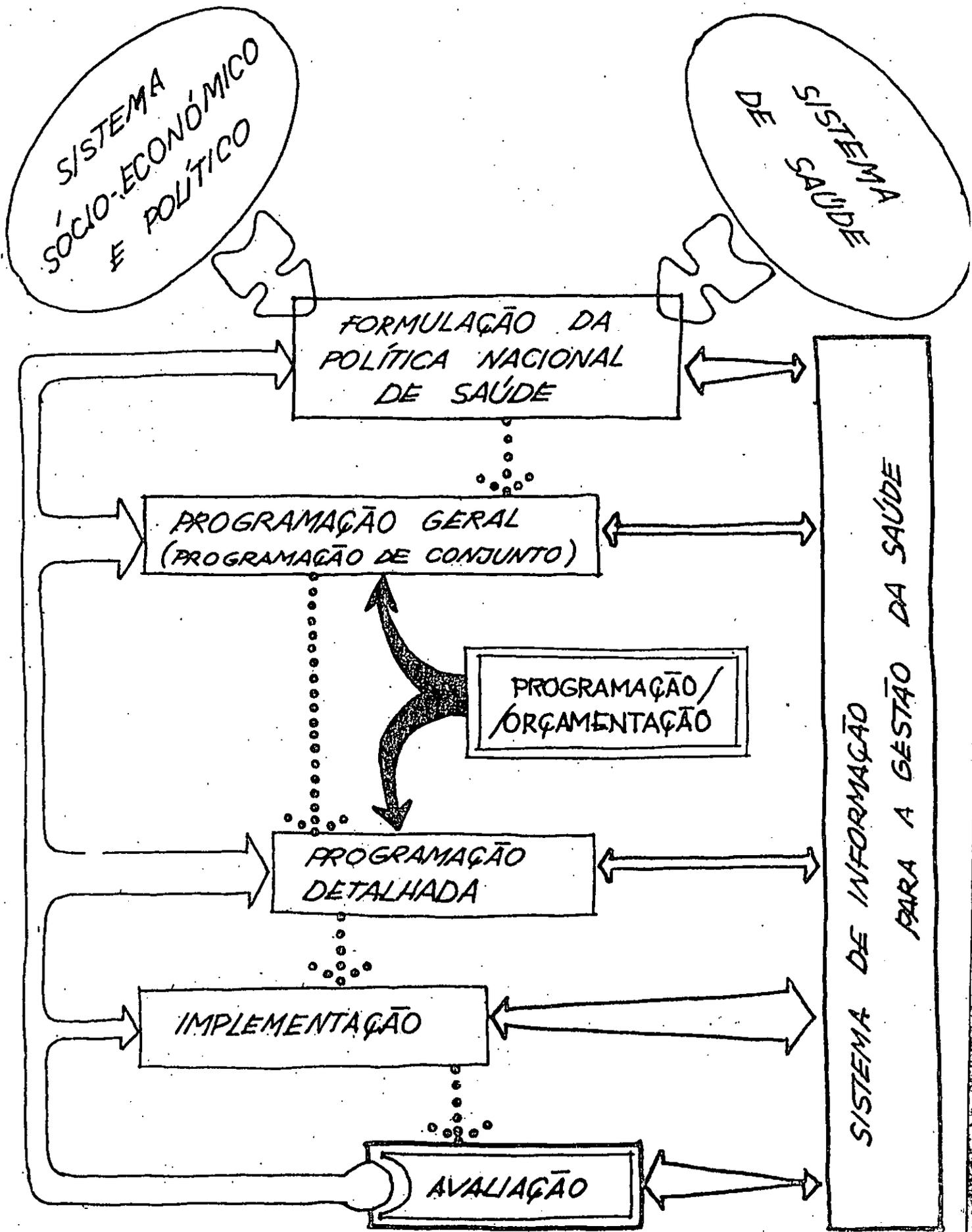






**ACOMODA**





# HOSPITAL MILITAR DE MAMPORO

