

ESCOLA DE GUERRA NA

2-C-43

15

Curso ..... C-PEM/86

Partido .....

Solução do ..... P-III-5 (Mo) MONOGRAFIA

Apresentada por

IRANY MOREIRA DE AZEVEDO

CAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA (Md)

NOME E POSTO



RIO DE JANEIRO

1986.....

2-C-43

ADMINISTRAÇÃO DAS AÇÕES DE CRÉDITO

MINISTÉRIO DA MARINHA

ESQUADRA DE GUERRA NAVAL

1966



MM  
BIBLIOTECA  
1986

Assembleia, Irany Moreira  
Administração das Ações de Saúde - 1986  
1986  
Administração  
Administração  
Administração

### ADMINISTRAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE

A administração das ações de saúde é uma das principais atividades da Marinha do Brasil, sendo realizada por meio de estruturas organizacionais que atuam em nível nacional, regional e local.

**IRANY MOREIRA DE AZEVEDO**  
**Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)**

As atividades administrativas são realizadas por meio de estruturas organizacionais que atuam em nível nacional, regional e local. A administração das ações de saúde é uma das principais atividades da Marinha do Brasil, sendo realizada por meio de estruturas organizacionais que atuam em nível nacional, regional e local.

MINISTÉRIO DA MARINHA

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

1986

GN-00001667-0

MM-EGN  
BIBLIOTECA  
Jo 123/1987  
N: 729

Azevedo, Irany Moreira de  
Administração nas Ações de Saúde - Rio de Janeiro, EGN,  
1986.

p. 44

Bibliografia.

Monografia: C-PEM, 1986.

1. Administração. 2. Ações de Saúde. 3. Administração Hos-  
pitalar. 4. Fluxo de Carreira QMd.

#### EXTRATO

A administração nas ações de saúde pelos componentes do Quadro de Médicos do Corpo de Saúde da Marinha é analisada partindo-se da premissa do que seja saúde e dos elementos que compõem um Sistema de Saúde.

As características de um hospital moderno e as linhas básicas para bem administrá-lo são enfatizadas, sendo discutidas todas as funções essenciais que se tornam imprescindíveis na correta administração: planejamento, organização, direção, coordenação e controle.

Comparativamente com outros países é, também, analisada a função do administrador hospitalar, se médico ou não, e discutida a possibilidade na MB de Oficiais de outros Quadros poderem exercer a administração hospitalar.

Importância especial é dada ao ensino de Administração Hospitalar na Marinha, assim como é sugerida uma dicotomia no Quadro de Médicos em função técnica e de ensino numa ramificação e função técnico-administrativa na outra, cada qual com os seus cursos pertinentes.

À luz dos aspectos discutidos, é sugerida uma reestruturação do Quadro de Médicos, propiciando, com esta medida, um melhor fluxo de carreira.

PROPOSIÇÃO

TEMA: ADMINISTRAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE

PROPOSIÇÃO: Dar subsídios para nova estruturação do Quadro de Médicos do Corpo de Saúde da Marinha visando, não somente, um melhor fluxo de carreira, de acordo com a natureza dos tipos de Trabalhos, exclusivamente Técnico ou Técnico-Administrativo desenvolvidos, mas sobretudo, o aprimoramento da atividade-fim do hospital, núcleo básico de um Sistema de Saúde, analisando, também, a possibilidade de Oficiais de outros Corpos e Quadros exercerem funções Administrativas na Saúde.



# ÍNDICE

FOLHA

INTRODUÇÃO .....	III
CAPÍTULO 1 - SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE .....	1
Saúde .....	1
Sistema de Saúde .....	3
CAPÍTULO 2 - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR .....	5
Administração Hospitalar .....	5
O Administrador Hospitalar .....	11
CAPÍTULO 3 - O SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA .....	14
CAPÍTULO 4 - O FLUXO DE CARREIRA NO QUADRO DE MÉDICOS DO CSM .....	23
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES .....	31
BIBLIOGRAFIA .....	A-1/A-2

## INTRODUÇÃO

O homem preocupado à princípio, apenas, com o bem estar da sua família, foi obrigado com o correr do tempo e, para a sua própria defesa, a se interessar pela saúde dos seus semelhantes quando o aumento da população e a intensificação do tráfego demonstraram a necessidade de proteção coletiva. Com o progresso da civilização e o desenvolvimento das religiões, principalmente a Cristã, esse movimento foi tomando corpo até atingir em curva ascendente rápida a culminância dos tempos atuais em que se multiplicam, sob as mais variadas formas, os Serviços de Assistência Médica pública e privada.

A administração hospitalar não consiste, apenas, em uma aplicação pura e simples dos sistemas e processos da doutrina da Organização Racional do Trabalho, perfeitamente utilizável pelo empresariado em geral; é sim, um processo de contínua adaptação da tecnologia administrativa a uma instituição que manipula o maior valor do ser humano: a sua própria vida.

No presente trabalho o autor, mercê da sua experiência profissional ao longo dos anos, quer em função eminentemente técnica, de cuidado assistencial ao paciente, como a de Assistente e de Chefe de Clínica, quer em função administrativa por excelência, como a de Chefe de Departamento e de Vice-Diretor do Hospital do Comando Naval de Brasília, de Chefe do Centro Médico do Serviço Nacional de Informações e de Chefe do Serviço Médico do Superior Tribunal Militar, defende o ponto de vista de que não existe incompatibilidade absoluta em se exercer com eficiência funções técnicas e, também, se poder exercer com igual proficiência funções administrativas. Reconhece, no entanto, à bem da verdade, que há Oficiais-Médicos que têm total aversão às funções administrativas sendo excelentes nas atividades assistenciais médicas e de ensino e, por isso, pro -

pugna pela bifurcação do Quadro de Médicos do CSM estabelecendo uma ramificação de função técnica e de ensino com os cursos obrigatórios pertinentes e outra, de função técnico-administrativa superior com exigência curricular distinta e ascensão até ao Almirantado, enquanto que aqueles que optaram pelas funções exclusivamente técnicas somente atingirão o posto máximo de Capitão-de-Mar-e-Guerra.

Com esta divisão o autor vislumbra um melhor fluxo de carreira e, ao analisar a possibilidade de Oficiais de outros Quadros virem a exercer funções administrativas em Organizações de Saúde conclui, através de um estudo comparativo com o que ocorre na Marinha americana e com outros países, que tais Oficiais poderão ocupar Chefias no escalão médio administrativo, cabendo, no entanto, ao Oficial-Médico cursado em Administração Hospitalar a Chefia do Departamento Administrativo de um hospital moderno.

## CAPÍTULO 1

### SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE

O conceito de saúde tem se modificado através do tempo. Considerada como "ausência de doença", passou a ser "bem estar físico e mental" e, atualmente, "bem estar físico, mental e social". Sendo julgada pela ONU como direito inalienável do homem, saúde deixou de ser privilégio para ser benefício. Saúde é a síntese do equilíbrio ecológico do indivíduo e abrange a totalidade do ser. Quando utilizada, a saúde projeta-se e atua sobre a sociedade como fonte criadora de riqueza. Em sendo assim, a saúde do indivíduo é patrimônio inseparável da comunidade ficando entre os componentes do processo de desenvolvimento com as suas características de progressividade, proporcionalidade e contemporaneidade.

A Conferência da Organização Mundial de Saúde em Alma-Ata, na Rússia, em 1978, reconhecendo que a saúde depende do desenvolvimento econômico e social e para o mesmo, também contribuiu, recomendou: "que os governos incorporem os cuidados primários de saúde aos seus planos nacionais de desenvolvimento e, nesse âmbito, os fortaleçam dando ênfase especial à programas de desenvolvimento rural e urbano e à coordenação das atividades de saúde dos diferentes setores". Recomendou que "os cuidados primários de saúde incluam pelo menos educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos meios para a sua preservação e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; promoção da saúde mental e fornecimento de me-

dicamentos essenciais".

Aquela Conferência considerando, ainda, que a auto-confiança e a consciência social aos níveis nacional e comunitário se incluem entre os fatores fundamentais de desenvolvimento humano, e reconhecendo que cabe às pessoas o direito e o dever de participar do progresso de aprimoramento e manutenção de saúde, preconizou que os governos incentivem e assegurem a plena participação da comunidade por meio da efetiva divulgação de informação pertinente, da crescente alfabetização e do desenvolvimento dos necessários instrumentos institucionais que possibilitem aos indivíduos, às famílias e às comunidades assumir a responsabilidade por sua saúde e bem estar. Consciente de que o êxito dos cuidados primários de saúde depende de um apoio logístico adequado, apropriado e constante, recomendou, ainda, a Conferência de Alma-Ata que "os governos assegurem a criação de eficientes serviços de natureza administrativa, assistencial e de manutenção, abrangendo todas as atividades no campo dos cuidados primários de saúde ao nível comunitário"; "que haja constante disponibilidade de suprimentos e de equipamentos apropriados e suficientes em todos os níveis do sistema de saúde"; "que o fornecimento e estocagem em condições seguras de suprimentos parecíveis tais como: vacinas, mereçam especial atenção"; "que haja um fortalecimento apropriado das instalações de apoio, inclusive hospitais e que os governos garantam a eficiência e a adequação ao ambiente sócio-econômico, dos transportes e de todas as facilidades físicas no campo dos cuidados primários de saúde". Enfatizando que a aplicação prática dos princípios dos cuidados primários de saúde requer o fortalecimento da estrutura administrativa e dos processos de monitoria, recomendou, aquela Conferência que "os governos desenvolvam a estrutura administrativa e apliquem, em todos os níveis, procedimentos apropriados

de controle para planejar e aplicar os cuidados primários de saúde, aprimorar a alocação e distribuição de recursos, monitorar e avaliar programas com a ajuda de um sistema simples e relevante de computação; compartilhar o controle com a comunidade e prover as diferentes categorias de pessoal da saúde com apropriado treinamento em administração".

A situação de saúde no mundo atual, sobretudo nos países em desenvolvimento de centenas de milhões de pessoas é inaceitável. Mais da metade da população mundial não usufrui os benefícios de um adequado atendimento de saúde.

A Conferência de Alma-Ata instou por um novo enfoque de saúde e um novo critério de serviços a fim de reduzir a distância que separa os "privilegiados" e os "carentes", de obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e de alcançar um nível de saúde que permita a todos os cidadãos do mundo desfrutar uma vida social e economicamente produtiva.

SS NÃO É UM FLUXO DE PESSOAS!

Sistema de Saúde - Sistema de Saúde é o fluxo de pessoas, indivíduos sadios, aparentemente sadios ou enfermos ("input"), circulando nas instituições de saúde ("Processo"), para evitar que adoçam (medicina preventiva) ou adquiram recuperação, transformando-se em pessoas sadias ou reabilitadas ("output"). Em qualquer sistema, três aspectos fundamentais devem ser considerados: o "input" — aporte do meio externo para dentro do sistema — usuários do sistema; o "processo" englobando a série de operações ou transformações efetuadas no interior do sistema e representando a atuação do conglomerado de todas as instituições que prestam serviços e distribuem benefícios relacionados à saúde na Marinha; o resultado da ação do sistema — o "output". (30).

Dois sub-sistemas alimentam o "processo" para otimizar o

seu desempenho: o primeiro que produz a coleta de recursos materiais e o segundo que forma os recursos humanos. Sofre, assim, um Sistema de Saúde para agilizar, aprimorar e disciplinar o seu desempenho, da ingerência quantitativa de recursos humanos. Com o grande desenvolvimento da tecnologia, em um hospital moderno terciário a Informática e a Cibernética são de vital importância para a integração e controle das várias partes do Sistema de Saúde, sendo de capital importância a informação epidemiológica, a informação operacional, além das informações referentes ao "input", ao "processo" e ao "output". Tais informações conduzem a análise e ao diagnóstico da dinâmica do Sistema de Saúde.

Na Marinha, o Sistema de Saúde compreende três sub-sistemas:

1 - Sub-sistema Médico-Assistencial englobando a rede hospitalar e os Serviços de Saúde das Divisões e Departamentos de Saúde em OM terrestres e em navios.

2 - Sub-sistema Médico-Pericial — envolvendo a atuação das atividades médico-periciais a cargo das Juntas de Saúde e dos Médicos Peritos Isolados.

3 - Sub-sistema de Medicina Operativa — compreendendo a Medicina Submarina e Hiperbárica; a Medicina de Aviação, a Medicina Nuclear, a Medicina Anfíbia, a Medicina de Ações de Superfície e de Guerra NBQ.

## ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

A palavra hospital vem do latim "hospitalis", adjetivo derivado de "hospes", estrangeiro, viajante, conviva, como também hospedeiro, aquele que oferece pousada, abrigo, acolhimento.

O termo hospital tem hoje a mesma acepção de nosocomium, de fonte grega, cuja significação é — tratar os doentes — como nosodockium que quer dizer — receber os doentes. Como toda Organização, o hospital não pode fugir ao exercício de atividades, tão bem estabelecidas pelos cultores da Administração Científica, assim definidas por Henry Fayol: (19)

- "Técnicas: relativas à produção, fabricação e transformação
- Contábeis: com o objetivo de proceder inventários, balanço, preço de custo, estatística, etc.
- Comerciais: objetivando compras, vendas, permutas.
- Financeiras: procura e gerência de bens e de fundos.
- de Segurança: proteção de bens e pessoas.
- Administrativas: previsão, organização, comando, coordenação e controle".

O hospital decorre de um anseio comunitário e, sendo a comunidade a representação prática de um agrupamento ordenado de cidadãos, sua eficiência jamais poderia estar condicionada a conceitos puramente mercantis relativos a lucros.

A instituição hospitalar cresceu e desenvolveu-se nesses quase dezessete séculos conservando, no entanto, uma característica básica em toda a sua evolução: o reconhecimento formal pela comunidade de sua existência. O hospital, complexa empresa moderna, adquiriu características dinâmicas e assumiu a iniciativa de ir ao encontro dos problemas que exigem a sua

ativa participação para o desenvolvimento e execução de uma política de saúde integrada: preventiva, curativa, social e restauradora.

O homem, que na sua individualidade julga-se o Senhor Onipotente de todas as coisas, quando doente passa à condição de dependente, entrega-se a Comunidade na esperança de, pelo menos, receber lenitivo para os seus males, de modo a obter a reintegração na coletividade como unidade produtiva plena de vigor e capacidade. Daí encararmos o nosocômio não somente como o hospital clássico onde se curam as doenças ou se procura fazê-lo, senão, também, como a casa onde o hóspede é pessoa sagrada, um membro para com quem a coletividade tem deveres, inclusive o de promover a sua completa reintegração social, mais do que a simples recuperação somática, psíquica ou psicossomática.

Hoje, o hospital terciário moderno, além da assistência de elevado padrão ao paciente, dedica-se, também, ao ensino e à pesquisa. Para desenvolvimento do seu processo o hospital necessita de recursos humanos e materiais (financeiros e instalações). Em muitas das atividades desenvolvidas no hospital, as funções técnicas e administrativas têm que ser desenvolvidas paralelamente, sendo impossível que as atividades técnicas possam ser realizadas com efetividade sem o apoio racional e organizado de todos os subsistemas que integram o sistema hospitalar. Impõe-se um ordenamento dos sistemas administrativo e assistencial dentro de uma visão empresarial para atender a diversificação dos trabalhos executados no ambiente hospitalar. No entanto, os economistas modernos na crença de que a eficiência administrativa é baseada em maximização de resultados com minimização de custos, quase conseguiram artificializar o conceito do hospital comunitário, enquadrando-o na classificação de simples empresa de prestação de serviços.

Aceitamos e temos propagado a idéia de que o hospital deva ser administrado em moldes empresariais quanto à aplicação prática das técnicas de Previsão, Organização, Direção e Controle, procurando obter os maiores índices de eficiência na mobilização dos recursos humanos e materiais para que sejam utilizados da maneira mais racional em benefício do paciente. O hospital, pela sua própria estrutura apresenta uma complexidade bastante acentuada no desenvolvimento da técnica administrativa. Enquanto em outras Organizações os valores em jogo são mensuráveis em termos administrativos e, muitas vezes, em tecnologia contábil, o hospital apresenta certas características que o tornam completamente diferente de qualquer Organização que por suas finalidades, presta serviços à coletividade. Por exemplo, quando o equipamento de uma fábrica qualquer apresenta defeitos de ordem mecânica para a análise e o controle de qualidade de um produto, receberá o impacto da reclamação do consumidor. Isto, quando muito, pode representar um prejuízo para o fabricante perfeitamente mensurável em termos de contabilidade. Uma greve, abrangendo estabelecimentos comerciais, redundará em prejuízos pela redução no atendimento ao público, com reflexos na economia da empresa. Contudo, qualquer problema desta natureza envolvendo um estabelecimento hospitalar trará prejuízos incalculáveis, pois se refletirá no cuidado do paciente, na preservação do maior bem do ser humano, a própria vida. Fazendo uma análise comparativa, verifica-se que, enquanto a preocupação dos responsáveis pelo parque industrial está sempre ligada à conservação do equipamento na mais absoluta ordem, buscando cada vez mais melhorar os níveis de aperfeiçoamento, grande número de hospitais procura na improvisação, no empirismo, os meios para melhoria do trabalho humano. Administrar pessoas é bem diferente de controlar equipamentos mecânicos e eletrônicos. E, uma e outra coisa ocorrem

no hospital — pessoas e equipamentos, à disciplinar e à dispor. O agente executivo deve ampliar seus conhecimentos em relação aos diversos aspectos das relações humanas, das comunicações, da ciência administrativa e do direito social para, conhecendo melhor os indivíduos, motivá-los num trabalho eficiente.

Em 04 de junho de 1973 o Conselho Federal de Educação aprovou a criação da habilitação em Administração Hospitalar (Resolução nº 18), integrada no curso de graduação em Administração de Empresas, sob a alegação de que o hospital sendo um importante ramo de prestação de serviços com reflexos marcantes na comunidade e na economia, no Brasil, vinha sendo administrado por elementos que pouco ou nada sabiam sobre o assunto. O enfoque, tipicamente empresarial, no entanto, foge à realidade para justificar aquela Resolução, pois a administração em saúde tem que se voltar, necessariamente, para o paciente, muitas vezes atingindo quase ao "vermelho" da receita.

A administração hospitalar como a administração geral engloba funções de planejamento, de organização, de direção ou comando, de coordenação e de controle. Modernamente, Administração é uma ciência que estuda os métodos, os meios e processos capazes de fazer funcionar com o máximo de eficiência uma Organização. Para Koontz e O'Donnel, "administração é o estabelecimento de uma ambientação propícia para o desempenho eficiente de pessoas que trabalham em grupos organizados visando a concretização de objetivos desejados" (21). O estudo científico da Administração começou a processar-se em fins do século XIX tendo como fundamento o princípio da economia de esforço e procurando o rendimento máximo da atividade humana, ou seja, a maior produtividade do trabalho.

Há três tarefas igualmente importantes, mas essencialmente diferentes, que a administração deve cumprir para que a

instituição sob seu controle funcione e preste a sua contribuição:

- a finalidade e missão específica da instituição, seja ela uma empresa, um hospital ou uma universidade.
- tornar o trabalho produtivo e o trabalhador realizado.
- administrar impactos sociais e responsabilidades sociais.

As atividades da função de planejamento na administração hospitalar tem início muito antes que o primeiro paciente seja admitido no hospital. Planejamento extenso e minucioso precede a sua construção, equipagem e ativação. Tudo tem que ser estudado, previsto, medido, comparado com os recursos financeiros disponíveis, prevendo-se, não apenas, os gastos de construção, mas também, as despesas de manutenção que atingem, anualmente, 1/3 do dispendido com a construção e com a compra dos equipamentos. Nesta fase, o planejamento estabelece diretrizes políticas, programas e objetivos a serem alcançados, a estruturação organizacional através da departamentalização básica. O Regimento Interno de um hospital contém, mais detalhadamente, quer para o hospital quer para as pessoas que o integram, os direitos e os deveres, suas competências e atribuições e os métodos específicos a serem seguidos para a execução do que foi previsto no Regulamento. (29)

A administração científica tendo como objetivo a racionalização do trabalho humano, persegue um propósito social e, por isso mesmo, há que valer-se da Organização. Do ponto de vista estrutural é costume dividirem-se as unidades administrativas em dois grupos: atividades de linha, diretamente ligadas à consecução do objetivo e de "staff" ou estado-maior, aquelas pertinentes à Chefia, ao assessoramento e ao ordenamento da execução. A Organização como função administrativa tem recebido várias formas de definição, sendo na sua essenciali-

dade considerada como a estruturação de autoridades, responsabilidades, atividades e relações criadas com o fim de coordenar os esforços das pessoas que procuram atingir objetivos comuns. A departamentalização, ou seja, a organização dos trabalhos feita através de unidades nas quais as atividades da mesma natureza são grupadas cada qual sob uma própria Chefia, representa o instrumento mais utilizado para a organização formal de qualquer empresa e também de um hospital.

As funções administrativas de direção, coordenação e controle tem caráter muito mais dinâmico do que as de planejamento e organização, ligadas que estão, ao universo da operacionalidade, do desempenho e da produção efetiva de bens e serviços de saúde, de tratamento, de prevenção e de reabilitação.

A função de coordenação deve ser entendida como aquela que visa estabelecer na administração hospitalar a harmonia, o bom entendimento e a cooperação entre todas as unidades departamentais e respectivas chefias, facilitando, desse modo, um desempenho eficiente e eficaz. É uma ação coerente, unificadora, orientando a todos para um propósito comum.

Controlar é comparar os resultados obtidos com o planejamento, com o programa adotado e com as ordens dadas. O controle é, também, uma contra-prova da exeqüibilidade do que foi planejado e pode indicar a necessidade de alterações visando adaptar o planejamento a uma nova realidade ou situação. Assim, são de grande importância para a administração hospitalar os controles de custos, da relação custos/benefícios, de certos indicadores de eficiência e eficácia como o percentual de ocupação de leitos existentes, o tempo médio de permanência dos pacientes internados, o número de pacientes/dia, o número de pacientes atendidos no ambulatório, os índices de mortalidade, de complicações pós-operatórias, de cirurgias desnecessárias, de partos cesáreos, etc. Genericamente, atividades

de controle devem ser exercidas nos campos do pessoal (assiduidade, pontualidade e produtividade), do material (conservação dos equipamentos, do nível dos estoques, da conservação das instalações) e das finanças, através de levantamento dos custos e da qualidade dos serviços prestados.

O Administrador Hospitalar - Na última década, a função do administrador hospitalar foi regulamentada e, a evidência existente, é que o sucesso das Organizações dependia totalmente, do comportamento do Administrador e dos seus métodos de trabalho.

Segundo D. Michael Davis, um administrador deve saber "como guiar os Chefes de Serviço e os Técnicos, como avaliar o trabalho em termos de eficiência e economia; planejar e orientar os Serviços hospitalares; procurar novas fontes de receita sem deixar de prestar atenção ao problema da despesa". (2)

Ao administrador cabe executar a política superiormente traçada pela Direção, estabelecendo linhas de ação para alcançar as metas propugnadas, sendo portanto, imprescindível que possua a qualificação necessária através de Curso em Administração Hospitalar. Compete ao Administrador fazer com que as tarefas sejam bem executadas em tempo hábil, com o menor desgaste. É sua responsabilidade o bom desempenho da Organização como cumprir "in totum" com as suas finalidades, conduzindo e modificando programas à luz dos seus conhecimentos, elevando o moral do pessoal e envidando esforços para mantê-lo. Deve ser um líder, um guia e um companheiro de todas as horas. Precisa conhecer minuciosamente o hospital e aqueles que nele trabalham. Nada que ocorra no hospital lhe deve ser alheio, seja no campo da administração de pessoal, de material, de finanças, na avaliação do desempenho da quantidade e, mais importante, da qualidade dos serviços médicos prestados. Deve o

administrador ser enérgico, quando necessário, na defesa e manutenção da disciplina da Organização. Com seu exemplo de dedicação ao trabalho e serenidade, deve servir de estímulo aos subordinados no cumprimento do dever. Aos subordinados deve ter lealdade, compreensão e orientá-los. Não pode o Adminis-trador descurar do bom relacionamento entre o hospital e a comunidade na qual ele se encontra inserido, esforçando-se para estar sempre atualizado com as necessidades e aspirações da-quela, de modo a ajustar inadequações, corrigir deficiências, desfazer mal-entendidos, visando criar, estabelecer, manter e melhorar o conceito do hospital junto a comunidade. Contudo, o elemento mais importante para o conceito de um hospital jun-to aos seus usuários é, indubitavelmente, a excelência dos ser-viços médicos prestados, o que depende, fundamentalmente, da qualidade do seu Corpo Clínico, do padrão técnico dos médicos que possua (29).

A presença de Administradores não médicos nos hospitais sempre constituiu-se em tema polêmico, causando conflitos, face a inaceitação, em geral, pelo Corpo Clínico, de ser dirigi-do por um elemento que não "vive" o hospital (16).

Nos hospitais privados americanos que mantêm um regime de Corpo Clínico Aberto, isto é, sem seus médicos efetivos, qual-quer médico podendo internar os seus pacientes, o Administra-dor, em geral, é um leigo com formação em administração hospi-talar. Fácil é se explicar tal fato, uma vez que, na inexis-tência de um "staff" permanente, nenhum médico tem interesse na condução do hospital, preferindo, cada um, tomar as suas próprias iniciativas, técnicas ou administrativas, sem se preo-cupar com a Instituição como um todo harmônico. E é fato notó-rio que tais hospitais, em geral, carecem de um atendimento padronizado ao paciente, surgindo situações conflitantes médi-co-administrativas, reflexos das falhas organizacional e de

controle, ocasionando desajustes e um ambiente hospitalar tenso.

Nos hospitais privados que adotam um plantel fechado, Corpo Clínico efetivo, excepcionalmente permitindo que um médico de fora interne os seus pacientes, na Inglaterra, por exemplo, cada especialidade tem a responsabilidade de um grupo de médicos, havendo um plantel superior organizado de modo igualitário (como um Conselho), que dispõe de um secretário que é quem administra o hospital.

Na Europa Continental, há um terceiro tipo de administração em hospitais particulares: a divisão do hospital faz-se em pequenas unidades de serviço, com um médico na Chefia de cada uma, realizando seus próprios trabalhos administrativos.

Na Rússia o administrador sempre é um médico e os leigos não vão além da Chefia de setores de contabilidade, manutenção, engenharia, etc.

Tais considerações são aplicáveis, apenas, em hospitais particulares, pois, nos hospitais públicos de plantel fechado, sempre o Administrador é um médico (16).

Por tudo o que antes foi mencionado, em face da complexidade das atividades do universo hospitalar, o administrador quer seja médico, economista, advogado ou mesmo com formação em Administração, deverá ter em seu "staff" assessores diferenciados que o ajudem a solucionar problemas específicos que fogem da sua formação profissional.

### CAPÍTULO 3

#### O SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA

O Decreto Imperial nº 607 de 23 de abril de 1849 aprovou o Plano para a organização do Corpo de Saúde da Armada Nacional e Imperial, sendo alterado por outro Decreto nº 739 de 25 de novembro de 1850. Um Regulamento Provisório entrou em vigor com o Aviso-Marinha de 27 de julho de 1858 na forma do Decreto Imperial de nº 1981 de 30 de setembro de 1857 alterando o Plano referido. Esses documentos foram o embrião do atual Corpo de Saúde da Marinha, sendo o primeiro Diretor de Saúde Joaquim Cândido Soares de Meirelles (1797-1868) seu patrono. O Regulamento da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) foi aprovado pelo Decreto 75.160 de 30 de dezembro de 1974 publicado no D.O. de 31/12/74.

Através da atuação dos componentes do Corpo de Saúde da Marinha (CSM) nos hospitais distritais e no da capital da República, além da exercida em outros hospitais do Rio, em Departamentos e Divisões de Saúde das OM de terra e dos navios e das diretrizes emanadas pela Diretoria de Saúde, a Medicina Naval abrange a medicina preventiva, a medicina curativa e a medicina restauradora. Ênfase se deve dar a esta última na coletividade militar para se tentar reduzir o tempo de inatividade militar para readaptação a uma outra função (se for o caso) e para melhor preparo psicológico do indivíduo, definitiva e prematuramente invalidado para o serviço ativo.

Para consecução da sua importante missão, o Corpo de Saúde da Marinha conta com membros da mais alta qualificação profissional e moral em seus diversos Quadros (Médicos, Dentistas e Farmacêuticos) e ainda, com os componentes da Reserva Naval (RNR). A partir de 1980, veio incorporar-se ao CSM para o atendimento de toda essa complexa e diversificada gama de a-

tividades o valioso contingente de profissionais do Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha (CFRM).

O Sistema de Saúde da Marinha obedece ao critério de integração dos Serviços por área geográfica, desenvolvendo suas atribuições sob a coordenação dos hospitais distritais e do Hospital do Comando Naval de Brasília tendo o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) hospital terciário, de base, como o último elo da cadeia evacuadora abrangendo todo o território nacional.

Na atualidade, o Serviço de Saúde da Marinha está estruturado, provisoriamente, obedecendo ao preceituado na "Estrutura Básica de Organização do Ministério da Marinha" — Decreto nº 62860 de 18 de junho de 1968 e ao estabelecido nas "Normas para a Assistência Médico-Hospitalar ao Pessoal da Marinha" — Portaria Ministerial nº 0849 de 06 de junho de 1983.

Assim, organizacionalmente, temos:

Pelo Decreto nº 83.144 de 06 de fevereiro de 1979, foi alterada a denominação do Centro Médico Naval Marcílio Dias que passou a denominar-se Centro Médico Naval do Rio de Janeiro (CMNRJ), tendo como finalidade "coordenar a assistência Médica na área do 1º D.N. e dirigir os programas concernentes à formação e aprimoramento de recursos humanos, assim como os de desenvolvimento tecnológico e, em especial os de pesquisa aplicada à Medicina Clínica e à Medicina Operativa do interesse da Marinha". O CMNRJ está diretamente subordinado à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e tem sob sua subordinação: o Hospital Naval Marcílio Dias, o Hospital Naval N. Srª da Glória e a Odontoclínica Central da Marinha.

O Hospital Naval Marcílio Dias presta assistência médica primária, secundária e terciária aos militares e seus dependentes, participando, ainda, no que concerne à Marinha, de programas de âmbito geral de Saúde Pública e de Educação Sanitária. A par de suas atividades assistenciais, curativa e pre

ventiva (supervisão da gestação e do parto normal; da evolução do recém-nato, do infante e do adolescente; o controle das enfermidades contagiosas; a prevenção de doenças degenerativas; a prevenção da invalidez física e mental, exerce, ainda, atividades educacionais (Internato e Cursos de Extensão Universitária para acadêmicos de Medicina; Residência Médica e Cursos de Especialização, de Aperfeiçoamento e de Pós-Graduação; Cursos para aperfeiçoamento para profissionais para-médicos; Cursos de Formação para Técnicos e Auxiliares de várias especialidades) e de pesquisa. (26)

Os ambulatórios periféricos, (Penha, Campo Grande, Niterói e Ilha do Governador) subordinados ao HNMD, permitem um atendimento uniforme, sendo ainda possível uma reciclagem periódica do seu pessoal técnico.

O Hospital Central da Marinha (HCM) desenvolve atividades hospitalares dentro da sua nova destinação abrigando o Centro de Perícias Médicas, o Centro de Medicina Operativa e um ambulatório de Apoio (atendimento à militares da ativa). O Sistema Médico-Pericial da Marinha (SisMePe), regido pelas Instruções Reguladoras para as Inspeções de Saúde na Marinha (IRISMA), é o instrumento através do qual procura-se salvaguardar interesses e direitos resultantes das condições próprias das atividades características impostas pelo desempenho das funções. A atividade Médico-pericial evidencia-se como uma nova especialização com raízes em toda a estrutura da medicina. A Perícia Médica deve-se constituir em um estágio profissionalizado ou especializado que se originou de um conjunto de práticas anteriores, institucionalizada dentro da medicina, para enfrentar os problemas relativos ao atendimento das necessidades humanas básicas, a fim de estabelecer o necessário equilíbrio do homem com a sua ocupação e o seu ambiente de trabalho.

O Hospital Central da Marinha, assim como o Laboratório

Farmacêutico da Marinha estão diretamente subordinados à DSM.

Na Marinha, a Residência Médica foi criada pela Portaria Ministerial nº 0775/79 e regulamentada pela PESSOMARINST Nº 078201 de 15 de março de 1982, e diz respeito à formação profissional de médicos em prestação de Serviço Militar Obrigatório e à especialização das Oficiais Médicas do Quadro Auxiliar Feminino de Oficiais (QAFO). (11)

A Escola de Saúde da Marinha subordinada ao Centro Médico Naval do Rio de Janeiro tem por finalidade preparar recursos humanos qualificados em nível médio e em nível superior e mantém em funcionamento os seguintes cursos: Auxiliar de Enfermagem (ESP); Técnico de Enfermagem (AP); Curso de Administração Hospitalar; Internato (Estudantes de Medicina); Residência Médica (2 anos); Cursos de Especialização/Médicos e Cursos de Mestrado.

O Curso de Administração Hospitalar começou na Marinha em 1980. Inicialmente desenvolvido através de sete cursos Expeditos, hoje aprovado pela Portaria nº 0013 de 09 de agosto de 1983 do Diretor Geral do Pessoal da Marinha é equivalente a Curso de Aperfeiçoamento, objetivando "qualificar Oficiais dos Quadros Complementares do Corpo da Armada, do Corpo de Intendentes bem como do Quadro de Oficiais Auxiliares da Marinha, Oficiais de outras Forças e Civis assemelhados, para organizar, administrar e racionalizar os procedimentos e rotinas das diversas unidades que constituem um hospital".

O Centro Médico Naval do Rio de Janeiro tem, ainda, desenvolvido programas de Promoção de Saúde abrangendo ações diversas:

— palestras semanais no âmbito de todas as OM subordinadas visando ensinar hábitos de higiene e da boa alimentação.

— censo torácico em todos os habitantes dos conjuntos residenciais da MB no Rio.

— campanhas profiláticas para a detecção da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus.

— levantamento do índice cariogênico em crianças até 12 anos.

Há que se mencionar, ainda, outro sistema que é o médico-administrativo englobando o conjunto de atividades administrativas e de logística de meios e de recursos do setor de saúde. Constitui-se de sub-sistemas de Pessoal, de Material e de Finanças e pelo sub-sistema gerencial de Dados de Saúde.

A estrutura básica da quase totalidade dos hospitais navais baseia-se na existência de quatro funções com elevados encargos no campo administrativo: Diretor, Vice-Diretor, Chefe do Departamento Técnico ou Médico e Chefe do Departamento Administrativo.

No período de 1974/1977, no 1º DN, todos os hospitais da área tinham como Chefes do Dep. Administrativo elementos não-médicos, o que, por tudo que anteriormente mencionamos, nos parece ser um erro factível de ser sanado com o encaminhamento regular de Oficiais-Médicos que, almejam galgar os altos postos da Administração Naval para um Curso Especial a partir do 1º ano como Capitão-de-Fragata englobando: Administração Geral e Hospitalar, 6 meses; Medicina Operativa e Medicina Pericial, 3 meses; Medicina do Trabalho e Medicina em Saúde Pública, 3 meses, na hipótese de ter cursado o Curso de Comando e Estado Maior (C-CEM) como Capitão-de-Corveta, ou no lugar deste, quando tal curso foi considerado desnecessário para o Quadro de Médicos pelas Autoridades.

Os encargos de natureza administrativa são do mais alto significado na função suporte permanente da atividade-fim de um hospital, e os currículos seguidos pelos Cursos de Administração Hospitalar das faculdades existentes contêm as disciplinas necessárias à formação de profissionais sem, obviamente-

te, introduzir qualquer componente relativo às necessidades decorrentes de uma estrutura militar.

A criação de cursos na Escola de Saúde do Centro Médico Naval do Rio de Janeiro com currículos específicos para atender a essa condição, é indispensável para qualificar nas funções administrativas navais o Oficial-Médico.

A comparação com o que ocorre na Marinha dos Estados Unidos para justificar a presença de não-médicos na chefia do Departamento Administrativo de um Hospital Naval, peca, ao nosso ver, por ser uma comparação entre duas estruturas organizacionais diferentes.

Apresenta a Marinha americana a seguinte estrutura orgânica básica do seu Sistema de Saúde: (12, 18)

— Diretoria (Office of the Commanding Officer), composta por um Comandante ou Diretor (Commanding Officer) que é um Oficial do Corpo de Saúde o qual é auxiliado por um Imediato ou Vice-Diretor (Executive Officer), também Oficial-Médico e que é o Diretor dos Serviços Clínicos ou profissionais e por um Oficial Administrativo (Administrative Officer), não-médico, que assessora o Diretor e o Vice-Diretor nos assuntos ligados à administração e tem sob sua subordinação Divisões de Administração (Administration Divisions) cujas chefias são exercidas por Oficiais do Corpo do Serviço Médico (Medical Service Corps) compreendendo funções específicas tais como:

Divisão do Pessoal (Personal Division)

Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Patient Affair Division).

Divisão de Intendência (Fiscal and Supply Division)

Serviço de Nutrição (Food Service)

Divisão de Manutenção (Maintenance Division)

Divisão de Processamento de Dados (Data Processing Division).

Vê-se, portanto, que enquanto a organização fundamental dos hospitais navais da Marinha Brasileira prevê a existência de um Chefe do Departamento Médico subordinado ao Vice-Diretor e tendo como subordinadas as Chefias de Clínicas e de Serviços, na estrutura básica dos hospitais da Marinha americana a figura do Chefe do Departamento Médico, não existe, sendo as Chefias de Clínicas e de Serviços diretamente subordinadas ao Vice-Diretor que pode acumular uma Chefia de Clínica ou de Serviço (Função Administrativa + Função Técnica). Por outro lado, na Marinha americana o Oficial Administrativo com funções comparáveis com aquelas de um Chefe de Departamento Administrativo nos hospitais da MB não é Oficial-Médico, isso porque, lá há um Corpo de Serviço Médico, sem similar na MB com posto por Oficiais dos sexos masculino ou feminino, não-médicos e que exercem funções técnicas e administrativas complementares em vários Órgãos de Saúde da Marinha, principalmente aqueles Oficiais que compõem a seção "Health Care Administration" e que exercem as antes mencionadas funções do Oficial Administrativo sendo promovidos até o posto de Capitão-de-Mar-e-Guerra.

Com a adoção pela Marinha do ensino de Administração Hospitalar, fica evidente a sua preocupação em querer ver os seus hospitais administrados por elementos com formação adequada que, pela complexidade antes demonstrada das atividades de um hospital moderno; pela harmonia que tem que existir entre a atividade-fim e atividade-meio; pelo poder de coesão que deve exercer o Chefe do Departamento Administrativo de um hospital para com todos os sub-sistemas que constituem um hospital, racionalmente, o cargo de Administrador hospitalar tem como seu ocupante ideal o médico.

As afirmativas improcedentes de que o Médico é avesso à atividade administrativa, pecam na sua origem, pois, em geral,

são difundidas por setores que veem naquela função mais uma opção no mercado de trabalho escasso e, em geral, mal remunerado dos dias de hoje. Sabemos, à bem da verdade, que há médicos cuja inclinação, temperamento e formação, apenas querem dedicar-se à parte técnica, médica propriamente dita, de assistência aos pacientes. Esses, no entanto, não constituem a grande maioria. Não há incompatibilidade nenhuma em um médico ser, extremamente, bem preparado tecnicamente e ser um líder autêntico nas funções administrativas de um hospital. Vimos que na Marinha americana o Vice-Diretor, cargo tipicamente administrativo pode acumular as Chefias de Clínica ou de Serviço (função técnica por excelência). A incompatibilidade em dirigir, gerenciar, controlar, é questão de personalidade, de foro íntimo de cada um, de atributo intrínseco e não de formação profissional. Logicamente, na inexistência de cursos especializados os médicos, tanto quanto os advogados, os economistas, etc, exerciam a administração hospitalar empiricamente, mais por intuição, por auto-didatismo, valendo-se de tudo que lhes chegasse às mãos para adquirirem conhecimentos mais concretos e pautados em regras fundamentais ao bom êxito de uma administração. Como vimos antes, não basta, apenas, conhecer Leis ou fazer balancetes de Receita versus Despesa para se administrar bem um hospital. Tampouco ser um Analista de Sistemas ou um engenheiro "expert" da biomedicina.

Não compartilhamos com os que pensam ser grave erro afastar um médico que é bom tecnicamente para exercer uma importante função administrativa, sob a alegação de que as características próprias da formação médica colidem com as do administrador. Se tal fosse verdadeiro, maior incompatibilidade encontraria um Médico, profissional liberal, em geral, não muito cioso de cumprimento de horários, em ser militar sujeito ao rigor dos Regulamentos e tendo que estudar ao longo da carreira

ra disciplinas sem qualquer conotação com a medicina. E, nem por isso, são os médicos da MB maus militares. Se não são conhecedores profundos da Estratégia e da Tática no campo de batalha, não deslustram a Corporação a que pertencem e procuram não destoar no convívio com os seus ilustres companheiros dos demais Quadros.

Com o ensino da Administração Hospitalar na Escola de Saúde da Marinha, o planejamento para a formação de Oficiais-Médicos com aquela especialização necessita ser re-dimensionado. Ninguém, hodiernamente, administra sozinho, faz-se mister para um bom desempenho a constituição de uma equipe. Assim, em um hospital moderno, não vemos como não ser um médico especializado o seu Chefe de Departamento Administrativo tendo no seu "staff", intendentes, engenheiros, administradores de empresas, analistas, etc. Dar preferência a um outro profissional teoricamente competente, mas sem a vivência daquele que sempre teve o hospital, desde os bancos da Faculdade, como o seu "habitat" e que conhece todos os seus múltiplos ramos de atividade, desde os técnicos aos administrativos, que pode discutí-los em "pé de igualdade" com o Corpo Clínico e assim, mais firmemente contribuir com o seu "voto" para aumentar ou abolir despesas, seria preferir o menos indicado, para aquelas funções. Imaginem se um Teólogo, não clérigo, por mais conhecedor que fosse de Teologia quisesse assumir as funções de Secretário Geral da C.N.B.B.? Cremos que da Santa Sé o Papa teria que intervir para acalmar o seu rebanho. O Teólogo, teoricamente, conhece muito bem Teologia desde a clássica até a mais avançada da libertação, mas não tem a vivência dos templos, tampouco a habilidade de compreender e de persuadir aqueles que, se não possuem maiores conhecimentos doutrinários, têm o poder da fé.

## CAPÍTULO 4

### O FLUXO DE CARREIRA NO QUADRO DE MÉDICOS DO CSM

De acordo com as normas vigentes, o médico somente poderá ingressar no Quadro de Médicos do CSM quando houver realizado 2 anos de Residência Médica na especialidade.

Aprovado no Concurso por especialidade, após nomeação e posse como Primeiro-Tenente, o Médico faz um curso de adaptação ao Oficialato que tem uma duração de quatro meses e que visa lhe proporcionar conhecimentos sobre os Regulamentos e Normas em vigor na Marinha moldando a sua formação universitária à disciplina militar. Após o término deste curso, é o médico comissionado nos navios, nas Organizações em terra, transferido para as OM de fora de sede, poucos ficando nos hospitais do Rio. Nos navios e nas OM de terra, além da função técnica, irão os nossos Oficiais-Médicos, desempenhar a de Médico Perito Isolado, sem um conhecimento prévio adequado de Perícias Médicas e gerando, às vezes, por inspeções incorretamente realizadas, problemas sócio-econômicos aos militares que buscam o amparo da saúde para os seus males (14). É verdade, no entanto, que tais falhas, se ocorridas, felizmente serão corrigidas, prontamente, pelo Sistema Médico-Pericial da MB, profundamente atento e capaz para dirimir quaisquer dúvidas técnicas que possam causar prejuízos aos seus beneficiários.

Após um interstício estabelecido de 3 anos pelo RPOM (Regulamenta para a Marinha-Lei nº 5821 de 10 de novembro de 1972), é promovido a Capitão-Tenente. (6)

Pelo Plano de Carreira para Oficiais da Marinha (PCOM) regulamentado pela Portaria nº 0472 de 31 de março de 1984, a partir do 1º ano como Capitão-Tenente, o Oficial-Médico fará o Curso de Aperfeiçoamento na especialidade (C-AP) que se destina a atualizar e ampliar conhecimentos adquiridos nos Cur-

sos de Formação e, juntamente com estes, a qualificarem os Oficiais para o desempenho das funções técnicas fundamentais . (PCOM Cap IV Seção II Art. 43).

A partir do terceiro ano como Capitão-Tenente até a promoção a Capitão-de-Corveta, o Oficial-Médico faz o Curso Básico de Guerra Naval (C-Ba), por correspondência e que tem por finalidade "proporcionar aos Oficiais do CSM o cabedal necessário ao desempenho das comissões de caráter operativo e administrativo" (PCOM - Art. 50). A conclusão do C-Ba com aproveitamento constitui requisito imprescindível para a promoção ao posto de Capitão-de-Mar-e-Guerra (PCOM Art. 52-II). Este Curso entre outras disciplinas inclui: Administração com duração de 1 mês; Logística, 1 mês; Administração Hospitalar, 1 mês com o propósito de proporcionar aos Oficiais-alunos do Quadro de Médicos conhecimentos básicos sobre às técnicas modernas de administração em geral e hospitalar. (5)

Quando da promoção ao posto de Capitão-de-Corveta, logo no primeiro ano, após seleção e de acordo com a opção, especialização e as necessidades do Serviço, são os Oficiais-Médicos indicados para os Cursos de Função Técnica Avançada, C-FTA (Mestrado) que se destinam à "ampliação e ao aperfeiçoamento de conhecimentos adquiridos em Cursos de Formação, Aperfeiçoamento ou Especiais equivalentes, preparando-os para o desempenho de funções técnicas de nível superior, ensino, gerência de projetos técnicos e Assessoramento Técnico de alto escalão". São Cursos ou Estágios sob orientação de uma Organização Militar Orientadora Técnica (OMOT) de duração igual ou superior a um ano.

De acordo com o PCOM, a partir do terceiro ano como CC (Md) realizam os Médicos o Curso Superior de Guerra Naval (C-SGN), por correspondência, curso de alto Estudo Militar e que se destina a "capacitar os Oficiais para o exercício de cargos

de Comando, Chefia, Direção e funções de Estado-Maior, bem como para o exercício de funções nos altos escalões da Marinha".

Como requisito obrigatório para alcançar o Almirantado, após seleção pela Comissão de Promoção de Oficiais (CPO) no posto de CMG (Md) um outro curso de Alto Estudo Militar é realizado, o de Política e Estratégia Marítimas (C-PEM) com duração de um ano e de dedicação integral (Figura 1).

Pelo o que foi antes mencionado, não há no fluxo de carreira um "divisor de águas" separando aqueles Oficiais que querem permanecer, apenas, em funções técnicas ascendendo até as Chefias de Clínicas ou de Serviços, daqueles que, apesar da cuidadosa formação técnica, consideram-se com aptidão para as mais altas funções administrativas de saúde. Não há, no fluxo de carreira vigente, um preparo maior obrigatório do Oficial-Médico para a atividade-meio que suporta e mantém as qualidades da atividade-fim do hospital. Os Oficiais que fazem o C-FTA concorrem ao Curso Superior de Guerra Naval e ao C-PEM. Não há uma programação prévia, definida, progressiva, aprimorando mais aqueles que se destinarão as funções técnico-administrativas de saúde mais elevadas. Por outro lado, aqueles Oficiais que querem se dedicar, apenas, à função técnica, são obrigados a fazer cursos de altos Estudos Militares, se bem que por correspondência, para galgarem o posto de CMG e perceberem mais 20% de Indenização de Habilitação Militar. (C-Ba e C-SGN). Estes, que não possuem inclinação e não desejam as funções administrativas mais elevadas, permanecem numerados no Quadro, sem qualquer diferenciação daqueles que aspiram o Almirantado e, muitas vezes, em função da antiguidade e por manobras do destino, se veem tentados em alcançá-lo, contribuindo para isso a insistência dos amigos e dos familiares. Na prática médica, são ótimos profissionais, tecnicamente muito bem formados, mas que para as altas funções administrativas de

# FLUXO DE CARREIRA DO QUADRO DE MÉDICOS DO C S M

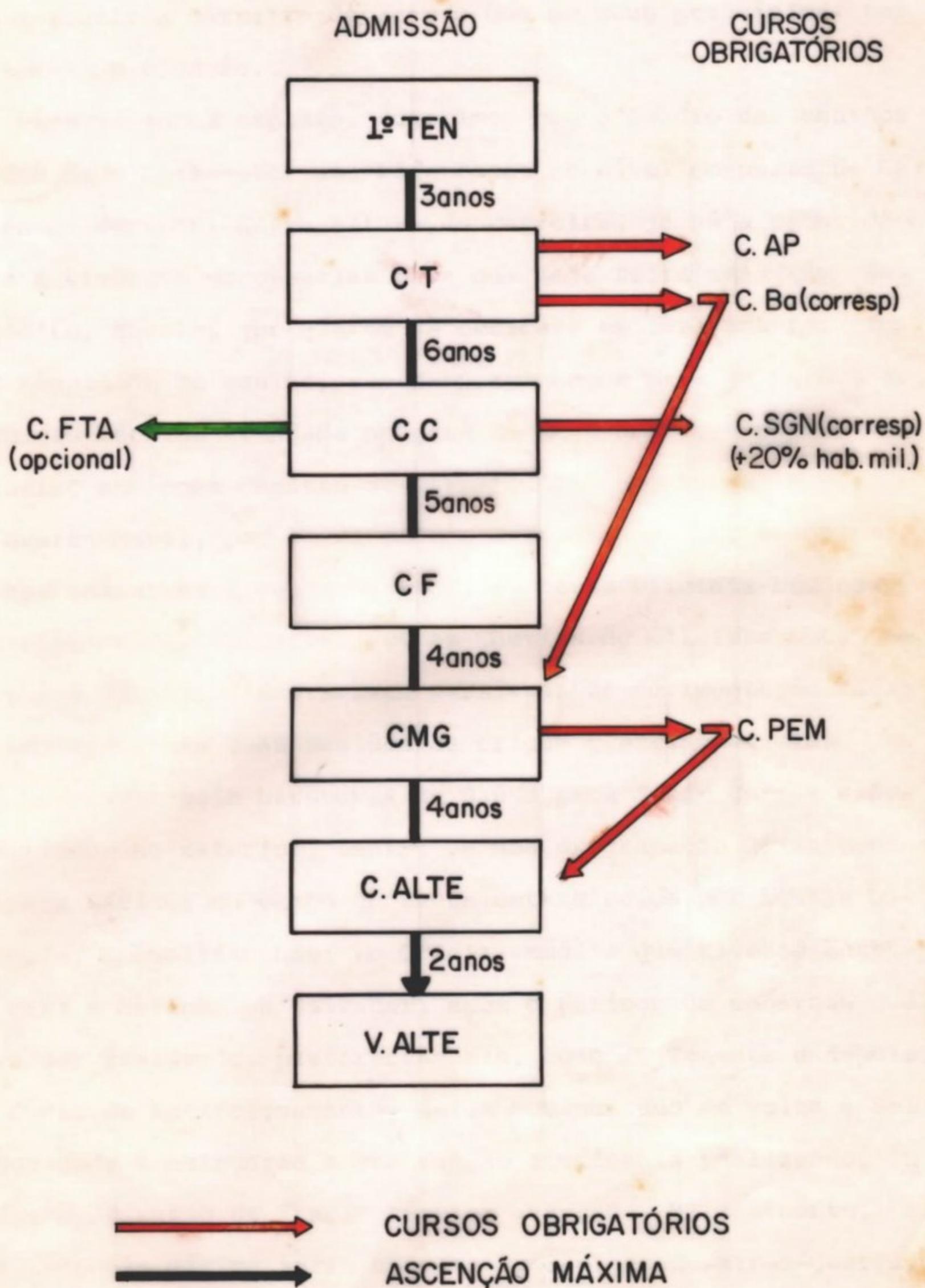


Fig. 1

saúde não apresentam aqueles atributos indispensáveis a um bom administrador: liderança, dinamismo, energia, organização, coordenação e controle.

Urge que, com antecedência, por opção, o Oficial-Médico possa seguir a carreira de acordo com os seus princípios, temperamento e vocação.

Face ao antes exposto, sugerimos que o Quadro de Médicos do CSM deva apresentar uma bifurcação ao nível do posto de Capitão-de-Corveta. Nesta altura da carreira, já há a maturidade e a vivência necessárias para que seja feita uma opção. Neste posto, aqueles que querem se dedicar, exclusivamente, à função técnica e de ensino, serão encaminhados para os Cursos de Formação Técnica Avançada no grau de Mestrado e, a partir do terceiro ano como Capitão-de-Corveta, farão o Curso Superior de Guerra Naval, por correspondência, para ampliar os conhecimentos inerentes à condição militar. Estes Oficiais-Médicos, funcionalmente, galgariam até as Chefias de Clínicas ou de Serviços Técnicos, não seriam passíveis de movimentação ficando radicados nas suas regiões de origem e seriam aqueles a ser indicados pela Diretoria de Saúde para fazer Cursos especializados no exterior, dentro de uma programação de interesse para Marinha no campo da Saúde, estabelecida por aquela Diretoria. Exemplificando: um Oficial-Médico que tivesse entrado para a Marinha em Salvador, após o período de embarque que deve ser realizado, preferentemente, como 1º Tenente e depois do Curso de Aperfeiçoamento, seria movimentado de volta à Salvador onde continuaria a sua função técnica lá realizando, inclusive, o curso de função técnica avançada. Militarmente, a sua ascensão máxima seria o posto de Capitão-de-Mar-e-Guerra.

Os Oficiais-Médicos que optarem por função técnico-administrativa e aspiram o Almirantado, a partir do primeiro ano como Capitão-de-Corveta farão o Curso de Comando e Estado-Maior

(C-CEM) e a partir do terceiro ano como CC o curso, por correspondência, Superior de Guerra Naval (C-SGN). Após a promoção a Capitão-de-Fragata, esses Oficiais que se destinam às funções técnico-administrativas serão progressivamente encaminhados para a realização na Escola de Saúde da Marinha de um Curso Especial, com duração de um ano, englobando as seguintes disciplinas: Administração Geral e Hospitalar; Medicinas Pericial, Operativa, do Trabalho e de Saúde Pública.

Posteriormente, já como CMG, após seleção da CPO, complementando os Cursos de Altos Estudos Militares, o Oficial-Médico realizará o Curso de Política Estratégia Marítimas que o habilitará galgar o Almirantado (Figura 2).

Essa, ao nosso ver, seria a melhor preparação para um Oficial-Médico atingir os escalões mais elevados da carreira. No entanto, poder-se-ia alegar, que muitos médicos ao invés de estar na atividade-fim da sua carreira — tratar dos doentes, estariam desviados das suas funções específicas submetendo-se a Cursos "excessivos", enquanto os hospitais careciam de material humano qualificado.

Nesta linha de raciocínio, ao invés do Curso de Comando e Estado Maior como CC, como foi antes preconizado (Fig. 2), o Oficial-Médico seria indicado para o Curso Especial com as disciplinas já mencionadas e, posteriormente, para o Curso Superior de Guerra Naval, por correspondência, ficando assim, em condição de ser ou não selecionado pela CPO para o C-PEM para poder atingir ao Almirantado (Figura 3).

Tal opção estaria mais condizente com a lotação há pouco aprovada, estabelecendo que o cargo de Diretor dos hospitais distritais, com exceção do de Brasília, é de Capitão-de-Fragata, sendo pois, a Chefia do Departamento Administrativo, função de Capitão-de-Corveta.

No Boletim dos Oficiais dos Corpos e Quadros da Marinha,

FLUXO DE CARREIRA DO QUADRO DE MÉDICOS DO C S M  
 Com separação entre função técnica e função tec. administrativa

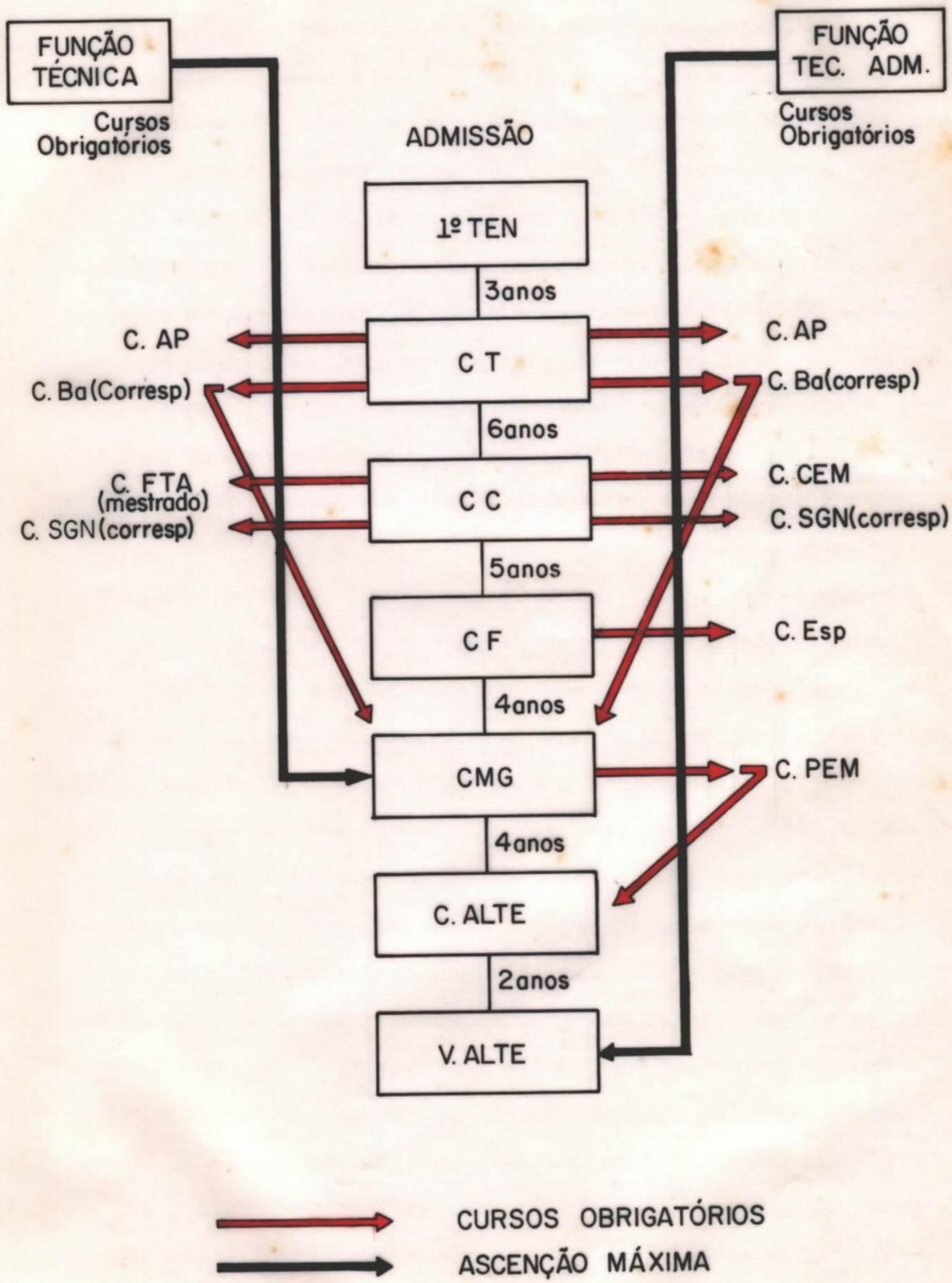


Fig. 2  
 27 - A

FLUXO DE CARREIRA DO QUADRO DE MÉDICOS DO C S M  
Com separação entre função técnica e função tec. administrativa

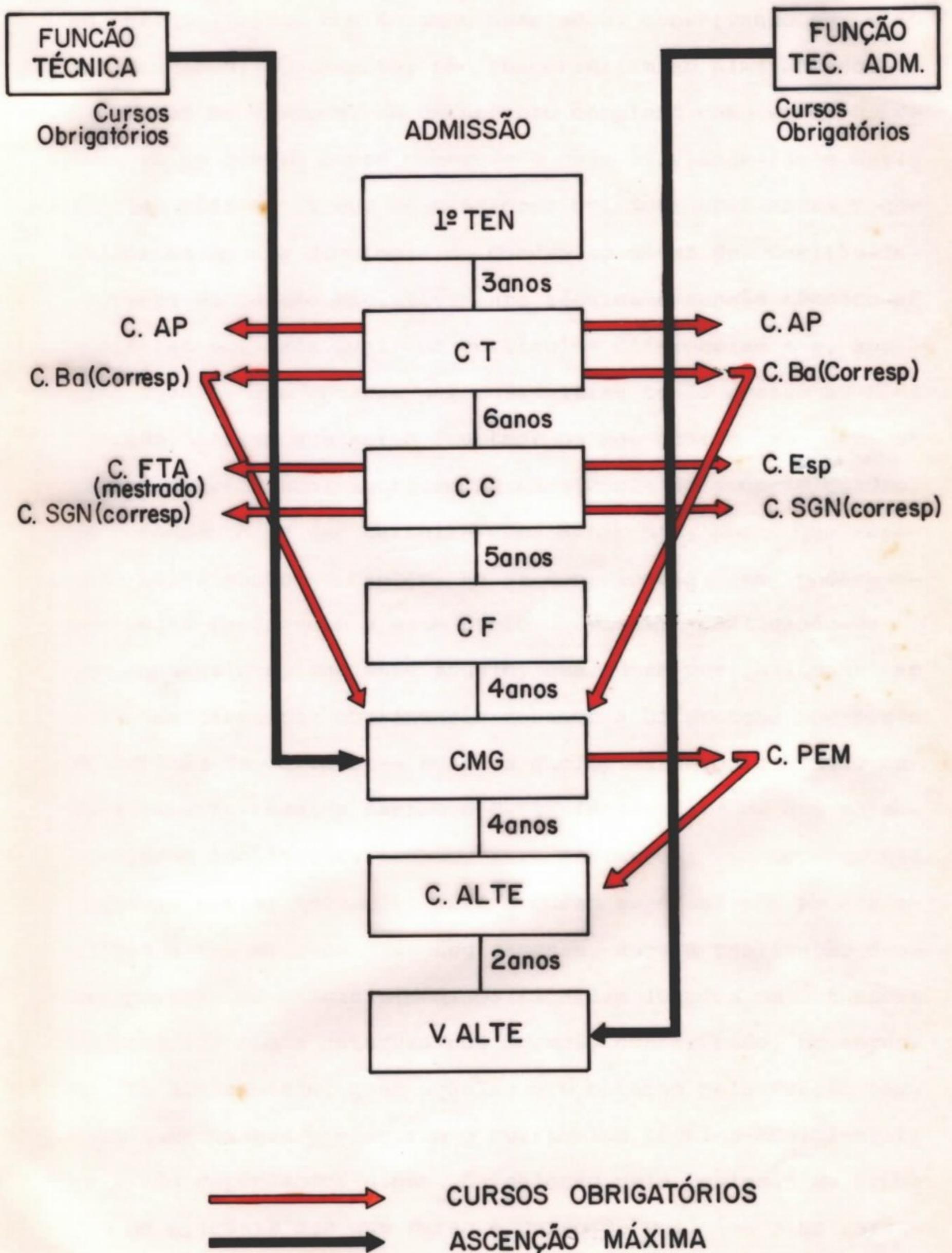


Fig. 3

os nomes dos Oficiais-Médicos de função técnica seriam precedidos da sigla FTE-Função Técnica e de Ensino. Tais Oficiais, no entanto, mesmo continuando numerados, conservando as suas antiguidades, obviamente, não concorreriam ao Almirantado.

A bem da verdade, em um assunto complexo como esse, sobretudo em um Quadro pouco numeroso e cuja atividade-fim é assistencial médica, há que se mencionar opiniões abalizadas que discordam de uma dicotomia do Quadro ao nível de Capitão-de-Corveta em função exclusivamente técnica e função técnico-administrativa, cada qual com currículos diferenciados e, apenas, aqueles que optaram por essa última tendo acesso ao Almirantado. Alegam que seria frustrar os que querem se dedicar mais à função técnica, razão da existência do próprio Quadro, do coroamento de uma carreira como Almirante, posto que, apenas, muito poucos alcançam. Em sã consciência, não poder-se-ia negar fundamento a esse ponto de vista, idealizando-se, por conseguinte, sob este ângulo, uma outra possibilidade no fluxo de carreira: continuaria a haver a bifurcação no posto de Capitão-de-Corveta — aqueles que optassem pela função exclusivamente técnica fariam o C-FTA (Mestrado); os que apresentassem inclinação, também, para as funções técnico-administrativas seriam indicados para o Curso Especial com as disciplinas antes mencionadas. Logicamente, após a realização desses cursos, os Oficiais-Médicos ficariam lotados em funções compatíveis com a natureza dos mesmos, concorrendo, no entanto, ao Almirantado, quer aqueles que optaram pela função técnica quer os que preferiram o curriculum técnico-administrativo, tudo dependendo, ainda, da seleção pela Comissão de Promoção de Oficiais dos que farão o Curso de Política e Estratégia Marítimas e da sua efetiva realização (Figura 4).

Muito embora esta última proposição possa ser justa, não há, com a sua aprovação uma melhora no fluxo de carreira, pois,

FLUXO DE CARREIRA DO QUADRO DE MÉDICOS DO C S M  
Com separação entre função técnica e função tec. administrativa

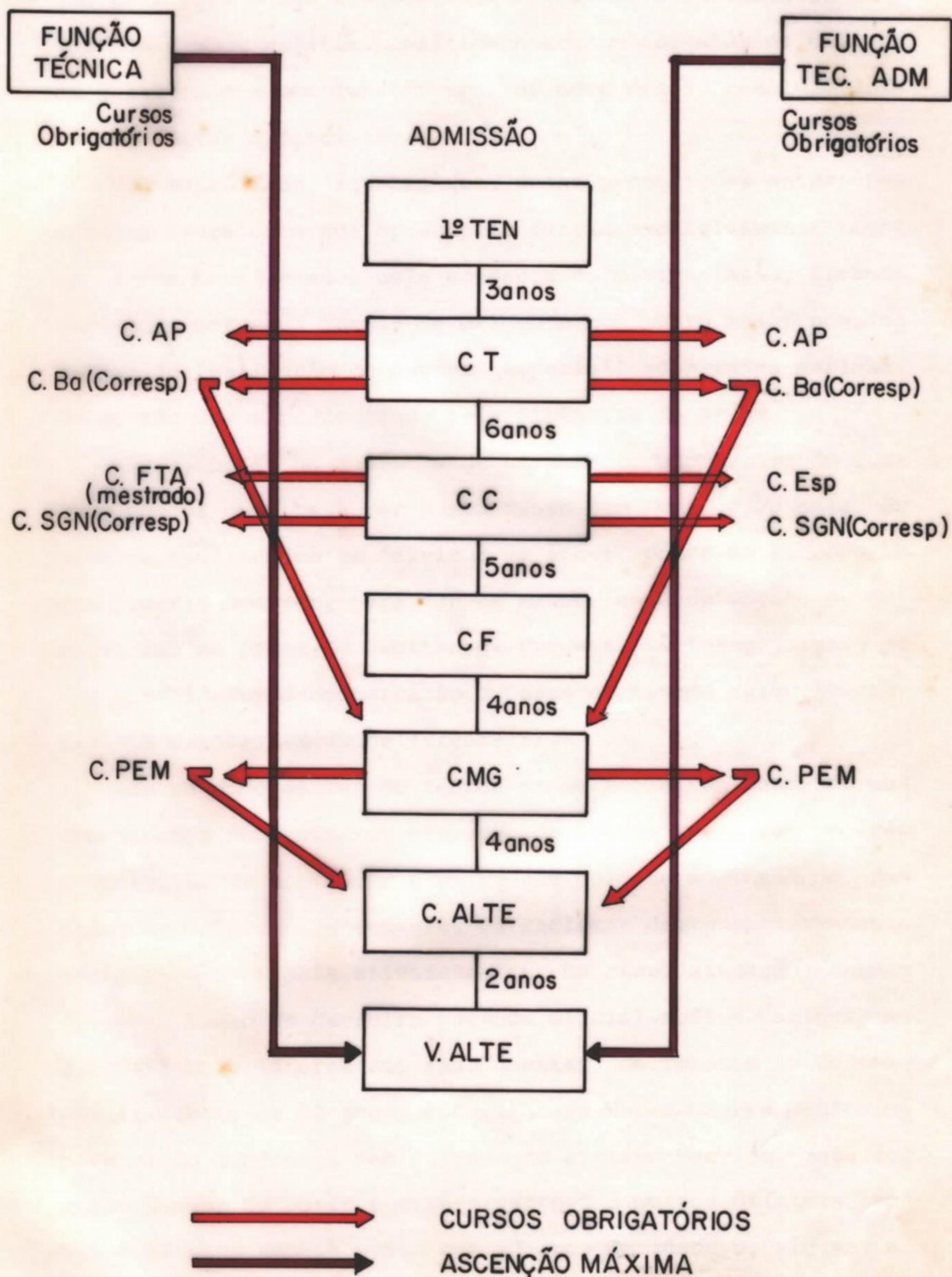


Fig. 4  
28 - A

na prática, muito poucos são aqueles que, com a aproximação do possível Almirantado, por causa da realização de um Curso que traz para o seu frequentador inegáveis conhecimentos novos nos campos militar, político e econômico, além de cultura em geral, e com uma duração real de nove meses, resolvam deixar de tentar alcançá-lo.

Por outro lado, aqueles que, pelas proposições anteriores fizeram livremente sua opção pela função exclusivamente técnica, foram beneficiados pela ausência de movimentação, ficando radicados nos seus locais de origem e com muito maior possibilidade de realização de cursos especializados extra-marinha, de acordo com o preconizado pela Diretoria de Saúde.

Assim, pois, na ausência de um aumento expressivo do Quadro, não há como melhorar o seu fluxo sem uma dicotomia do mesmo estabelecendo um "divisor de águas" entre as funções, o que poderia ocorrer, para dar um maior tempo de opção, no primeiro ano no posto de Capitão-de-Fragata, se fosse julgado pelas Autoridades desnecessário o Curso de Estado Maior (C-CEM) para os Oficiais-Médicos (Figura 5).

Não se pode deixar de tentar um melhor direcionamento dos componentes do Quadro de Médicos, de acordo com a sua vocação e opção. Ao se aprimorar a atividade-meio de administração das ações de saúde, forçosamente, os reflexos deste aprimoramento serão recebidos pela atividade-fim. Na atual situação, enquanto pelo Plano de Carreira para um Oficial-Médico atingir ao Almirantado o interstício regulamentar, de Tenente a Contra-Almirante, é de 22 anos, o Capitão-de-Mar-e-Guerra Médico número um do Quadro já tem 30 anos de efetivo Serviço, está com quase 9 anos no posto e grande parte dos outros Oficiais, somente alcança aquele posto com 50 anos de idade e, alguns, até com mais. Daí, hoje, na melhor das hipóteses, um Oficial Médico somente conseguir alcançar o Almirantado, quase na se-

FLUXO DE CARREIRA DO QUADRO DE MÉDICOS DO C S M  
Com separação entre função técnica e função tec. administrativa

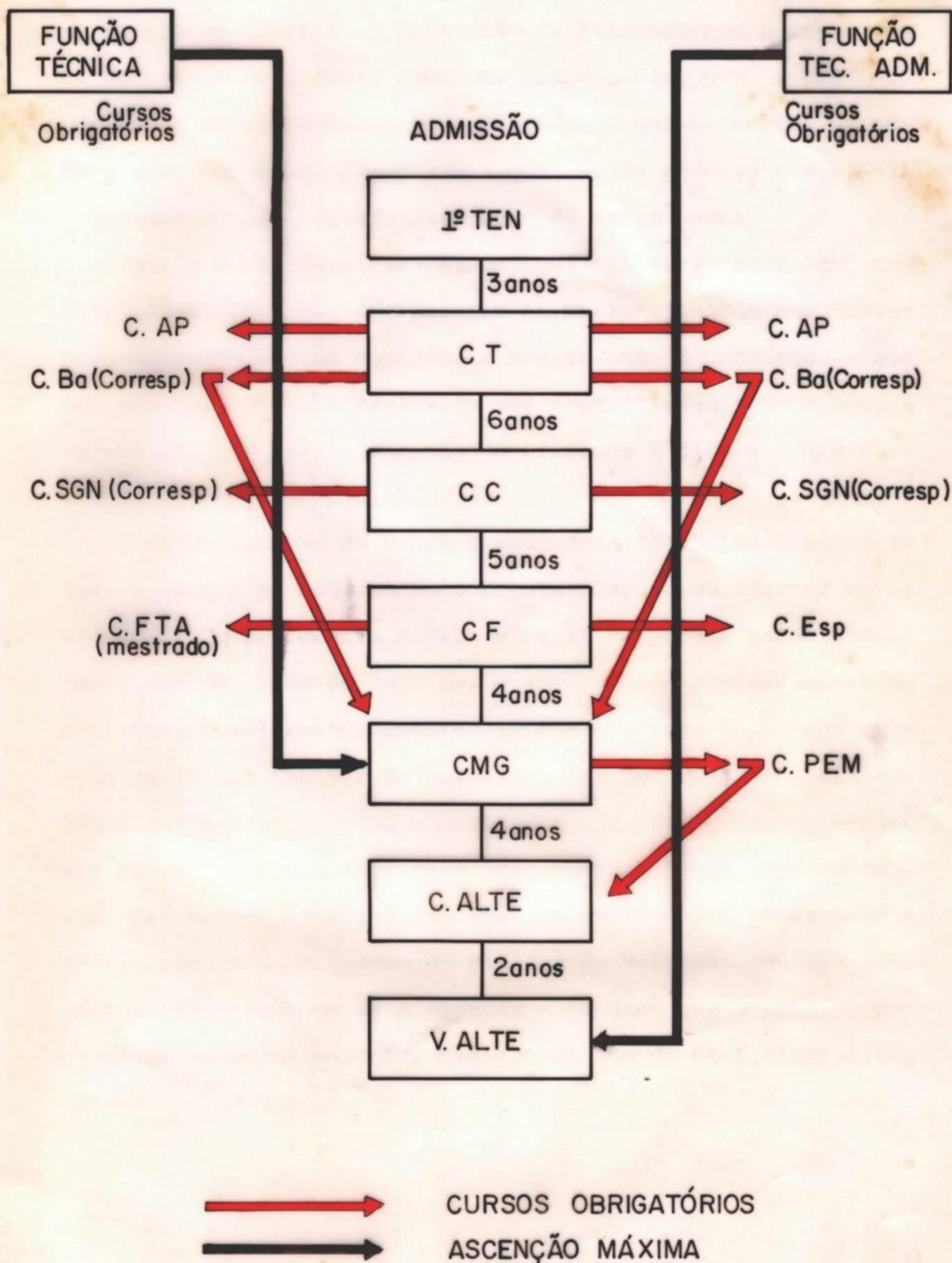


Fig. 5

nectude, aos 56 anos de idade. Perdurando esta situação, a tendência é haver um envelhecimento cada vez maior do Quadro e, se não se fizer essa distinção de funções, com a consequente dicotomia do Quadro, cairá na compulsória, por idade ou por tempo de permanência como Capitão-de-Mar-e-Guerra, um número cada vez maior de Oficiais que, ainda poderia contribuir valiosamente na Alta administração de saúde naval.

Vale à pena ressaltar, ainda, que tal está ocorrendo com Oficiais-Médicos que ingressaram na Marinha quando não havia a obrigatoriedade da Residência Médica para o Concurso, que por sua vez, não era realizado por especialidades como ocorre agora, mas sim geral, abrangendo Clínicas Médica e Cirúrgica e Medicina de Urgência.

Como Presidente da Banca Examinadora do último Concurso para o Quadro de Médicos no corrente ano, posso afirmar que a exigência de Residência Médica específica para a especialidade requerida, além de retardar o ingresso de profissionais e, com isto, envelhecer o Quadro, impede o acesso de outros profissionais que, apesar de possuírem Residência Médica não específica, mas correlata, conseguiram alcançar graus elevados nas provas técnicas escrita e prático-oral a que se submeteram. Tal medida, induz à desistência de ingresso na Marinha e priva, com isto, o Quadro de Médicos de valiosa contribuição para a manutenção da alta expressão técnica que possui, por causa de um óbice mais burocrático do que de proficiência técnica.

## CAPÍTULO 5

### CONCLUSÕES

O hospital se constitui, nos tempos atuais, em uma empresa altamente diferenciada, complexa, quer em sua função técnica quer em sua função hoteleira. A complexidade de suas unidades administrativas, o inter-relacionamento entre grupos profissionais distintos, o homem enfermo, indefeso, exigem a necessidade de um trabalho harmônico, eficiente e eficaz, tornando, assim, a administração hospitalar uma função que requer conhecimentos aprimorados, liderança e desprendimento. O grande número de atividades em setores diversos, a dispersão de meios e a absoluta necessidade de pessoal qualificado tornam a administração hospitalar um desafio à competência gerencial e à eficiência dos técnicos. O dirigente da Organização de Saúde deverá reunir excelente formação técnica inerente à profissão médica aliada à profundos conhecimentos da moderna administração hospitalar. A meta de um hospital é o paciente para quem devem convergir todos os esforços visando atenuar os seus males. É preciso que o paciente confie na Organização, no seu Corpo Clínico, no recurso da sua tecnologia, no devotamento de todo pessoal médico e para-médico, dando-lhe a sensação de que como é importante a sua vida. Possui o hospital dois tipos de atividades: atividade-fim, técnica, médica propriamente dita, com participação obrigatória da relação médico-paciente; atividade-meio, administrativa (contábil, legal, jurídica, de engenharia, de computação de dados, etc.) que proporciona os recursos para que aquele relacionamento médico-paciente desenvolva-se e transcorra o mais harmonicamente possível, com o real benefício do paciente e a manutenção do padrão técnico elevado do hospital, aliada ao equilíbrio financeiro da Instituição.

O Administrador hospitalar deve, portanto, dedicar especial atenção à Composição do Corpo Clínico, não se desvinculando, até onde possa resistir às pressões, e mesmo às determinações, da responsabilidade da escolha dos médicos e igualmente do pessoal para-médico que venha prestar serviços no seu hospital. Neste mister, deve utilizar todas as suas qualificações funcionais e atributos da sua personalidade e poder para bem dotar o hospital de médicos profissionalmente capazes, atualizados e interessados no progresso da sua especialidade, lastreados por uma boa formação moral e ético-profissional. Considera-se, acertadamente, um hospital moderno como uma cidade dentro de outra cidade que funciona ininterruptamente nas 24 horas do dia nos 365 dias do ano e que, para bem funcionar, precisa de contínua orientação, coordenação e controle. De suma importância é também, a cooperação entre as clínicas, o bom entendimento e a boa vontade recíproca de todos os seus integrantes. Assim é que, um hospital nas suas faces humana e material, deve ser entendido e apreciado como um organismo vivo, multiprofissional, polivalente nas suas atribuições e responsabilidades, organizacional e administrativamente complexo, financeiramente dispendioso quer na construção e instalação, sobretudo, quer na sua manutenção. (29)

O relacionamento de executivos ou chefes de qualquer nível com os subordinados deve pautar-se por inequívoca demonstração de humanismo de modo que tais subalternos sintam valorizada sua condição humana — único meio eficaz de motivá-los para o trabalho de equipe.

A atividade hospitalar, qualquer que seja o tipo de clientela a ser assistida, entre todas as empresas de prestação de serviços é a que apresenta maior complexidade na interação humana e mais amplas exigências para a formação de equipes coesas numa coordenação comandada por líderes dos mais variados

níveis. É fundamental que a produtividade no trabalho de equipe hospitalar seja reconhecida como interligada ao bom relacionamento humano, estado de espírito puramente interior e que se reflete na nossa competência interpessoal, na sinceridade e na autenticidade dos nossos objetivos e, sobretudo, no respeito mútuo, no culto a dignidade dos outros, na apologia da confiança, na demonstração evidente de boa vontade e no permanente amor ao próximo.

A empresa tem como missão específica o desempenho econômico. No hospital, o aspecto econômico é uma limitação.

O Administrador hospitalar deve conhecer e ter vivência das funções administrativas definidas por Fayol e dos princípios de Administração Geral. Há três tarefas essencialmente distintas, que o administrador deve cumprir para o êxito de sua administração: a missão específica da Instituição, tornar o trabalho produtivo e os impactos sociais bem administrados. Porém, não basta, apenas, esse tipo de conhecimento para bem dirigir um hospital. Mac Eacher, citado por Munaro aconselha "você não pode pretender administrar um hospital a menos que esteja interessado em ajudar as pessoas que sofrem e estão doentes a recuperar a saúde" (25). Sem este predicado, de fato, será muito difícil a um Administrador, por mais preparado tecnicamente que seja, bem administrar um hospital. Além do condicionamento psicológico básico, o Administrador hospitalar deve possuir atributos pessoais que o tornem melhor capacitado a compreender a dimensão da alma humana, ante a impotência tantas vezes manifesta, de aliviar, completamente, as dores da matéria.

Não há, pois, como se negar ser o médico o administrador ideal para um hospital. As soluções apresentadas para o desempenho de tal função utilizando-se Oficiais de outros Quadros, na prática mostram que, apesar da maior dedicação e interesse

daqueles Oficiais, suas atividades pecam pelo simples fato de que, mesmo aqueles com formação em Administração Hospitalar, embora com conhecimentos técnicos teóricos, às vezes, até profundos, são corpos estranhos dentro de um hospital que não é o seu verdadeiro habitat. Na Marinha americana, o pessoal que se dedica ao Serviço Administrativo pertence ao "Medical Service Corps" que é uma bifurcação do próprio Corpo de Saúde. Este pessoal faz das Organizações de Saúde uma "moraça" permanente no universo da sua vida profissional, não sentindo, dessa maneira, o deslocamento ambiental próprio da atividade proffissional que se cumplicia com a fugacidade.

Nenhum outro profissional, se não o médico, poderá discutir com as Chefias técnicas uma melhor racionalização das suas atividades. Ninguém melhor do que o médico para julgar a qualidade técnica de materiais e de equipamentos.

Segundo Drucker, nada está mais longe de poder curar os males administrativos das entidades de Serviços Públicos como um hospital, do que a tentativa de tornar a sua administração "semelhante" à administração de empresas (16).

Administrar é um trabalho específico e, como tal, exige habilidades específicas. Dentre elas encontram-se:

- a tomada de decisões eficazes.
- comunicação dentro e fora da Organização.
- uso adequado de controles e de medidas.
- uso apropriado de instrumentos analíticos ou seja, das ciências administrativas.

Nenhum administrador poderá dominar todas as habilidades e, por isso, hodiernamente, um hospital moderno para o desenvolvimento pleno de suas atividades-meio necessita de uma e-equipe multi-profissional: economistas, engenheiros, adminis-tradores, analistas de sistemas, todos desempenhando importantes funções nas Chefias da média administração.

Porém, todo administrador capaz deve compreender quais são essas habilidades, o que elas podem fazer por ele e o que, por sua vez, exigem dele.

A suma importância em se fazer uma reestruturação no Quadro de Médicos do Corpo de Saúde da Marinha visando distinguir aqueles Oficiais que durante a sua carreira revelam tendências de natureza técnica, de ensino e de pesquisa, dos que vocacionalmente estão aptos para a função técnico-administrativa já foi enfatizada pela Diretoria de Saúde da Marinha através do Ofício nº 2272 de 5 de novembro de 1976 encaminhado à Diretoria Geral do Pessoal. Infelizmente, no entanto, não houve na prática qualquer reformulação no Quadro, que ao nosso ver, urge em ser implantada para o aprimoramento, ainda maior, do Sistema de Saúde da Marinha. Uma dicotomia no Quadro de Médicos em função técnica e função técnico-administrativa se impõe e, as várias modalidades em se fazê-la foram expostas e discutidas. Não me parece justo permanecer o "status quo" vigente em que os Capitães-de-Mar-e-Guerra só atingem ao Almirantado na iminência da compulsória por tempo de permanência no posto ou por idade, e ainda assim, algumas vezes dependendo da agregação de um Contra-Almirante.

Por outro lado, não creio que, na altura da carreira em que a opção será realizada, ou seja, em que o Quadro sofrerá uma dicotomia em função técnica e função técnico-administrativa nos postos de Capitão-de-Corveta ou de Capitão-de-Fragata, e somente aqueles que fizeram opção pela função técnico-administrativa atinjam ao Almirantado, haverá injustiça ou uma decisão frustrante para os que se inclinaram para a função exclusivamente técnica e de ensino, com as suas compensações, mas que atingiriam como posto máximo o de Capitão-de-Mar-e-Guerra. É de bom alvitre salientar que com a adoção dessa reestruturação do Quadro, não formaremos Almirantes Médicos

menos aprimorados tecnicamente, ou menos capacitados na atividade-fim do Corpo de Saúde da Marinha, posto que realizaram cursos de formação (Residência Médica) e de Aperfeiçoamento na especialidade técnica e, na altura em que a dicotomia do Quadro ocorrerá, sobretudo se for decidida no posto de CF, já acumularam os referidos Oficiais-Médicos o cabedal técnico desejável, que os afasta, definitivamente, da mediocridade profissional.

O médico, quer na sua função técnica assistencial quer na função administrativa de saúde, continua sendo o mesmo portador de archote iluminando com a luz da fraternidade e do amor ao próximo os que sofrem e se habituaram a vê-lo como o próprio mensageiro de Cristo.

8. Decreto nº 23144 de 2 de setembro de 1973. Reorganização e fins da finalidade do Curso de Residência Médica: estabelecido e homologado em duas especialidades. Diário Oficial, Brasília, 7 Set 1973.
9. Decreto nº 71150 de 10 de junho de 1974. Reorganização do Curso de Residência Médica. Diário Oficial, Brasília, 11 de junho de 1974. Prova e requerimento para a Residência Médica.
10. Portaria nº 1000 de 10 de junho de 1974. Portaria de 10 de junho de 1974. Reorganização do Curso de Residência Médica.
11. Portaria nº 672077. Residência Médica na Marinha do Brasil. Rio de Janeiro, 1971.
12. HALL, Robert B. "Hospital organization". In: Quarta Conferência dos Diretores de Saúde das Marinhas. Curitiba - Paraná, Vol. II ed. Secretaria de Saúde Militar. Rio de Janeiro, 1971.
13. CEPDE, Juntas de 1972. Hospital Militar de Assis - Curso de humanização. São Paulo, Edições São Paulo, 1974.
14. CASANOVA, Edson Francisco de D. Atividade de ensino no serviço de saúde da Marinha. Rio de Janeiro, 1977. Monografia apresentada ao C-CON em 1977.
15. CARVALHO, Lourival de Freitas. Administrador de serviços de saúde. In: Revista Paulista de Hospitais. São Paulo, 1973, 4 jan 1973.

BIBLIOGRAFIA

- 1 . AMADO, Gennyson. Temas de administração hospitalar 2ª ed. Escola Médica de Pós-Graduação, PUC, 1978.
- 2 . AUZA, Eulogio Rabelo. Administradores hospitalares. In: Revista Paulista de Hospitais. São Paulo, 2(5): 21 mai, 1954.
- 3 . BRASIL. Escola de Guerra Naval, EGN 215-A. Guia para elaboração de teses e monografias. Rio de Janeiro, 1981.
- 4 . \_\_\_\_\_. Escola de Guerra Naval, FI 219. Guia para elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro, 1981.
- 5 . \_\_\_\_\_. Ministério da Marinha. Plano de carreira para Oficiais da Marinha (PCOM). Regulamentado pela Portaria Ministerial nº 0472 de 31 de março de 1984.
- 6 . \_\_\_\_\_. Ministério da Marinha. Regulamenta para a Marinha. Lei nº 5821 de 10 de novembro de 1972. Dispõe sobre interstícios nos vários postos.
- 7 . \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Normas de administração e controle de hospital. Rio de Janeiro, 1974.
- 8 . \_\_\_\_\_. Decreto nº 83144 de 6 de fevereiro de 1979. Altera a denominação e fixa as finalidades do Centro Médico Naval Marcílio Dias; restabelece o HNMD e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 7 dez 1979.
- 9 . \_\_\_\_\_. Decreto nº 75160 de 30 de dezembro de 1974. Diário Oficial, Brasília, D.F. 31 de dezembro de 1974. Aprova o regulamento para a Diretoria de Saúde da Marinha.
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Marinha. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 0849 de 6 de junho de 1983. Aprova normas para a assistência médico-hospitalar ao pessoal da Marinha.
11. \_\_\_\_\_. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. PESSOMA - RINST nº 078201. Residência médica na Marinha do Brasil, Rio de Janeiro, 1982.
12. BROWN, Robert B. "Hospital organization". In: Quarta Conferência dos Diretores de Saúde das Marinhas americanas. Vol II ed. Academia de Medicina Militar. Rio de Janeiro.
13. CAMPOS, Juarez de Queiroz. Hospital moderno. Administração humanizada. São Paulo, Edições São Paulo, 1974.
14. CARDOSO, Edson Francisco de Oliveira. Atividades de ensino no serviço de saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1977. Monografia apresentada no C-SGN em 1977.
15. CARVALHO, Lourdes de Freitas. Administrador de serviços de saúde. In: Revista Paulista de Hospitais. São Paulo 27(1): 4 jan 1979.

16. DIAS, Ney Salvador. Administração hospitalar. Rio de Janeiro, EGN, 1979. Monografia apresentada no C-SGN em 1979.
17. DRUCKER, Peter. Administração, tarefas, responsabilidades e práticas. Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 1975.
18. ESTADOS UNIDOS, U.S. Navy: "Manual of the medical department". Reprint of March, 1964.
19. FAYOL, Henry. Administração industrial e geral. Editora Atlas, Rio de Janeiro, 1964.
20. GLASER, William A. Problemas de administração hospitalar. In: Revista Industriários, Rio de Janeiro, 110(4): 33, abr. 1966.
21. KOONTZ, H. e O'DONNEILL, C. Princípios de administração, uma análise das funções administrativas. 4ª ed. São Paulo, Livraria Pioneira Ed, 1959.
22. MACHLINE, Claude et alii. O hospital e a visão administrativa contemporânea. Coordenador Ernesto Lima Gonçalves. São Paulo, Livraria Editora Pioneira, 1983, 282p.
23. MARCONDES, Reinaldo Cavalheiro. O administrador hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais. In: Revista de Administração de Empresas. Rio de Janeiro, 17 (2): 23-8 mai/abr 1977.
24. MARQUES, Ayres da Cunha. Administração para médicos. São Paulo, Mc Hill Editores Incorporador Ltda, 1981.
25. MUNARO, Julio S e CHERUBIN, Niversino e col: Fundamentos da administração hospitalar, Vol I. ed. Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa Hospitalares, São Paulo, 1974.
26. MURTA, Ignácio Carlos Moreira. A carreira do médico Naval. Rio de Janeiro, EGN, 1982. Monografia apresentada no C-SGN em 1982.
27. RÚSSIA. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata, URSS. 6-12 de set 1978. Organização Mundial de Saúde.
28. SALVADOR, Juarez. Sistema médico-pericial no serviço de saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1981. Monografia apresentada no C-SGN em 1981.
29. SANT'ANA, Cid Machado. Administração hospitalar. Rio de Janeiro, EGN, 1980. Monografia apresentada no C-SGN em 1980.
30. SERRÃO, Manoel Alberto Raymondo. Quadro complementar do Serviço de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1985. Monografia apresentada no C-PEM em 1985.



00016570000729

Administração nas ações de saúde

2-C-43

ESTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO NA ÚLTIMA  
DATA CARIMBADA

20 MAR 88	12 JUL 2002		
18 MAI 88	15 ABR 2004		
10 MAR 98			
22 MAR 98			
1 JUN 90			
30 JUN 91			
17 ABR 91			
7 MAR 98			
22 MAI 92			
28 NOV 82			
14 MAI 1993			
07 ABR 1994			
16 SET 1997			
*4 AGO 2001			

Azevedo, Irany Moreira de

Administração nas ações de saúde

2-C-43

DEVOLVER NOME LEIT. (729/87)

15 ABR 87	JAVI CARG (MG) <sup>CMG</sup> (IWRN)
13 ABR 87	<del>XXXXXXXXXX</del> CARG
20 MAR 88	EUSTODIO (MG) DANTON C-PEMI
18 MAI 88	DANTON C-PEMI
190 MAR 90	GREM CALABRIA CMG-
22 MAR 90	Renovado
1 JUN 90	PEREZ - CMG <del>XXXXXXXXXX</del>
30 JUN 90	JAVI CARG (MG) (mul Pontuação)
17 ABR 91	Coelho CMG (MG)
27 MAR 92	CMG (mul Pontuação)
22 MAI 92	CMG (mul Pontuação)
06 JUN 92	RENOVADO e APRES
23 JUN 92	Renovado.

RETIROU EM

NOME DO LEITOR

09 JUL 92

RESERVADO 1/4 PRÉS

28 NOV 92

L. M. CARDAL/PORVAL

14 MAI 1993

CC SALES

07 ABR 1994

~~CC SALES~~

16 SET 1997

CNE CARLOS AUGUSTO

\* 4 AGO 2001

Ronaldo R

12 JUL 2007

2007 WILSEA - R

\* 1 JUL

RENOVADO

15 ABR 2004

CC SALES

*MINISTÉRIO DA MARINHA*  
*ESCOLA DE GUERRA NAVAL*  
**Biblioteca**

Azevedo, Irany Moreira de

Administração nas ações de saude

2-C-43

(729/87)