

## ESCOLA DE GUERRA NAVAL

Curso ..... C-PEM/91 .....

Partido ..... - .....

Solução do ..... P-III-4 (Mo) MONOGRAFIA .....

Apresentada por

.....  
JOSÉ MARCOS CORDEIRO.....  
Capitão-de-Mar-e-Guerra (Mo).....  
NOME E POSTORIO DE JANEIRO

19.91.....

ADMINISTRAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE

JOSÉ MARCOS CORDEIRO  
Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)

MINISTÉRIO DA MARINHA  
ESCOLA DE GUERRA NAVAL

1991



GN-00009576-7

CAD ACERVO

75078

EXEMPLAR

99131

**Prezado Leitor**

Ao retirar o material bibliográfico, você se torna responsável por ele. Esperamos que faça bom uso e que tenha cuidado, pois se houver qualquer dano ou extravio do mesmo, você será o responsável pela reposição.



**TEMA:** ADMINISTRAÇÃO NAS AÇÕES DE SAÚDE

- Tópicos a abordar:**
- Definição de saúde; elementos componentes de um Sistema de Saúde.
  - Administração Hospitalar: discussão das funções administrativas aplicadas às características de um hospital moderno.
  - O administrador hospitalar: médico ou não médico; exemplos de outros países.
  - Análise crítica da administração no Serviço de Saúde da Marinha.

**PROPOSIÇÃO:** Estudar os elementos componentes de um Sistema de Saúde. Discutir as funções administrativas aplicadas às características de um hospital moderno. Proceder a análise crítica da administração do Serviço de Saúde da Marinha e apresentar sugestões para aprimorá-lo.

## ÍNDICE

	FOLHA
Introdução .....	IV
CAPÍTULO 1 - SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE .....	1
- SEÇÃO I - CONCEITO DE SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO .....	1
- SEÇÃO II - TEORIA DOS SISTEMAS .....	3
- SEÇÃO III - ELEMENTOS COMPONENTES DE UM SISTEMA DE SAÚDE .....	5
- SEÇÃO IV - O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA .....	6
- SEÇÃO V - SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA .....	22
CAPÍTULO 2 - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR .....	27
- SEÇÃO I - O HOSPITAL DE ONTEM E DE HOJE .....	27
- SEÇÃO II - A FUNÇÃO ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL MO- DERNO .....	29
CAPÍTULO 3 - O ADMINISTRADOR HOSPITALAR .....	36
- SEÇÃO I - MÉDICO OU NÃO MÉDICO .....	36
- SEÇÃO II - EXEMPLOS DE OUTROS PAÍSES .....	38
CAPÍTULO 4 - ANÁLISE CRÍTICA DA ADMINISTRAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA .....	40
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES .....	45
ANEXO A - MORTALIDADE INFANTIL X "RENDA PER CAPITA" EM PAÍSES DO 3º MUNDO .....	A-1
ANEXO B - RELAÇÃO NUMÉRICA ENTRE USUÁRIOS SSM/MDF .....	A-2
BIBLIOGRAFIA .....	A-3

## INTRODUÇÃO

"Se um homem não sabe para que porto se dirige, nenhum vento lhe será favorável".

(Sêneca)

O pensamento do filósofo Sêneca retrata bem a Administração das Ações de Saúde em vários países do mundo que, como o Brasil, neste momento, enfrentam crises de que não têm conseguido sair sem grandes dificuldades por falta de objetivos claros e bem definidos.

Apesar de concordarmos que é de vital importância que, administrativamente os objetivos de qualquer ação devam ser previamente bem definidos, não basta ficarmos sonhando com um modelo ideal e sim fazê-lo cumprir na íntegra, não bastando estarem eles claros e bem definidos.

De uma maneira geral, as ações de saúde no plano mundial guardam relação com a renda "per capita" de cada país.

No Brasil, os problemas sociais se agravam dia a dia e os recursos disponíveis para a saúde são escassos. Vemos com isto um quadro crítico com repercussões negativas para a população não por falta de definição mas, pelo não cumprimento eficiente das mesmas.

Dentro desse enfoque, o autor analisa as ações de saúde no plano mundial, dando um enfoque particular ao Serviço de Saúde da Marinha (SSM).

## CAPÍTULO 1

### SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE

#### SEÇÃO I - CONCEITO DE SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO

A evolução de "ausência de doença", para "bem estar físico e mental", hoje "bem estar físico, mental e social", nos mostra a abrangência do significado de saúde. Reflete o equilíbrio do ser humano na sociedade como um todo. O crescimento e o desenvolvimento harmônico de uma sociedade refletem a saúde como fonte criadora de riquezas.

Na reunião internacional realizada em 1978, em Alma-Ata, na Rússia, com a participação de 134 países, foi de notável clareza o reconhecimento, pela Organização das Nações Unidas (ONU), de que a saúde depende de um desenvolvimento econômico e social, e, para o mesmo, também contribui (03:01). Com base nessa assertiva, a ONU recomenda que:

"... nos cuidados primários de saúde, incluam, entre todos, a medicina preventiva das doenças prevalentes; princípios básicos de higiene; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização contra as doenças infecciosas; promoção de saúde mental; e fornecimento de medicamentos essenciais". (19:VI).

A Conferência de Alma-Ata infundiu uma consciência social aos níveis nacional e comunitário, como fator fundamental de desenvolvimento humano, e reconheceu que cabe às pessoas o direito e o dever de participar do processo de aprimoramento e manutenção de saúde, assumindo a responsabilidade pelo seu bem estar. E, consciente de que o êxito de qualquer programa assistencial de saúde depende de um apoio logístico adequado, recomendou que "os governos assegurem a criação de eficientes serviços de natureza administrativa, assistencial e de manutenção, abrangendo todas as atividades no campo dos cuidados pri-

mários, ao nível comunitário".

A importância para o mundo, da Conferência de Alma-Ata sobre saúde, aduziu um novo critério de assistência, a fim de reduzir o distanciamento dos "assistidos" e os "carentes", de obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde , propiciando a todos o desfrute de uma vida social e economicamente ativa.

Apesar da Conferência de Alma-Ata ter proposto, em 1978 , "Saúde para todos no ano 2.000", a Comissão Internacional de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento (1990), observou que a saúde do mundo piorou na última década. Embora tenha sido verificado na Conferência de Avaliação, realizada em Riga, também na União Soviética, em 1988, que houve uma melhora "na consciência sobre cuidados primários de saúde", os indicadores mostram uma piora efetiva nas condições de saúde (21:2). Essa piora é relacionada, principalmente, à crise econômica da década de 80 na América Latina, Ásia e África; nesses continentes menos desenvolvidos, o produto interno bruto caiu, em média , de 4 para 1,7% e os investimentos em saúde foram cortados em até 50%.

Os principais desafios relacionados à saúde em geral, a serem enfrentados no último decênio no século vinte, principalmente nos países em desenvolvimento, podem ser situados em dois planos em meu entender: político-administrativo e técnico científico. O primeiro, se caracteriza pela decisão dos governos de colocarem a saúde e a educação como prioridades nacionais absolutas, traduzidos em recursos para a atenção primária, secundária e terciária à saúde, integrados a nível horizontal (assistência plena) e vertical (campanhas de vacinação, tratamento em massa e seletivo de endemias, controle de vetores e reservatórios doméstico) e educação básica. No segundo plano técnico - afiguram-se como: estudos para otimização do

desempenho dos serviços de saúde, com maior eficiência e o menor custo possível; a utilização racional dos conhecimentos existentes na prevenção das doenças infecciosas; investimentos em pesquisa para controle de endemias; o aperfeiçoamento das vacinas existentes; e o desenvolvimento de novas vacinas.

É importante assinalar que, sob a ótica dessa visão universal do conceito de saúde, a Marinha participa através de seu Sistema de Saúde, proporcionando assistência primária, secundária e terciária de forma regionalizada e hierarquizada e que, para melhor compreendê-la, o autor achou por bem, através dos conhecimentos sobre "Teoria dos Sistemas", na próxima seção, projetar os "Elementos Componentes de um Sistema", seção III, no atual Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

## SEÇÃO II - TEORIA DOS SISTEMAS

As idéias sobre a Teoria de Sistemas começaram a surgir entre 1950 e 1957, através do biólogo Ludwig von Bertalanffy (05:13). Definiu ele "um sistema" como sendo "um organizado ou complexo "todo" pela montagem ou combinação de "coisas" ou "partes"". Esses conceitos vieram a ser conhecidos através das publicações da "Human Biology" e da "Science", editadas nos Estados Unidos, onde Ludwig afirmava que os "sistemas" cobrem um amplo espectro do nosso meio físico, biológico e social.

As concepções de "sistema" tiveram por base a idéia de que havia, no mundo, uma tendência para integração das ciências sociais com as ciências naturais, como um meio de se alcançar uma unidade no desenvolvimento das ciências. Seus conceitos, além de estabelecerem as diferenças entre "sistemas fechados e abertos", foram realmente revolucionários, pois a ciência até então era encarada como se seus vários campos fossem estanques, tendo influenciado grandemente os enfoques clássicos, do meio científico, que consideravam a organização hospitalar um

sistema fechado.

Em sua conceituação teórica, o sistema apresenta, como uma de suas propriedades, grande elasticidade de aplicação. Ao ser conceituado como um "conjunto ordenado de elementos inter-relacionados, cujas propriedades características também mantêm a mesma inter-relação e concorrendo para um objetivo comum", sua aplicação abrange um sem-número de coisas e fenômenos. Sendo assim, o corpo humano será um sistema, como será a rede de comunicação telefônica de um município. As organizações administrativas de saúde são sistemas e essa qualidade que racionaliza o padrão de interligação de seus elementos componentes é que impede que uma entidade seja uma massa informe, desconexa ou incoerente. Assim, o propósito das técnicas organizacionais será, em última análise, a construção de um sistema e seu subsistema. A conceituação acima é, por conseguinte, um conceito dinâmico. Isto permite visualizar a diferença das expressões "Serviço de Saúde" e "Sistema de Saúde" freqüentemente confundidas e indistintamente empregadas para nomear instituições de concepção, natureza e características diferentes.

"Serviço de Saúde" pode ser definido como um conjunto de meios (humanos e materiais, aqui incluídas edificações e instalações) de que dispõe certa instituição, para prestar assistência médico-hospitalar a uma determinada população; já o "Sistema de Saúde" significa a interligação e a interdependência desses meios, operando de acordo com certas leis e métodos, de maneira a produzir efeitos predeterminados (25:47). Assim sendo, o Serviço de Saúde caracteriza a condição estática do conjunto, enquanto o Sistema de Saúde, sua condição dinâmica, ficando a avaliação do desempenho do conjunto condicionada ao estudo comparativo dos resultados obtidos, como os fixados por um sistema considerado ideal na administração das ações de saúde.

É importante assinalar que cada parte do conjunto pode ser

vista como um sistema menor ou subsistema, inter-relacionado com os demais subsistemas do conjunto. Esse elo de ligação traz o conceito da hierarquia de sistemas. Por outro lado, o sistema é parte integrante de um sistema maior, denominado metassistema ou macrossistema. Por seu caráter dinâmico, visto acima, o sistema pode ser programado ou regulado. Esses ajustes são de fundamental importância para o equilíbrio entre os diversos sistemas.

### SEÇÃO III - ELEMENTOS COMPONENTES DE UM SISTEMA DE SAÚDE

A partir da década de 1970 é que se começou a falar em sistemas, no Brasil. Hoje, constitui lugar-comum nos campos econômicos e sociais. Na medicina naval, a palavra foi empregada pela primeira vez pelo Almirante Gerson S. Pinto Coutinho, em 1975, quando falava sobre os fundamentos para a estruturação de um modelo assistencial mais eficiente, mais coordenado e, portanto, mais integrado.

Os componentes de um sistema constam de quatro elementos com um dispositivo de retroalimentação ("Feedback"), a alça cibernética. Os quatro elementos constitutivos são: 1) A entrada ("input"); 2) o processamento; 3) a saída ("output"); 4) retroalimentação.

A entrada ("input") constitui o aporte do meio externo em direção ao sistema, isto é, do metassistema para o sistema. Compreende os insumos (materiais, recursos humanos, financeiros, etc) e os usuários (clientela e/ou instituições).

O processamento engloba o conjunto de operações ou transformações efetuadas no interior do sistema e consiste, essencialmente, na atuação das instituições portadoras de serviços ou distribuidoras de bens de saúde (OM hospitalares e para-hospitalares).

A saída ("output") constitui o resultado final da atuação

sistêmica, e em linhas gerais, representa os benefícios prestados aos usuários.

A retroalimentação ("feedback") exprime um fluxo de informações que é tirado do processo e analisado, para impor ou não ações corretivas.

Na figura nº 1 é apresentado um modelo esquemático dos elementos componentes de um sistema.

Portanto, através da entrada ("inputs"), processo ou transformação, saída ("output") e novo ciclo, busca-se a estabilidade, que é uma condição necessária para a organização se proteger dos efeitos ambientais. É a preservação do sistema em sua essência. O corpo humano é citado como um sistema biológico, que pode manter uma estabilidade em sua temperatura interna, apesar de as condições ambientais externas provocarem índices superiores ou inferiores a ela (homeostase). Da mesma forma, a necessidade de readaptar ao meio induzirá a organização a procurar dominar as forças ambientais, para adquirir recursos essenciais à sua sobrevivência. Nessa busca de controle ambiental, o sistema aberto vai se expandindo e crescendo, pela procura cada vez maior de energia até o equilíbrio dinâmico. Os mecanismos de retroalimentação ("feedback") são importantes para ajustar o sistema, o que é feito através da coleta de informações (sensores do sistema), da transmissão destas aos órgãos responsáveis por sua análise (analisadores do sistema), da avaliação dos recursos obtidos e do comando dos ajustes necessários (gerente do sistema).

#### SEÇÃO IV - O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) constitui a parte dinâmica do Serviço de Saúde, os elementos. Os elementos de um sistema anteriormente considerados serão aqui aplicados, para compreendermos, na prática, o SSM, que basicamente consiste em um

FIGURA Nº 1

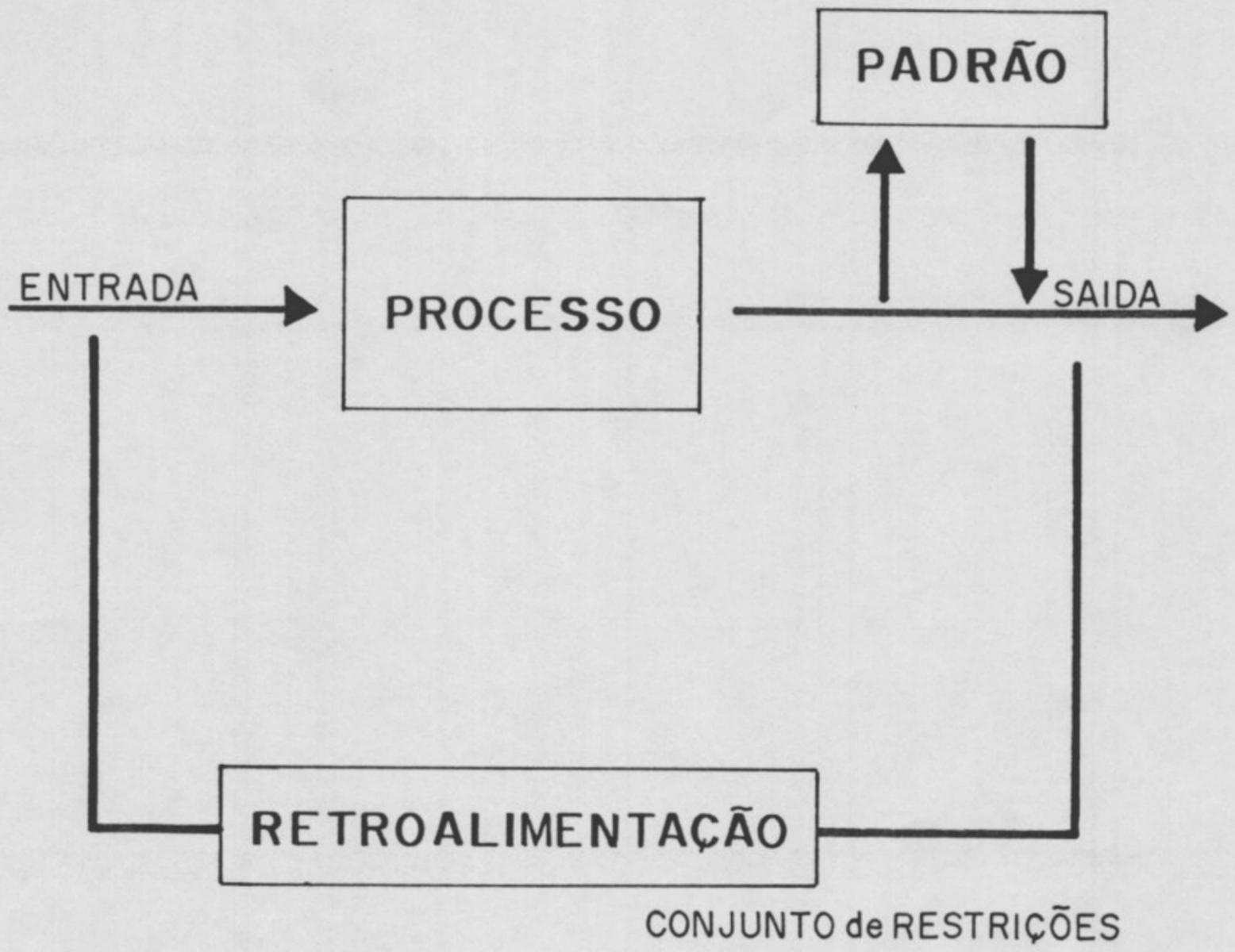


FIG. 1— ELEMENTOS COMPONENTES DE UM SISTEMA ABERTO

fluxo de insumos e de pessoas usuárias do sistema, enfermos ou não (ENTRADA), que sofrem uma ação técnica específica nas instituições de saúde (PROCESSO) e prevenindo-se de doenças ou transformando-se em pessoas sadias e reabilitadas ou não (SAÍDA).

O resultado final representa a fonte principal para análise da qualidade do sistema através da coleta de informações (RETROALIMENTAÇÃO).

Na Marinha, o SSM é constituído por três subsistemas: Pericial, Operativo e Assistencial. Para a execução das atividades dos três Subsistemas, a Diretoria de Saúde conta com um conjunto estruturado e organizado de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, físicos e de informações, hierarquicamente distribuídos pelo território nacional, para prover o desempenho de suas atividades, em cumprimento à Política e Diretrizes do Ministro da Marinha, através da Portaria nº 0482 de 29 de junho de 1989.

Os recursos humanos empregados pelo SSM são de diferentes categorias funcionais, alimentados por um "sistema formador de pessoal", extra-naval e naval, no qual desempenham papel importante a Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias, os Centros de Instrução e as Escolas de Formação da MB. A Escola de Saúde ministra, para o pessoal militar subalterno, os cursos expeditos de curta duração, o de Auxiliar de Enfermagem - correspondendo a especialização de marinheiros e soldados fuzileiros navais - e o Técnico de Enfermagem, que corresponde ao aperfeiçoamento para sargentos enfermeiros. Os sargentos aperfeiçoados desenvolvem Cursos Técnicos Complementares tais como: Técnicos em Banco de Sangue, Laboratório, Radiologia, Próteses, etc. Ao pessoal de nível superior são oferecidos cursos de Internato em Medicina, Residência Médica, Funções Técnicas Avançadas (C-FTA).

É bom salientar que a planificação de recursos humanos não se restringe apenas à sua formação e qualificação profissional, mas atinge também a movimentação de pessoal.

Os recursos financeiros destinados ao SSM são obtidos através de um instrumento de planejamento - o Plano Diretor - que se constitui em um orçamento programa, que operacionaliza os vários objetivos para atender às necessidades da Marinha, definindo e orientando as ações nos seus diversos escalões. O Plano Básico Hotel (PB "H") contém os programas e projetos do setor saúde. Assim, a contratação de serviços médicos a terceiros é feita pelo Projeto H-01-2034 - Atividades Padronizadas, H-01-8052 - Homólogo, H-01-4052 - Material de Consumo, H-04-2028 - Aquisição de Material de Consumo de Saúde, H-05-2030 - Aquisição de Equipamentos e Material Permanente de Saúde, H-05-2051 e Pesquisa Biomédica, H-06-2057.

Devemos considerar outros Planos que atendem o SSM:

Plano Básico "D" (DELTA) para Material Comum;

Plano Básico "I" (ÍNDIA) Gastos de Ensino;

Plano Básico "N" (NOVEMBER) Assistência Religiosa e Cultural

Plano Básico "Q" (QUEBEC) Pagamento de Estagiários; e

Plano Básico "Z" (ZULU) Transporte Pessoal Civil.

Todos os recursos aplicados se originam de várias Fontes de Recursos (FR) a saber:

- FR - 001 - Provê recursos para Projetos de Investimentos e atividades das OM. São créditos concedidos em Plano de Ação, sendo um valor fixado pelo Estado-Maior da Armada (EMA), que corresponde a 2,4% dos recursos totais para o SSM, e outro extraído da multiplicação do total de usuários por fatores de custos individuais, que corresponde a 30,6% dos recursos. A admi-

nistração dos recursos é exercida pela DSM e COPLAN;

- FR - 115 - Provê recursos para Projetos de Investimentos e Atividades das OM. São créditos oriundos do FUSMA, através de descontos compulsórios de militares da ativa, inativos e dependentes e que correspondem a 54% dos recursos disponíveis. A administração dos recursos é exercida pela DSM e COPLAN;
- FR - 525 - Provê recursos para Projetos de Atividades FR - 625 não Padronizadas das OM. São créditos obtidos das indenizações médico-hospitalares e é de desconto compulsório dos usuários do SSM;
- FR - 25032 - Provê recursos para Projetos de Atividades não Padronizadas das OM. São créditos advindos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). É administrado pela DSM/DAdM; e
- FR - 657 - Provê recursos para Projetos de Atividades Padronizadas do LFM. São créditos oriundos da arrecadação de Produção Industrial. A administração dos recursos é exercida pela DSM e DAdM e que corresponde a 10% dos recursos globais do SSM.

Os recursos tecnológicos se destinam a assegurar a presença, no momento e local adequados, dos suprimentos, componentes e equipamentos necessários para o eficiente funcionamento do SSM, através dos seus profissionais de saúde, na execução de técnicas de diagnóstico e tratamento, bem como sua produção de medicamentos dentro das normas de quantidade e qualidade, ao menor preço possível. Para tal, é necessário que se relacionem a um "sistema industrial", alimentado no âmbito naval e extra-

naval, no qual se encontram o Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM) e o Depósito de Material de Saúde. O abastecimento de material abrange as funções logísticas de procura, obtenção, guarda, conservação, distribuição e recuperação. O material comum é fornecido pela Diretoria de Abastecimento da Marinha (DAbM) e adquirido mediante recursos alocados nos diversos Planos Básicos. O abastecimento de material de saúde está afeito à DSM e tem como órgão executante o LFM. No que tange ao material de consumo de saúde, as OM foram agrupadas em categorias, às quais correspondem cotas físicas, definidas de acordo com o pessoal e as instalações de saúde de que dispõem. A dotação de material permanente de saúde é função de parecer técnico especializado de comissões, que avaliam as necessidades mediante critérios de custos/benefícios.

Os recursos de informações são de primordial importância para a administração em uma das mais complexas empresas que se conhece - o Hospital.

As informações têm como objetivo oferecer suporte ao processo decisório. Nos hospitais do SSM sempre se deu ênfase ao registro, no prontuário médico, das ocorrências relacionadas à história da vida do paciente e de sua doença, constituindo um excelente meio de informação médica. Mais recentemente, o SSM passou a utilizar a informática no controle de estoques de material de consumo de saúde, no Hospital Naval Marcílio Dias e demais OM do SSM. Esse passo constitui um avanço muito importante para a gerência de material. Isto certamente possibilitará, num futuro bem próximo, a implantação de um Sistema de Informações mais abrangente. Nesse campo, na opinião do autor, há dois sistemas: o de Informações Gerenciais (SIG) e o de Informações Médicas (SIME), para o aprimoramento administrativo, produzindo indicadores mais confiáveis, respostas mais ágeis e melhores resultados. Todavia, ainda são usados processos ma-

nuais, nos Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do SSM, com recursos humanos pouco qualificados.

Conforme anteriormente citado, a atividade-fim do SSM compreende 3 subsistemas, que a seguir serão descritos em pormenores.

Subsistema Pericial - tem por objetivo a seleção, manutenção e controle da higidez dos componentes de todos os Corpos e Quadros da Marinha. Podem, entretanto, ser submetidos à Inspeção de Saúde:

- a) militares da ativa e inativos da MB e de outras corporações, inclusive estrangeiros;
- b) candidatos à admissão aos Corpos e Quadros da MB, à prestação de Serviço Militar Inicial (SMI), aos Órgãos de Formação da Marinha Mercante e à obtenção de carteira de marítimo;
- c) civis em atividade ou não sob regime estatutário;
- d) dependentes de militares e civis;
- e) ex-combatentes; e
- f) outros.

O subsistema pericial orienta-se nos mesmos princípios de regionalização, hierarquização e integração conforme descrição a seguir:

a) Órgão de Coordenação e Controle

- O Hospital Central da Marinha (HCM) - que coordena, integra e normatiza o subsistema através do Centro de Perícias Médicas (CPM) e da Junta Superior de Saúde da Marinha (JSSM), bem como supervisiona e controla a forma e o conteúdo dos atos periciais executados através do Auditor do Sistema, oficial médico do CSM, designado pelo Diretor do HCM;

b) Unidades Executivas Centralizadas

- A Junta Superior de Saúde da Marinha (JSSM) - preside em caráter permanente o subsistema pericial da MB e aprecia,

em Grau de Recurso Extraordinário ou de revisão, as inspeções de saúde determinadas pelo Ministro, Diretor-Geral de Pessoal e Diretor de Saúde da Marinha. É constituída por quatro membros natos (Diretor do HCM, Vice-Diretor do HCM, Chefe do CPM e o Auditor do Sistema) e um Secretário designado por ato administrativo do Diretor do HCM.

- Junta Especializada de Saúde (JES) - tem por finalidade inspecionar clientela específica que exija, para tal, o emprego de metodologia e tecnologia próprias (submarinistas, escafandristas e aeronavegantes). A Junta Especializada de Saúde para o Pessoal Submarinista (JESSB) e a Junta Especializada para o Pessoal Aeronavegante (JESPA) são constituídas por três oficiais médicos do CSM, sendo no mínimo dois deles especializados em Medicina Submarina e Medicina de Aviação para vincular à finalidade da Junta.

#### c) Unidades Executivas Regionais

- Junta Superior Distrital de Recursos (JSDR) - são as juntas de saúde de maior precedência em âmbito distrital. Existe apenas uma em cada Distrito Naval (DN) e no Comando Naval de Brasília (CNB) e são formadas por cinco membros do CSM, sob a presidência do mais antigo. Efetua inspeções de saúde em Grau de Recurso Ordinário ou de Revisão e outras previstas em instruções permanentes específicas.

- Junta Regional de Saúde (JRS) - são as juntas regulares do subsistema pericial. Recebem o nome da cidade onde se situam e realizam todo o tipo de inspeções de saúde (exceto as de atribuição da JSSM, JSDR e JES). Fazem parte três médicos, preferencialmente do CSM, sob a presidência do mais antigo, obrigatoriamente oficial médico do CSM.

#### d) Unidades Executivas Locais

- Junta Auxiliar de Saúde (JAS) - são juntas criadas para exercer algumas das funções da JRS, sempre que o volume de

serviço destas o justifique. Exercem jurisdição sobre militares e civis das OM onde se localizam, bem como de OM próximas, desde que especificados em ato administrativo. São compostas por três médicos, preferencialmente do CSM, sob a presidência do mais antigo, obrigatoriamente oficial médico do CSM.

- Junta Temporária de Saúde (JTS) - são juntas com atribuição de inspecionar clientela específica e limitada; exercendo temporariamente as finalidades que lhes forem conferidas pelos atos administrativos de suas criações e extinguindo-se automaticamente após a realização das tarefas a que se destinaram. São compostas por três médicos, sendo no mínimo um do CSM, o qual exercerá a sua presidência.

- Médico Perito Isolado (MPI) - são médicos militares ou civis da MB, investidos por atos administrativos da autoridade a que estiverem subordinados, para exercerem funções médico-periciais de sua competência, conforme instruções permanentes específicas. Executam as perícias menores e rotineiras das OM previstas na legislação vigente.

Vale ressaltar que a presidência de junta de saúde é função privativa de oficial médico do CSM, com exceção da JSSM, das JSDR e das JES; as juntas de saúde, na ausência absoluta de número suficiente de médicos do CSM na área, poderão ter sua constituição complementada por oficiais médicos convocados para o Serviço Militar na Marinha (RNR), por médicas do CAF, por médicos civis do Quadro e Tabela Permanente do Ministério da Marinha, ou por médicos militares de outras Corporações.

Subsistema de Medicina Operativa - cuja finalidade é dar apoio logístico de saúde às Operações Navais, na paz, na guerra, em estados de calamidade pública e na ocorrência de sinistros. Utiliza-se, para isso, de conhecimentos e técnicas padronizadas, visando a facilitar, disciplinar e sistematizar a medicina em setores especializados e específicos.

A medicina operativa exige, dos que a ela se dirigem, o conhecimento médico convencional e também a familiarização com peculiaridades inerentes às condições de trabalho em belonaves, tropas e ambientes inóspitos, em situações normais e de emergência, bem como a vontade e a habilidade em adquirir conhecimentos especiais. Exercida inicialmente de forma isolada nos vários setores operativos da Marinha, a assistência médica operativa vem se integrando como subsistema, através da atuação do Centro de Medicina Operativa (CMOP), localizado no Hospital Central da Marinha (HCM), mediante o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento de ações conjuntas com os hospitais navais e outras instituições não ligadas diretamente às atividades operativas, mas que a elas possam prestar apoio.

Na opinião do autor, a mudança de localização do CMOP para o HNMD possibilitaria uma maior agilização do apoio logístico de saúde às operações navais, pelo fato deste hospital constituir no centro operativo do SSM e fornecer médicos para as equipes operativas.

As atividades e os setores da Medicina Operativa, são os seguintes:

- a) Medicina de Aviação;
- b) Medicina de Submarino;
- c) Medicina de Operações Anfíbias;
- d) Medicina de Guerra Nuclear;
- e) Medicina de Defesa Química;
- f) Medicina Glacial;
- g) Odontologia Operativa; e
- h) Farmácia Operativa.

A Medicina de Aviação - trata dos problemas médicos do homem em relação ao meio e atividades aéreas. É desenvolvida em três núcleos da MB: Junta Especializada para Pessoal Aeronavegante (JESPA), que faz a seleção e controle da higidez dos ae-

ronavegantes; Departamento de Saúde do NAeL Minas Gerais, que apóia o pessoal da aviação embarcada; e Departamento de Saúde da Base Aérea Naval de São Pedro D'Aldeia (BAENSPA), que apóia os Esquadrões e o Centro de Instrução e Adestramento Aeronaval (CIAAN).

A Medicina de Submarino e Mergulho - trata dos problemas médicos de adaptação do homem em atividades submarinas. É desenvolvida na Junta Especializada para o Pessoal Submarinista (JESSB), que faz a seleção e o controle psico-físico dos submarinistas e apóia o Centro de Instrução e Adestramento Almirante Átila Monteiro Aché (CIAMA) e pelo Serviço de Medicina Hiperbárica do HNMD.

A Medicina de Operações Anfíbias - trata do apoio logístico de saúde aos combatentes que participam das Operações Anfíbias. Estas condições exigem das equipes de saúde perfeito planejamento, elevado grau de adestramento, recursos e instalações adequadas e compatíveis com a operação e seu desenvolvimento, visando a: reduzir o número de baixas, através da prevenção e tratamento de doenças e lesões acidentais; atender pronta e eficazmente o militar doente ou ferido; e recuperá-lo no menor prazo de tempo possível, a fim de capacitá-lo a retornar às atividades. É desenvolvida nos Departamentos e Divisões de Saúde das OM do CFN e apoiada pelo CMOP e demais organizações do SSM.

A Medicina de Operações Navais de Superfície - trata do apoio logístico de saúde aos navios da Esquadra. As atividades a bordo, com ambientes limitados e locais confinados, apresentam condições de ventilação e temperatura aquém do desejável, predispondo, naturalmente, a maiores riscos de acidente e insalubridade. É necessário, portanto, manter a tripulação hígida e continuamente selecionada, alimentação adequada e um rigoroso controle sanitário ambiental. Nas situações de combate, a

estanqueidade imposta ao navio limita a movimentação de equipes de saúde, devendo, neste caso, o primeiro atendimento ser efetuado pelo companheiro mais próximo e com os recursos disponíveis no local. Isto exige um adestramento em primeiros socorros de toda a guarnição e a correta distribuição do material de saúde nos diversos compartimentos de bordo, além de equipamentos individuais. É exercida pelos oficiais médicos embarcados nas unidades operativas da Esquadra, dos quais são exigidos conhecimentos e prática de pronto socorro, medicina do trabalho, técnica de ensino, higiene e profilaxia.

A Medicina de Guerra Nuclear - cuida dos problemas médicos e para-médicos ocasionados pela liberação, para o meio ambiente, de níveis de radioatividades ou de materiais radioativos superiores aos permissíveis à saúde do homem, seja essa liberação acidental ou intencional. É desenvolvida no CMOP, com o apoio do Serviço de Medicina Nuclear e das diversas clínicas do HNMD, caracterizando uma assistência multidisciplinar.

A Medicina de Defesa Química e Biológica - tem por objetivo a prevenção e tratamento das doenças causadas por agentes químicos e biológicos de guerra. Na guerra biológica são utilizados agentes (microorganismos) que variam segundo a virulência e patogenia, causando baixas, destruição de fontes de recursos econômicos (plantações e rebanhos), comprometendo o esforço de guerra do inimigo. Na guerra química, utilizam-se gases, cujos efeitos levam danos ao homem, causando incapacidade temporária, prolongada ou até a morte. É desenvolvida no HNMD.

A Medicina Glacial - cuida dos problemas de adaptação do homem ao meio e atividades glaciais. É desenvolvida pelos oficiais médicos embarcados no Navio de Apoio Oceanográfico Barão de Teffé e na Estação Antártica Comandante Ferraz.

A Odontologia Operativa - tem por objetivo a prevenção e o tratamento dos problemas odontológicos em campanha. É desenvol

vida no HCM e apoiada pela OCM.

A Farmácia Operativa - cuida do apoio logístico às equipes médico-cirúrgicas envolvidas em atividades operativas. É desenvolvida no HCM e apoiada pelo LFM.

O subsistema Assistencial - tem por finalidade e responsabilidade a prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) e Odontológica de natureza preventiva, curativa e reabilitadora aos usuários do SSM. A AMH é prestada de forma regional, hierarquizada e integrada, como preceitua a Portaria Ministerial nº 0601, de 29 de junho de 1987.

Regionalização - consiste na distribuição dos serviços assistenciais em áreas geográficas definidas, levando em conta a localização dos habitantes, recursos humanos e os meios de mobilização. Para alcançar a comunidade naval, dispersa em todo o território nacional, o sistema opera não apenas com suas organizações próprias mas também utiliza a assistência apoiada pelo serviço de saúde de outras Forças Armadas, bem como dos setores públicos e privados, mediante convênios e contratos. Destarte, existem nos Distritos Navais (DN) OM, denominadas Unidades Chaves (UC), que manejam recursos especificamente alocados para custear a assistência apoiada. As Unidades Chaves Hospitalares (UCH) são responsáveis pela assistência em âmbito distrital, as não hospitalares dão apoio às áreas afastadas da rede distrital.

Hierarquização - consiste na ordenação dos serviços assistenciais em níveis organizacionais de complexidade crescente, com base na demanda, na frequência nosológica e na adequação às necessidades dos usuários. A incidência das enfermidades mostra que:

Cerca de 70% das doenças são freqüentes e de fácil solução, tendo elevada probabilidade de afetar qualquer indivíduo.

Essas enfermidades ocorrem repetidamente em comunidades pequenas, de até 20.000 habitantes, e exigem cuidados essencialmente ambulatoriais a que se convencionam chamar assistência primária.

Aproximadamente 20% das enfermidades têm prevalência menos comuns, mas não rara, com probabilidade mais baixa de acometer um indivíduo mas com incidência considerável em populações de 20.000 a 200.000 pessoas - como fraturas, queimaduras, emergências diversas, etc - e seu tratamento requer pessoal especializado e/ou internação em hospitais gerais, o que caracteriza a assistência secundária.

Aproximadamente 10% das enfermidades consideradas de gravidade maior são relativamente raras, com incidência significativa somente em populações superiores a 200.000 habitantes. Aqui podemos citar as enfermidades oncohematológicas (enfermidades malignas do sangue), as enfermidades que necessitam transplantes de órgãos, os procedimentos cirúrgicos nas enfermidades cardiovasculares, os procedimentos neurocirúrgicos, a assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), etc - e que necessitam assistência dita terciária, isto é, altamente especializada e prestada em hospitais dotados de grandes recursos.

Consequente, os serviços do SSM foram organizados em torno da idéia de prestação de serviços progressivos, de modo a trazer benefício para a eficiência, custo e qualidade.

Integração - os serviços, embora graduados em diferentes níveis, são intrínscas e fundamentalmente analógicos em face de todas as unidades do sistema desempenharem suas atividades de conformidade com normas comuns, desenvolvendo um trabalho inter-institucional perfeitamente integrado. Assim, verifica-se a destacada ação da DSM em todo o território nacional e, no âmbito regional, por exemplo (1ª DN), o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

A atividade-meio compreende dois subsistemas: Gerencial e Logístico.

Subsistema Gerencial - tem como finalidade administrar os serviços e atividades do SSM, de modo a satisfazer as necessidades dos usuários, mediante o manejo adequado das possibilidades de atender a elas. O centro gerencial é a DSM, cujas atribuições abrangem:

a) Administração Geral, vale dizer, planejamento, organização, direção, coordenação e controle dos serviços e atividades de saúde da MB;

b) Superintendência de meios (recursos humanos, materiais e financeiros);

c) Assessoramento técnico-científico ao Órgão de Direção Superior (ODS) e Ministro da Marinha.

Na organização administrativa atual do Ministério da Marinha, a DSM está subordinada à Diretoria-Geral de Pessoal da Marinha (DGPM), apresentando uma estrutura departamental que obedece aos princípios de divisão de trabalho.

A coordenação dos serviços de saúde dos Distritos Navais e CNB é desempenhada pelo oficial médico mais antigo prestando assessoria como Oficial de Estado-Maior.

Subsistema Logístico - deve obter os meios previstos para atender de modo adequado ao SSM, contribuindo significativamente com parcelas dos insumos que afluem para o Sistema. Prover os meios de modo adequado significa fornecê-los na qualidade especificada, na quantidade necessária, em tempo oportuno e no lugar requerido, de modo a realmente proporcionar as condições exigidas pelo SSM.

Destacam-se, aqui, as seguintes unidades:

a) A Escola de Saúde, que funciona como um Departamento do HNMD, tem como finalidade a preparação de pessoal especializado, de diferentes níveis, a fim de suprir as necessidades de

recursos humanos do SSM. Na Escola de Saúde são ministrados:

- estágios para alunos de nível médio e superior de escolas e instituições que mantêm convênios com a MB;
- cursos expeditos para serventes, cozinha, lavanderia hospitalar, etc;
- cursos de especialização em enfermagem (auxiliar de enfermagem);
- cursos de aperfeiçoamento em enfermagem (técnicos de enfermagem);
- cursos de administração hospitalar;
- internato para acadêmico do 6º ano de medicina;
- residência médica;
- cursos de aperfeiçoamento para oficiais de diversas especialidades médicas, odontológicas e farmacêuticas; e
- cursos de função técnica avançada (mestrado), etc.

b) Instituto de Pesquisas Biomédicas do HNMD - onde se pesquisa nas áreas clínica e cirúrgica, desenvolvendo-se e aprimorando-se novas técnicas de grande interesse para o SSM; e

c) Laboratório Farmacêutico da Marinha - constitui uma unidade industrial que fabrica medicamentos essenciais para a Marinha, além de estocar e distribuir material de saúde adquirido no comércio.

Todas as atividades anteriormente relatadas constituem o PROCESSO do SSM.

O Produto, que constitui a saída do processo, representa a qualidade do desempenho do conjunto e, é aí, que se deve dirigir as atenções de todo o administrador para o estudo analítico através da monitorização dos resultados obtidos e compará-los com os fixados por um sistema considerado ideal na administração das ações de saúde.

Os dados estatísticos são de fundamental importância para uma análise criteriosa e servem para auferir a importância dos

resultados obtidos dos subsistemas assistencial, pericial e operativo; como por exemplo, os dados fornecidos pelo Centro de Perícias Médicas (CPM) à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) para análise final.

A retroalimentação ("Feedback") que exprime o fluxo de informação que é tirado e analisado para impor ou não ações corretivas, ações essas, de importância capital no processo decisório.

É importante salientar três tipos de informações:

- a) a informação de entrada;
- b) a informação do processo; e
- c) a informação da saída.

A informação de entrada fornece os elementos essenciais para conhecimento da demanda dos serviços e as necessidades sentidas dos usuários, detectando ou não os problemas e suas causas.

Um exemplo prático é correlacionar o número de consultas em uma determinada clínica feita por um profissional na unidade de tempo. A obtenção desses dados nos permite prever para prover melhor assistência, evitando efeitos indesejáveis.

A informação do processo fornece os elementos estatísticos abrangendo conhecimentos sobre insumos, recursos gastos e serviços produzidos, dando indicações sobre a eficiência do sistema do ponto de vista econômico.

A informação de saída que torna evidente os resultados obtidos em termos de metas alcançadas e indicam a eficácia do sistema.

O fluxo de informação nas diferentes OM é o seguinte:

a) os serviços de saúde dos navios e OM terrestres coletam e transmitem informações à DSM;

b) os ambulatórios periféricos coletam e transmitem informações às Organizações Hospitalares às quais integram;

c) as Organizações Hospitalares coletam, fazem análise e transmitem informações à DSM; e

d) a DSM recebe e analisa os dados, planeja e faz o orçamento das ações a empreender, emite instruções, normas, planos, programas e projetos, desencadeia fluxos financeiros e de insumos para atender as necessidades identificadas.

#### SEÇÃO V - SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA

Constitui a Diretoria de Saúde da Marinha o Órgão de Direção, responsável pelo planejamento, orientação, coordenação e controle das atividades de saúde nos seus aspectos técnicos e gerenciais.

O Órgão de Direção foi criado pelo Decreto nº 18.506, de 27 de abril de 1945 com o nome de Diretoria de Saúde Naval e modificado para Diretoria de Saúde da Marinha através do Decreto nº 44.780 de 06 de novembro de 1958. Teve, como seu primeiro Diretor, um vulto da nossa História Médica Nacional, o Dr. Joaquim Cândido Soares de Meirelles (1797-1868).

A Diretoria de Saúde da Marinha é subordinada à Diretoria-Geral de Pessoal da Marinha (DGPM) e, esta, por sua vez, está subordinada ao Estado-Maior da Armada (EMA).

Cabe à DSM a execução da Política de Saúde de acordo com a Política e Diretrizes do Ministro da Marinha sob a orientação do DGPM e EMA.

A supervisão funcional é exercida pela DSM, sob todas as OM que lhe são subordinadas e sob os Departamentos, Divisões, Seções e Serviços de Saúde das demais Organizações Militares.

Na área de jurisdição do Primeiro Distrito Naval (1º DN) encontram-se diretamente subordinada à DSM, quatro OM do Subsistema Assistencial: o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), a Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG), a Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) e a Odontoclínica Central da

Marinha (OCM). O Hospital Central da Marinha (HCM), abrigando os Órgãos Coordenadores e Controladores das atividades de Perícias Médicas e de Medicina Operativa, que também é órgão executor de parcela do Subsistema Pericial, através das Juntas de Saúde e das ações de saúde adotadas em situações operativas na área do 1º DN. Um Subsistema Logístico e de Produção e Distribuição de Medicamentos que é o Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM).

Existem outras organizações de saúde que se encontram sob a esfera de influência de outras OM:

1 - Sanatório Naval de Nova Friburgo (SNNF) - cuja destinação é ao atendimento de pacientes portadores de pneumopatias, em especial a tuberculose pulmonar.

2 - Posto de Atendimento Médico da Esquadra (PAMESQ) - presta assistência médica às OM e navios atracados no complexo de Mocanguê;

3 - Hospital do Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro (HAMRJ) - presta atendimento aos militares e civis da OM; e

4 - Departamentos e Divisões de Saúde de navios e OM terrestres.

Nos demais Distritos Navais e Comando Naval de Brasília existem:

1 - Hospitais Distritais - são hospitais de pequeno e médio porte, apresentando de 40 a 70 leitos, dispendo de clínicas e serviços diversos, localizados nas sedes dos Distritos Navais (exceto o de Recife e o de Rio Grande).

2 - Ambulatórios - merece destaque o Ambulatório Integrado ao Hospital Naval de Salvador em pleno funcionamento, o Ambulatório de Rio Grande e o de Florianópolis, ambos localizados no 5º DN.

Na área do 1º DN merecem destaque as seguintes OM:

1 - Hospital Central da Marinha - localização dos Centros

de Perícias Médicas e de Medicina Operativa que são Órgãos de Coordenação e Controle do Subsistema Pericial e Medicina Operativa, respectivamente. Possui também um ambulatório. O HCM é dirigido por um Contra-Almirante Médico.

2 - Hospital Naval Marcílio Dias - cuja finalidade é de promover a assistência médica a níveis primário e secundário, em sua área de influência geográfica; receber os pacientes, em estado de emergência, procedentes da PNNSG e de seus ambulatórios periféricos; promover a assistência médica em nível terciário para todo SSM; promover a formação de Recursos Humanos para a área de saúde através de sua Escola de Saúde; promover o desenvolvimento da pesquisa através do seu Instituto de Pesquisas Biomédicas; prestar apoio ao atendimento do usuário em clínicas conveniadas; constitui na Unidade-Chave Hospitalar na área do 1º DN; e é o hospital de base da cadeia de evacuação.

O HNMD constitui um hospital moderno pois as suas funções se acham voltadas para a prevenção, reabilitação, ensino e pesquisa.

Para o cumprimento de sua missão, o HNMD possui uma Unidade de Pacientes Externos (ambulatórios), Unidade de Pacientes Internos, Unidade de Emergência, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Unidade de Geriatria e Longa Permanência e vários Serviços de Apoio.

Para movimentar esta estrutura, necessita de recursos humanos civis e militares, em qualidade e quantidade suficientes para dar uma assistência digna ao ser humano. No contexto de pessoal é onde reside a maioria das queixas por parte dos Chefes de Clínicas e dos próprios usuários do SSM.

O HNMD é dirigido por um Contra-Almirante Médico.

3 - Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória - é responsável pelo atendimento ambulatorial na área do 1º DN e tem como subordinados uma rede de ambulatórios periféricos situados

na Penha, Ilha do Governador, Campo Grande e Niterói. A PNNSG é dirigida por um Contra-Almirante Médico.

Os ambulatorios estão distribuídos em zonas de maior densidade populacional. Os serviços prestados pela rede de ambulatorios são os de medicina e odontologia, em áreas básicas como pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia (pré-natal) e dentisteria. A PNNSG reúne os ambulatorios da área básica com os especializados, além dos serviços complementares como os laboratórios e radiodiagnósticos.

4 - Unidade Integrada de Saúde Mental - Constitui um hospital de médio porte (70 leitos) para dar assistência a pacientes portadores de enfermidades da esfera psiquiátrica. É dirigida por um Capitão-de-Mar-e-Guerra Médico.

5 - Odontoclínica Central da Marinha - é o órgão responsável pelo atendimento odontológico especializado. É dirigida por um Capitão-de-Mar-e-Guerra Cirurgião-Dentista cuja subordinação está diretamente ligada à DSM. Todos os atendimentos são realizados a nível ambulatorial na OCM. Os atendimentos que necessitam de internação são encaminhados à Clínica Buco-Maxilo-Facial do HNMD.

6 - Laboratório Farmacêutico da Marinha - é um Órgão de Execução ligado à Produção e Distribuição, tendo por missão básica fabricar produtos químicos e farmacêuticos destinados ao SSM; executar a perícia de matéria-prima e controle de material fabricado; propor padrões para os produtos fabricados ; acompanhar o progresso científico e tecnológico de armazenagem e distribuição do material médico-cirúrgico, odontológico e farmacêutico para todas as OSM.

As OM hospitalares possuem autonomia financeira, e, através de seus próprios recursos fazem a obtenção de suas necessidades de material de consumo e material permanente de saúde no LFM, CEME ou comércio e estocam e controlam o seu próprio

material.

As OM não hospitalares são apoiadas pela DSM para as suas atividades de saúde.

O LFM é dirigido por um Capitão-de-Mar-e-Guerra Farmacêutico.

## CAPÍTULO 2

### ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

#### SEÇÃO I - O HOSPITAL DE ONTEM E DE HOJE

As funções de qualquer instituição devem, em tese, ser função de sua conceituação e de seus objetivos. Por isso, na análise das funções do hospital moderno, torna-se necessária a busca da definição do que seja a instituição hospitalar, no mundo contemporâneo.

De acordo com documentos da ONU, "o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais".

Essa conceituação é a atual; no passado, porém, o hospital constituía um "depósito de doentes pobres". Sua finalidade era mais social do que terapêutica, pois os conhecimentos, na época, eram mais sobre o doente do que sobre a doença. Isto se constituiu em um motivo para que a medicina e os médicos fossem caminhando na busca de conhecimento sobre fisiopatologia (alteração do organismo pela doença) e, principalmente sobre a causa das diferentes afecções. A descoberta de agentes microbianos e o conhecimento da etiologia (causa das doenças) permitiram um novo avanço na evolução dos hospitais; que passaram a ser locais destinados aos doentes com infecção, que necessitassem de cuidados especializados, que só poderiam ser efetuados em regime de internação.

Novas descobertas científicas no campo da virologia e imunologia propiciaram novos avanços no domínio das enfermidades infecciosas, muitas das quais já estão praticamente erradica-

das das comunidades. Uma comunhão perfeita entre a ciência e a tecnologia, resultando daí as vacinas e seus benefícios sociais. Em todas essas conquistas, houve pouca participação dos hospitais.

Novos caminhos foram se delineando, levando a uma divisão da medicina tradicional em duas áreas, tudo por força do progresso: a medicina preventiva e a medicina curativa. A primeira, mais abrangente, porque se relacionava com a população como um todo; iniciava os conceitos de saúde pública e, em consequência, o surgimento de um outro tipo de instituição, as unidades de saúde pública. A segunda, menos abrangente, representava a assistência médica nos hospitais.

O hospital e as unidades de saúde não se integraram em seus objetivos. O primeiro, mesmo quando podia desenvolver atividade preventiva, não o fazia, e as últimas, inversamente, apenas participavam de programas de atendimento direto às populações doentes. Essa situação gerou um entrave na implantação do Sistema Nacional de Saúde por muitos anos. Hoje, o panorama é outro e o Sistema Único de Saúde começa a frutificar através da integração em âmbito nacional.

Essa crise de identidade paulatinamente vem sendo superada, fruto do reconhecimento de que todas as organizações de saúde precisam integrar-se num amplo sistema, onde as atividades e as responsabilidades sejam distribuídas racionalmente. Assim, podemos visualizar uma segunda fase de evolução dos hospitais, que consiste em atuar em todo espectro de serviços de saúde, desde a prevenção até a reabilitação, e que seus cuidados médicos devam dirigir-se à população como um todo.

As funções que um hospital moderno deve dispensar às comunidades, para estabelecimento da eficácia, da eficiência, da efetividade, enfim, da produtividade, são:

a) concretizar a prestação de atendimento médico e comple-

mentar aos enfermos em regime de internação;

b) desenvolver atividades de natureza preventiva;

c) participar em programas de natureza comunitária;

d) atribuir ao hospital moderno a sua integração ativa no sistema de saúde;

e) participar na formação de recursos humanos para a área de saúde;

f) preservar e estimular a atividade profissional das pessoas; e

g) participar no desenvolvimento de pesquisas.

Não caberá aqui a análise das funções acima, e, sim, demonstrar em que se constitui o hospital nos dias atuais, sua complexidade e seus desafios administrativos.

## SEÇÃO II - A FUNÇÃO ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL MODERNO

Conforme assinalamos na seção anterior, o hospital moderno evoluiu de uma forma isolada, no passado, para uma forma integrada, dentro de um sistema coordenado de unidades médicas que se inter-relacionam para garantir a saúde coletiva. O hospital passa a constituir um sistema, com diversos subsistemas que se integram, para que sejam atingidos os objetivos finais do primeiro.

Esses subsistemas variam em número, complexidade e abrangência, dependendo do tipo e das finalidades do "sistema-hospital". O paciente é o núcleo mais importante do hospital, em torno do qual irá se desenvolver toda a organização desse sistema. Todo trabalho relacionado diretamente ao paciente, com o propósito de diagnóstico e tratamento de sua enfermidade constitui atividade-fim, representada pela função técnica. Inversamente, todo trabalho indireto constitui atividade-meio, e que representa a função administrativa. Caberá aqui a discussão das funções administrativas, no contexto de um hospital go

vernamental, regionalizado e hierarquizado.

O hospital é uma organização complexa, com características próprias, que o diferenciam de outras instituições; muitas áreas funcionais são interdependentes e se inter-relacionam, necessitando um funcionamento eficiente de todos os seus componentes, de maneira a compor um todo, e, não, um somatório de partes desagregadas.

O hospital é uma organização humanitária, que persegue seus objetivos através de atividades colaborativas, proporcionando cuidados adequados aos pacientes, dentro dos limites dos conhecimentos médicos e organizacionais e dos recursos institucionais, normalmente escassos.

Para que o hospital possa fornecer a melhor assistência ao paciente, pelo menor custo, às funções de planejamento, de organização, de direção ou comando, de coordenação e de controle são essenciais.

A função de planejamento é a fase inicial do processo; tem início muito antes de que o primeiro paciente seja admitido no hospital.

Do conhecimento adquirido ao longo dos anos, sabemos que as constantes mutações sofridas numa instituição hospitalar, tanto internamente quanto em suas relações com o ambiente exterior, têm exigido grandes esforços, por parte de um extenso número de técnicos, que se dedicam ao estudo da administração e do planejamento de hospitais. O leque de variáveis inclui, desde a clientela consumidora de serviço até às mudanças tecnológicas, à formação e alocação de recursos humanos, e os crescentes investimentos e custeios financeiros, área em que o grande desafio tem sido, exatamente, trabalhar todas essas variáveis de forma a viabilizar os objetivos finais.

É mister que todo um processo de tomada de decisão seja implantado, e que, através do planejamento, da execução e do con

trole, possam os administradores qualificar seus serviços a custos previsíveis, atenuando todo o elenco de conflitos inerentes à instituição.

É importante que o planejamento hospitalar seja abrangente, não se restringindo a poucos aspectos específicos, uma vez que, dentro de uma visão sistêmica do hospital, qualquer alteração num subsistema causará impactos e trará repercussões negativas sobre os demais subsistemas componentes do todo.

A função de planejamento deve se ater aos seguintes aspectos e estudá-los minuciosamente:

- institucional;
- operacional;
- físico; e
- econômico.

Os aspectos institucionais procuram definir as diretrizes políticas, os programas e objetivos a serem alcançados, as estruturas organizacional e administrativa necessárias à consecução dos mesmos. Essa fase do planejamento inicial, que dá origem ao Regulamento do Hospital, é elaborada ao nível de Diretoria de Saúde ou órgão assemelhado, contando, normalmente, com a colaboração de comissão especialmente designada.

Os aspectos operacionais descreverão, qualitativa e quantitativamente, as atividades que serão desenvolvidas para o correto atendimento aos objetivos da instituição. Nesta fase surge o Regimento Interno, que é um instrumento com detalhamento operacional.

Os aspectos físicos esclarecerão sobre a tecnologia e os espaços necessários ao bom desempenho institucional, provendo condições para que as atividades desenvolvidas atendam aos objetivos da instituição.

Os aspectos econômicos buscam meios e modos para provê-los. É importante assinalar que as despesas de manutenção alcançam,

no mínimo e por ano, o valor de um terço do dispendido com a construção e aparelhamento iniciais.

Mesmo que o planejamento objetive estudar e acionar um dos aspectos anteriormente enumerados, sua análise e conclusões de vem prover uma viabilização do específico a partir do todo, e não o inverso, que fatalmente descontrolará o sistema.

Essa metodologia deve ser aplicada a qualquer tomada de de cisão, no processo de planejamento hospitalar.

A função de organização - organizar é estabelecer divisão de trabalho, coordenando-o hierarquicamente, segundo certos princípios e métodos.

O hospital é uma organização comunitária, sendo até certo ponto burocrática e autoritária, com uma grande divisão de trabalho especializado, que mobiliza habilidades e esforços de grande número de profissionais, para dar a pacientes individuais serviço personalizado, tendo, portanto, necessidade de coordenação adequada.

Para atingir suas finalidades, o hospital emprega pessoas de formações diferentes, com treinamentos e habilidades diversas, que se agrupam para formar núcleos mais especializados: os departamentos.

Para os exercícios das funções em cada departamento, há necessidade de pessoal para apoio e serviços auxiliares, disponível todo o tempo, isto é, 24 horas por dia.

Há, portanto, necessidade de definição de autoridade, responsabilidade e atividades a serem desempenhadas. Cada elemento de que se compõe o hospital deve estar suficientemente informado sobre o que fazer, como, quando e onde, sem incertezas geradoras de pontos negativos para os serviços.

O produto do hospital - o cuidado ao paciente - é por si só mais individualizado que uniforme. Em face disso, não pode ser planejado com uma precisão automática de linha de monta-

gem e, desta forma, a organização depende de ajustes diários impossíveis de serem totalmente detalhados, pelas regras formais da organização.

O organograma, como representação gráfica, clara, estética e sinteticamente elaborada da departamentalização, esclarece, pela sua rápida capacidade de comunicação visual, o tipo de inter-relação de autoridades e responsabilidades existentes na organização.

No Regimento Interno, os deveres e as obrigações, bem como a descrição das atividades a serem desempenhadas, devem obedecer a uma gradação crescente de detalhamento, nos vários instrumentos normativos hospitalares, sem prejuízo da clareza, precisão e concisão.

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

A função de direção passa a existir após traçados os objetivos, estabelecida a organização, especificadas as autoridades, responsabilidades e atividades dos seus executores, obtidos os recursos financeiros, os equipamentos e treinado o pessoal para suas respectivas atribuições. Em outras palavras, após as fases de planejamento e organização, o Diretor passa a exercer a direção de todas as pessoas que trabalham no hospital, isto é, transmitir a elas instruções indicando o que deve ser feito. Essas instruções devem ser preferencialmente escritas e devem guardar correlação com a capacidade específica da pessoa ou da unidade administrativa a que são dirigidos, e, devem ser completas, sucintas, claras e objetivas para o seu cumprimento.

No exercício de direção, o Diretor, deve ser dotado de uma

personalidade capaz de inspirar confiança e lealdade por parte dos subordinados, o que decorrerá do seu caráter, da autenticidade de seus posicionamentos, da justiça de suas decisões e também da modéstia com que receba as críticas construtivas ao seu desempenho.

A função de coordenação é muito importante para que se alcance o resultado final. As diferentes especialidades que interagem não podem trabalhar com objetivos em direções opostas. O hospital depende de igual dose de motivação e de ajustes informais e voluntários de seus membros para obter boa coordenação. É uma ação coerente, unificadora, orientando todos os componentes para um propósito comum, facilitando um desempenho eficiente e eficaz.

A função de controle consiste em comparar os resultados com aquilo que foi planejado. Essa função é de primordial importância para aperfeiçoar a eficiência e a eficácia hospitalares, pois ela procura descobrir erros, faltas, desvios, para que sejam providenciadas ações corretivas. O controle deve ser feito mais intensamente nos pontos estratégicos do organismo hospitalar, naquelas áreas onde os erros, desvios ou deficiências repercutem de maneira mais danosa, em relação aos objetivos principais da instituição. Assim, são de grande importância para a administração os controles da qualidade da assistência médica prestados ao nível ambulatorial, de internação e na emergência; os controles de custo, da relação custo/benefício, de certos indicadores hospitalares, como o percentual de ocupação dos leitos existentes, o número de pacientes/dia, os índices de mortalidade, de complicações pós-operatórias, de partos cesários, etc. A observância na ação de pessoal, da assiduidade, pontualidade e produtividade. O controle do material (conservação dos equipamentos, do nível do estoque da conservação das instalações) e das finanças, através do levantamento de

custos e da qualidade dos serviços prestados.

## CAPÍTULO 3

### O ADMINISTRADOR HOSPITALAR

#### SEÇÃO I - MÉDICO OU NÃO MÉDICO

A primeira forma de escolher um Administrador Hospitalar é saber se ele está interessado em ajudar as pessoas que sofrem e estão doentes, a recuperar a saúde; depois, quais os conhecimentos que deva ter, para o exercício da função administrativa. Sem o primeiro atributo acima, será muito difícil a um administrador, por mais preparado tecnicamente, bem administrar um hospital. Além do condicionamento psicológico básico, supra mencionado, o Administrador Hospitalar deve possuir atributos pessoais que o tornem mais bem capacitado para conduzir um hospital. Assim, deve, quanto à formação, ser um profissional especializado em Administração Hospitalar; se deve ser um profissional médico ou leigo, é um ponto que sempre suscita controvérsias.

Muitos defendem que "ser médico" é indispensável para o exercício da função administrativa em hospitais, desde que o profissional possua as noções básicas de administração. Outros afirmam que o "leigo", sendo um especialista em administração será tão eficiente como o médico.

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 médico". A justificativa do seu ponto de vista se prende ao fato de que o administrador deve desenvolver seu mister em tempo integral; sendo assim, um hospital de pequeno porte provavelmente não poderá suportar o ônus de manter um médico administrador, dividido com o exercício da função clínica, o que se julga não muito compatível com a outra

## BIBLIOGRAFIA

1. AMADO, Gennyson. Temas de Administração Hospitalar. 2ª ed. Escola Médica de Pós-Graduação, PUC, 1978.
2. ARAÚJO, Humberto. A Função Logística Saúde. Rio de Janeiro, EGN, 1981. Monografia apresentada no C-SGN.
3. AZEVEDO, Irany Moreira de. Administração nas Ações de Saúde. Rio de Janeiro, EGN, 1986. Monografia apresentada no C-PEM em 1986.
4. BECMAN, Roberto. Medicina de Operações Anfíbias. Revista Marítima Brasileira, Rio de Janeiro, 103(10/12), out./dez. 1983.
5. BERTALANFFY, Ludwig von. General System Theory, Organizations. Systems Control an Adaptation, id. Joseph A. Litterer, Nova York, John Wiley and Sons, 1969.
6. BORGES, Delane. Integração dos Serviços de Saúde das Forças Armadas. Rio de Janeiro, EGN, 1989. Monografia apresentada no C-PEM em 1986
7. BORGES, Delane & MOURA FILHO, Francisco. Parâmetros Médico-Hospitalares. Rio de Janeiro, s.n.t., 1980.
8. BRASIL. Diretoria de Administração da Marinha. Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR), Rio de Janeiro, 1988.
9. ——. Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR), Rio de Janeiro, 1989.
10. BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. DOUTOMARINST nº20-29. Inspeção de Saúde para Militares de outras Corporações. Rio de Janeiro, 1985.
11. ——. DOUTOMARINST nº 20-31. Seleção e Controle de Imersão e Mergulho. Rio de Janeiro, 1985.
12. ——. DOUTOMARINST nº 20-33. Controle Periódico. Rio de Janeiro, 1985.
13. ——. DOUTOMARINST nº 10-14. Execução de Projetos de Assistência Médico-Hospitalar, apoiadas por Unidades-Chaves (CH) e Unidades-Chaves Hospitalares (UCH). Rio de Janeiro, 1988.
14. BRASIL. Escola de Guerra Naval. EGN-215A. Guia para Elaboração de Teses e Monografias. Rio de Janeiro, 1981.
15. ——. FI-219. Guia para Elaboração de Referências Bibliográficas. Rio de Janeiro, 1981.
16. BRASIL. Ministério da Marinha. Gabinete do Ministro. Portaria nº 0601 de 29 de junho de 1987. Aprova as Normas para Prestação de Assistência Médico-Hospitalar pela Marinha. Brasília, 1987.
17. ——. Portaria nº 0602 de 29 de julho de 1987. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. Brasília, 1987.



função.

Por outro lado, a presença de administradores não-médicos em hospitais sempre se constituiu em fontes de conflitos com o corpo clínico, pela não aceitação dos médicos em serem dirigidos por um elemento que não "vive" o hospital.

Tudo, porém, leva a crer que o dilema da escolha entre a função administrativa tem levado os médicos a se dedicarem mais para atividades inerentes à sua profissão, deixando uma lacuna que vem sendo preenchida pelos administradores leigos. Esses últimos, estimulados pela perspectiva de um novo campo de trabalho e pela força da técnica administrativa, foram desenvolvendo e aperfeiçoando uma nova atividade profissional.

Portanto, a partir de 4 de junho de 1973, o Conselho Federal de Educação aprovou a criação da habilitação em Administração Hospitalar, através da resolução nº 18, integrada no curso de graduação em Administração de Empresas. A criação dessa nova função foi justificada pela importância que o hospital representa para a sociedade e para a economia, e ele, quase sempre, vinha sendo dirigido, no Brasil, por elementos desconhecedores da administração. É bom salientar que, no contexto hospitalar, não se podem enfatizar apenas as operações de receita e despesa, mas, sim, a assistência a ser prestada ao paciente pelas equipes multi-profissionais. A Resolução, entretanto, não espelha a realidade existente na administração dos serviços de saúde.

Para concluir, não existirá administração médica ou leiga sem os elementos de ajudar o próximo a recuperar a saúde e a competente formação administrativa.

Veremos, na seção seguinte, como é a escolha do administrador hospitalar nos outros países.

## SEÇÃO II - EXEMPLOS DE OUTROS PAÍSES

A escolha dos administradores hospitalares tem muito a ver com as características dos corpos clínicos, na maioria dos países.

Nos hospitais privados americanos, que apresentam um regime de Corpo Clínico Aberto, isto é, que possuem ou não médicos efetivos e permitem a outros médicos a internação e os cuidados de seus pacientes, o Administrador, em geral, é um "leigo" com formação em Administração Hospitalar. Merece uma reflexão tal fato, uma vez que o hospital, sem um corpo clínico permanente, induz os médicos, em geral, a um desinteresse pela condução administrativa do hospital, voltando mais a atenção para as suas próprias iniciativas técnicas ou administrativas, sem se preocuparem com o todo harmônico. As consequências desse fato fazem com que o atendimento careça de padronização, gerando situações conflitantes médico-administrativas, com repercussões negativas na organização e no controle gerencial.

Na Inglaterra, os hospitais privados adotam o Corpo Clínico Fechado, isto é, possuem médicos efetivos, sendo permitido o exercício profissional de médicos externos somente em caráter eventual e mediante autorização especial. Cada especialidade tem a responsabilidade de um grupo de médicos, havendo um conselho superior organizado de modo igualitário e que dispõe de um secretário, que é quem administra.

Na Europa Continental, os hospitais privados apresentam outra modalidade administrativa, representada, em cada unidade de serviço, pelo posicionamento de um médico na Chefia, realizando tanto o trabalho técnico como administrativo.

Na Rússia, o administrador é sempre um médico; o "leigo" fica restrito aos setores de contabilidade, manutenção, lavanderia ou outros serviços técnicos.

As considerações acima se referem às direções de hospitais privados; nos hospitais públicos, os Corpos Clínicos são fechados e o administrador é sempre um médico.

É importante assinalar que, seja administrador hospitalar/médico, economista, enfermeiro, advogado ou mesmo com formação em administração, terá forçosamente alguma deficiência de conhecimentos no exercício da administração do universo hospitalar: ao médico faltarão conhecimentos contábeis e jurídicos, por exemplo; e os não-médicos terão suas dificuldades relacionadas com aspectos médicos. O casamento perfeito seria a conjugação de esforços, no sentido de harmonizar e integrar a atividade-fim, coordenada e dirigida pelo médico, e a atividade-meio, gerida pelo Administrador leigo, dentro do princípio humanitário de ajudar o próximo. Essa linha de ação possivelmente permitirá planejar a criação de um Corpo de Administradores Hospitalares, não médicos, o que irá contribuir em muito para a eficiência e eficácia do Sistema de Saúde da Marinha.

## CAPÍTULO 4

### ANÁLISE CRÍTICA DA ADMINISTRAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA

Nos capítulos e seções anteriores verificamos que a Administração do SSM apresenta uma base estrutural administrativa perfeita, necessitando, porém, de algumas mudanças no seu funcionamento, que irão contribuir para um melhor desempenho do Sistema como procurarei descrever a seguir:

a) O Subsistema Assistencial representa a atividade-fim do SSM e que objetiva o bom atendimento do paciente.

Na área hospitalar, a assistência é prestada principalmente pela equipe médica e de enfermagem. Os membros dessas equipes são muitas vezes desviados de suas atribuições específicas, para outras funções em áreas administrativas, gerando desmotivação e descapacitação por parte do profissional e descontentamento assistencial por parte do usuário. Há, portanto, necessidade de se integrar melhor a "atividade-fim" com a "atividade-meio", através do preenchimento das lacunas existentes nas estruturas de diversos setores do hospital. Para melhor equacionar esses vazios administrativos, seria de grande valia um estudo das necessidades reais de recursos humanos tanto na área técnica como na administrativa, feito através de Assesores em Organização e Métodos para não só apontar desvios como também indicar soluções mais adequadas que melhorem a assistência como um todo. Enfim, o HNMD, necessita de uma nova estruturação funcional para minimizar as tensões internas e externas em benefício da coletividade.

Um fato que causa grande insatisfação é a rotatividade entre os profissionais, a cada consulta; o não acompanhamento pelo mesmo profissional a um mesmo cliente, ocasiona a perda da confiança pelo cliente, o que não ocorre quando o sistema se

assemelha ao "médico de família", comum no passado recente e ainda encontrado na Europa.

Na verdade, a escolha do médico, por parte do usuário, traria um grande benefício no relacionamento com o profissional e com a instituição redundando numa seleção natural, enriquecendo o nosso patrimônio técnico e fortalecendo os laços com a comunidade. Esse anseio nos faz retornar ao passado, quando tivemos a honra de atuarmos como médico à bordo das belonaves e junto à tripulação; havia uma comunicação mais estreita no relacionamento entre o médico e a tripulação, gerando, com isso, benefícios mútuos. Até hoje, é comum encontrarmos oficiais médicos orientando famílias de oficiais e praças dentro daquele espírito consagrado do "médico de família". Creio que um estudo, já mencionado acima, através de uma Assessoria em Organização e métodos, nos daria essa resposta.

É do conhecimento, senão de todos, mas da grande maioria da comunidade naval, que setenta por cento do atendimento médico, no 1º DN, corresponde à assistência primária de saúde, isto é, aquela assistência médico-odontológica básica essencial nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Dentisteria e Cirurgia Odontológica elementares executadas nos ambulatórios periféricos, OM Chaves, Departamentos e Divisões de Saúde, e que a OMS aconselha e difunde como o melhor veículo de levar saúde às comunidades. Apesar de possuímos uma estrutura regionalizada e hierarquizada para prestação desses serviços, ela necessita de, através de seus profissionais, não só praticar a assistência curativa, mas essencialmente, direcionar as ações de saúde para a comunidade, no sentido de educá-la, para a promoção da saúde levando equipes aos núcleos comunitários da Marinha, para conhecimentos de como prevenir as doenças infecto-contagiosas de maior prevalência; ensinar princípios básicos de higiene; ministrar ensina-

mentos básicos de nutrição e cuidados de saúde materno-infantil; instruir sobre planejamento familiar; imunização contra doenças transmissíveis e fornecimento de medicamentos essenciais, etc. Todas essas ações seriam valorizadas pela comunidade, que em troca não exitaria em participar como agentes de saúde, servindo como ponte de ligação entre a comunidade e o SSM. No meu entender, não basta os jargões teóricos de "Saúde para todos no ano 2000" e de que "A Saúde é um Direito do Povo e um Dever do Estado" se não nos convenceremos de que a Saúde e a Educação são Direitos do Povo e Deveres do Estado e de que o povo também deve trabalhar para defender a sua saúde e colaborar para a sua educação pois, do contrário, jamais venceremos os desafios desta e de outras décadas. Portanto, dar prioridade à medicina primária, com integração comunitária, dando ênfase à prevenção, seria mais eficaz, na minha opinião, para reduzir a incidência de moléstias infecto-contagiosas, de cárie dentária, da redução de gastos na assistência terciária e na diminuição da mortalidade infantil.

Os ambulatórios periféricos devem representar o acesso e o mecanismo regulados por excelência, da demanda do SSM, absorvendo a maior parcela da assistência básica de saúde e selecionando os pacientes que devam ser encaminhados aos hospitais, com o propósito de reduzir custos e evitar o aumento nos escalões secundário e terciário. Ainda hoje é grande a procura direta das clínicas especializadas, pela clientela, sem a intermediação dos ambulatórios periféricos, e para reduzir essa distorção, devem ser implementadas medidas administrativas que estimulem e até influenciem a procura dos ambulatórios periféricos e dificultem o acesso ao ambulatório hospitalar sem a sua intermediação. Para isso, é necessário melhorar o conforto nos ambulatórios colocando aparelhos de ar condicionado nas salas e consultórios; aparelhos de televisão e vídeo para difusão de

programas de medicina e odontologia preventiva nas salas de espera; implantar visitas domiciliares e integração comunitária; oferecer atendimento em determinadas especialidades quando o volume da demanda justificar; criar e propagar rotinas de encaminhamentos e recepção ambulatoriais; divulgar folhetos com nome dos profissionais e horários de atendimento; e incentivar a procurar sempre o médico generalista (clínico geral) antes de qualquer especialista.

b) O Subsistema Pericial representa a atividade-fim do SSM e que objetiva a seleção, manutenção e controle da higidez dos componentes de todos os Corpos e Quadros da Marinha. O atual Sistema Médico-Pericial, na minha opinião, está bem estruturado. A orientação dos procedimentos médico-periciais é clara no seu detalhamento, o que vem facilitar, em muito, a uniformidade de atuação de seus membros em todos os pontos do território nacional.

É importante salientar que a tarefa do Médico Perito se reveste de características especiais, uma delas representada pela natureza da responsabilidade própria do ato pericial, que não se restringe a um ato médico em si, mas que, também, se constitui num ato de valor administrativo e legal. Para exercer esta atividade, num alto nível de competência, os seus membros devem receber cuidadoso preparo técnico, em nível de especialidade, em Perícia médica.

Essas considerações são importantes, na atualidade, pelo fato de que a formação médica, no Brasil, está direcionada para o exercício da medicina assistencial. Portanto, a vinda de médicos do meio civil para o militar carece de conhecimentos nas áreas de medicina preventiva, legal, do trabalho e de saúde pública. A inclusão de conhecimentos sobre temas de Perícia Médica na Residência Médica do CSM, qualificaria melhor o médico militar para o exercício dessa função durante a sua carreira.

ra.

Os nossos médicos-peritos, do Centro de Perícias Médicas do HCM, conquistaram prestígio e confiança, mercê da dedicação e vontade, notabilizando-se como autênticos auto-didatas.

c) O Subsistema Operativo representa a atividade-fim do SSM que tem como finalidade apoiar as operações navais na guerra e na paz e desenvolver ações de saúde em casos de sinistro e catástrofe. Todo o planejamento, coordenação e controle do Subsistema Operativo cabe ao Centro de Medicina Operativa, que é um Departamento do HCM. O CMOP está muito bem estruturado, porém funcionalmente estaria melhor localizado no HNMD, que é o Centro Médico Operativo do SSM, onde se desenvolve todo o treinamento da equipe médica operativa.

## CAPÍTULO 5

### CONCLUSÕES

Apesar da Conferência de Alma-Ata, na Rússia, em 1978, prever "Saúde para todos no ano 2000", a saúde no mundo piorou na última década. Embora tenha sido verificado na conferência de avaliação realizada em Riga, também na Rússia, doze anos depois, que houve uma melhora "na consciência sobre os cuidados primários de saúde".

É de notável clareza que os dados relacionados no Anexo A evidenciam uma piora efetiva nas condições de saúde desses países. Essa constatação é relacionada, principalmente, à crise econômica da década de 80 na América Latina, Ásia e África, pois nesses Continentes, menos desenvolvidos, o produto interno bruto caiu, em média, de 4 para 1,7% e os investimentos em saúde foram diminuídos.

No Brasil, a crise econômica é evidente porém, ao compararmos a renda "per capita" com a mortalidade infantil do nosso país com os demais (Anexo A), verificamos que muitos possuem uma renda igual ou inferior com índice de mortalidade menor do que o nosso. Ao refletirmos sobre esse fato concluímos que falta objetivos claros e bem definidos na Administração das Ações de Saúde do nosso país, e, se eles existem, não são cumpridos.

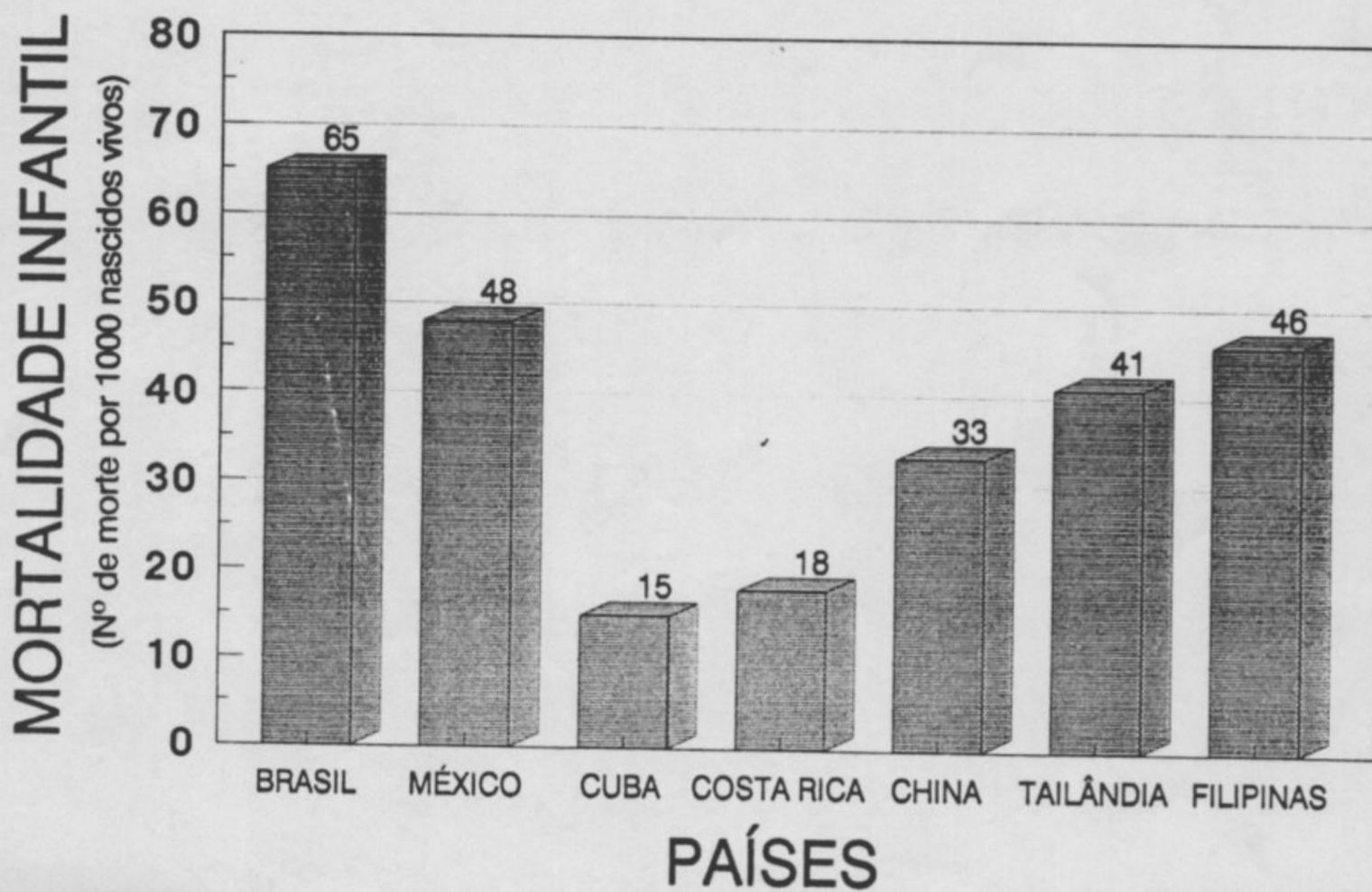
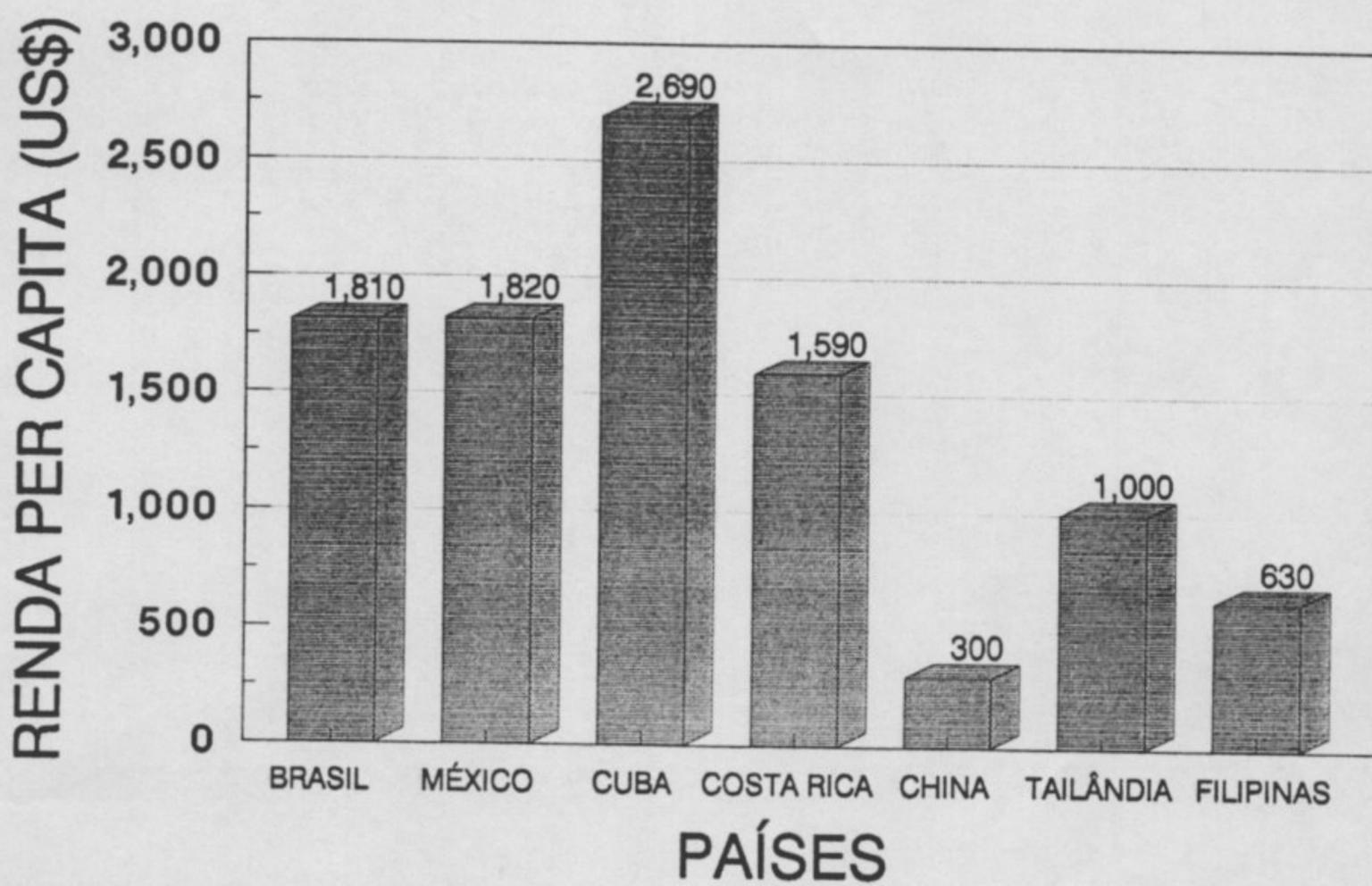
O Serviço de Saúde da Marinha, fazendo parte do contexto nacional, sofre as suas conseqüências, principalmente, na redução dos recursos humanos (Anexo B).

Apesar de repercussões negativas que isto acarreta, o SSM, apresenta objetivos claros e bem definidos nas suas ações de saúde uma vez que estruturalmente apresenta não só a assistência primária mas, também, secundária e terciária de forma regionalizada, hierarquizada e integrada, proporcionando a toda

a comunidade naval uma assistência digna e reconhecida.

ANEXO A

**MORTALIDADE INFANTIL x "RENDA PER CAPITA"  
EM PAÍSES DO 3º MUNDO**



## ANEXO B

RELACAO NUMERICA ENTRE  
USUARIOS SSM/MDF

	<u>TOTAL</u>	<u>1oDN</u>	<u>2oDN</u>	<u>3oDN</u>	<u>4oDN</u>	<u>5oDN</u>	<u>6oDN</u>	<u>CNB</u>
USUARIOS DO SSM	270.108	191.910	13.297	28.661	12.785	9.163	4.941	9.351
MD-CSM	459	381	09	16	13	05	10	25
MD-CIVIS	243	210	08	13	08	—	—	04
<b>TOTAL MD PERMANENTES</b>	<b>702</b>	<b>591</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>05</b>	<b>10</b>	<b>29</b>
MD-RNR/1990	330	140	34	34	48	19	10	41
MD-RNR/1991	148	30	17	17	24	10	10	40
<b>DIFERENCA MD-RNR/90/91</b>	<b>182</b>	<b>110</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>09</b>	<b>—</b>	<b>01</b>
CD-CSM	215	189	02	08	05	01	02	08
CD-CIVIS	31	23	—	02	03	—	—	03
<b>TOTAL CD PERMANENTES</b>	<b>246</b>	<b>212</b>	<b>02</b>	<b>10</b>	<b>08</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>11</b>
CD-RNR/1990	186	90	18	20	22	14	02	19
CD-RNR/1991	75	20	09	10	12	07	02	15
<b>DIFERENCA CD-RNR/90/91</b>	<b>111</b>	<b>70</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>07</b>	<b>—</b>	<b>04</b>
F-CSM	73	58	02	03	02	01	02	05
F-CIVIS	20	15	—	04	—	—	—	01
<b>TOTAL F PERMANENTES</b>	<b>93</b>	<b>73</b>	<b>02</b>	<b>07</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>06</b>
F-RNR/1990	49	13	07	07	12	03	02	05
F-RNR/1991	36	13	04	03	06	03	02	05
<b>DIFERENCA F-RNR/90/91</b>	<b>13</b>	<b>—</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>06</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

18. BRASIL. Ministério da Marinha. Gabinete do Ministro. Portaria nº 0482 de 29 de junho de 1989. Aprova a Organização do Sistema de Saúde da Marinha. Brasília, 1989.
19. BRINGEL, Paulo José Pereira. O Sistema de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1990. Monografia apresentada no C-PEM em 1990.
20. COMMISSION on Health Research for Development (1990). Health Research Essencial Link to Equity in Development. Oxford University Press.
21. COURA, José Rodrigues. Desafios das doenças infecciosas e parasitárias e da medicina tropical no último decênio do século XX. Palestra proferida no Centro de Estudos do Hospital Naval Marcílio Dias. Rio de Janeiro, 1991.
22. COUTINHO, Gerson Sá Pinto. Fundamentos para Estruturação de um Sistema. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, Rio de Janeiro, 35(1/2):11-22, jan./jun. 1974.
23. DIAS, Ney Salvador. Administração Hospitalar. Rio de Janeiro, EGN, 1979. Monografia apresentada no C-SGN em 1979.
24. DUTRA, Christóvão Costa. Assistência Médico-Odontológica da Rede Ambulatorial do 1º DN. Rio de Janeiro, EGN, 1989. Monografia apresentada no C-PEM em 1989.
25. ESTEVES, Carlos. Análise do Sistema de Saúde da Marinha. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, Rio de Janeiro, 47(1):47-94, jan./jun. 1986.
26. HERBERT, A. Simon. The New Science of Management Decision. Nova York, Harper & Raw Publishers inc, 1960, p. 40.
27. KOONTZ, H. & O'DONNEILL, C. Princípios de Administração. Uma Análise das Funções Administrativas. 4ª ed. São Paulo, Livraria Pioneira Ed, 1959.
28. MARCONDES, 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.
29. MUNARO, Júlio S. & CHERUBIN, Niversino e col. Fundamentos da Administração Hospitalar. Vol. I. ed. Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa Hospitalares, São Paulo, 1974.
30. REGALLA, Sylvio Augusto. A Função Logística Saúde. Rio de Janeiro, EGN, 1986. Monografia apresentada no C-PEM.
31. RÚSSIA. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata, URSS - 6-12 set. 1978. Organização Mundial de Saúde.
32. SANT'ANA, Cid Machado. Administração Hospitalar. Rio de Janeiro, EGN, 1980. Monografia apresentada no C-SGN em 1980.
33. THE World Bank (1988). World Development Report. New York, Oxford University Press.



