

ESCOLA DE GUERRACurso C-PEM/85Partido -Solução do P-III-5 (Mo) MONOGRAFIA

Apresentada por

MANOEL ALBERTO RAYMONDO SERRÃOCAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA (Md)

NOME E POSTO

**RIO DE JANEIRO**1985

-QUADRO COMPLEMENTAR DO SERVIÇO DE SAÚDE NA MARINHA- PROPOSTA -

AL. CAR. ALBERTO F. M. FERREIRA
Capitão de Mar e Guerra (M)

MINISTÉRIO DA MARINHA

ESCOLA DE GUERRA NAVAL



-QUADRO COMPLEMENTAR DO SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA-PROPOSIÇÃO-

MANOEL ALBERTO RAYMONDO SERRÃO
Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)

MINISTÉRIO DA MARINHA

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

GN-00000633-0



CND - 82796

Exemplar - 101663

PROPOSIÇÃO

TEMA: QUADRO COMPLEMENTAR DO SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA -
PROPOSIÇÃO

TÓPICOS A ABORDAR: Estruturação do Quadro

Sugestões para sua ativação

Análise de seu emprego em funções adminis-
trativas e de apoio

Perspectivas.

PROPOSIÇÃO: Analisar a atual estrutura do QC da MB, definin-
do medidas necessárias à sua possível adequação
ao CSM. Estabelecer as diretrizes para o recruta-
mento, seleção e admissão do pessoal a ser incor-
porado e definir as atribuições dos futuros com-
ponentes desse Quadro, de acordo com suas quali-
ficações.



Í N D I C E

	FOLHA
Proposição	II
Introdução	IV
CAPÍTULO 1 - OS QUADROS COMPLEMENTARES	1
O Oficial de Marinha-Considerações	2
Legislação do Quadro Complementar	6
Evolução dos Quadros	8
Fluxo de Carreira	13
Reformulação de Modelo	17
CAPÍTULO 2 - O SISTEMA DE SAÚDE NA MARINHA	17
Conceituação de Sistema de Saúde	19
O Serviço de Saúde da Marinha-Histórico.	23
Evolução	31
Análise da Função Saúde	36
CAPÍTULO 3 - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	36
O Hospital como Sistema	37
A Função do Administrador	41
A Formação do Administrador Hospitalar..	45
O Ensino da Administração Hospitalar na	48
Marinha	48
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES	A-1
ANEXO A - RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS	A-2
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUÇÃO

Este trabalho consubstanciou-se graças à experiência vivida pelo autor em diversos hospitais da Marinha, no que concerne à Administração Hospitalar e suas dificuldades, principalmente no que se refere a recursos humanos.

A escolha do tema fundamentou-se, não só na identificação do autor com esse tipo de atividade, mas principalmente por poder contribuir na otimização dos serviços de saúde no âmbito naval.

Esta contribuição é baseada em investigação sobre a legislação e estruturação dos atuais Quadros Complementares(QC) em consulta bibliográfica especializada acerca de administração hospitalar. Foram realizadas entrevistas com profissionais que tiveram influência na organização e desenvolvimento dos QC, bem como, alguns ligados diretamente ao ensino e administração na Marinha.

Embora sendo assuntos de áreas distintas, necessitam ser abordados e analisados separadamente, para tornar possível o desenvolvimento e compreensão do tema proposto.

Cumprе enfatizar, a importância da criação dos QC para a Marinha, tanto em termos operativos como econômicos, cuja finalidade é suprir os claros existentes nos diversos Quadros, que não foram preenchidos por pessoal formado pela Escola Naval.

Partindo de um estudo sobre a legislação, estruturação, evolução dos QC, é feita uma análise sobre fluxo de carreira a concepção de um modelo ideal no sentido da adequabilidade do emprego desses oficiais nos diversos Corpos e Quadros da MB.

Prossegue conceituando basicamente Sistema de Saúde, historiando a criação do Serviço de Saúde na Marinha e sua evo-

lução, enfocando a atuação dos profissionais que atuam nessa área e seus reflexos na administração do sistema assistencial naval.

Na etapa seguinte, faz um estudo sobre a organização dos hospitais como sistema, e um exame da realidade mostra uma das estruturas mais complexas dentre as que compõem a sociedade moderna.

Em seguida, analisa a função do administrador hospitalar, a dinâmica de suas múltiplas atividades, a necessidade crescente do conhecimento de técnicas administrativas e estabelece a necessidade de uma administração competente e especializada, para fazer com que o hospital desimcumba-se de sua missão e cumpra suas finalidades.

Em sequência, enfatiza a necessidade da formação especializada do administrador, descrevendo a sua formação nos Estados Unidos e em nosso país.

Aborda depois, a formação do administrador hospitalar na Marinha, historiando o início dessa etapa da vida hospitalar naval, dando ênfase ao desenvolvimento da dinâmica dessa formação.

Este estudo, objetiva sugerir a adequação dos Quadros Complementares e outros Quadros, ao Corpo de Saúde, analisando sua atuação nas chefias médias da administração dos hospitais, propondo sua especialização compatível com as funções que irão desempenhar na administração de saúde naval.

CAPÍTULO 1

OS QUADROS COMPLEMENTARES

O Oficial de Marinha-Considerações — A Marinha é uma ins⁵²tituição abrangente e complexa, que tem necessidade de talentos para sua condução. Isto requer o preparo de jovens selecionados em todo o país para, através de um ensino acadêmico⁴⁹ bem dosado em suas bases científicas, técnico-profissionais⁴⁶ e humanísticas, formar Oficiais com capacidade de análise para gerir situações por vezes complicadas, nos quais o essencial há que ser separado do supérfluo e cujas soluções exijam decisões corretas e ordens claras, a serem cumpridas com determinação, entusiasmo e, por vezes, com coragem.

A Escola Naval (EN) é o Órgão de ensino superior do Sistema de Ensino Naval, que tem por propósito formar esses Oficiais de Marinha, sejam eles do Corpo da Armada (CA), do Corpo de Fuzileiros Navais (CFN) ou do Corpo de Intendentes (CIM), desenvolvendo nos jovens aspirantes ao oficialato e nos Guardas-Marinha, além das qualidades morais, imprescindíveis à formação de um elevado caráter humano, as habilidades para controlar e resolver situações que, ligadas às coisas do mar, se lhe apresentem nos primeiros postos da carreira naval. Estas situações, frutos de um universo marinho cada vez mais sofisticado, tanto em seus aspectos tecnológicos como em termos de relacionamento e de comportamento humanos, está a exigir um ensino cujas modalidades e níveis de conhecimentos são cada vez mais amplos e aprofundados, difíceis portanto de serem absorvidos por uma mesma pessoa, em determinado espaço de tempo.

Se, por um lado, o progresso tecnológico, veio em auxílio à capacidade humana de processar, com oportunidade, um número cada vez maior de dados operativos e/ou administrati-

vos, a mesma tecnologia introduziu enorme complexidade nos sistemas que interagem com o futuro Oficial da Marinha.

Esta complexidade e a difusão, cada vez maior, dos ramos do conhecimento humano, levou a Marinha a optar por uma formação diversificada para seus Oficiais, concentrando conhecimentos afins em diferentes áreas de habilitação de interesse militar-naval, pela impossibilidade de se ensinar tudo a todos, nos cinco anos de formação na EN.

Assim, a Marinha preferiu e, portanto, decidiu ensinar muito a poucos ao invés de pouco a muitos.

Durante os diversos cursos da EN são perseguidas as seguintes metas: a formação global do futuro Oficial da Marinha tendo em vista o estado de evolução técnico-científico do momento presente e, simultaneamente, aos permanentes questionamentos morais e cívicos pertinentes ao Oficialato; a estruturação de uma firme base científica; o desenvolvimento da capacidade de liderança; a promoção do conhecimento das ciências humanas e sociais; e alcançar níveis de higidez e de preponderância física através de treinamentos físico-militares.

Legislação do Quadro Complementar(QC) — Em 04 de junho de 1969, o Exmº Sr. Presidente da República promulgou o Decreto-Lei nº 610, que criou os QC de Oficiais da Marinha de Guerra, logo seguido pelo Decreto nº 65.312, de 09 de outubro do mesmo ano, que regulamentou aquele dispositivo legal.

Iniciada com cautela, para evitar problemas de ordem administrativa, a obtenção de Oficiais ganhou impulso em 1971, quando foi empreendida campanha de divulgação no meio universitário. A receptividade do programa entre os jovens foi a melhor possível e, em 1972, a Marinha conseguiu matricular cento e cinquenta e oito (158) diplomados de nível universitário em cursos e estágios de adaptação ao Oficialato.

Chegou-se, entretanto, à conclusão de que esses documentos legais, se bem que representassem decidido passo no sentido de solucionar o problema, não mais satisfazia integralmente às necessidades do serviço, não permitindo aproveitar, da melhor forma possível, a evolução, ocorrida e previsível, do mercado de trabalho do país e entrava em choque, em alguns pontos, com o Estatuto dos Militares.

Inicialmente prevista no Regulamento (Decreto nº 50.782, de 12 de junho de 1961), ano da criação do Quadro (Lei nº 3.885, de 02 de fevereiro de 1961), sua finalidade era a de "aproveitamento no serviço ativo de Oficiais formados pelo CIORM", o que lhe conferia o caráter de transitoriedade.

Em 1969, o Decreto-Lei nº 610, dava como destinação ao Quadro a de "suprir eventuais claros de Oficiais nos efetivos estabelecidos". Vale ressaltar que, nesse instrumento legal, configurava-se o cunho de complementariedade que passou a se constituir numa preocupação constante do legislador, consignada através da manutenção desse caráter nos subsequentes dispositivos legais, que estabeleciam normas para o funcionamento do Quadro até os dias de hoje.

Um novo Regulamento para o QC, em 1974 (Decreto nº 74.467) definiu sua finalidade, dando-a como a de "suprir os claros que se verificarem nos efetivos autorizados para os correspondentes Corpos de Oficiais da Marinha".

Mais recentemente, em 29 de março de 1985, o Vice-Presidente da República, sancionou a Lei nº 7.301, reorganizando os QC de Oficiais da Marinha, criados pelo Decreto-Lei nº 610/69, alterado pelas Leis nºs 5.983/73 e 7.152/83.

Um mês depois, pelo Decreto nº 91.183 de 03/04/1985, a mesma autoridade, aprovou o Regulamento para os QC de Oficiais da MB, reorganizados pela Lei nº 7.301, de 29/03/1985.

O artigo 2º deste documento legal, revogou os Decretos

nºs 74.467/74, 79.646/77 e 85.452/80 e demais disposições em contrário.

A Lei nº 7.301/85 que reorganizou os QC estabelece em seu artigo 1º que estes: "destinam-se a complementar as necessidades dos Corpos e Quadros Regulares decorrentes dos claros existentes nas lotações das Organizações Militares (OM) da Marinha".

Em seu artigo 2º designa os limites por postos, quantificando dessa forma o efetivo:

Capitão-de-Mar-e-Guerra (CMG)	10
Capitão-de-Fragata (CF)	20
Capitão-de-Corveta (CC)	170
Primeiro-Tenente (1º TEN)	315

Este artigo possui 06 parágrafos, dos quais o 2º e o 3º propiciam à Marinha instrumentos legais para, dentro de suas necessidades, alterar limites nos postos e fixação de efetivos, bem como o fluxo de carreira.

O artigo 4º delinea as condições para ingresso no QC devendo os candidatos: serem aprovados em seleção para o ingresso na Marinha, concluírem com aproveitamento Curso ou Estágio de Adaptação ao Oficialato, servirem por três anos como Oficial da Reserva da Marinha em serviço ativo e serem avaliados pela Comissão de Promoção de Oficiais (CPO).

Seu artigo 7º limita em 180 (cento e oitenta) o efetivo de 2º Ten. da Reserva da Marinha, candidatos aos QC.

O Decreto nº 91.183/85, em seu Capítulo I, artigo 1º, diz que: "os Quadros Complementares de Oficiais (QC), de que trata o presente Regulamento, destinam-se a complementar as necessidades dos Corpos e Quadros Regulares para suprir os claros que se verificarem nas lotações das Organizações Militares (OM) da Marinha".

O artigo 17 concede ao Oficial que for licenciado do serviço ativo, de acordo com o artigo 16 e seu parágrafo único, receber uma indenização correspondente a 6(seis) soldos de Segundo-Tenente.

O Decreto nº 91.184, de 03 de abril de 1985 fixou os efetivos dos QC de Oficiais de Marinha para 1985, estabelecendo os limites para os postos:

Capitão-de-Mar-e-Guerra (CMG)	10
Capitão-de-Fragata (CF)	20
Capitão-de-Corveta (CC)	160
Capitão-Tenente (CT)	280
Primeiro-Tenente (1º TEN)	333
Segundo-Tenente (2º TEN)	162

totalizando 965 (novecentos e sessenta e cinco) oficiais.

O QC-CA composto por 433, o QC-CETN-150, o QC-CIM-189 e o QC-CFN-193.

As finalidades expressas nos dispositivos legais editados em 1969 e 1974, diferenciam-se pela presença, no primeiro desses anos, da palavra "EVENTUAIS", que denotava um certo grau de incerteza na existência de claros. No entanto, apresentam como ponto comum a eliminação do aspecto de transitoriedade, expresso de modo evidente em uma das disposições legais (parágrafo único do Art. 2º) contidos no Decreto de criação (Lei nº 3.885/61), posteriormente revogado.

A expressão "COMPLEMENTARIEDADE", ainda que constantemente presente, exceção feita em 1961, aparece, em 1974 e 1985, registrada de forma mais clara.

Na organização do Quadro, em 1961, instituíram-se os postos de 2º Ten. e CT. Sucessivas alterações legislativas conduziram à fixação do posto de CMG como último escalão para os componentes do Quadro.

Preocupando-se com o psicossocial, o novo Regulamento para o Quadro (Decreto nº 91.183/85) determina que sejam indenizados financeiramente os candidatos não admitidos, após 3 (três) anos de serviço.

Concebidos para "suprir os claros existentes nos efetivos autorizados", os QC tiveram fixados seus efetivos (atualmente totalizando 965 oficiais) na dependência da capacidade de formação de Oficiais pela EN e da disponibilidade existente no Quadro Regular (QR) - entendendo-se por QR aquele formado por Oficiais oriundos da EN.

Evolução dos Quadros - Com a formação, pela EN, de um quantitativo de Oficiais que, somente propiciava-lhes um fluxo de carreira desejável sem, no entanto, assegurar o pleno atendimento das necessidades dos Corpos e Quadros da MB, viu-se a Administração Naval obrigada a recorrer aos QC para o exercício de funções não desempenhadas pelos Oficiais dos outros Corpos e QR.

A importância do QC, no contexto dos outros Corpos e Quadros da MB, se explica e também se justifica, por caracterizar-se como elemento essencial à manutenção do atual fluxo de carreira propiciando aos Oficiais formados pela EN, constituindo-se portanto, em uma grande vantagem.

Ao comparar-se o tempo despendido e o custo necessário à formação dos Oficiais da MB, realizada na EN, com o despendido na preparação, através de Curso e Estágio de Adaptação (cerca de 04 meses de duração), dos Oficiais candidatos ao QC (C-QC), verifica-se facilmente, que os Oficiais deste Quadro consomem para sua formação inicial, ínfimas parcelas dos recursos financeiros alocados, bem como um período de tempo infinitamente inferior ao utilizado na formação de Oficiais oriundos da EN.

Se for acrescentada ao custo inicial (mencionado no parágrafo retro) da formação militar, a indenização financeira - prevista em lei - para ao C-QC pelo seu não aproveitamento no QC, haveria uma despesa (06 soldos de Segundo-Tenente) adicional que, ainda assim, ficaria muito aquém do custo global da formação de um Oficial egresso da EN.

Com o ingresso no QC, na condição de candidato, de um determinado quantitativo anual de pessoal de nível universitário, visa a Marinha admitir, após um processo seletivo (Artigo 4º da Lei nº 7.301/85), Oficiais neste Quadro.

Ainda que o quantitativo anual recrutado tenha diminuído ultimamente, deste nem todos ingressam no Quadro, proporcionando, então, com os não selecionados para a admissão, a constituição de uma Reserva Naval, integrada por Oficiais possuidores de bons conhecimentos e experiências acumuladas durante três(3) anos de atividades no âmbito da MB.

Assim, essa Reserva Naval constituída por um contingente mais capacitado e atualizado, teria menor tempo de reciclagem e agilizaria seu aprestamento em caso de mobilização, representando mais uma das vantagens propiciadas pelo QC.

Uma vez adotada uma solução, ou seja, a criação do QC, para resolver o problema dos "claros existentes nos efetivos autorizados", necessário se tornava exercer o controle do modelo instituído, a fim de direcioná-lo para o cumprimento de sua finalidade.

Estabelecidos em lei, o efetivo inicial e a prescrição de que a fixação dos efetivos para os diferentes postos dos diversos Quadros (QC-CA, QC-CETN, QC,CIM e QC-CFN) far-se-ia anualmente, condicionou-se, por consequência, a determinação dos efetivos a serem propostos, a um único fator - os claros existentes nos efetivos autorizados.

Todavia, a inserção de um novo fator - a necessidade de

assegurar um adequado acesso para o Quadro - no cálculo efetuado para a fixação dos efetivos, evidenciou-se a inexistência de coerência entre os claros existentes e o efetivo fixado para o seu preenchimento. Assim é que, embora em seu total os efetivos propostos sejam inferiores aos claros existentes, em determinados postos os quantitativos propostos excedem consideravelmente as faltas verificadas.

Constata-se então que, a ausência de controle de um dos aspectos do modelo - a determinação racional do efetivo anual para os diversos postos - se constitui numa desvantagem e num desvirtuamento do QC.

A análise das funções previstas para os Oficiais Subalternos indicava, à Administração Naval, a necessidade do ingresso anual de razoável quantidade de Oficiais C-QC, a fim de suprir os claros existentes nos efetivos autorizados.

Razões de natureza psicossocial levaram a Administração da Marinha a reduzir o contingente de elementos recrutados anualmente. Um quantitativo que se situa próximo ao percentual a ser admitido no Quadro, permitiu à MB a não devolução ao mercado de trabalho, como vinha ocorrendo, de um elevado percentual de 29 Ten. C-QC, minimizando, dessa forma, os prejuízos no psicossocial do candidato, decorrente da antiga prática.

Não obstante ter esta redução proporcionado benefícios ao candidato e diminuído o custo global na formação do Oficial QC, impossibilitou, entretanto, o atendimento do interesse do Serviço, ou seja, o preenchimento dos claros, e eliminou a possibilidade de se dispor de uma Reserva Naval maior e mais qualificada, que era, também, uma das vantagens proporcionadas pelo Quadro.

Fluxo de Carreira - No Corpo de Fuzileiros Navais (CFN),

as funções atribuídas aos 2ºs Ten. são eminentemente operativas, constituindo-se em decorrência disso, ser inconsistente a especificação das profissões de interesse do CFN a serem listadas por ocasião da fixação dos efetivos a cada ano.

Sendo o recrutamento efetuado no meio universitário, cujos componentes possuem conhecimentos específicos inerentes às suas especialidades, cercea-se o CFN (de características fundamentalmente operativas), no aproveitamento dos conhecimentos desse grupo, não designando-o para funções relacionadas a elas.

A Universidade, embora possuindo pessoal com formação similar à Formação Diversificada da EN, dada a inexistência de especialidades que guardem relação com as qualificações requeridas para o bom exercício das funções para as quais serão designados os elementos acolhidos, se constitui em uma desvantagem.

A restrição de acesso ao ciclo de Oficiais Superiores para os seus componentes, imposta ao Quadro, pelo estabelecimento nos efetivos fixados de pequeno número desses oficiais, provocou um marcante estrangulamento - "gargalo" - no posto de Capitão-Tenente, agravado ainda, pela impossibilidade da aplicação da quota compulsória neste posto, em decorrência de dispositivos legais vigentes.

Em razão dessa situação foi editada uma disposição legal que estabeleceu a necessidade de haver renovação, equilíbrio e regularidade no acesso aos seus diferentes postos, buscando evitar a estagnação e se constituindo em um fator gerador de motivação para os seus integrantes.

Contudo, o dispositivo legal que permitiria um razoável fluxo de carreira aos Oficiais QC, na prática, veio a conflitar com a finalidade precípua de sua criação, de vez que a complementação deve ocorrer, basicamente, nos postos de Ofi-

ciais Subalternos. Nos demais postos, o efetivo regular atende às necessidades de preenchimento dos claros a eles inerentes, não existindo lacunas que exijam a utilização de Oficiais de outras procedências.

Assim, a disposição legal que criou vagas onde, por sua finalidade, inexistiam necessidades, acarretou a um Quadro que nos primórdios de sua criação (1961) tinha caráter de transitoriedade, e que permitia a manutenção de um fluxo de carreira adequado aos Oficiais do QR, o aparecimento de um problema (desvantagem) que existia no QR - a dificuldade de planejar o acesso ao Quadro.

Pela imposição do caráter de complementariedade (preenchimento de claros existentes), gerou-se a necessidade de que seus Oficiais, independentemente de suas profissões de origem, deveriam se qualificar técnica e militarmente para o exercício das mesmas funções desempenhadas pelos Oficiais dos QR.

Para a obtenção da qualificação profissional, imprescindível ao bom desempenho das funções que lhes serão conferidas, duas etapas deverão, no caso particular de CFN, serem cumpridas: a primeira, pelo acompanhamento do preparo profissional ministrado aos 2º Ten. (FN), cumprindo, desse modo, sua destinação; e a segunda, pela realização de cursos, como o de Aperfeiçoamento e o Básico da EGN, obrigatórios como requisito de carreira.

Durante o período correspondente à realização dos cursos, a indisponibilidade temporária acarretaria, em consequência, prejuízo para o serviço.

Deve-se ressaltar que, a necessidade da obtenção desse requisito - qualificação profissional -, conflita com a desejada preservação da flexibilidade, primordial para o emprego dos Oficiais QC onde o interesse do serviço ditar. A deseja-

da flexibilidade somente será conseguida pela não sujeição do Quadro a normas rígidas de carreira. Verifica-se, então, que a necessidade da obtenção de qualificação profissional, principalmente a provocada pela obrigatoriedade de realização de cursos de carreira, transformou-se numa desvantagem do Quadro.

O Oficial de Marinha, a partir dos postos de 1º Ten. e, em alguns Corpos, como no CFN, no posto de CT, necessita aperfeiçoar seus conhecimentos para o exercício de funções compatíveis com seu posto, aumentando dessa forma o seu custo para a Marinha e assumindo com ela um compromisso de reciprocidade pelo qual fica impossibilitado, salvo através de indenização, de solicitar transferência para a Reserva.

Verifica-se que, a partir de determinado posto, no caso do CFN, CT, os requisitos exigidos aos Oficiais QC são quase idênticos aos dos QR. Assim, dentro do processo de qualificação profissional imposto ao Oficial QC-FN, encontra-se a realização dos Cursos: Preparatório para a Escola de Aperfeiçoamento do Exército Brasileiro (EsAo), de Aperfeiçoamento da mesma EsAo e Básico da EGN - todos considerados requisitos de carreira tanto para o QR como para o QC.

Por conseguinte, a configuração apresentada pelo QC, a partir do posto de CT, inclusive, é a de um Quadro com marcantes características de regularidade, o que não deve ser o desejável, dada a sua finalidade ser bem diferente da do QR.

A considerar-se a atual configuração do QC, a Administração Naval terá que arcar com o ônus de qualificar profissionalmente seus Oficiais a partir de 1º Ten. ou CT, conforme for o caso, a fim de capacitá-los ao exercício de funções inerentes ao posto.

Todavia, a existência do posto de CT num QC, descaracteriza o aspecto de "Complementariedade", razão de ser de sua

existência, uma vez que os claros eventualmente verificados, neste posto, no QR, têm o propósito de corrigir seu fluxo quando apresentar retenção.

Há de se ressaltar a necessidade de limitar o atual QC até o posto de 1º Ten., a partir do qual, dado o comportamento de regularidade constatado, seria proporcionado a alguns de seus Oficiais, avaliados pela Comissão de Promoções de Oficiais (CPO) e, em consonância com rigoroso critério seletivo, ingresso no QR.

Para a fixação dos efetivos do QC, considerou-se a idéia básica de que o mesmo deveria ter um acesso restrito, tendo sido estabelecida uma grande base com um pequeno número de Oficiais Superiores e períodos de interstício semelhantes aos QR, para os postos de CT e 1º Ten. Esta configuração, na prática, provocou um grande estrangulamento (já previsível) para o acesso de seus Oficiais.

As sucessivas alterações introduzidas em seus efetivos, total e/ou por postos, para eliminar esse fator, não considerado quando da concepção do Quadro, acarretou uma perda do controle de sua finalidade - suprir os claros nos efetivos autorizados.

A fixação de seus efetivos, da forma como ocorre atualmente trará, em breve, como consequência natural, o estabelecimento de outro QR, tão definitivo no tempo, como os atuais Corpos e Quadros da Marinha, o que determinará profunda alteração na finalidade do QC, com evidente desvirtuamento de sua concepção inicial.

Deve ser enfatizada a desnecessária criação de postos nos ciclos de Oficiais Superiores e Intermediários. Surge também um novo fator - a igualdade do período de interstício para acesso na carreira, tanto para o QC como para o QR; que exerceu considerável influência para a distorção sofrida pela con

cepção de criação.

Reformulação de Modelo — Seria de toda conveniência, a adoção de um modelo de QC com somente um ciclo de Oficiais (o Subalterno) tendo, ainda, uma carreira limitada a um período inferior ao que caracteriza, por lei, a estabilidade de seus integrantes - 9 (nove) anos e 1 (um) dia, sendo este período dividido em vários compromissos de tempo; ao fim de cada um seria realizada uma seleção (a exemplo do que é feito no CAFRM, na atualidade).

Este modelo, além de permitir à Administração Naval a realização de um planejamento mais adequado às suas reais necessidades, facilitaria a dispensa daqueles Oficiais cuja permanência não fosse considerada conveniente.

Essa sistemática permitiria também que o Oficial planejasse sua vida em função dos períodos de compromisso, além do que, lhe seria permitida a solicitação de demissão do QC a qualquer tempo, sendo dessa forma reduzidos a uma dimensão tolerável, os prováveis problemas psicossociais decorrentes do respectivo desemprego.

Numa síntese do que foi exposto, pode-se depreender que seria desejável fossem os QC integrados por Oficiais temporários, isto é, Oficiais da ^{ARM} RRM convocados para o Serviço Ativo. A exemplo do Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha (CAFRM), assumiriam compromissos renováveis a cada 3 (três) anos, até um limite de 3 (três) renovações. Ao término da última renovação, completados 9 (nove) anos, seria facultado à Administração Naval, à vista do desempenho do Oficial no período em que permaneceu em atividade e considerada também as qualificações obtidas e ainda a situação dos efetivos dos QR, proporcionar o ingresso definitivo de uma pequena parcela de Oficiais QC nos correspondentes Corpos Regulares (CR).

É evidente que, na adoção desse critério, deverá haver uma alta seletividade nas sucessivas renovações de compromissos, no sentido de permitir somente aos Oficiais possuidores de reais qualidades, a integração aos CR.

É importante também considerar que, para a manutenção da atratividade no ingresso aos novos Quadros, deverá haver uma reciprocidade quanto ao direito da Marinha em poder dispensar tais Oficiais a qualquer tempo, fornecendo-lhes uma indenização pecuniária, proporcional ao tempo de serviço, nos moldes do FGTS (está em vigor o §1º, do Art.10º, da Lei nº 7.301, de 29 de março de 1985 que estipula 6(seis) soldos de 2º Ten. como indenização ao C-QC não admitido no Quadro).

Analizando-se as diversas etapas percorridas pelo QC ao longo de seus 24(vinte e quatro) anos de existência, bem como pelo compulsar dos diversos dispositivos constitutivos da legislação a ele pertinente, constata-se que o modelo concebido, por ocasião de sua criação (1961), sofreu significativa modificação de sua finalidade precípua e, em decorrência disso, produziu sucessivas alterações estruturais que, na prática, não se articularam de forma harmônica.

Os QC, criados inicialmente com a finalidade de aproveitar, no serviço ativo os Oficiais do Órgão de Formação da Reserva da Marinha (EFORM), objetivaram, posteriormente, suprir os claros de Oficiais, existentes nos CA, CFN, CIM e CETN. Os claros existiam então, principalmente, nos postos iniciais.

Entretanto, a interveniência de fatores diversos sobre o comportamento do Quadro ao longo dos anos, levou a Administração Naval a permitir que os Oficiais QC tivessem acesso até o posto de CMG, acesso esse extremamente penoso, face ao perfil não observar um mínimo de proporcionalidade.

Com a entrada em vigor do novo Regulamento para os QC o recrutamento passou a abranger: "pessoal civil, Segundos-Te-

nentes oriundos de Centros e Escolas de Formação e Preparação de Oficiais da Reserva das Forças Armadas e por Praças oriundas do Corpo de Praças da Armada e do Corpo de Fuzileiros Navais, de nível universitário, diplomados por Institutos, Faculdades ou Escolas oficialmente reconhecidas pelo Governo Federal...". Deve-se assinalar que, no caso do CFN, com suas necessidades concentradas no setor operativo, o aproveitamento dos conhecimentos possuídos pelos candidatos para o exercício de funções, tornou-se inviável.

Acresce-se à essa situação o fato de que, em decorrência de problemas de natureza social provocados pela não admissão no Quadro da quase totalidade dos recrutados, a Administração Naval foi levada a admitir como candidatos ao QC, no posto de 2º Ten, um número aquém das reais necessidades do serviço, deixando, conseqüentemente, de atender ao propósito de sua criação.

Podem ser destacados dois conflitos existentes entre o que pretendia a legislação relativa ao QC e o que aconteceu na prática:

- a necessidade de ser preservada a flexibilidade de emprego dos Oficiais QC, antepondo-se à obrigatoriedade de proporcionar-lhes qualificação profissional compatível com as funções designadas; e

- a quantidade desejável de candidatos que deveriam ser submetidos à seleção para ingresso, conflitando com o aspecto psicossocial, ocasionado pela dispensa de alguns.

Por tudo isso, esses conflitos parecem indicar que a solução proposta (criação do QC) para resolver o problema da diferença entre o efetivo autorizado e o efetivo existente era, realmente, exeqüível e aceitável. Não restariam dúvidas, porém, quanto à sua adequabilidade?

O Decreto-Lei nº 610 de 04 de junho de 1969, que criou

o QC de Oficiais da Marinha de Guerra, em seu Artigo 1º, incluía o Corpo de Saúde da Marinha (CSM) nessa nova estruturação.

Decorridos quatro anos, outro documento legal (Lei nº 5.983 de 12 de dezembro de 1973), alterou o Decreto-Lei nº 610, extinguindo o QC do CSM. Cumpre, ressaltar que, durante esse período, não houve nenhuma medida, no sentido de que a oportunidade para a estruturação do Quadro fosse efetivada, tendo havido o eventual ingresso de um único Oficial (CD).

Após a análise global dos QC hoje existentes na Marinha, concluímos que evidencia-se desnecessária a proposição de recriação do QC-CSM, em virtude da existência de quantitativo suficiente de profissionais da área da saúde para o cumprimento da missão atribuída à Diretoria da Saúde da Marinha.

CAPÍTULO 2

O SISTEMA DE SAÚDE NA MARINHA

Conceituação de Sistema de Saúde — Considerando "sistema" como "um conjunto de elementos interrelacionados para o cumprimento de um objetivo comum¹", definição mais aceita, o enfoque sistêmico na Administração da Saúde visa estabelecer metas e objetivos, paralelamente a outros sistemas que têm como objetivo o bem-estar social, tais como política habitacional, uma política de educação, com a finalidade de obter a melhoria do quadro sanitário geral o que concorreu para diminuir a solicitação sobre o sistema onde se desenvolvem as ações de saúde.

O Sistema de Saúde, constitui-se de um complexo super-sistema de hierarquia superior, que pode ser sucessivamente decomposto em sistemas progressivamente menores, pela decomposição em subsistemas e assim por diante, através de um verdadeiro processo de análise de sistema. Inversamente, a partir das tarefas e percorrendo linhas convergentes de agregação, através da síntese de sistemas é possível reconstituir o sistema maior.

Basicamente, em qualquer sistema, devem ser considerados três aspectos fundamentais: o "input", o "processo" e o "output". O "input" é o aporte do meio externo para dentro do sistema; em nosso caso, os usuários do Sistema de Saúde, fracionados em regiões e sub-regiões. O "processo" abrange a série de operações ou transformações efetuadas no interior do Sistema como o "input" e representa, assim, a atuação do conglomerado de todas as instituições que representam serviços e distribuem benefícios relacionados à saúde, na Marinha. O

¹ABRAAM Sonis y Col. - Medicina Sanitária y Administración de Salud, fls.119.

resultado da ação do Sistema, em aporte ao meio externo como sistema aberto que é, o "output", ou seja, o benefício para os usuários. Daí, a reciclagem e a realimentação do Sistema, dependerem do desenvolvimento do Serviço de Saúde.

Em outras palavras, a clientela do Sistema representa a matéria prima de uma indústria a ser transformada em produtos acabados, ou seja, pessoal sadio, por uma tecnologia específica aplicada por pessoal capaz, em instituições adequadas, escalonadas em espaço.

Para a apuração do processo é necessário que ele seja alimentado por dois subsistemas: o primeiro produz a coleta de recursos materiais (subsistemas industrial, extra-naval e naval); o segundo, forma os recursos humanos, isto é, o pessoal de saúde (subsistema formador de pessoal, extra-naval e naval). Os recursos materiais e humanos, constituem os insumos, cujo volume está na dependência das restrições pelo ambiente social, que são condicionantes ou limitadores do Sistema de Saúde e expressos de maneira simples, em opções políticas e não políticas.

Dessa forma, torna-se evidente que o Sistema de Saúde e o seu desempenho são influenciados pelos recursos financeiros (quantitativamente) e pelos recursos humanos (quantitativa e qualitativamente) a ele destinados. No enfoque econômico deve ser conceituado que o desenvolvimento não é um fim, mas um meio para atingir fins humanísticos, entre os quais se situa a Saúde.

Portanto, o Sistema de Saúde pode ser visualizado, basicamente, como um fluxo de pessoas, indivíduos sadios, aparentemente sadios ou enfermos ("input"), circulando nas instituições de saúde (Processo), evitando que adoçam (Medicina Preventiva) e transformando os doentes (Recuperação) em indivíduos sadios ou reabilitados ("output").

O fluxo de informações é um grande fator de integração e que possibilita a comunicação e o controle das várias partes do Sistema e que lhe dá as características de sistema cibernético; daí a ciência de informação (Informática) e a ciência do controle de comunicações (Cibernética) serem, na atualidade, de vital importância para as tomadas de direção no Sistema.

Três tipos de informações são de fundamental importância para o Sistema de Saúde: a informação epidemiológica, a informação operacional e as informações sobre os produtos relativos ao "input", ou "processo" e ao "output".

De posse destes três tipos de informações tornam-se plenamente factíveis o diagnóstico, a análise e o estudo da dinâmica do Sistema de Saúde.

O Serviço de Saúde da Marinha - Histórico — 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 mandado observar por outro Decreto (nº 739, de 25 de novembro de 1850) que, inclusive, alterou aquele.

Em obediência a este, o Corpo de Saúde da Armada passou a dispor de: 1(um) Cirurgião-em-Chefe, CMG; 20(vinte) Primeiros-Cirurgiões, 1º Tenentes; 40(quarenta) Segundos-Cirurgiões, 2º Tenentes; 2(dois) Farmacêuticos e 4(quatro) Segundos-Farmacêuticos.

Estes Decretos foram assinados pelo então Ministro da Marinha, Manoel Felizardo de Sousa e Melo e Manoel Vieira Tosta, respectivamente, ambos indicados por Sua Majestade, o Imperador.

Um Regulamento Provisório entrou em vigor com o Aviso-Marinha de 27 de julho de 1858, na forma do Decreto Imperial nº 1.981, de 30 de setembro de 1857, alterando o Plano referido no Decreto nº 739, de 25 de novembro de 1850.

Esse Regulamento continha 7(sete) Capítulos, que devem ser assinalados: o 1º "Do Cirurgião-Mór da Armada; o 2º, "Dos Cirurgiões de Esquadra e de Divisão"; o 3º, "Dos Primeiros e Segundos Cirurgiões", o 4º, "Dos Farmacêuticos"; o 5º, "Dos Enfermeiros"; o 6º, "Dos Alunos Pensionistas" e o 7º, "Disposições Gerais".

Os artigos, em número de 110(cento e dez) abrangiam todas as ações a serem desenvolvidas pelos componentes do Corpo.

Esses documentos legais, constituíram-se, sem dúvida alguma, no embrião do atual Corpo de Saúde da Marinha(CSM), com os Quadros de Médicos, de Cirurgiões-Dentistas e de Farmacêuticos.

O primeiro médico que pisou terras brasileiras foi o bacharel Mestre Johanes, licenciado castelhano, médico de El-Rei e cirurgião da frota de Pedro Álvares Cabral, aqui esteve em 27 de abril de 1500, em trânsito. Somente meio século depois veio um outro médico, para então permanecer.

Em 1567, durante batalha travada entre franceses e portugueses, o Cirurgião da Armada, Ambrósio Fernandes, submeteu Estácio de Sá, fundador da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro, a uma Cirurgia de urgência, em virtude de uma flechada no rosto.

Na Guerra do Paraguai (1864-1870) o Serviço de Saúde da Marinha teve destacada atuação, participando, efetivamente, do princípio ao fim do conflito. Marcante presença foi a de um Navio-Hospital, o "ONZE DE JUNHO", adquirido pela MB à Argentina, em 1865, cognominado "Hospital de Sangue". Essa unidade acompanhava a esquadra brasileira em todas as ações bélicas, prestando inestimável apoio médico.

O primeiro Diretor de Saúde da Marinha foi Joaquim Cândido Soares de Meirelles (1797-1868), médico, nascido em Congonhas de Sabará (MG), formado pela Escola Médica-Cirúrgica do Rio de Janeiro. Foi o principal fundador e primeiro presidente da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, hoje Academia

Nacional de Medicina. É o patrono do Corpo de Saúde da Marinha.

Durante a 1ª Grande Guerra Mundial (1914-1918), o Serviço de Saúde da Marinha destacou-se através da atuação de vários de seus componentes, numa Missão Médica autorizada e apoiada pelo governo brasileiro, baseada na França. A missão compunha-se, basicamente, de 100 (cem) cirurgiões chefiados pelo Dr. Nabuco de Gouveia.

No decorrer da 2ª Grande Guerra Mundial (1939-1945) não houve uma participação direta do Serviço de Saúde da MB, mas seu aprestamento dava a certeza de que se fosse necessário uma ação imediata, seria desenvolvida sem maiores dificuldades.

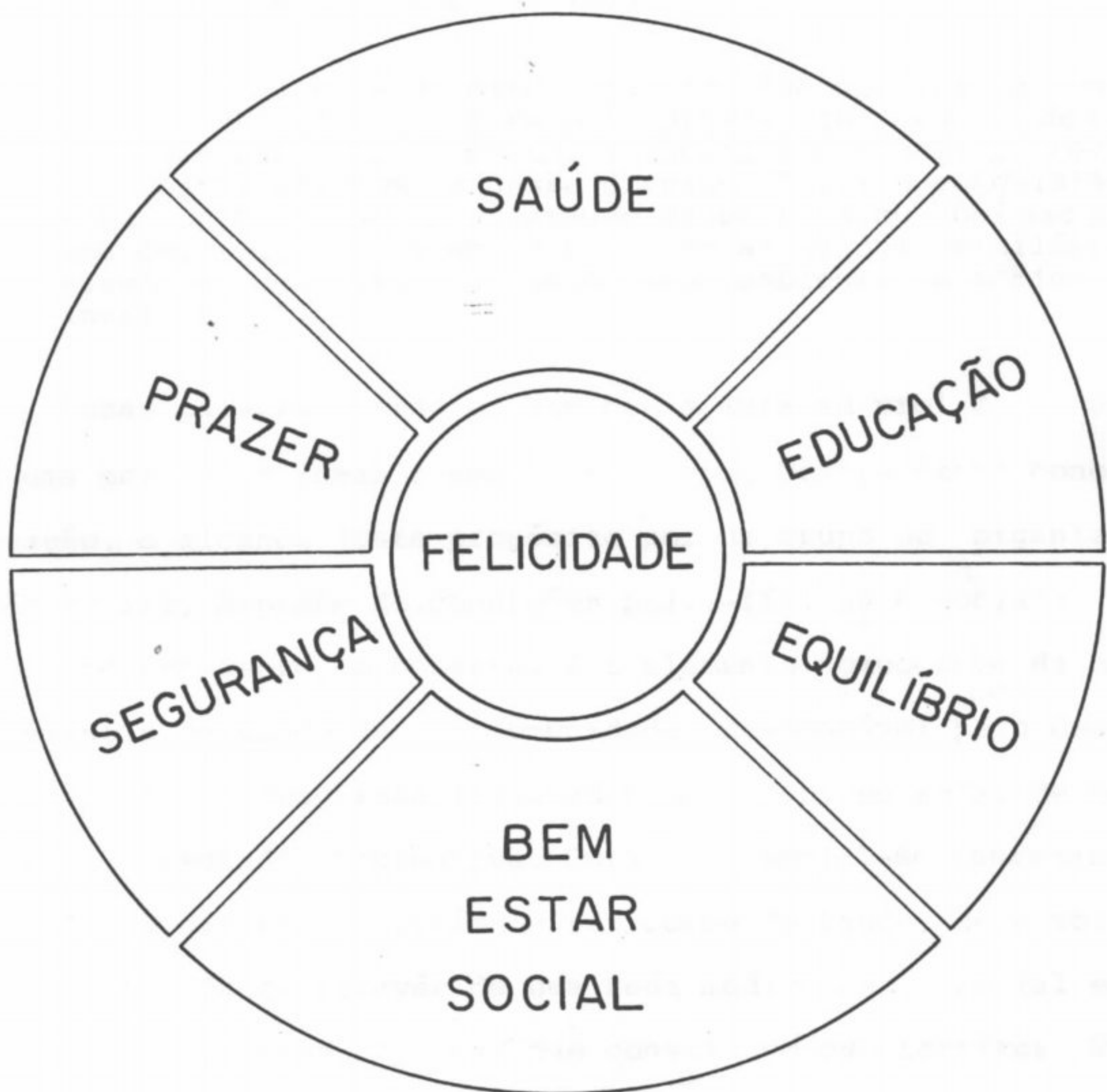
A magnitude e a complexidade dos problemas do Setor Saúde resultam, fundamentalmente, da própria conceituação de saúde como área dinâmica da economia, em suas múltiplas correlações inter-setoriais de causa-efeito-causa, da condição de componente básico do processo global de desenvolvimento sócio-econômico.

De acordo com esta conceituação doutrinária, a saúde, síntese do equilíbrio ecológico do indivíduo, abrange a totalidade do ser e adquire a categoria e a universalidade um direito fundamental do homem. Entretanto, a saúde em si mesma constitui um bem individual e interessa precipuamente aquele que a detém. Trata-se, todavia, de um direito que, pela sua origem e natureza, gera um compromisso tácito de retribuição social: ninguém tem o direito de possuí-la sem o dever consequente e necessário de usá-la em benefício de todos (Fig.1).

Somente quando utilizada, a saúde, que é basicamente um patrimônio pessoal, projeta-se e atua sobre a sociedade como fonte criadora de riqueza. Entende-se assim, que a saúde do indivíduo é patrimônio inalienável da comunidade, figurando entre os componentes do processo de desenvolvimento, com as suas características de progressividade, proporcionalidade e contemporaneidade.

FIGURA 1

CONCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA



O conceito de Saúde tem se modificado através do tempo. Considerada como "ausência de doença", mudou para "bem estar físico e mental" e, atualmente é definida como "bem estar físico, mental e social". Do ponto de vista jurídico-social, este conceito evolui de "privilégio" para "benefício", sendo atualmente a saúde consagrada, pela ONU (Organização das Nações Unidas) como "direito inalienável do homem".

Pronunciou-se a respeito, o Dr. Edmar Blois, ex-Diretor da Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública:

"A saúde é um direito hoje incluído nos textos universais. A definição dada pela Organização Mundial de Saúde - bemestar físico, mental e social - expressa o reconhecimento dos homens desse direito. Direito conquistado e que se continua conquistando palmo a palmo. Daí não ser uma definição e sim uma meta a ser atingida: equilíbrio harmônico do indivíduo com os seus ambientes exterior e interior..."

Essas palavras caracterizam bem a luta em prol da saúde. É uma meta e um ideal a serem atingidos. Dentro desta conceituação, o alcance deste propósito por um grupo ou organização social, depende de condições psico-físicos e sociais.

Hodiernamente, o hospital é o elemento componente da organização de saúde de uma comunidade, responsável pelo desenvolvimento de programas integrados de saúde, ou seja, de Medicina Integrada: Preventiva, Curativa e Social-Restauradora.

A MB, graças à atuação de seu Corpo de Saúde, desenvolve essas atividades através de uma rede médico-assistencial estruturada com base em áreas que constituem os Distritos Navais, em número de 6(seis) e ainda o Comando Naval de Brasília. Essa rede de hospitais, de porte variável, com dotação variando entre 30 e 450 leitos, sem contar os Departamentos e Divisões de Saúde, que atuam dentro das OM de terra e a bordo dos navios.

Presentemente, em consonância com as diretrizes traçadas

pela Diretoria de Saúde da Marinha, a Medicina Naval caracteriza-se pela abrangência dos três grandes tipos da prática médica: Preventiva, Curativa e Restauradora. Esta última é de fundamental importância nas coletividades militares (em especial a Marinha), pois se preocupa em recuperar o incapacitado, objetivando reduzir o tempo de inatividade, adaptação a uma outra função (se for o caso) e até mesmo preparar o indivíduo, sob o aspecto psicológico, principalmente, quando transferido prematuramente para a Reserva.

O Regimento Interno da Diretoria de Saúde Naval (atualmente, Diretoria de Saúde da Marinha) que foi aprovado e mandado executar pelo Aviso Ministerial nº 2.044, de 11 de outubro de 1947 (Boletim do M.M. nº 042, de 17/10/47), estabelecia no artigo 5º: "Compete à Diretoria de Saúde Naval, de um modo geral, expedir e fazer executar todas as ordens que disserem respeito à saúde e higiene na Marinha, dirigindo sua ação no sentido de que os serviços de Saúde Naval, sejam mantidos no seu mais alto grau de eficácia".

Evolução — O Regulamento da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) foi aprovado pelo Decreto nº 75.160, de 30 de dezembro de 1974 (Diário Oficial de 31 de dezembro de 1974) publicado no Boletim do M.M. nº 03, de 17 de janeiro de 1975.

Em seu artigo 1º, estabelece as finalidades da DSM:

"A Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), criada pelo Decreto nº 18.506, de 27 de abril de 1945, com a denominação de Diretoria de Saúde Naval, cujo nome foi mudado, posteriormente, para Diretoria de Saúde da Marinha, pelo Decreto nº 44.780, de 06 de novembro de 1958, passou a ser, de acordo com o Decreto nº 62.860, de 18 de junho de 1968, o órgão de apoio que tem por finalidade planejar, dirigir, coordenar e controlar as atividades relacionadas com o Serviço de Saúde da Marinha".

Este documento legal possui 05 capítulos que são: Capítulo I, Dos Fins; Capítulo II - Da Organização; Capítulo III, Do

Pessoal; Capítulo IV, Das Disposições Gerais e o Capítulo V, Das Disposições Transitórias.

Os 9(nove) itens estipulados no artigo 2º proporcionam ao Diretor de Saúde da Marinha os instrumentos legais necessários à consecução das mencionadas finalidades.

As diretrizes definidas na Política Básica da Marinha vêm sendo cumpridas, principalmente no tocante ao objetivo nº 11, que se refere à valorização do elemento humano quanto aos aspectos moral, profissional, intelectual, bem como, psicológico e físico.

Para o atendimento de toda esta complexa e diversificada gama de atividades, o Corpo de Saúde da Marinha conta com membros da mais elevada qualificação profissional em seus diversos Quadros (Médicos, Dentistas e Farmacêuticos) e ainda os componentes da Reserva Naval (RNR), que atuam eficientemente nos Hospitais, Ambulatórios e navios. A partir de 1980, com a criação do CAFRM, veio incorporar-se ao CSM, nos pesados encargos da prestação dos serviços de saúde aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha, um valioso contingente de profissionais, a nível de Oficial. Principalmente, na área do 1º Distrito Naval, as componentes desse novel Corpo, participam ativa e eficientemente na consecução da missão precípua do Serviço de Saúde da Marinha - assistência médica, odontológica, farmacêutica e psicossocial do homem na Marinha.

Os quantitativos dos Corpos e Quadros constam das Tabelas nºs 1, 2, 3 e 4.

O Sistema de Saúde da Marinha, obedece ao critério da integração dos serviços por área geográfica, desenvolvendo Medicina preventiva, curativa e reabilitadora, sob a coordenação de Hospitais Regionais (os Distritais e o do Comando Naval de Brasília), tendo o Hospital de Base (HNMD) como o último elo de uma cadeia de evacuação abrangendo todo o Terri-

TABELA Nº 1

EFETIVO (EXISTENTE, OCUPANDO VAGA) DE OFICIAIS DO
CORPO AUXILIAR FEMININO DA RESERVA DA MARINHA (QAFO)

ESPECIALIDADES NA ÁREA DA SAÚDE

ESPECIALIDADES POSTOS	1ª TEN	2ª TEN	TOTAIS
Md	79	04	83
CD	08	-	08
F	08	02	10
ENF	53	04	57
TOTAIS	148	10	158

Fonte: DPMM (16/05/85)

Convenção: Md - Médicos

CD - Cirurgiões-Dentistas

F - Farmacêuticos

ENF- Enfermeiros

TABELA Nº 2

CORPO DE SAÚDE DA MARINHA (CSM)

QUADROS DE: MÉDICOS, CIRURGIÕES-DENTISTAS E FARMACÊUTICOS

OFICIAIS SUPERIORES - (CMG, CF e CC)

CONVENÇÃO POSTOS	A	B	C	D	E	F
CMG (Md)	30	30	0	0	1	31
CMG (CD)	6	4	- 2	-33	1	5
CMG (F)	3	3	0	0	0	3
CF (Md)	65	65	0	0	6	71
CF (CD)	20	20	0	0	2	22
CF (F)	6	5	- 1	-17	2	7
CC (Md)	95	95	0	0	3	98
CC (CD)	51	45	- 6	-12	2	47
CC (F)	24	9	-15	-63	1	10
TOTAIS	300	276	-24	- 8	18	294

Fonte: DPMM (16/05/85)

Convenção: A - Efetivo Autorizado

B - Existentes Ocupando Vaga

C - Diferença Entre Existentes e Efetivo Autorizado ($C=B-A$)D - Percentual da Diferença em Relação ao Efetivo Autorizado ($D=100 C/A$)

E - Total de Agregados

F - Total do Existente + Agregados ($F=B+E$)

TABELA Nº 3

CORPO DE SAÚDE DA MARINHA (CSM)

QUADROS DE: MÉDICOS, CIRURGIÕES-DENTISTAS E FARMACÊUTICOS
OFICIAIS INTERMEDIÁRIOS E SUBALTERNOS (CT, 1º TEN e 2º TEN)

CONVENÇÕES POSTOS	A	B	C	D	E	F
CT (Md)	140	140	0	0	3	143
CT (CD)	77	69	- 8	-10	1	70
CT (F)	35	8	-27	-77	0	8
1º TEN (Md)	125	55	-70	-56	1	56
1º TEN (CD)	55	31	-24	-44	0	31
1º TEN (F)	30	19	-11	-37	0	19
TOTAIS	462	322	-140	-30	5	327

Fonte: DPMM (16/05/85)

Convenção: A - Efetivo Autorizado

B - Existentes Ocupando Vaga

C - Diferença Entre Existentes e Efetivo Autorizado ($C=B-A$)

D - Percentual da Diferença em Relação ao Efetivo Autorizado ($D=100 C/A$)

E - Total de Agregados

F - Total do Existente + Agregados ($F=B+E$)

TABELA Nº 4

CORPO DE SAÚDE DA MARINHA (CSM)

QUADROS DE: MÉDICOS, CIRURGIÕES-DENTISTAS E FARMACÊUTICOS
CONVOCADOS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR (RNR)

CONVENÇÃO POSTOS	A	B	C	D	E	F
1º TEN (Md)	0	212	212	0	0	212
1º TEN (CD)	0	102	102	0	0	102
1º TEN (F)	0	35	35	0	0	35
2º TEN (Md)	0	4	4	0	0	4
2º TEN (CD)	0	0	0	0	0	0
2º TEN (F)	0	1	1	0	0	1
TOTAIS	0	354	354	0	0	354

Fonte: DPMM (16/05/85)

Convenção: A - Efetivo Autorizado

B - Existentes Ocupando Vaga

C - Diferença Entre Existentes e Efetivo Autorizado ($C=B-A$)

D - Percentual da Diferença em Relação ao Efetivo Autorizado ($D=100 C/A$)

E - Total de Agregados

F - Total do Existente + Agregados ($F=B+E$)

tório Nacional. Identifica-se, plenamente, com as disposições contidas no Sistema Nacional de Saúde, instituído através da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.

O Serviço de Saúde da Marinha dispõe de serviços próprios para seus usuários, adotando, não obstante, a sistemática de convênios ou contratos para a prestação de serviços (principalmente nas áreas dos Distritos Navais), sempre que não se justifique o investimento próprio. Com a criação do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), em 1972, houve um razoável aumento da necessidade de tais modalidades, na prestação da assistência médico-odontológica.

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 62.860, 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). Dentre seus 65 (sessenta e cinco) artigos, esse último documento legal enfatiza no de nº 03 a prioridade para o atendimento ao militar da ativa.

Assim, organizacionalmente, temos o Centro Médico Naval do Rio de Janeiro (CMNRJ), diretamente subordinado à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) - Órgão de Direção Superior, com as seguintes OM subordinadas: o Hospital Naval Marcílio Dias, o Hospital Naval Nossa Senhora da Glória, a Odontoclínica Central da Marinha e o Sanatório Naval em Nova Friburgo.

O Hospital Central da Marinha, desenvolve atividades para-hospitalares, dentro de sua nova destinação, abrigando o Centro de Perícias Médicas, o Centro de Medicina Operativa e um Ambulatório de Apoio (atendimento a militares da ativa); encontra-se subordinado diretamente à DSM, assim como o Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM). Esta OM, como também o

HCM, não têm como Missão Básica a Assistência Médico-Hospitalar (AMH).

A subordinação dos Ambulatórios Periféricos ao Hospital Naval Marcílio Dias permitiu uma uniformidade no atendimento e reciclagem dos componentes das diversas clínicas, proporcionando assim aos usuários do Sistema uma acentuada melhoria na assistência prestada (Fig. 2).

O Hospital Naval Marcílio Dias presta assistência médica primária, secundária e terciária aos militares da MB e seus dependentes, estando participando, no que concerne à Marinha, de programas de âmbito geral de Saúde Pública e Educação Sanitária. Vem contribuindo substancial e eficientemente na evolução dos conhecimentos médicos em geral e técnicos-científicos dos profissionais de saúde da MB, concorrendo decisivamente para a boa formação e desejável aperfeiçoamento dos mesmos. Através do Instituto de Pesquisas Biomédicas, promove a investigação e pesquisa científica no campo da Medicina em Geral e Militar, particularmente, especialmente os de maior interesse para a Marinha brasileira. Com o Hospital de Base do Serviço de Saúde da Marinha, abriga razoável contingente de profissionais da área de saúde, principalmente médicos(as), constituído dos mais capazes dentre os existentes na Marinha, pois a eles está reservada uma árdua missão, qual seja a de praticar e ensinar uma Medicina da melhor qualidade.

O HNMD atingiu esses objetivos através da execução de atividades: restauradoras (diagnóstico, tratamento e reabilitação física em geral); preventiva (supervisão da gestação e do parto normal, da evolução do recém-nato, infante e do adolescente, o controle das enfermidades contagiosas, prevenção das doenças degenerativas, prevenção da invalidez física e mental e a educação sanitária); educativas (internato e cursos de extensão universitária para estudantes de Medicina, re

— ESTRUTURA DO SERVIÇO DE SAÚDE —

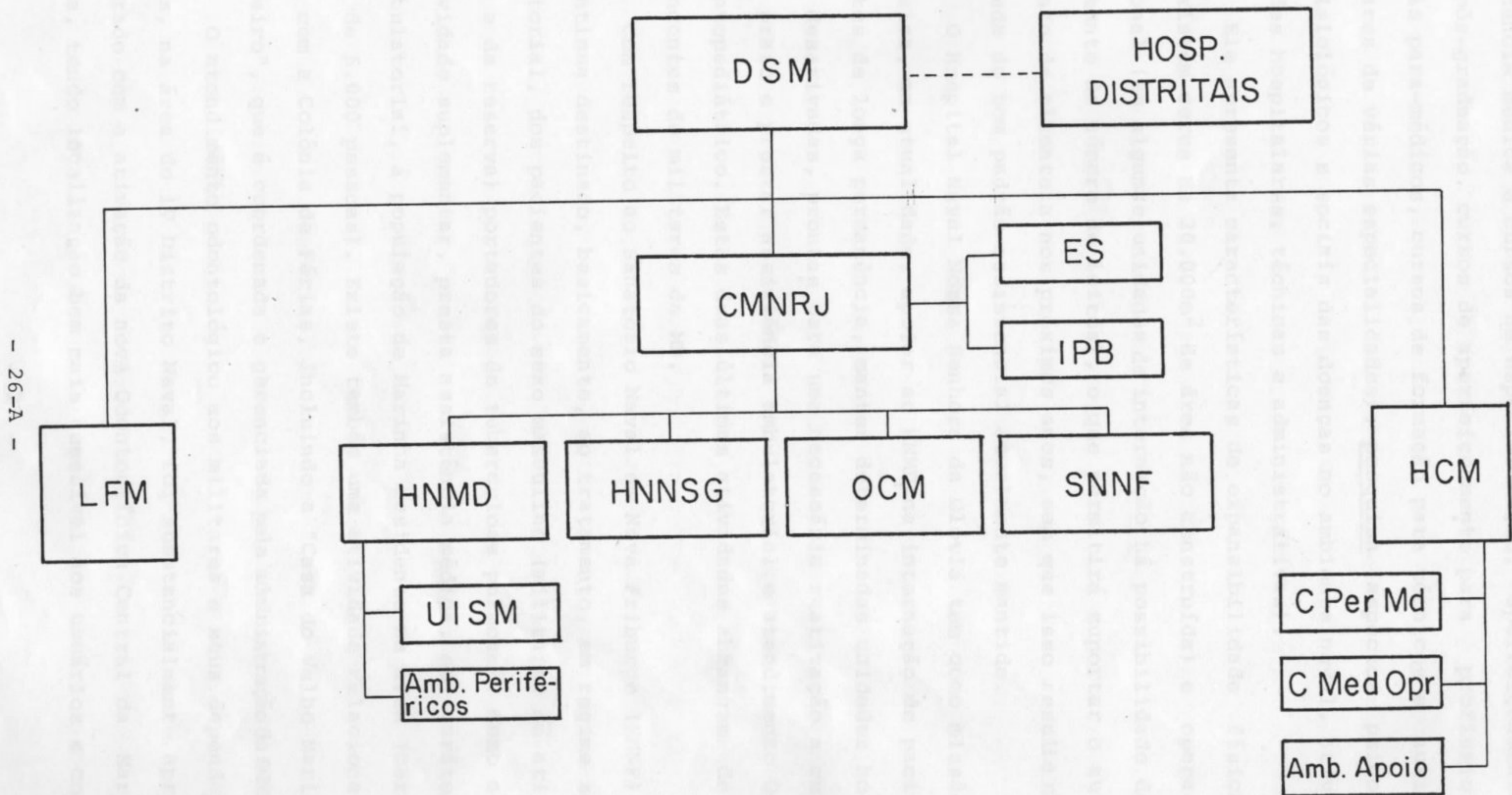


FIGURA 2

sidência médica e cursos de especialização, aperfeiçoamento e pós-graduação, cursos de aperfeiçoamento para profissionais para-médicos, cursos de formação para técnicos e auxiliares de várias especialidades); pesquisa (aspectos psicofisiológicos e sociais das doenças no ambiente naval, atividades hospitalares, técnicas e administrativas).

Ele apresenta características de expansibilidade física (existem cerca de 20.000m² de área não construída) e operacional (em algumas unidades de internação há possibilidade de aumento do número de leitos), o que permitirá suportar o aumento da clientela nos próximos anos, sem que isso resulte na queda do bom padrão assistencial atualmente mantido.

O Hospital Naval Nossa Senhora da Glória tem como missão básica, na atualidade, apoiar ao HNMD na internação de pacientes de longa permanência, manter determinadas unidades hoje desativadas, prontas para uma necessária reativação a curto prazo e prestar assistência ambulatorial e atendimento Odontopediátrico. Estas duas últimas atividades abrangem dependentes de militares da MB.

Com respeito ao Sanatório Naval em Nova Friburgo (SNNF), continua destinado, basicamente, ao tratamento, em regime sanatorial, dos pacientes do sexo masculino (militares da ativa e da reserva) portadores de tuberculose pulmonar. Como atividade suplementar, presta assistência médica, em caráter ambulatorial, à população de Marinha residente na área (cerca de 5.000 pessoas). Existe também uma atividade relacionada com a Colônia de Férias, incluindo a "Casa do Velho Marinheiro", que é coordenada e gerenciada pela administração do SNNF.

O atendimento odontológico aos militares e seus dependentes, na área do 1º Distrito Naval, foi substancialmente aprimorado com a ativação da nova Odontoclínica Central da Marinha, tendo localização bem mais acessível aos usuários e con

tando com instalações modernas e também equipes e equipagens atualizadas. Outrossim, a entrada em operação da Odontopediatria do HNNSG, o aumento da capacidade de atendimento odontológico dos Ambulatórios Periféricos e também do HCM, tiveram o mérito de proporcionar sensível alívio da carga de trabalho da OCM que pode assim, dedicar-se aos casos exigindo maiores atenções.

A Escola de Saúde da Marinha, subordinada ao Centro Médico Naval do Rio de Janeiro (CMNRJ), cuja finalidade é preparar Recursos Humanos qualificados em nível médio e superior, mantém, atualmente, 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 Curso de Mestrado.

O Corpo Docente da Escola de Saúde é constituído por Enfermeiros(as) com Licenciatura, Médicos do CSM com Docência ou Mestrado e Professores Visitantes, especialmente convidados.

O Instituto de Pesquisas Biomédicas, que tem por finalidade realizar pesquisas na área biomédica, vem realizando-as na apuração de novos métodos cirúrgicos (cirurgia experimental), ações de fármacos, nas áreas clínicas e epidemiológicas, além de ações hiperbáricas. Na efetivação dessas tarefas estão empenhados pesquisadores não só da MB como também de Instituições Científicas brasileiras consagradas.

O CMNRJ vem se dedicando a outras atividades além das já mencionadas e, dentre elas, uma de primordial importância na área de promoção da saúde, com o Programa de Promoção da Saúde, abrangendo ações como:

- palestras semanais no âmbito de todas as OM subordinadas, visando ensinar bons hábitos alimentares, maneira de escovar os dentes, cuidados com a higiene bucal, etc;

- participação de médicos, dentistas, enfermeiros(as) e assistentes sociais, na verificação de condições de higiene e necessidades básicas de saúde (desenvolvimento de hábitos e atitudes positivas), junto a conjuntos habitacionais da Marinha;

- realização de abreugrafia (censo torácico) em todos os habitantes dos conjuntos residenciais da MB na área do 1º DN;

- tomada da Pressão Arterial dos moradores desses conjuntos, principalmente na faixa etária compreendida acima dos 40 (quarenta) anos de idade, a fim de serem detetados possíveis casos de hipertensão arterial;

- pesquisa de portadores de diabetes, até então desconhecidos e orientação dos casos conhecidos; e

- levantamento do índice cariogênico em crianças até 12 anos.

Ainda dentro da estrutura básica do Serviço de Saúde da Marinha, devem ser mencionados dois subsistemas: o Médico Pericial e o de Medicina Operativa, ambos afetos ao HCM, sendo o primeiro responsável pelas atividades médico-periciais na Marinha e constituído pela Junta Superior de Saúde, Junta Superior Distrital de Recursos, Junta Regional, Juntas Especiais e Médico Perito Isolado e o segundo, englobando todas as atividades de medicina desenvolvidas nas áreas operativas da Marinha: medicina submarina e hiperbárica, medicina aeroespacial e naval, medicina nuclear e biológica, medicina nos navios, etc, Estas últimas atividades, constituem-se na própria razão de ser da medicina na Marinha, do médico naval.

Existe ainda um outro subsistema, ainda não citado, e que é o Médico-Administrativo. Ele engloba o conjunto de atividades administrativas e de logística de meios e recursos do Setor de Saúde. Está constituído por Subsistemas Terciários de Pessoal, Material e Financeiro e pelo Subsistema

Gerencial de Dados de Saúde. Entre suas unidades componentes estão o Laboratório Farmacêutico da Marinha e o Centro de Material de Saúde. As unidades componentes desse Subsistema se destinam a prestar apoio administrativo e logístico, em pessoal e material, a todos os componentes do Serviço de Saúde da Marinha.

O contínuo avanço em todos os ramos das Ciências, de um modo geral, e da Medicina em particular, vem obrigando aos profissionais a elas dedicados a buscar, empregando todos os recursos disponíveis, fixação nos ambientes que lhes ofereçam as melhores condições para colocarem em prática os conhecimentos adquiridos ao longo de seus cursos de formação e também a elevação dos níveis técnicos e culturais.

O exercício da Medicina contemporânea exige do médico uma denodada e permanente atuação, em organizações providas de meios indispensáveis para a manutenção de padrões mínimos de qualidade. Nos dias atuais, o médico que não se submeter a reciclagens periódicas em Hospitais conceituados estará, em muito pouco tempo, fadado a desestimular-se da prática da profissão, em decorrência do significativo progresso rápido e contínuo da tecnologia científica, impossível de ser acompanhado à distância. Isso representa um grande perigo para si próprio mas, principalmente, para os pacientes sob seus cuidados.

Sob esse enfoque, o Hospital de Base representa, além de um Centro de excelência médica qualitativa, também uma organização voltada para o Ensino e a Pesquisa. Sua sofisticação tecnológica, longe de se constituir em um entrave, como se poderia depreender, representa, na realidade, um extraordinário incentivo e apoio no exercício da melhor prática médica.

Essa verdade é melhor compreendida, quando posicionamos o Hospital de Base como uma entidade impar, muitas vezes única, de todo um Sistema de Saúde. Faz-se também necessário com

preender que uma estrutura desse nível tecnológico não está destinada à solução de casos corriqueiros de saúde, plenamente resolvíveis a nível ambulatorial. Todo Hospital de Base desenvolve uma Medicina diferenciada e especializada, terciária, eletiva por excelência.

A concentração de recursos tecnológicos, a automatização no setor laboratorial, a computação eletrônica de dados, as modernas técnicas para a realização de exames radiológicos contrastados, o emprego de rádio-isótopos em Medicina, a tomografia computadorizada, a cineangiocoronariografia, a ple-tismografia, a termografia, o emprego do ultrassom, a eletroencefalografia, a ecocardiografia, a vetorcardiografia, a fisioterapia, a histopatologia, a espirografia, os estudos de imunopatologia e genética, os estudos de histoquímica, a microscopia eletrônica, a ultracentrifugação, a cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea, etc., devem ser consideradas como técnicas de atualização médica e, como tal, apoiadas e estimuladas.

A Medicina brasileira, com exceção de algumas especialidades, ainda ocupa plano inferior às atividades científicas nesse ramo da Ciência, praticadas em países mais desenvolvidos. Essa defasagem existe em decorrência das limitações existentes na fabricação de equipamentos médicos pelas indústrias brasileiras. A ausência de investimentos na pesquisa fundamental e aplicada, no que tange a esse tipo de aparelhagem, levou à situação de inferioridade do presente.

Ressalte-se que esse tipo de pesquisa somente poderá ser empreendido no âmbito de hospitais com disponibilidade de bons equipamentos e cujo corpo clínico esteja suficientemente motivado.

Análise da Função Saúde — A excelência do trabalho médi-

co somente poderá ser atingida mediante a integração harmo-
niosa e equilibrada de todos os elementos assistenciais par-
ticipantes. Em nenhum outro ramo de atividade humana a exi-
gência de elevado níveis de valores quantitativos se faz sen-
tir de uma forma tão profunda quanto na que se refere aos cui-
dados com a saúde.

Sob esse enfoque, o julgamento da qualidade e adequabili-
dade dos programas assistenciais de proteção e recuperação
da saúde poderia, para fins de correção administrativa, ser
analisado em função do desempenho e de outras ações setori-
ais desenvolvidas pelos diversos elementos afins e os resul-
tados avaliados em termos de custos/benefícios.

As dificuldades para a aferição qualitativa de custos/be-
nefícios, nesse caso, plenamente se justificam, pela ausên-
cia de uma interrelação paralela e progressiva e o padrão as-
sistencial recebido.

Formados de acordo com os princípios professados em nos-
sas Escolas de Medicina, com um aprendizado elitista e acadê-
mico, o médico brasileiro é um profissional voltado ao per-
feccionismo em sua formação e no seu trabalho. Assim sendo,
sua vida é específica, eletiva, diferenciada, e ele se man-
tém relutante na aceitação do princípio de que deverá renun-
ciar à sua condição de agente selecionado para alguns, em be-
nefício de todos.

Atividade complexa e de elevada intelectualidade, a prá-
tica da Medicina aparentemente se contrapõe à técnica empre-
sarial, transportada para as organizações de saúde, e que uti-
liza para aferição de rendimento, o desempenho consagrado no
binômio tarefa/hora.

O médico, quando compelido à execução de tarefas aparen-
temente restritivas à sua formação escolástica e capacidade
técnico-científica, tal como, o atendimento ambulatorial mas

sificado, reage energicamente, denotando a inadequação de nossa estrutura do ensino às condições assistenciais impostas pela atual conjuntura brasileira.

Por outro lado, o elevado número de escolas de Medicina hoje existentes no país, muitas delas sem as condições básicas necessárias ao ensino médico, e que foram criadas por injunções políticas ou interesses de grupos, deixam muito a desejar e não acenam com quaisquer perspectivas de melhoria nos padrões universitários.

Enveredando por esse mesmo caminho, a ação governamental incide nos mesmos erros, formando médicos para uma clientela eletiva inexistente, ao mesmo tempo em que pouca ou nenhuma atenção é dispensada à formação de profissionais da área de saúde, de nível médio, tão úteis na constituição das equipes de saúde e fundamentais na prática da Medicina hodierna.

Pressupondo-se que a qualidade do produto representa a essência do planejamento, muito deverá ser feito no sentido de uma dinâmica processual voltada, na função saúde, à substancial reformulação do ensino e ao aperfeiçoamento médico, tendo em vista as peculiaridades regionais brasileiras. Essas alterações devem abranger todo o ciclo evolutivo médico: na graduação, na pós-graduação, na especialização, no ensino e na pesquisa médica.

Em razão da necessidade e do direito à saúde, extensivo a todos os membros da comunidade, independentemente de sua condição social, e sobretudo pelo elevado custo dos serviços, devido à distribuição, às vezes generosa, feita pelo Estado, sob múltiplas formas, este foi, cada vez mais, obrigado a participar dos diversos programas assistenciais. No Brasil de hoje, a organização estatal arca com as maiores responsabilidades no setor saúde, empregando substanciais recursos humanos e de meios, principalmente financeiros, em um atendimento de

massa, a toda a população brasileira (INAMPS, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde).

É claro que essa ação abrangente de massificação médico-assistencial, adotada a nível de planejamento estratégico, sem o respaldo de uma infra-estrutura adequada, provocaria o surgimento de uma problemática na área da saúde, de influência bastante negativa, e caracterizada pela ambivalência perigosa e indesejável da contestada posição quantidade x qualidade.

Também é óbvio que essa atividade de saúde, desenvolvida de forma tão abrangente, só obterá êxitos se conseguir estruturar-se em níveis aceitáveis de qualidade. Atingidos esses objetivos, mais facilmente a opinião pública aceitaria a política governamental; consubstanciada pela interação harmoniosa dos dois campos conflitantes da Medicina estatizada - massificação x qualificação - presentes em todas as áreas de atividade médica: preventiva, curativa, reabilitadora e ocupacional.

A administração de uma organização de saúde está se tornando cada vez mais complexa e exigente. A multiplicidade de suas atividades em vários setores, a dispersão dos meios, a absoluta necessidade de pessoal qualificado e, sobretudo, a permanente insuficiência de recursos tornam a administração setorial uma função por demais criticável e, ao mesmo tempo, um desafio à competência gerencial e à criatividade dos técnicos.

O hospital, órgão básico do sistema assistencial, constitui nos tempos atuais, uma empresa altamente diferenciada, tanto em sua função técnica quanto em sua atividade hoteleira. A complexidade de suas unidades administrativas, o interrelacionamento entre grupos profissionais distintos, a magnitude do trabalho médico ininterrupto, a presença do homem enfermo, indefeso e carente, fazem do hospital um organismo vivo, dinâmico, pulsátil e extremamente conflitante.

A necessidade de um trabalho harmônico, eficiente, e eficaz, faz da administração hospitalar uma função bastante árdua, exigindo conhecimentos aprimorados, experiência, liderança e muita paciência. Não mais se aceita a prática de improvisações, de diletantismo e do amadorismo gerencial. O dirigente da organização deverá reunir primorosa formação técnica, inerente à profissão médica, somada a profundos e adequados conhecimentos da moderna administração hospitalar.

Assim sendo, a direção hospitalar ideal seria aquela que conseguisse reunir em uma só pessoa, o médico excelente e o excelente administrador. Ocorre, entretanto, que essa combinação não é muito factível nos tempos atuais.

O progresso do conhecimento humano, especialmente no campo das atividades médicas, exige, do profissional da Medicina a necessidade imperiosa da atualização permanente. Não bastam ao médico, o domínio da prática e a presença de uma sólida cultura científica. É fundamental que o conhecimento seja enriquecido a cada momento, a cada dia, e que a prática se aperfeiçoe através da absorção contínua da experiência universal.

Em nenhum outro ramo de atividade humana se manifestam, com tanto vigor, o caráter especulativo e o espírito criativo, como das atividades médicas. O hospital constitui-se, em todas as funções, num excelente laboratório de pesquisas científicas, humanas e sociais. A investigação e a pesquisa são fatores essenciais do conhecimento humano. Exercitá-las e cultivá-las é propósito permanente de qualquer instituição de saúde que vise a qualificação do produto de seu trabalho e ao aperfeiçoamento intelectual de seu Corpo Médico.

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

O Hospital como Sistema — O hospital é uma das estruturas mais complexas existentes na sociedade moderna. Como sistema, tem como entrada pessoas doentes que ao deixarem o hospital após serem submetidas a processos de diagnóstico e tratamento, são a saída do sistema.

Funcionando como sistema, ele necessita de insumos para o desenvolvimento de seu processo que são representados por recursos humanos, materiais, financeiros, instalações e equipamentos.

A demanda de serviços de saúde, conduz ao desempenho de diferentes funções que exige esforço conjunto das pessoas envolvidas e hoje o hospital tem como finalidade não somente a assistência ao doente mas também o ensino e a pesquisa (Fig. 3).

O hospital moderno não pode existir de maneira isolada. Deve funcionar coordenadamente com os subsistemas integrados para que seus objetivos possam ser atingidos. Esses subsistemas variam em complexidade e abrangência, dependendo do tipo do hospital e, assim sendo ele emprega grande número de profissionais de níveis e grau de especialização altamente diferenciados. Desse modo, os recursos humanos representam parte preponderante e vital para a prestação da atenção à saúde do paciente e, para que esta seja realizada com eficiência e eficácia, o hospital reúne uma série de serviços. As atividades desenvolvidas de maneira direta ao paciente são as atividades-meio que são denominadas também de funções administrativas. Em muitas das atividades desenvolvidas no hospital, as funções técnicas e administrativas têm que ser desenvolvidas paralelamente, sendo impossível que as atividades

CMNRJ-DIREÇÃO HOSPITALAR

GERÊNCIA TÉCNICA



técnicas possam ser realizadas com efetividade, sem o apoio racional e organizado de todos os subsistemas que integram o sistema hospitalar. Assim hoje, a estrutura do complexo hospitalar exige um ordenamento dos sistemas administrativos e assistenciais dentro de uma visão empresarial com um aperfeiçoado sistema de coordenação interna que atenda à diversidade dos trabalhos aí desenvolvidos (Fig. 4).

Basicamente, um sistema converte insumos (inputs) em produtos (outputs). Em um hospital, o paciente é o insumo-chave, mas o pessoal do corpo de saúde, o equipamento, o pessoal de apoio, o material, são todos uma parte do insumo total.

Ao examinarmos as funções hospitalares, o fluxo e tratamento do paciente, as atividades do subsistemas e as relações internas e externas, concluiremos ser a abordagem sistêmica vantajosa sob o aspecto de um quadro geral, tendo em vista as mudanças e o desenvolvimento organizacional ocorrido dentro do complexo hospitalar no mundo moderno.

A Função do Administrador — Regulamentada na última década, a experiência acumulada na especialidade de Administração Hospitalar, nos mostrou que o resultado das organizações estava intimamente ligado aos processos de administração e ao comportamento dos administradores.

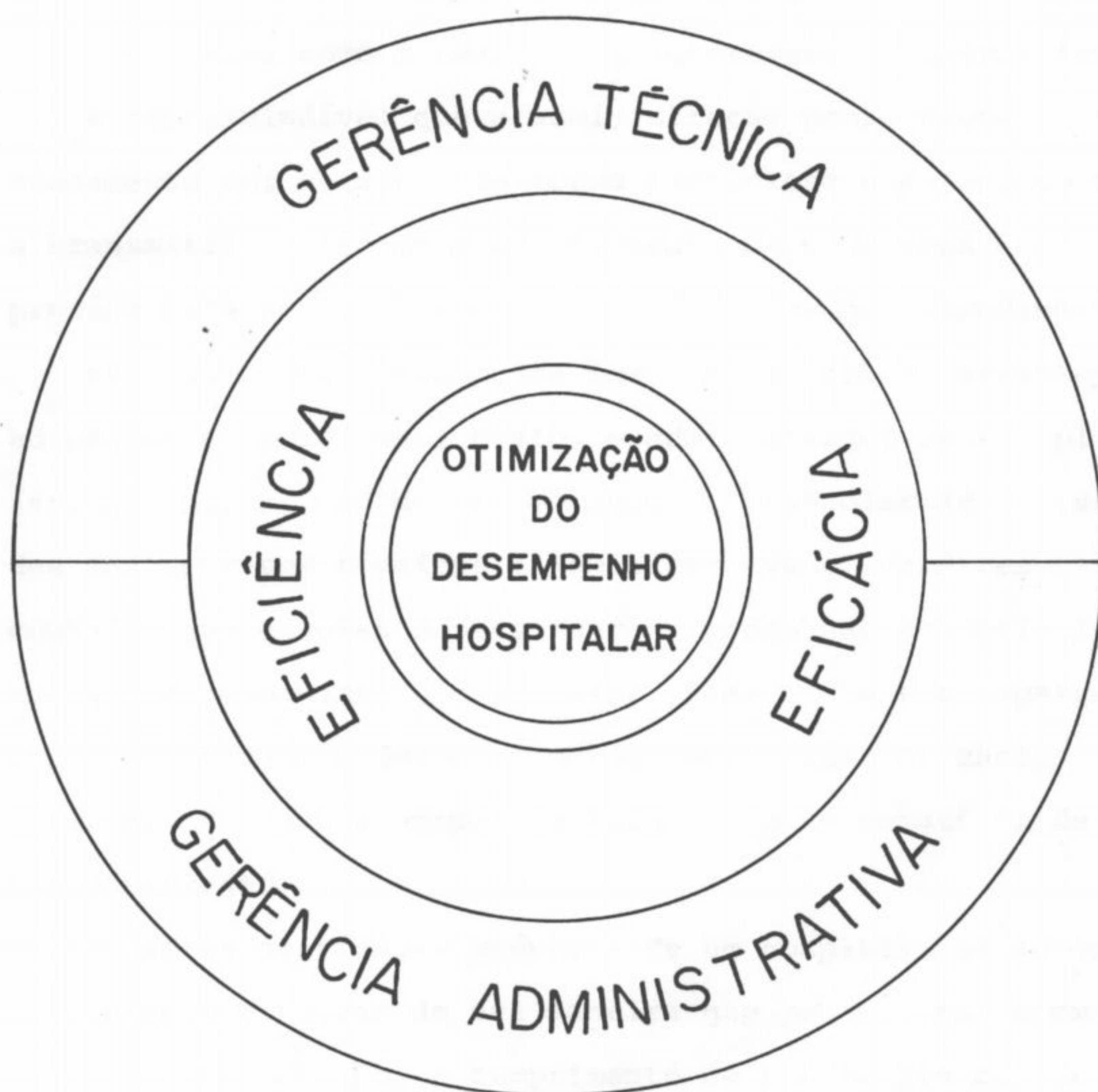
Administrar é coordenar, visando um objetivo comum. É identificar e resolver problemas.

A principal função do administrador é fazer com que as tarefas sejam executadas no menor prazo possível, com o menor gasto de tempo e energia. Ele é responsável pelo bom desempenho das finalidades de uma organização, pela maneira como elas serão levadas a termo, como serão conduzidos os programas, como poderão ser modificados à luz da experiência, como erguer o moral de todo o quadro de pessoal e mantê-lo alto,

FIGURA 4

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

GERÊNCIA OPERACIONAL



desde que todos façam parte da organização e participem dela em diferentes níveis.

Cada hospital tem suas características administrativas próprias e, portanto, irá usar métodos diferentes de organização. A administração de um hospital é muito semelhante à de qualquer outra organização, porém, a diferença sensível é que o produto final é a preocupação com a prestação de bons serviços ao paciente. O principal objetivo da administração deve ser a preocupação com a saúde física e mental do paciente, mantendo-o como o centro dos interesses da instituição.

É imprescindível que a administração proporcione o funcionamento dos serviços de forma harmoniosa e serena de modo a transmitir ao paciente o sentimento de confiança que ele precisa para sentir que está recebendo o melhor atendimento.

Para que o hospital possa fornecer a melhor assistência ao paciente, pelo menor custo, o administrador deve planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar as atividades dos serviços técnicos e administrativos. Vale ressaltar, contudo, que algumas dessas funções podem não ser privilégio somente da administração superior. Elas podem ser repartidas entre a cabeça e todos os membros com funções de chefia no hospital, de modo a compor um todo e não um somatório de partes desagregadas.

Todas as atividades próprias de um hospital, um administrador deve conhecer de tal maneira que possa ditar normas de execução. Entretanto, o cumprimento de uma tarefa ou de um conjunto de atividades segundo as ordens emitidas, é extremamente difícil e árdua. Cada pessoa representa um indivíduo com vontade própria, que tem direito a pensar de maneira diversa e, ao administrar não cabe somente comandar, mas também coordenar. A função do administrador é, em relação às pessoas, não só atender às necessidades delas e impedir sua in

satisfação no trabalho, mas também engajá-las e envolvê-las no todo, do qual realizam uma parte.

Todos os elementos que contribuem de forma direta ou indireta para que o hospital alcance seus objetivos, necessitam receber da administração, orientações claras e concisas. O hospital, além das características normais de qualquer empresa, tem aspectos próprios, que os torna extremamente diferenciados em relação a outras estruturas empresariais. Tem sob sua responsabilidade o trato com pessoas das mais diferentes personalidades e caráter, apresentando muitas vezes problemas decorrentes do convívio com pessoas portadoras de males físicos, psíquicos e sociais, a família e os visitantes, que freqüentemente buscam um meio de transgredir regulamentos e normas da instituição, nem sempre com o objetivo de efetivamente ajudar o paciente.

O entrosamento firme e decidido do administrador hospitalar com a direção do hospital, a equipe de saúde e o pessoal de apoio das atividades meio e fim, é um dos pontos fundamentais quando se pretende analisar a qualidade da assistência prestada por uma organização hospitalar.

O grande escritor e técnico em organização hospitalar norte-americano D. Michael Davis, diz que: "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 despesa¹".

Assim sendo, administração hospitalar é uma atividade bastante complexa exigindo para seu desempenho um profissional

¹Apud Carvalho, Lourdes de Freitas. Administrador Hospitalar. In: Revista Paulista de Hospitais: São Paulo XXI (8): 362-5. Ago/1973.

com características de personalidade incomum.

De acordo com Mac-Eachern,

"além da preparação adequada, o administrador deve ser possuidor de personalidade, tato e diplomacia, senso dos valores relativos, bondade, honestidade intelectual, capacidade de liderança, educação social, habilidade administrativa e outras mais. É indispensável também ter um bom senso especial-qualidade que não se aprende em nenhuma escola - para conduzir com sucesso o cargo que se propôs a desempenhar²".

A administração não pode ser estática e imutável. Exige transformação e, assim sendo, o administrador é também um educador. Quem educa transforma, acompanha a mudança das estruturas, dos sistemas, da instituição. Exige educação continuada. É fundir ontem, hoje e amanhã, transformando-o num presente, onde a confiança, a segurança, a ética, a valorização do homem em todas as linhas profissionais, sejam as bases para se obter melhores e mais manifestos resultados para a instituição.

Por tudo que foi exposto, podemos afirmar que o exercício pleno da função administrativa não pode ser exercida sem uma efetiva liderança em todos os níveis, desde o diretor até chefes de departamentos, divisões e seções. Cada um é administrador de seu grupo com atividades específicas e diferenciadas. Ele é responsável pelo desenvolvimento do pessoal e dos planos organizacionais estabelecidos, mantendo elevado o ânimo dos empregados, solucionando os conflitos, tomando decisões, delegando autoridade e responsabilidade, cumprindo o programa e modificando-o de acordo com sua experiência. Para a consecução desses objetivos é necessário reconhecer a necessidade de estreita cooperação para que o processo de desenvolvimento da administração seja uma contínua adaptação da tecnologia a uma instituição que lida com o maior valor do

²ibib. p.363

ser humano: sua própria vida.

A Formação do Administrador Hospitalar — A preocupação primeira que existe em toda organização hospitalar, no momento de escolher um administrador, diz respeito à sua formação e qualificação para o exercício do cargo. Hoje não existe em nosso país, hospital, por menor porte que tenha, que não sinta necessidade de contar com um administrador hospitalar para lidar com as várias atividades do serviço e para garantir um andamento contínuo e sereno das suas atividades.

Ao administrador cabe executar a política que foi traçada pelo órgão máximo do hospital, estabelecendo linhas de ação para que se consiga atingir as metas determinadas pela Direção sendo, portanto, imprescindível que possua a qualificação necessária, obtida através da realização de um Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Que o administrador hospitalar deve ser possuidor do título, através da realização de um curso de especialização, ninguém discorda, porém, se deve ser um profissional médico ou não médico, é um ponto que sempre suscita controvérsias.

Para Pacheco Pedroso o pioneiro da Administração Hospitalar no Brasil, "o administrador nos hospitais pequenos não necessita ser médico, porém nos hospitais maiores há conveniência em que ele seja médico³". Ele justifica seu ponto de vista dizendo que o Administrador deve desenvolver seu mister em tempo integral no hospital; sendo assim, um hospital de pequeno porte não poderá suportar o ônus de manter um médico-administrador, sendo ele, então, obrigado a exercer a clínica, fato que julga incompatível com a função de administrador, além de desviar o médico-administrador de sua atua-

³Apud Lamb, Paulo Lindolfo. O Administrador Hospitalar. In: Revista Paulista de Hospitais. São Paulo XIX(9):3-7, set/1971.

ção na gerência do hospital.

No dia 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. A justificativa para a criação desta nova habilitação foi a de que o hospital, um importante ramo da prestação de serviços que se reflete marcadamente na comunidade e na economia, vinha sendo dirigido no Brasil quase que totalmente por elementos que pouco ou nada sabiam sobre administração⁴.

A resolução estabeleceu um currículo mínimo com a duração fixada de forma idêntica ao de Administração de Empresas e permite que as pessoas já graduadas em outros cursos superiores, possam aproveitar as disciplinas já estudadas, complementando-as com as que faltam para obtenção do diploma de Bacharel em Administração Hospitalar. Desse modo, os diplomados em Ciências Médicas dificilmente poderão aproveitar suas disciplinas já cursadas. A justificativa da criação desta Resolução na verdade, não demonstra a realidade existente na administração dos serviços de saúde, cujas atividades multiprofissionais dizem respeito também à assistência a ser prestada ao paciente e não somente a operações de receita e despesa.

Sendo o administrador hospitalar, médico, enfermeiro, economista, advogado, ou mesmo com formação em administração, terá forçosamente deficiências no conhecimento de aspectos extremamente diferenciados que envolvem a administração do universo hospitalar. O médico terá deficiências nos aspectos contábeis, jurídicos, legais etc., os outros terão sua dificul-

⁴Marcondes, Reinaldo Cavalheiro. O Administrador Hospitalar: Sua formação e perspectivas profissionais. In: Revista de Administração de Empresas. Rio de Janeiro, 17(2): 23-8, Mar/Abr. 1977.

dade relacionada com aspectos técnicos e médicos.

Tendo o hospital duas atividades - atividade-fim e atividade-meio - podemos dizer que o administrador terá uma ampla atuação nesta última, porém, deverá ter em seu "staff", assessores que possam orientá-lo quanto a aspectos específicos que possa desconhecer em razão da formação profissional que possua.

O avanço tecnológico imprimido nas últimas décadas ao setor saúde, fez refletir-se a necessidade de contarmos com administradores profissionais qualificados para gerir, não só a administração de cúpula dos hospitais mas também sem dúvida alguma, para os níveis médios da complexa estrutura hospitalar.

Nos Estados Unidos, o Instituto de Administração da Saúde, da Universidade Estadual da Georgia desenvolveu o programa de um curso de bacharelado em Administração Hospitalar, dentro do curso de Administração de Empresas já existente nessa universidade, que tinha a finalidade de preparar pessoal para a média administração dos hospitais, lugares estes carentes de profissionais, que atuariam como assistentes de administradores. Os cursos até então existentes, eram a nível de mestrado e doutorado, orientando para posições de cúpula, não ficando ninguém em níveis intermediários.

O curso iniciou-se em 1965 e, até 1970, 39 estudantes já haviam recebido diploma de bacharel. Pesquisas realizadas mostram que, destes bacharéis, 50% estavam atuando na média administração e 20% se encaminhavam para os programas de pós-graduação em Administração de Saúde. Desde a época da pesquisa até o momento em que foi relatada esta experiência (1973) a universidade estava convencida do sucesso deste programa pois havia conseguido formar e reter pessoal para a média administração dos hospitais, e certificar-se que esse bacha-

rel tinha condições de desempenhar um excelente trabalho na média administração dos hospitais. Recomendava, portanto, que ele fosse difundido nos Estados Unidos⁵.

É provável que o modelo da Resolução nº 18, do Conselho Federal de Educação, tenha sido inspirado no programa daquela universidade americana, porém, poucos Estados em nosso país conseguiram implantar esse programa. Como o conteúdo curricular é bastante semelhante ao modelo americano é bem possível que os resultados sejam bons. No Brasil, as perspectivas para a absorção desse profissional, nos parecem bastante animadoras, tendo em vista as pressões econômicas que têm sido exercidas no setor saúde, refletindo a necessidade cada vez maior de os hospitais se organizarem como empresas exigindo, portanto, pessoal habilitado e qualificado para dirigi-los.

Esse bacharel que exerceria chefias de nível médio em grandes hospitais, ou chefias superiores em pequenos hospitais, sedimentaria sua posição em um campo de trabalho que exige não apenas formação mas também especialização.

Em nosso país, atendendo à Resolução nº 18, temos conhecimento da existência de um curso de bacharelado na Universidade Estadual do Ceará e, no Rio de Janeiro, na Faculdade São José.

A Faculdade Madeira de Lei, também no RJ, já está com todas as exigências cumpridas para iniciar seu curso em 1986. O bacharelado em Administração Hospitalar, é regido pelas mesmas regras do bacharelado em Administração de Empresas e ambos são a mesma coisa perante a legislação trabalhista, contudo, no momento nossa realidade mostra um mercado ainda fechado ao administrador hospitalar com salários infinitamente menores, o que não ocorre com o administrador de empresas quer

⁵ ibid. p.25-6

seja em empresa pública ou privada.

Outro problema importante a ser considerado, é a grande dificuldade que as faculdades encontram para a aceitação de estágios dos alunos nos hospitais, imprescindível para todo curso que se propõe a formar, tendo como consequência uma estrutura curricular que não enfatiza esta importante etapa no período de formação.

Ao analisarmos a realidade existente até o presente momento quanto à formação existente na área, quanto à aceitação de um profissional não médico na alta administração dos hospitais, concluimos ser da maior importância a qualificação em cursos de pós-graduação de profissionais de formações diversas, para atuar na alta e média administração em um contexto, onde há vidas humanas em jogo e que por isso mesmo, não pode prescindir de uma organização e de uma administração humanizadas.

O primeiro curso de pós-graduação do Brasil, foi o da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, criado em 1951.

No Rio de Janeiro a PUC, iniciou em 1961 um curso que funciona até hoje, tendo também a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, uma Universidade do Rio Grande do Sul e o Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde seguido esse exemplo.

O Ensino da Administração Hospitalar na Marinha — A Marinha sentindo a necessidade de especializar seu pessoal para atuar no novo Hospital Marcílio Dias, então em vias de ser inaugurado, ingressou efetivamente na área do ensino da Administração Hospitalar, em 1980, orientada nos preceitos e bases da moderna administração científica.

O ensino foi inicialmente desenvolvido através de 07 Cursos Expeditos e hoje, aprovado pela Portaria nº 0013 de 09 de

agosto de 1983, da Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha como equivalente a Curso de Aperfeiçoamento, objetiva qualificar Oficiais dos Quadros Complementares do Corpo da Armada, do Corpo de Intendentes da Marinha, bem como do Quadro de Oficiais Auxiliares da Armada, oficiais de outras forças e civis assemelhados, para organizar, administrar e racionalizar os procedimentos e rotinas das diversas unidades que constituem um hospital.

O curso é ministrado pela Escola de Saúde do Centro Médico Naval do Rio de Janeiro, tem a duração de 07 meses, com carga horária de 980 horas, realizado em tempo integral com 07 disciplinas que incluem as seguintes Unidades de Ensino: Planejamento de Saúde, Teoria Geral de Administração, Administração de Recursos Humanos e de Material, Custos Hospitalares, Bioestatística, Sistema de Informação Hospitalar, Relações Humanas, Arquitetura, Engenharia e Manutenção, Limpeza, Desinfecção e também Organização e Administração dos diversos Serviços e Unidades que compõem o hospital. Com turmas no máximo de 25 alunos, metade da carga horária é destinada à parte teórica e a outra metade para os estágios realizados no HNMD, desenvolvidos gradativa e concomitantemente à parte teórica. São realizadas visitas a outras organizações hospitalares da Marinha e Extra-Marinha, federais e da iniciativa privada, com a finalidade de desenvolver no aluno o espírito crítico e observador, indispensável à formação do administrador.

O curso se propõe, primordialmente, a formar e preparar o aluno para compreender a Administração Hospitalar, através do estudo, pensamento, visão e sobretudo vivência. Os procedimentos didáticos aplicados, destinam-se a orientar o ensino e a aprendizagem, desenvolvendo sua capacidade de análise, reflexão e síntese.

Aprender não é apenas a aquisição de conhecimentos, mas o uso e o desenvolvimento de todos os poderes, capacidades e potencialidades. A metodologia tem caráter ativo. É o aprender fazendo. Daí a importância em colocar os alunos frente a problemas, abrindo-lhes a oportunidade de enfrentá-los.

O modelo de ensino do curso, tem um papel desafiador no seu enfoque prático, porém sua execução não é tarefa fácil. O curso tem como objetivo, além da formação e desenvolvimento profissional, estimular o aluno a desenvolver sua capacidade criativa, sua inteligência em um campo, que exige constantes reformulações. É desenvolvendo profissionais abertos às mudanças, que a administração pode ser exercida com eficácia.

O Curso de Administração Hospitalar do Centro Médico Naval do Rio de Janeiro, assume enorme importância para todos aqueles que militam na área da Saúde e, de maneira indireta, presta um inestimável serviço à comunidade, que é quem recebe os benefícios advindos do progresso e do aperfeiçoamento do nosso sistema assistencial.

Diz Amado em seu Decálogo do Hospital Moderno que: "O Hospital é moderno se administrado por Especialista em Administração Hospitalar⁶".

Podemos concluir, com convicção, que a assertiva do conceituado autor, vem ao encontro, do desejo e da preocupação dos que atuam na área da Saúde, de poder contar com profissionais qualificados para atuar na média e alta administração e que somente um cuidadoso preparo profissional o tornará capaz de desenvolver suas múltiplas atividades.

⁶Amado, Gennyson. Temas de Administração Hospitalar. 2. ed. Rio de Janeiro, Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica, 1978, 430p.

CAPÍTULO 4

CONCLUSÕES

Inquestionavelmente, o CSM ressen-te-se da falta de administradores hospitalares, que possam preencher as lacunas existentes nas estruturas dos diversos setores de atuação do Sistema de Saúde, principalmente a rede nosocomial.

A utilização de Oficiais dos diversos Quadros do CSM e, atualmente, também do CAFRM através do QAFO, em funções administrativas, desviando-os de suas atribuições específicas, tem provocado sua desmotivação e descapacitação profissional.

O complexo hospitalar desenvolve atividades diretamente ligadas ao atendimento do paciente (atividade-fim) e reúne uma série de serviços indiretos de apoio (atividade-meio) que necessitam para funcionar como sistema integrado, de uma coordenação efetiva entre suas chefias.

O desempenho das atividades-fim, objetiva o bom atendimento ao doente - razão de ser do hospital, e é desenvolvido, principalmente, pela equipe médica e de enfermagem. Deve-se ressaltar que a enfermagem, já sobrecarregada no desempenho de suas atribuições junto ao paciente, é obrigada a dedicar substancial parcela de seu turno de trabalho na execução de tarefas de ordem administrativa, que muitas das vezes "roubam" daquele a atenção a que faz jús.

A realidade tem demonstrado que a grande maioria dos médicos, ocupando cargo de chefia, desconhece como administrar racional e organizadamente. De um modo geral, são refratários ao desempenho paralelo de funções técnicas e administrativas, transferindo freqüentemente esta última para a já demasiadamente solicitada equipe de enfermagem.

Hodiernamente, o complexo hospitalar, funcionando como empresa, necessita para o desenvolvimento pleno de suas ati-

vidades-meio, de uma equipe multi-profissional constituída de: Engenheiros, Economistas, Contabilistas, Físicos, Administradores, Analistas de Sistemas (Fig. 5), que exercendo funções de chefia na média administração desconhecem, na maioria das vezes, as peculiaridades inerentes ao ordenamento dos sistemas administrativos e assistenciais.

A Marinha do Brasil, dispõe em seus diversos Quadros Complementares, de Oficiais de formação profissional em diversas áreas técnicas e administrativas que, se devidamente qualificados, poderiam vir a atuar com pleno êxito na administração dos serviços assistenciais proporcionados pelo Serviço de Saúde da Marinha.

Reportando-nos à análise do hospital em sua moderna concepção, a figura do profissional de administração hospitalar impõe-se como elemento indispensável ao bom desempenho de suas funções, otimizando o atendimento aos seus usuários.

Os hospitais da MB carecem de profissionais especializados empenhados em atividades administrativas na média administração, sendo que, os poucos hoje atuando nessa área, não possuem a especialização necessária.

A análise da evolução dos Quadros Complementares demonstrou que a criação de mais um deles, não traria benefícios à Marinha, porquanto exigiria estudos aprofundados do fluxo de carreira e o emprego dos novos componentes em funções específicas (atualmente é grande o número de Oficiais QC desviados de função).

Outrossim, o planejamento, a regulamentação e a estruturação de um novo QC, especificamente para o CSM, exigindo recrutamento, seleção, admissão e treinamento, além de acrescentar mais uma grande preocupação à Administração Naval, ocasionaria um período demasiadamente longo, necessário à solução, a curto prazo, da carente situação em que se encon-

FIGURA 5

CMNRJ - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

GERÊNCIA ADMINISTRATIVA



tra, sob o aspecto administrativo, a média administração dos hospitais navais.

A Escola de Saúde do Centro Médico Naval do Rio de Janeiro mantém um Curso de Administração Hospitalar para Oficiais, equivalente a Aperfeiçoamento, que enfatiza a prática profissional nas diversas Unidades Hospitalares, proporcionando aos seus alunos a indispensável qualificação para o exercício da função.

Desse modo, sugerimos que, após estudos e avaliação quantitativa das necessidades, sejam aproveitados Oficiais pertencentes aos Quadros Complementares do CA, IM, EN e FN, do QO-AA bem como do CSM e do QAFO, como alunos daquele Curso, qualificando-os para o efetivo desempenho dessas atividades, com os mais positivos resultados.

Acreditamos, assim, haver contribuído de maneira objetiva na solução de um problema que vem afligindo o Sistema Gerencial da rede assistencial da Marinha em todo o território nacional.

ANEXO A

RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

1. Entrevista concedida pelo Exmº Sr. Contra-Almirante (Md) - Amihay Burlá, D.D. Diretor do Centro Médico Naval do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro, em 21 de maio de 1985.
2. Entrevista concedida pelo Exmº Sr. Contra-Almirante (RRm) - Ramon Gomes Leite Labarte, Ex-Diretor do Pessoal Militar da Marinha, no Rio de Janeiro, em 24 de maio de 1985.
3. Entrevista concedida pela Professora Drª Neyde Lopes de Castro Lobo, M.D. Coordenadora do Curso de Administração Hospitalar para oficiais, da Escola de Saúde, do Centro Médico Naval do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro, em 10 de junho de 1985.
4. Entrevista concedida pela Professora Drª Maria Rita de Castro e Cruz, Adjunto IV, Departamento de Patologia e Apoio Clínico do Hospital Universitário Antonio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, RJ, em Niterói, a 14 de junho de 1985.

BIBLIOGRAFIA

1. AMADO, Gennyson. Temas de Administração Hospitalar. 2. ed. Rio de Janeiro, Escola Médica de Pós Graduação da Pontifícia Universidade Católica, 1978, 430 p.
2. BRASIL, Escola de Guerra Naval. EGN-215A. Guia para elaboração de teses e monografias. Rio de Janeiro, 1981.
3. _____. Escola de Guerra Naval. FI-219. Guia para a elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro, 1981.
4. _____. Decreto nº 50.782, 12/jun/1961 - Diário Oficial, Brasília, DF, aprova o Regulamento para os Quadros Complementares dos Corpos da Armada, de Fuzileiros Navais e de Intendentes da Marinha.
5. _____. Decreto nº 65.312, de 09/out/1969, Diário Oficial, Brasília, DF, 10/out/1969, Regulamenta o Decreto-Lei nº 610, de 04/Jun/1969, que criou os Quadros Complementares de Oficiais da Marinha de Guerra.
6. _____. Decreto nº 75.160, de 30/dez/1974, Diário Oficial, Brasília, DF, 31/dez/1974, aprova o Regulamento para a Diretoria de Saúde da Marinha.
7. _____. Decreto nº 91.183, 03/abr/1985 - Diário Oficial, Brasília, DF, 08/abr/1985. Aprova o Regulamento para os Quadros Complementares de Oficiais da Marinha, reorganizados pela Lei nº 7.301, de 29/mar/1985.
8. _____. Decreto nº 91.184, 03/abr/1985. Diário Oficial, Brasília, DF, 08/abr/1985. Fixa os efetivos dos Quadros Complementares de Oficiais da Marinha.
9. _____. Decreto-Lei nº 610, de 04/jun/1969, Diário Oficial, Brasília, DF, 06/jun/1969. Cria Quadros Complementares de Oficiais da Marinha de Guerra.
10. _____. Lei nº 3.885 - 02/fev/1961. Diário Oficial, Brasília, DF, 02/fev/1961. Cria, no Ministério da Marinha, os Quadros Complementares dos Corpos da Armada, Fuzileiros Navais e Intendentes da Marinha.
11. _____. Lei nº 5.983 - 12/dez/1973. Diário Oficial, Brasília, DF, 14/dez/1973. Altera o Decreto-Lei nº 610, de 04/jun/1969, que criou os Quadros Complementares de Oficiais da Marinha.
12. _____. Lei nº 6.229, de 17/jul/1975, Diário Oficial, Brasília, DF, 18/jul/1975, dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde.
13. _____. Lei nº 7.301, 29/mar/1985 - Diário Oficial, Brasília, DF, 01/abr/1985. Reorganiza os Quadros Complementares de Oficiais da Marinha, criados pelo Decreto-Lei nº 610, de 04/jun/1969, alterado pelas Leis nºs 5.983, de 17 de dezembro de 1973, e 7.152, de 1º de dezembro de 1983.

14. BRASIL. Ministério da Marinha Gabinete do Ministro. Portaria nº 0161, de 25 de janeiro de 1983. Aprova a "Política Básica da Marinha". Reservado.
15. CARVALHO, Lourdes de Freitas. Administrador hospitalar. In: Revista paulista de hospitais. São Paulo. XXI(8): 362-5 Ago/1973.
16. CHIAVENATO, Idalberto. Introdução a teoria geral de administração, 3ª ed. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1983, 617 p.
17. HAMPTON, David R. Administração contemporânea: Teoria, Prática e Casos. São Paulo, Editora Mc Graw-Hill do Brasil Ltda, 1981, 370p.
18. LAMB, Paulo Lindolfo. O administrador hospitalar. In: Revista paulista de hospitais. São Paulo, XIX(9):3-7, set/1971.
19. MACHLINE, Claude et alii. O hospital e a visão administrativa contemporânea. Coordenador Ernesto Lima Gonçalves. São Paulo. Livraria Editora Pioneira, 1983, 282p.
20. MARCONDES, Reinaldo Carvalheiro. O administrador hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais. In: Revista de administração de empresas. Rio de Janeiro. 17(2):23-8, mar/abr 1977.
21. MARQUES, Ayres da Cunha. Administração para médicos. São Paulo, Mc-Hill Editores Incorporador Ltda, 1981, 161p.
22. OLIVEIRA, Byron Barbosa de. A função logística saúde. Rio de Janeiro, EGN, 1981. Conferência proferida no C-CEM, em 30 de março de 1981.
23. PERRONE, Oberdam. Publicação científicas. Rio de Janeiro, 1974, 94p.
24. RIBEIRO, Horácio Martins. Preparo do administrador hospitalar. In: Revista paulista de hospitais. São Paulo. VII(10): 23-5, out/1959.
25. SALOMON, Délcio Vieira. Como fazer uma monografia -Elementos de metodologia de trabalho científico. 6. ed. Belo Horizonte, MG, Interlivros, 1979, 317p.
26. SCHULZ, Rockwell & Johnson, Alton C. Administração de hospitais. São Paulo. Livraria Pioneira Editora, 1979 345p.
27. SOUZA, L.C. Soares Meireles - Patrono do Serviço de Saúde. Revista brasileira de medicina Rio de Janeiro, 1973 vol. 30.
28. TAPPAN, Frances M. Administração hospitalar. Tradução de Ida Rosenthal [e] Caio Rosenthal. São Paulo. EDART. Ed. da Universidade de São Paulo, 1976. 174p.

29. VARELA, Manoel & Nunes L.P. Elementos de administração hospitalar. Rio de Janeiro, Diretoria de Saúde da Marinha, 1972.
30. WAHRLICH, Beatriz M. de Souza. Uma análise das teorias de organização. 3 ed. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1974. 175p.

ESTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO NA ÚLTIMA
DATA CARIMBADA

6 ABR 88			
14 ABR 88			
16 MAI 88			
10 JUN 88			
15 JUN 90			
27 JUN 90			
26 JUN 91			
18 JUL 91			
25 AGO 1993			
27 AGO 1997			



00006310000067

Quadro Complementar do Serviço

2-A-12

MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL
Biblioteca

Serrão, Manoel Alberto Raymond
o

Quadro Complementar do Serviço
de Saúde da Marinha proposição
o

2-A-12

DEVOLVER NOME LEIT.

(67/86)

Serrão, Manoel Alberto Raymond
O

Quadro Complementar do Serviço
de Saúde da Marinha proposição

O TÍTULO
2-A-12

(67/86)

1 NOV 86

Manoel Alberto Serrão

24 DEZ 86

CC SAYÃO

24 MAR 87

CMG GUSTÃO

14 ABR 87

Renovado S/ @pres.

6 ABR 88

por cntz JOSE COSTA

14 ABR 88

RENOVADO EL APRES.

16 MAI 88

Monteiro

10 JUN 88

por cntz CMG José Costa

15 JUN 90

CPEM

27 JUN 90

CMG (nd)

26 JUN 91

por cntz CMG (nd)

18 JUL 91

menegon

RETIROU EM

NOME DO LEITOR

25 AGO 1993

Am B eng(mo) se(mo)

27 AGO 1997

EDUARDO WERNER *EW*