

5-D-3

17

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

Curso.....C-PEM/89

Partido.....

Solução do P.-III-4 (Mo) - MONOGRAFIA

Apresentada por

CHRISTOVÃO COSTA DUTRA

CAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA (Md)

NOME E POSTO



RIO DE JANEIRO

1989.....





- ASSISTÊNCIA MÉDICO-ODONTOLÓGICA DA REDE
AMBULATORIAL DO 1º DN -

CHRISTOVÃO COSTA DUTRA
Capitão-de-Mar-e-Guerra (MD)

MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL

1989

MM - EGN
BIBLIOTECA
21/103/14990
N: 9.080

3N-00005221-9

TEMA: ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DA REDE AMBULATORIAL
DO 1º DN

- Pontos a abordar:
- Missão básica da rede ambulatorial;
 - Localização dos ambulatórios versus concentração de usuários;
 - Recursos indispensáveis à consecução dos objetivos: humanos, materiais e financeiros;
 - A importância da rede ambulatorial nas situações de conflito;
 - Situação atual, dificuldades, possibilidades e perspectivas; e
 - Sugestões para o aperfeiçoamento da assistência médico-odontológica da rede ambulatorial do 1º DN;

Proposição: Analisar a assistência médico-odontológica oferecida pela rede ambulatorial do 1º DN. Estudar sua importância em situações de conflito e os recursos humanos, materiais e financeiros necessários para o cumprimento de sua missão básica de prestar assistência de saúde em nível primário. Propor algumas medidas que objetivem o aperfeiçoamento do atendimento aos usuários.

ÍNDICE

	FOLHA
Proposição.....	II
Lista de Figuras.....	IV
Lista de Tabelas.....	V
Introdução.....	VI
CAPÍTULO 1 - A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL.....	1
- SEÇÃO I - MISSÃO BÁSICA DA REDE AMBULATORIAL.....	1
- SEÇÃO II - OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	3
- SEÇÃO III - OS TIPOS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E AS AÇÕES DE MEDICINA PREVENTIVA.....	6
- SEÇÃO IV - AS CRÍTICAS AS CONSULTAS AMBULATORIAIS: VANTAGENS E DESVANTAGENS.....	12
CAPÍTULO 2 - ESTUDO ANALÍTICO DA ATUAL ASSISTÊNCIA MÉDICO- ODONTOLÓGICA OFERECIDA PELA REDE AMBULATORIAL DO 1º DN.....	16
- SEÇÃO I - A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DA MA- RINHA E DA REDE AMBULATORIAL DO 1º DN.....	16
- SEÇÃO II - LOCALIZAÇÃO DE AMBULATÓRIOS VERSUS CON- CENTRAÇÃO DE USUÁRIOS.....	20
- SEÇÃO III - A ASSISTÊNCIA OFERECIDA E SUGESTÕES PARA SEU APERFEIÇOAMENTO.....	29
CAPÍTULO 3 - RECURSOS INDISPENSÁVEIS A CONSECUÇÃO DOS OBJE- TIVOS.....	36
- SEÇÃO I - RECURSOS HUMANOS.....	36
- SEÇÃO II - RECURSOS MATERIAIS E FINANCEIROS.....	38
CAPÍTULO 4 - A IMPORTÂNCIA DA REDE AMBULATORIAL EM SITUA- ÇÕES DE CONFLITO.....	41
- SEÇÃO I - CONCEITO DE CONFLITO E SUA CLASSIFICAÇÃO.....	41
- SEÇÃO II - UTILIZAÇÃO DA REDE AMBULATORIAL NOS TIPOS DE CONFLITO.....	42
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÃO.....	48
ANEXO A - RELAÇÃO DE ENTREVISTAS.....	A-1
BIBLIOGRAFIA.....	A-2

LISTA DE FIGURAS

FIGURA Nº	TÍTULO	FOLHA
1	NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	4-A
2	DISTRIBUIÇÃO DA CLIENTELA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO POR ZONAS.....	20-B
3	PRODUÇÃO DO AMBULATÓRIO DO HNMD.....	33-A
4	CADEIA DE EVACUAÇÃO.....	43-A

LISTA DE TABELAS

TABELA Nº	TÍTULO	FOLHA
1	COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA.....	2-A
2	PARÂMETROS PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA....	9-A
3	MEDICINA PREVENTIVA.....	9-B
4	SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA.....	16-A
5	DISTRIBUIÇÃO DE USUÁRIOS POR CIDADES NA ÁREA DO 1º DN.....	20-A
6	ESTRUTURA DOS AMBULATÓRIOS PERIFÉRI- COS.....	30-A
7	CONSULTAS AMBULATORIAIS REALIZADAS NOS AP.....	30-B
8	TABELA COMPARATIVA DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS PRESTADOS PELO HNMD EM 1988/1989.....	34-A
9	PRODUTIVIDADE DA OCM.....	34-B

INTRODUÇÃO

A idéia de se prestar assistência médica a pacientes em regime de não internação é antiga, tendo surgido em Londres, em data não identificada, e os serviços prestados eram destinados exclusivamente, a doentes pobres, desvalidos, que deambulavam com suas misérias, social e orgânica, pelas ruas daquela cidade.

Nos Estados Unidos da América do Norte, o primeiro ambulatório foi criado em 1786, na Pensilvânia, onde não se ministrava apenas tratamento médico, mas também se fornecia alimento aos pacientes indigentes. Todos os ambulatórios organizados na época, como o de Boston, que também fornecia assistência domiciliar, enviando seus médicos e enfermeiras às casas dos doentes, a fim de tratá-los, obedeceram os mesmos princípios: tratamento e fornecimento gratuito de medicamentos aos pacientes pobres. A visão prática dos norte-americanos, percebeu que este tipo de atendimento, de menor custo que o dispendido com internação, poderia ser estendido àqueles que podiam pagar, e criaram um tipo de instituição para onde os pacientes eram enviados por seus médicos particulares para realização de todos os exames necessários à elucidação do diagnóstico, sendo reencaminhados, com os resultados dos exames, ao profissional responsável pelo seu tratamento. O exemplo típico é o ambulatório da Clínica Mayo, de Rochester, fundado em 1883.

No Brasil, o primeiro ambulatório, data de 1882 quando se deu a fundação da Policlínica do Rio de Janeiro destinada ao atendimento de doentes pobres e com objetivo de servir de base para formação de cursos livres de medicina. Em São Paulo, a primeira policlínica foi inaugurada em 1895 onde, além de fornecer assistência ambulatorial gratuita aos que dela necessitavam, era, também, campo de ensinamento e prática para os

alunos do curso de medicina e para os próprios médicos.

Assim verificamos que a assistência ambulatorial nasceu no mundo e no Brasil com o estigma de ser um tipo de atendimento destinado a pessoas pobres, as quais, em retribuição a atenção, medicamentos e alimentos que lhes eram fornecidos, contribuíam com a miséria orgânica de seus corpos para prática de médicos e estudantes de medicina.

Na Marinha, a assistência ambulatorial era prestada pelos médicos embarcados a bordo de navios. O primeiro ambulatório do qual se tem notícia pelo relatório elaborado em 1915, pelo Ministro Alexandrino Faria de Alencar, é o Posto médico do Arsenal de Marinha, inaugurado a 3 de julho de 1913. Com a verificação durante a 2ª Guerra Mundial, que para a obtenção de um moral elevado nas guarnições de nossos navios e Bases era necessário que seus elementos recebessem uma assistência médica adequada e, na medida do possível, estendida a seus familiares, foram implantados os Hospitais navais de Natal, Salvador, Recife, a Odontoclínica Central da Marinha, o Laboratório Farmacêutico da Marinha e foi criada pela circular número 06 de 27/01/1947, da Diretoria de Pessoal da Marinha, a Assistência Médico-Social da Armada (AMSA) que logo inaugurou seu Ambulatório Central ao qual se seguiram os Ambulatórios de Madureira e Niterói. O nosso Ambulatório de Especialidades somente surgiu com a inauguração a 8 de março de 1981 do novo Hospital Naval Marcílio Dias.

Esta é uma história sucinta da criação dos ambulatórios. A assistência médico-odontológica que se presta em nossos ambulatórios do 1º DN, que almejamos seja a melhor possível, para atenuar a marca indelével que estigmatizou este tipo de assistência, nos primórdios da criação dos ambulatórios no mundo, é o que este trabalho pretende analisar. Para isto, dentro de um processo dedutivo, após identificar a missão

básica da rede ambulatorial, procuramos definí-la caracterizando seus níveis de atuação, tipos e medidas de prevenção primária que devem estar sempre presentes nesta modalidade de assistência. Prosseguimos o trabalho apontado as vantagens e desvantagens da assistência ambulatorial; apresentamos o Sistema de Saúde da Marinha e nele fazemos o enquadramento da rede ambulatorial; analisamos a assistência oferecida aos usuários concentrados em zonas localizadas na jurisdição do 1º DN, fazendo sugestões visando aperfeiçoar o atendimento; conceituamos e classificamos os conflitos e vislumbramos como poderiam os ambulatórios serem utilizados na presença de alguns de seus tipos e, por último, estudamos os recursos humanos, materiais e financeiros necessários ao funcionamento da rede. Concluimos com um breve resumo das sugestões que surgiram ao longo do trabalho.

CAPÍTULO 1

A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

SEÇÃO I - MISSÃO BÁSICA DA REDE AMBULATORIAL

No último decênio, a Diretoria de Saúde da Marinha orientou seu principal esforço visando consolidar a sua rede hospitalar de forma regionalizada, hierarquizada e integrada, dotada de um hospital terciário moderno, bem equipado e que pudesse atender à demanda crescente de assistência médica, e, como todas as pressões exercidas sobre a área médica, de natureza urgente.

Na área do 1º Distrito Naval (1º DN), onde estão presentes os maiores efetivos da Marinha Brasileira (MB), a existência de uma unidade hospitalar maior e mais completa não foi suficiente para atender aos reclamos da comunidade naval em suas necessidades de assistência à saúde. O atendimento ambulatorial no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), nosso hospital de base, massificou-se, vindo a causar, além da insatisfação dos usuários, prejuízo ao cumprimento de sua atividade - fim, de prestação de assistência de saúde em nível terciário. A criação de novas Organizações de Marinha (OM) para atenderem à permanente evolução, aprimoramento, eficiência e eficácia da MB; a criação de novos Quadros com o conseqüente aumento do número de militares e seus direitos à assistência médico-odontológica para si e para seus dependentes e, também, o fato de que muitos dos beneficiários do Sistema, por opção livre ou por necessidade, passaram a residir em zonas afastadas do HNMD, o que lhes dificultava o acesso, são alguns motivos que contribuíram para o aparecimento de críticas desfavoráveis ao Sistema como estava estabelecido, impondo-se assim, uma mudança na Política de Saúde Naval (Tabela nº 1 - Composição da

Estrutura).

A constatação, pelas autoridades navais, desta situação na comunidade assistida pela rede médico-odontológica do 1º DN, era um reflexo na Marinha da insatisfação geral existente no Brasil e no mundo, principalmente nos países sub-desenvolvidos, face ao modelo assistencial que era oferecido e, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assim descrevia a situação reinante:

"Em todo mundo surge o desencanto a cerca da Assistência Sanitária, por razões que não são difíceis de discernir. Com os conhecimentos técnicos que hoje se dispõe se poderia alcançar um estado de saúde melhor que o atual, porém, por desgracia, na maior parte dos países estes conhecimentos não se aplicam à maioria da população. Os recursos de saúde são destinados principalmente a instituições médicas de alto nível estabelecidas em zonas urbanas. Ainda que deixando de lado a duvidosa premissa social em que se baseia este proceder, a concentração de tecnologia complicada e custosa em setores limitados da população não apresenta sequer a vantagem de melhorar a situação sanitária. Ao mesmo tempo, se vem confundindo este melhoramento com a prestação de assistência médica a cargo de um número cada vez maior de especialistas, que empregam tecnologia privilegiada. As pessoas passam a ser casos sem personalidade e se perde o contacto entre aqueles que prestam assistência médica e aqueles que as recebem".

Para reverter esta situação, a OMS, através da Conferência que fez realizar em ALMA-Ata, União Soviética, em setembro de 1978, que contou com representantes de povos de todo mundo, inclusive o Brasil, após reafirmar o conceito de que saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não somente ausência de doença, estabelecia como objetivo o ideal "saúde para todos" e como estratégia para o alcançar: "promover o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde".

A DSM, que antes mesmo da Conferência de Alma-Ata já havia identificado o problema que estava ocorrendo com a assistência médica prestada, instalou e colocou em funcionamento outros ambulatórios periféricos além dos primitivos e pioneiros ambulatórios de Madureira e Niterói, consubstanciando sua ação

TABELA Nº 1

COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA

TIPOS DE OM	1968	1989	VARIACaO
NAVIOS (NAeL, CL, CT, S)	17	26	83%
DEMAIS NAVIOS	42-59	82-108	
ESQUADRÕES DE HELICÓPTEROS	3	5	66%
COMFOR, GRUP. NAVAIS/ESQUADROES			
E FLOTILHAS	10	14	40%
OM-CFN	28	30	7%
ODG, ODS, DE	11	24	118%
DEMAIS OM	164	171	4%
TOTAL	275	352	28%

E F E T I V O S

OFICIAIS	3181	5710	79%
PRACAS	41528	44026	6%

E M P R E G O

SETOR OPERATIVO	OFICIAIS - 33%	PRACAS - 37%
SETOR DE APOIO	OFICIAIS - 67%	PRACAS - 63%

* DADOS SUJEITOS A CONFIRMAÇÃO

FONTE: ICARO PASSOS
V.A.

saneadora pela execução de uma Política de Saúde nos moldes preconizados pela OMS, daí surgindo a missão básica da rede ambulatorial do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), na qual se enquadra a rede ambulatorial do 1º DN e a Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG), que é: prestar Assistência Médico-Hospitalar (AMH) em nível primário, conforme consta no artigo 5º, parágrafo 1º da Portaria nº 0601 de 29 de junho de 1987 que aprova as normas para prestação de AMH pela Marinha e na Ordem de Serviço nº 0018 de 11/04/88 do Diretor de Saúde da Marinha pela qual os Ambulatórios Periféricos (AP) da Ilha do Governador, Penha, Campo Grande e Niterói foram incorporados à PNNSG.

SEÇÃO II - OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A assistência ambulatorial, também chamada de consulta externa ou de policlínica, é aquela prestada a pacientes que podem deambular, em regime de não internação, e que de acordo com dados estatísticos baseados na epidemiologia - ciência que estuda as doenças e as epidemias - constituem a maioria dos atendimentos prestados, correspondendo a cerca de 70% dos mesmos. Nestes atendimentos estão enquadrados aqueles prestados a doenças que podem afetar qualquer indivíduo independentemente de sua faixa etária, citando-se como exemplos: as cáries dentárias; infecções respiratórias; infecções genito-urinárias; doença hipertensiva; asma; pequenos acidentes; e problemas emocionais. Também ficam enquadrados nos atendimentos ambulatoriais: procedimentos como as imunizações, que visam prevenir uma série de doenças infecto-contagiosas; assistência materno-infantil aqui incluídas a puericultura, exames pré-nupciais, planejamento familiar e acompanhamento da gravidez; campanhas relativas a problemas sanitários predominantes e os métodos de sua prevenção - Ex: esclarecimento a

população sobre uma epidemia de meningite.

Todas estas ações ou cuidados primários de saúde, que visam o atendimento a qualquer pessoa no curso de suas vidas, caracterizam o chamado nível de assistência primária, ponto de entrada para um sistema de assistência à saúde e ponto de controle e encaminhamento para níveis mais altos de atendimentos.

O nível de assistência secundária é definido como os cuidados de saúde dispensados a uma pessoa que requer serviços especializados e, ou, internação. Uma pessoa pode não necessitar de internação ao ser enviada por um médico generalista, que presta assistência primária, a um especialista, e neste caso vai receber cuidados secundários de saúde em regime ambulatorial, em virtude da internação e dos cuidados especializados caracterizarem o nível secundário de assistência à saúde.

O nível de assistência terciária de saúde consiste no atendimento com hospitalização, ou não, e uso de meios terapêuticos e diagnósticos com o máximo de tecnologia. Verificamos também que um indivíduo em regime de atendimento ambulatorial, feito por um clínico geral, pode necessitar de um exame sofisticado que é realizado em hospital terciário, caracterizando-se um atendimento de nível terciário procedido em regime ambulatorial, o que demonstra a necessidade de um planejamento adequado para que possa haver a integração e a hierarquização entre nossas unidades prestadoras de serviços médicos em seus vários níveis, sejam elas ambulatorios, polí-clínicas ou hospital terciário. A figura 1 pode fornecer idéia sobre o entrelaçamento existente entre os níveis de assistência à saúde e ajudar a explicá-los.

Melhor compreensão do problema poderá ser obtida se acrescentarmos a noção de concentração de recursos ao conceito

Níveis de assistência a saúde

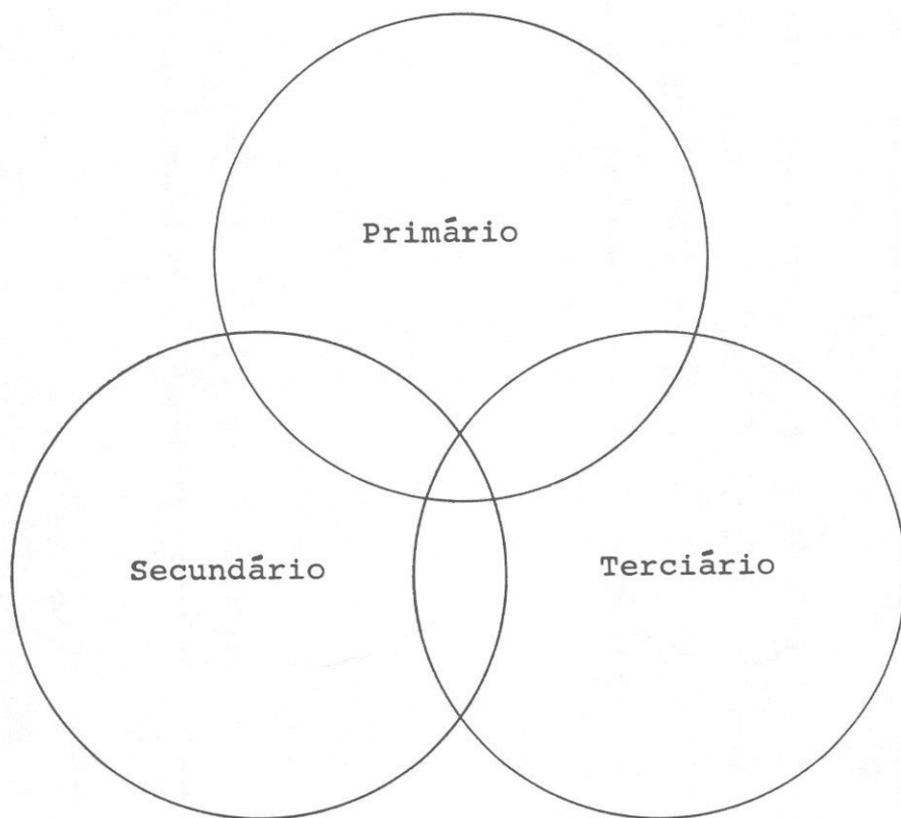


FIGURA 1

de níveis de assistência:

Qual dentre os setores de um hospital concentra a maioria dos recursos humanos, materiais e financeiros, nestes incluída a tecnologia mais sofisticada? A resposta que surge naturalmente é que este setor é a Unidade de Terapia Intensiva do hospital (UTI). A questão formulada e sua resposta nos levam a compreender que o nível de assistência onde se concentram mais recursos é o terciário pois a assistência em UTI consiste no atendimento com hospitalização e uso de meios propedêuticos e diagnósticos com o máximo de tecnologia. Uma consequência lógica é de ser a assistência terciária aquela que possui os mais altos custos e, estes gastos são elevados até quando as consultas ambulatoriais são prestadas por especialistas de um hospital terciário, porque este pode requerer uma série de exames de custos elevados, que poderiam muitas vezes serem dispensados, mas aos quais tem fácil acesso e por isso os usa para verificar se as patologias apresentadas por determinados pacientes são de sua alçada. Pode ainda reter ou encaminhar o paciente a outro especialista onde o mesmo ciclo pode repetir-se.

Na assistência realizada em nível secundário a concentração de recursos ainda é elevada pois esta requer a prestação de atendimento por um especialista, com ou sem internação do paciente. A formação de um especialista requer uma elevada concentração de recursos financeiros, pois temos que acrescentar ao custo de sua formação, como médico generalista, os elevados custos dos cursos de especialização e até sub-especialização e, sendo o uso intensivo de mão-de-obra uma das características das empresas que prestam assistência à saúde, verifica-se que quanto maior forem os gastos com a formação de mão-de-obra, maior será o custo final do produto oferecido.

Certificamo-nos finalmente, dentro desta lógica de racio-

cínio e face às razões apresentadas, que a assistência de saúde em nível primário, sendo aquela que é prestada por generalistas: clínicos gerais, abrangendo clínicos, pediatras, obstetras, cirurgiões e cirurgiões-dentistas sem especialização, e sem utilizar recursos sofisticados ou internação, é aquela que menor parcela de recursos consome e que pode ser ampliada com o desenvolvimento de uma série de ações de saúde, de acordo com o crescimento da demanda de serviços face o crescimento da população abrangida pela área onde se localizar AP e, de acordo com os recursos disponíveis.

SEÇÃO III - OS TIPOS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E AS AÇÕES DE MEDICINA PREVENTIVA

Segundo os serviços proporcionados pela assistência ambulatorial esta poderá ser:

- a) assistência ambulatorial de medicina e odontologia geral;
- b) assistência ambulatorial de especialidade; e
- c) assistência ambulatorial mista.

a) A assistência ambulatorial de medicina e odontologia geral ou seja a assistência ambulatorial prestada em ambulatórios Periféricos Isolados, não situados em hospitais, constituem os verdadeiros substitutivos institucionais dos antigos médicos de família que ainda se encontram em alguns sistemas de Seguro ou Previdência Social, como são exemplos os chamados "Docteurs de Quartier", médicos de bairro, generalistas, que na França atendem primariamente aos segurados, podendo em caso de necessidade, enviar seus pacientes a um especialista ou a um hospital. No Brasil, no Estado de São Paulo, está havendo uma tentativa de se reeditar o chamado médico de família, figura diretamente ligada aos problemas médicos do indivíduo e

de seus dependentes, atuando diretamente no seio da comunidade, onde passa a residir, com consultório anexo a sua residência. É uma experiência renovada que ainda está em fase de implantação, não tendo ainda apresentado resultados que possam ser avaliados.

Os ambulatórios Periféricos Isolados, para atendimento a consultas de medicina e odontologia geral, tem sua construção regulamentada pelo Decreto-Lei nº 76.973, de 31 de dezembro de 1975 e podem possuir consultórios de clínicas básicas (pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica) podendo contar ainda com consultório(s) odontológico(s) para dentisteria (clínica geral odontológica), pequeno laboratório para exames rotineiros e, ou, coleta de material, sala de raios X, farmácia, sala de medicina preventiva, e de curativos. O planejamento das instalações, obedecidas as normas legais, estará na dependência da população a ser atendida e dos serviços adicionais que se lhes pretenda prestar.

b) Assistência ambulatorial de especialidades. É aquela prestada por ambulatórios geralmente anexos aos hospitais e que, ao lado das vantagens que uma consulta com um especialista treinado oferece tanto para o diagnóstico como para o tratamento e para o resultado final que se quer obter, ou seja, eficácia, apresenta uma relação custo/benefício elevada. Seu exemplo é o ambulatório do HNMD.

c) Assistência ambulatorial mista, ou de Policlínicas - é aquela prestada por instituições que reúnem ao lado de consultas de medicina geral e odontologia básicas, consultas de especialidades, além de programas de medicina preventiva, serviços complementares de diagnóstico, tratamento e atendimento social.

Para estabelecimento de qual o tipo de consulta ambulatorial que devemos oferecer aos usuários, deve-se efetuar um

planejamento cuja primeira ação é a determinação da sua concentração em uma determinada área e a frequência média com que recorrem aos serviços médicos. É uma tarefa difícil, por ser variável pela interferência de fatores como cultura, nível econômico, presença ou não na região de saneamento básico (sua ausência aumenta significativamente a procura, porque aumenta a incidência das doenças), presença ou não de outras instituições que prestam serviços semelhantes, além de outros. De uma maneira geral, em termos médios uma pessoa procura atendimento médico uma vez por ano, o que pode gerar mais 4 consultas no período, totalizando 5 consultas por usuário, por ano. Também em termos gerais, ambulatórios periféricos com consultas de medicina geral são os indicados para grupos populacionais de até 20.000 pessoas, não se justificando que se coloquem consultas de especialidades, pois os médicos generalistas, podendo atender a mais de 70% das necessidades, deixariam de atender apenas a poucas consultas, após descontadas as de emergências, das variadas especialidades, que poderiam ser enviadas a uma Policlínica ou ao ambulatório de especialidades anexo ao Hospital. Em ambulatórios periféricos que atendem a populações de 20.000 a 40.000 pessoas, já se pode, economicamente, pensar em dotá-los de especialistas em dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, traumatologia-ortopedia, pneumologia e ginecologia, pois nestes grupos populacionais a demanda de procura a estes especialistas situa-se em torno de 2 a 8% dos atendimentos globais. Estes dados são obtidos de informações epidemiológicas que se tem confirmado ao longo dos tempos e nos dizem que: 70% das doenças são frequentes e de baixa morbidade e mortalidade incidindo em todos os agrupamentos populacionais; 20% das enfermidades apesar de não serem tão frequentes somente vêm representar um problema médico, pelo seu número, em populações de 20.000 a 200.000 pessoas, exigindo cuidados

secundários, de um especialista e somente 10% das doenças, felizmente, são de natureza rara, tendo incidência significativa apenas nas populações acima de 200.000 indivíduos, exigindo cuidados terciários de saúde.

Evidentemente, é a demanda de Serviços que deve nortear o envio de especialistas para atendimento em um determinado AP. Assim, se for detectado que em um determinado ambulatório aumentou a frequência de uma certa doença, poder-se-á destacar um especialista de uma policlínica ou hospital para ir prestar atendimento. Este será um planejamento típico de uma ação determinada pela informação epidemiológica. (TABELA 2)

Em qualquer nível de assistência à saúde, seja primária, secundária ou terciária, e em qualquer tipo, torna-se mandatório o emprego de ações de medicina e de odontologia preventivas (Tabela 3 - Medicina Preventiva). E atuando de forma preventiva, principalmente no período pré-patogênico, dentro da história natural de qualquer doença no homem, que é o período que existe antes da instalação da doença, quando não se pode ainda detectar sinais e sintomas clínicos, que se consegue fazer com que a demanda de serviços médicos decresça gradativamente, até se ajustar dentro de uma realidade estatisticamente previsível.

Ao ser dada prioridade para a medicina preventiva, principalmente no que se refere à prevenção primária, evitaremos que o Sistema de Saúde dispenda cada vez maior quantidade de recursos para a área de medicina curativa, que são mais caros e em pouco contribuem para a melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade (quantidade de vida).

A Prevenção primária consiste em medidas que visam a promoção da saúde e proteção específica compreendendo:

a) educação sanitária que ensina ao indivíduo e à comunidade o que fazer para que possam enfrentar as doenças, forne-

TABELA 2
Parâmetros para Assistência Médica

	SEGURO SOCIAL MEXICO	INAMPS - M. SAÚDE	DSM
População	34.014.699 - Cons. Amb.	123.000.000 - Hab.	1.292.336 Cons. Ext.
Consultas odontológicas/habit/ano	4,78%	1%	1,5%
Consultas médicos gerais	68,30%	72%	64% *
Psiquiatria	0,42%	5%	2,1%
Oftalmologia	1,78%	4%	3,6%
Otorrinolaringologia	1,65%	3%	4,4%
Laboratório	10%	25%	89,2% **
Emergências/Urgências	14%	13,62%	7,5% ***
RX	3,5%	8%	11,8%
Fisioterapia	1%	10%	6,2%
Injeções	14,5%	7%	--
Curativos	9%	5%	--
Internações	10%	5%	8,4%
Exames Anat. Patológica	0,5%	2,5%	1,2%
Vacinações	11,5%	40%	2,9%
Atendimentos domiciliares	2,5%	5%	--
Usuários	---	---	277.674
Consultas médicas/habit/ano	5%	2 - 3	4,6%
* Inclui Clínicas básicas + odontologia	Fonte: BARQUIN 1968	Fonte: D. BORGES e F. M.FILHO 1980	Fonte: ANEMAR, DSM 1986
** Inclui exames periciais			
*** Inclui S.P.A			

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO		PERÍODO PATOGÊNICO			
		Patogenia precoce	Patologia precoce	Patologia avançada	Defeito
<p>Educação geral e em saúde. Bons padrões de nutrição ajustados às diferentes fases da vida. Habitação e vestuário adequados. Condições satisfatórias de trabalho e de recreação. Atenção para o desenvolvimento da personalidade. Educação sexual e aconselhamento matrimonial. Aconselhamento genético.</p>	<p>Imunizações específicas. Profilaxia medicamentosa. Higiene pessoal. Saneamento ambiental. Proteção contra riscos ocupacionais. Proteção contra acidentes. Nutrientes específicos. Proteção contra carcinógenos. Não exposição a alérgenos, substâncias tóxicas ou venenosas. Meios de proteção individual: botas, telagem, repelentes, etc.</p>	<p>Exames médicos periódicos, gerais ou dirigidos. Busca e exame de comunicantes. Levantamentos ocasionais. Tratamento adequado. Métodos educativos relativos à importância do diagnóstico precoce e aos meios para torná-lo possível.</p>	<p>Tratamento adequado. Busca de casos.</p>	<p>Provisão de recursos hospitalares e comunitários para readaptação e educação, visando ao máximo aproveitamento da capacidade remanescente. Educação do público e dos empregadores para utilização dos reabilitados. Ocupação seletiva. Laborterapia. Instituições para manutenção e tratamento de certos doentes crônicos. Educação do público para anulação de preconceitos e tabus relativos a certas doenças.</p>	
1º NÍVEL Promoção da saúde	2º NÍVEL Proteção específica	3º NÍVEL * Diagnóstico e tratamento precoces	4º NÍVEL Limitação de incapacidade	5º NÍVEL Reabilitação	
FASE DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA		FASE DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA		FASE DE PREVENÇÃO TERCIÁRIA	

- Fases e níveis de prevenção na história natural da doença. (Adaptado de Leavell e Clark, 1965).

cendo conhecimentos sobre, o que são e como evitá-las, podendo estes conhecimentos serem transmitidos sobre a forma de palestras, filmes, vídeos, cartazes, etc.

b) melhoria dos padrões de nutrição ajustado as fases de desenvolvimento da vida, ensinando-se uma alimentação quantitativamente suficiente, qualitativamente boa, harmônica no sentido de possuir proporções corretas de vitaminas, sais minerais, lipídios, protídeos e glicídeos, e adequada, ao indivíduo, sua faixa etária, tipo de trabalho, etc. Neste programa poderá estar incluído o fornecimento de determinados alimentos como: o leite para lactentes cujas mães não possam (por motivos orgânicos) lhes fornecer seu próprio; vitamina A, como profilaxia das lesões oculares provocadas pela sua carência. A melhoria dos padrões de nutrição está intimamente relacionada com o desenvolvimento econômico da nação e, como nosso País está, atualmente, em uma fase de sérias dificuldades econômicas, já se fazem sentir os efeitos da desnutrição, principal causa do aumento das taxas de mortalidade infantil verificada em 1988 de acordo com dados do Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

c) atenção ao desenvolvimento da personalidade com aconselhamento familiar, procurando extinguir conflitos interpessoais que possam se refletir na personalidade em formação dos filhos;

d) moradia adequada, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho.

e) aconselhamento matrimonial no que se refere a exames pré-nupciais e informações sobre doenças hereditárias, planejamento familiar e educação sexual. Com referência ao Planejamento familiar, deverão ser ensinados os métodos de contracepção, se possível com o fornecimento dos meios, para os mais carentes, para que os casais possam, de fato, planejar livre-

mente o crescimento de suas famílias e não serem submetidos a um controle de natalidade, quando lhes é imposto o método que devem usar e o número de filhos que devem ter. De acordo com dados fornecidos em recente pesquisa e apresentada em 19/06/89 no III Encontro de Planejamento Familiar em São Paulo, 27% das mulheres, em idade fértil, "ligaram as tropas", em muitos casos porque estavam desinformadas sobre os métodos anticoncepcionais.

f) exames seletivos periódicos. Este programa pertence, na Marinha, ao subsistema pericial, constituindo-se em preocupação constante de nossas autoridades de saúde, estando em vias de ser implantado o exame psico-físico de obrigatoriedade e validade anuais.

g) uso de imunizações específicas, conferindo imunidade ativa ao aplicarmos uma vacina, ou imunidade passiva que conferimos aos pacientes quando lhes aplicamos um soro.

h) atenção à higiene pessoal. Ensino de técnicas de higiene oral como a de escovação e uso de fio dental.

i) proteção contra riscos ocupacionais, orientando nossos funcionários sobre as doenças profissionais, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e ajudando, no que confere à saúde, em campanhas de prevenção de acidentes.

j) esclarecimento sobre substâncias carcinogênicas encontradas no meio ambiente ou em determinados alimentos, como a presença de aflatoxina, em sementes, como as de amendoim oferecidas ao público em embalagens defeituosas e, apontada como causa de hepatomas.

l) proteção contra alérgenos com a divulgação de instruções específicas aos asmáticos e outros portadores de afecções alérgicas.

SEÇÃO IV - AS CRÍTICAS AS CONSULTAS AMBULATORIAIS: VANTAGENS E DESVANTAGENS

São as seguintes as vantagens: a) prestação de atendimento médico no local onde residem os usuários, facilitando-lhes o acesso, o que diminui o sacrifício de um paciente obrigado a longo deslocamento. Considerando-se que quando se faz um pronto atendimento, consegue-se um diagnóstico precoce e estamos usando a Medicina Preventiva (MP), em seu nível secundário, evitando que a doença progrida em seu curso, causando maiores danos, quando necessitaríamos para sua cura de alocação de maiores recursos, o ambulatório periférico isolado, atende a este requisito, evitando que os pacientes recorram a auto-medicação ou a outros meios alternativos de tratamento, pouco recomendáveis.

b) o ambulatório é o local de onde podem partir uma série de campanhas educativas de MP das quais são exemplos:

- campanhas de educação sexual; prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis; de conhecimento sobre determinadas doenças como o câncer de mama que afeta uma em cada 11 brasileiras levando à morte metade destas pacientes nos primeiros dez anos após o diagnóstico ter sido feito e, cujo prognóstico poderia ser melhorado com maior conhecimento da doença e seu diagnóstico precoce através do auto-exame das mamas, que pode ser facilmente ensinado por uma enfermeira, individualmente ou a grupos de mulheres; campanhas de combate a determinados vícios como o alcoolismo, fumo e de drogas psicotrópicas; campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do diabetes que afeta a quase 2% da população brasileira; campanhas sobre a nutrição, nas várias fases da vida, com o objetivo de corrigir a subnutrição e seu oposto, a obesidade que hoje afeta a 10% dos adolescentes; campanhas e ações com o

objetivo de diminuir a incidência de cárie dentária e da doença periodontal, como o ensino da técnica correta de escovação e uso do fio ou fita dental, na tentativa de reverter um quadro vergonhoso para nosso País que é ser detentor do 7º lugar no mundo entre os maiores possuidores de cáries dentárias, apesar de ser o País recordista mundial em Faculdades de Odontologia, o que de certa maneira, vem confirmar que a odontologia que aqui se pratica é elitista, não alcançando a clientela mais carente; campanhas visando a prevenção e o acompanhamento de doenças que afetam as artérias e o coração, como a hipertensão e a aterosclerose, com a finalidade de diminuir o alarmante índice de 40% das mortes, no Brasil, terem como responsáveis as doenças cardiovasculares; campanhas de esclarecimento à população sobre as doenças mentais, que afetam, em menor ou maior grau (da tensão emocional detectável à loucura), cerca de 20% da população brasileira.

c) possibilitar que especialistas sejam deslocados para atendimento às populações servidas pelos AP, quando a demanda assim o justificar.

d) centro, onde podem ser programadas: visitas domiciliares para instruções no pós-parto sobre cuidados de higiene materna, nem sempre bem assimiladas quando recebidas na ocasião da alta hospitalar; aleitamento materno e outras noções de puericultura; visitas por assistentes sociais, visando o controle de desajustes sociais, conflitos interpessoais familiares, frequência ao colégio por parte das crianças, presença de vícios entre os moradores. Quanto a este último programa é recomendável que as visitas sejam precedidas de palestras que mostrem à comunidade que a intenção do programa é apenas levar uma contribuição do ambulatório para que possam viver melhor e não a coleta de informações para outros fins. Assim, agindo rigorosamente dentro dos preceitos ético-profissionais, o

programa obterá sucesso e confiabilidade, como já tivemos oportunidade de constatar.

e) diminuição do número de pacientes que procuram o hospital terciário com doenças que podem ser facilmente tratadas pelo médico generalista.

Desvantagens: a) tratamento inadequado de pacientes. Pode ocorrer por deficiente formação do profissional generalista que atender no ambulatório ou pelo grande número de casos rotineiros que podem levá-lo ao erro por não valorizar determinados sinais e sintomas. O contínuo acompanhamento por parte da Direção, preparando um programa de aprendizado contínuo para o profissional de saúde, as medidas que limitam o número de consultas evitando a sobrecarga e a substituição e punição do negligente, certamente anulam esta desvantagem.

b) prolongado tempo de espera pelo atendimento podendo aumentar a contágio de doenças infecto-contagiosas. O perigo de contágio pode ser diminuído pela triagem prévia dos pacientes que se dirigem ao ambulatório, antes que fiquem em salas de espera junto a outros doentes e, o tempo de espera, quando não eliminado pela marcação prévia de consulta, pode ser aproveitado em programa de instrução através de televisores instalados nas salas de espera, em local elevado, bem visível e fora do alcance dos usuários, transmitindo fitas de vídeo elaboradas com informações sobre o atendimento e ensinamento de procedimentos preventivos.

c) falta de credibilidade por parte da clientela. Esta falta de credibilidade pode ser consequente à falta de informações sobre serviços oferecidos, pelo tratamento inadequado que foi fornecido pelo profissional ou pela atendente insuficientemente treinada para lidar com o público enfermo que é sempre mais exigente que qualquer outra clientela de serviços não médicos. A falta de credibilidade se dá também, algumas

vezes, por receberem os usuários condutas em determinadas doenças, apesar de corretas, diferentes das que já anteriormente receberam de especialistas. Isto poderia ser melhorado pela visita de especialistas aos AP e a elaboração de um manual de rotinas técnicas uniformizando os procedimentos.

CAPÍTULO 2

ESTUDO ANALÍTICO DA ATUAL ASSISTÊNCIA MÉDICO-ODONTOLÓGICA OFERECIDA PELA REDE AMBULATORIAL DO 1º DN

SEÇÃO I - ORGANIZAÇÃO DO SSM E DA REDE AMBULATORIAL DO 1º DN

Para desempenhar suas funções, que aumentavam em crescente complexidade, de prestar assistência médico-hospitalar, a Diretoria de Saúde da Marinha teve que se organizar sob a forma de sistema e, dentro deste enfoque, estabelecer conceitos, sub-sistemas componentes e sua estrutura, o que foi efetivado através do 3º Despacho nº 0032 de 1985, do Exmo Sr. Ministro da Marinha. Pelo ofício 0092, de 19 de fevereiro de 1988 do Diretor-Geral do Pessoal da Marinha ao Exmo Sr. Ministro da Marinha foram propostas algumas alterações na estrutura da DSM com o objetivo de otimizar o SSM e que redundou nos seguintes atos: (TABELA 4 - SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA)

1 - Extinção do Centro Médico Naval do Rio de Janeiro (CMNRJ) pelo Decreto nº 95.869 de 24 de março de 1988, originando:

a) transferência de subordinação do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), Odontoclínica Central da Marinha (OCM) e Hospital Naval Nossa Senhora da Glória (HNNSG), para a DSM;

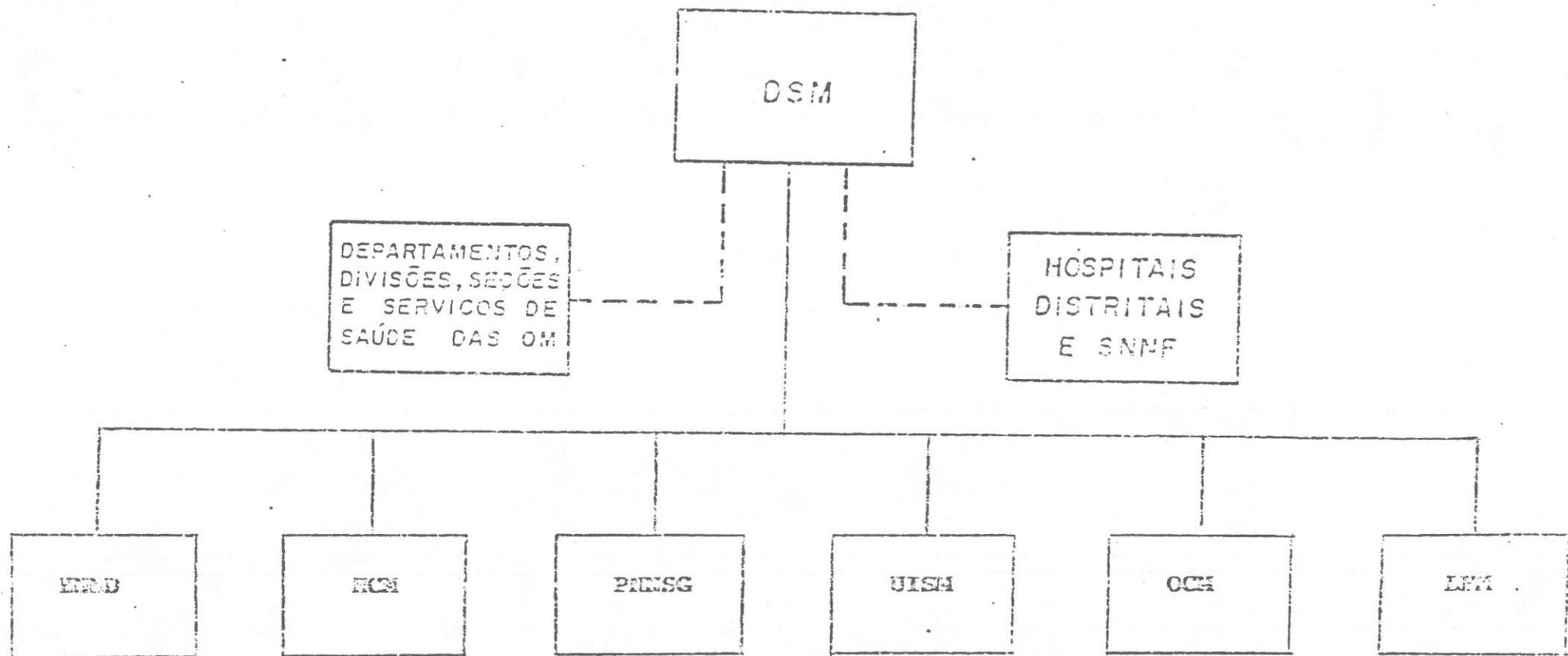
b) transferência do Instituto de Pesquisas Bio-Médicas (IPB) e da Escola de Saúde (ES), a nível de Departamento, para o HNMD;

c) transformação da Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) em Organização Militar (OM) subordinada a DSM.

2) Transformação do HNNSG em Policlínica com o objetivo de aumentar a assistência médica à clientela naval e aliviar a carga de atendimento, a nível primário, do ambulatório do HNMD, passando a Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória

SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

ORGANOGRAMA SIMPLIFICADO



----- SUPERVISÃO FUNCIONAL

TABELA 4

(PNNSG) a ser o Órgão Central responsável pelo atendimento ambulatorial tendo subordinados os Ambulatórios Periféricos da Penha, Campo Grande, Niterói e Ilha do Governador, antes subordinados ao CMNRJ.

O SSM "é o conjunto estruturado e organizado de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, físicos e de informações, hierárquicamente disposto em cadeia de amplitude nacional, com que conta a DSM para prover o desempenho de suas atividades; em cumprimento a política e diretrizes do Ministro da Marinha". É composto de três sub-sistemas: Pericial, de Medicina Operativa e Assistencial.

O Sub-sistema Pericial é o responsável pela seleção, manutenção e controle de todo o pessoal da Marinha.

O sub-sistema de Medicina Operativa é o responsável pelo apoio logístico às Operações Navais.

O sub-sistema assistencial é o responsável pela prestação de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) de forma hierarquizada, regional e integrada aos usuários, segundo os níveis primário, secundário e terciário.

Por hierarquização, entende-se a ordenação da AMH em que os órgãos técnicos de execução são dispostos em níveis de complexidade crescente.

Regionalização é a distribuição dos órgãos técnicos de execução em áreas geográficas definidas. Na Marinha estas áreas estão distribuídas, para efeito operativo, em Distritos Navais e Comando Naval de Brasília.

Integração é o princípio em que os órgãos técnicos de execução devem prestar AMH de uma maneira uniforme sob uma Direção centralizada, que planeje, coordene e acompanhe os serviços prestados, alocando os recursos necessários.

O Órgão de Supervisão Geral do Sistema é o Estado-Maior da Armada (EMA).

O Orgão Central do SSM é a Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM), que é Orgão de Direção Setorial de Apoio dentro da Estrutura Básica da Organização do Ministério da Marinha (EBOMM).

O Orgão de Direção, a quem cabe planejar, orientar, coordenar e controlar as atividades de Saúde (técnicas e gerenciais) é a DSM possuidora de Orgãos de Coordenação e Controle e Orgãos de Execução a quem compete o efetivo exercício das atividades das áreas gerenciais e técnicas.

Os Orgãos Técnicos de Execução (OTE), responsáveis pelo exercício das funções técnicas de saúde (funções periciais, operativas e assistenciais) na área do 1º DN são os seguintes e constituem a rede médico-hospitalar ou rede médico-assistencial do 1º DN:

a) departamentos, divisões, seções, serviços, ambulatórios, enfermarias e formações sanitárias de corpo de tropa, de estabelecimento, de navio, de base (Posto de Assistência Médica da Esquadra), de arsenal (Hospital do Arsenal de Marinha), localizados na área do 1º DN e sob supervisão funcional da DSM;

b) HNMD, hospital de base do SSM. Presta AMH a nível terciário, inclusive odontológica;

c) PNNSG e seus quatro Ambulatórios Periféricos (AP) subordinados;

d) Hospital Central da Marinha (HCM), diretamente subordinado a DSM, é o órgão encarregado dos sub-sistemas Pericial e Operativo. Presta ainda assistência médica ambulatorial aos militares;

e) Odontoclínica Central da Marinha (OCM), diretamente subordinada a DSM presta atendimento odontológico em nível primário e secundário a militares e dependentes;

f) Sanatório Naval de Nova Friburgo, subordinado adminis-

tratativamente ao Comando do 1º DN. Destinado ao tratamento de pacientes fisiológicos em regime de internação, está sendo também preparado para recuperação de pacientes geriátricos. Presta ainda assistência ambulatorial em nível primário, mantém convênios para atendimento complementar de seus usuários quando o custo/benefício não indica seu encaminhamento aos serviços especializados e, ou, internação no HNMD;

g) UISM, recentemente transformada em OM pela Portaria nº 0303 de 24/04/89 do M.M. é subordinada diretamente a DSM. Atende a pacientes psiquiátricos civis e militares usuários do SSM em regime ambulatorial ou em internação.

A rede ambulatorial do 1º DN, compreende todos os OTE que prestam assistência ambulatorial, localizados na área do Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, Minas Gerais (exceto a porção do triângulo mineiro limitada a leste pelos municípios de Araguari, Indianópolis, Nova Ponte e Uberaba) e a ilha de Trindade que possui um Oficial médico fazendo parte da sua tripulação, sendo a ilha de Martins Vaz, também compreendida na área do 1º DN, desabitada e desguarnecida. Esta rede ambulatorial está intimamente relacionada com a rede médico-hospitalar do 1º DN, do qual é parte integrante e, dentro desta concepção, podemos agora apresentá-la:

a) departamentos, divisões, seções, serviços, ambulatórios, enfermarias e formações sanitárias de corpo de tropa, de estabelecimento, de navio, localizados na área do Rio de Janeiro que atendem ambulatorialmente aos militares de suas OM;

b) Posto de Assistência Médica da Esquadra (PAMESQ), que atende ao pessoal militar e civil lotado nas OM do Complexo Mocanguê e pessoal militar embarcado na Esquadra;

c) ambulatório do Hospital do Arsenal de Marinha, que atende aos servidores civis e militares que servem no Arsenal

de Marinha do Rio de Janeiro e nas OM apoiadas pelo AMRJ;

d) ambulatório da PNNSG e AP da Penha, Ilha do Governador, Campo Grande e Niterói que atendem a militares e civis;

e) ambulatório de Apoio às Unidades Operativas do HCM - atende a militares;

f) ambulatório o HNMD, atende a militares e civis usuários dos SSM;

g) OCM;

h) UISM;

i) Sanatório Naval de Nova Friburgo;

j) Departamento de Saúde da Escola de Aprendizes de Marinheiros de Vitória, atende a militares e civis usuários do SSM da área do Espírito Santo em regime ambulatorial e mantém convênios para complementar os atendimentos, além enviar pacientes para consultas no ambulatório do HNMD, devido a sua relativa proximidade com o Rio de Janeiro; e

l) em São Paulo e Minas Gerais o atendimento ambulatorial é feito mediante convênios firmados pelas Unidades Chaves (UC) do SSM, que é qualquer OM da MB responsável pela prestação de AMH em sua respectiva área de apoio, detentora de crédito em projeto específico do Plano de Ação.

SEÇÃO II - LOCALIZAÇÃO DE AMBULATÓRIOS VERSUS CONCENTRAÇÃO DE USUÁRIOS

Os usuários do SSM encontram-se concentrados na sua maioria, na área do 1º DN, onde se localizam, atualmente 71% do total, distribuídos segundo a Tabela 5 e a figura 2.

As cidades que possuem, no Estado do Rio de Janeiro, as maiores concentrações de usuários são de acordo com os dados colhidos na DSM em 17/03/89 e podem ser obtidos atualizados, a qualquer momento, graças aos recursos de informática utilizados: Rio de Janeiro - 140.566; Niterói - 9.208; Nova Iguaçu

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DE USUÁRIOS POR CIDADES NA AREA DO 1º DN

ESTADO	EM 31/12/86	EM 27/03/89
Rio de Janeiro	187.471	187.382
São Paulo	3.471	3.629
Espírito Santo	2.528	2.632
Minas Gerais	330	1.110
TOTAL 1º DN	193.820	194.753
TOTAL BRASIL	277.674	274.134
	FONTE: ANEMAR 1986	FONTE: DSM 1989

DISTRIBUIÇÃO DA CLIENTELA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO POR ZONAS

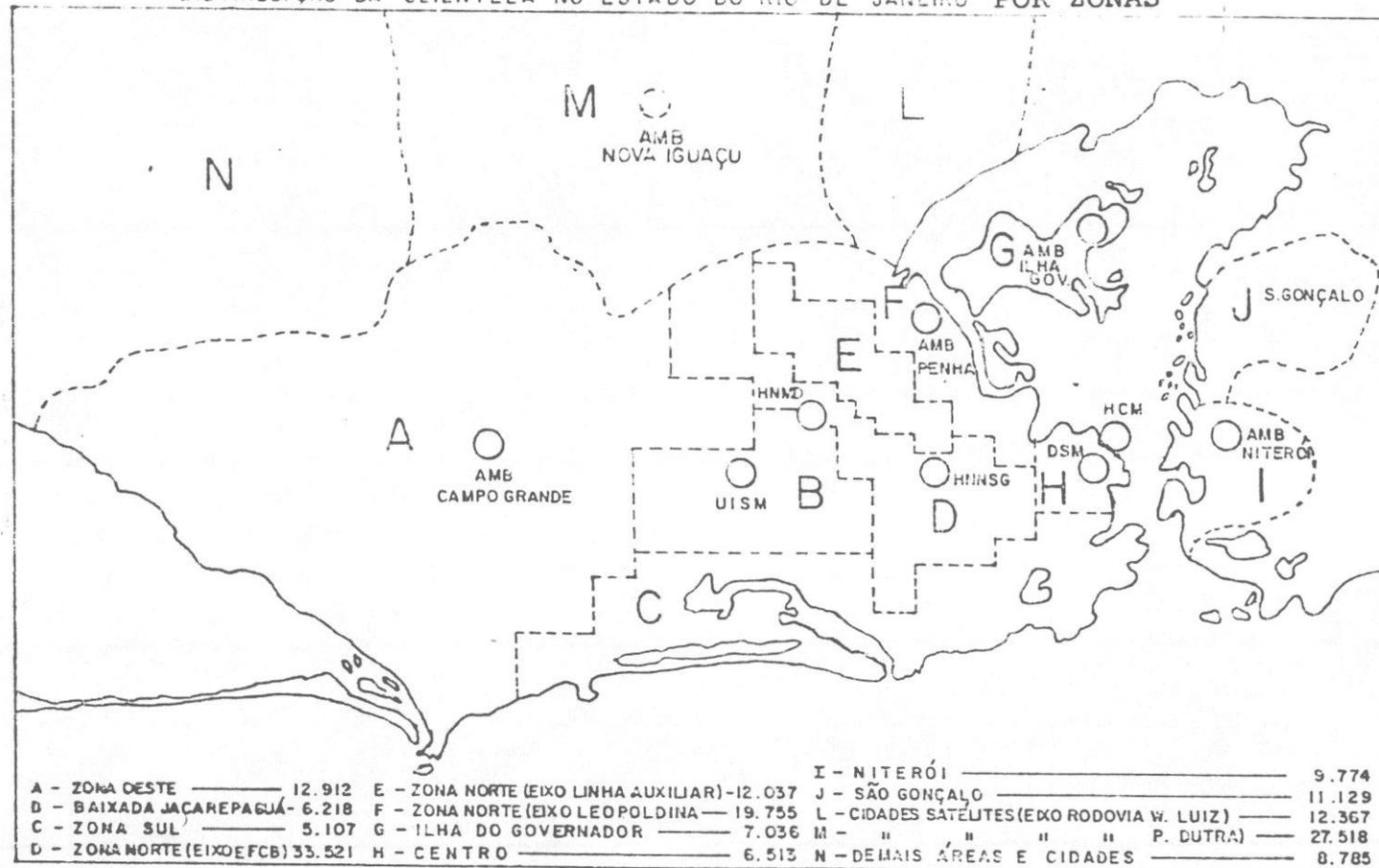


FIGURA 2

Fonte: DSM 1982

6.905; São Gonçalo - 6.401; Duque de Caxias - 5.061; Nilópolis - 4.701 e São João de Meriti - 3.370.

A distribuição da clientela no Estado do Rio de Janeiro por zonas apresentada na Figura 2 foi baseada em estudo realizado pela DSM em 1976 e renovado em 1982, apresenta algumas distorções, como a quantidade de usuários localizados na área de São Gonçalo e, para que os futuros planejamento possam ser feitos em bases atualizadas, sugerimos que seja renovado, em virtude de ser esta uma informação demográfica de muita importância para o planejamento de saúde, fazendo parte da informação epidemiológica quando agregada a outros dados como faixa etária, população sadia e doenças prevalentes. E esta informação, que vai determinar o número de consultórios do ambulatório, tipo de construção, os recursos humanos, materiais e financeiros que deverão ser alocados e o nível de assistência que deverá ser prestado, ou seja, determinará "o como fazer", a programação. Foi baseado nestes dados que a DSM pode sugerir desativar os antigos ambulatórios Central e de Madureira, manter o de Niterói e construir os ambulatórios da Penha, Campo Grande e da Ilha do Governador.

A concentração de grande número de usuários nas cidades de Nova Iguaçu, Nilópolis, Duque de Caxias e São João de Meriti, num total de 20.397, nos indica a necessidade da construção de um AP, até com consulta de algumas especialidades, na cidade de Nova Iguaçu, conforme consta do Projeto H-01-1039 do Plano Básico Hotel, pertencente à DSM e para o qual já foi adquirido o terreno. Poderia ser aproveitada a oportunidade para se construir em Nova Iguaçu um modelo de AP em que suas atividades estivessem intimamente ligadas com as atividades sociais e recreativas da comunidade naval a ser atendida, aproveitando-se e adaptando-se as experiências feitas na Inglaterra, com sucesso, desde 1935 pelo Peckham Pioneer Health Center. Como o

terreno que foi adquirido para a construção do conjunto habitacional e AP é relativamente pequeno, o tipo de construção indicada para o AP é o vertical. As áreas de estacionamento poderiam ser programadas de forma que pudessem ser utilizadas, também, como quadras de esportes, fora do horário de funcionamento do AP. Poderia ser construído no térreo ou no 1º andar do bloco residencial um salão, onde poderiam ser proferidas palestras de interesse da comunidade e em particular, de medicina preventiva e, onde se poderiam, também, programar e oferecer aulas de ginástica, de judô, dança, música, etc.

Na área da logística, e saúde é uma função logística, quando não pensamos e planejamos previamente, visando nos antecipar aos problemas, estamos pondo em prática soluções emergenciais, cujos resultados, na maioria das vezes não são muito expressivos. Temos que pensar e planejar adequadamente as ações que iremos empreender a longo prazo para não termos que improvisar. Temos que "pensar futuros". Assim, no meu entender, antecipando-se às ações que, na área de saúde são feitas, colocando-se AP em área cuja concentração de usuários indica a necessidade de sua instalação, deveríamos escolher uma área no Rio de Janeiro, de preço acessível, servido por boas condições de transporte, comércio e comunicações e lá implantarmos um grande projeto habitacional com clube recreativo e ambulatório integrado a rede ambulatorial do 1º DN, promovendo, em condições favoráveis, concentração de pessoal de Marinha com o objetivo de lhes oferecer satisfação social. Não será fácil conseguir o local ideal, mas a idéia que agora sugerimos teria tempo para ser desenvolvida após o atendimento prioritário da implantação do AP e do conjunto habitacional de Nova Iguaçu, os quais, se construídos, de acordo com a sugestão que apresentamos, poderia servir de modelo para o futuro projeto idealizado.

SEÇÃO III - A ASSISTÊNCIA OFERECIDA E SUGESTÕES PARA SEU APERFEIÇOAMENTO

Os médicos e cirurgiões-dentistas que servem em departamento e divisões de saúde de navios e OM terrestres prestam assistência ambulatorial a militares e também exercem funções periciais e operativas, o que demonstra a integração destas funções. O que constatamos diversas vezes, é o desconhecimento por parte desses Oficiais dos meios de atendimento e dos recursos existentes na rede ambulatorial, fazendo com que militares portadores de patologias que poderiam ser, por exemplo, atendidas por especialista do ambulatório do HCM ou da PNNSG sejam enviados ao HNMD, onde chegam sem saber para onde ou a quem se dirigirem. A sugestão é para que os médicos e dentistas lotados nestes departamentos e divisões visitem a nossa rede médico-hospitalar de preferência acompanhando seus pacientes, inteirando-se dos recursos disponíveis e funcionamento do sistema.

O PAMESQ e o ambulatório do Hospital do Arsenal de Marinha atendem aos militares das OM localizados em suas áreas de atribuição, que os procuram. Preconizamos que a assistência odontológica ambulatorial deveria também, ser levada a bordo das OM apoiadas, sem serviço odontológico, atendendo à Diretriz P15 da Política Básica da Marinha que determina o aprimoramento da função logística de saúde no que concerne as atividades operativas. Assim, preconizamos a ida a bordo de dentista acompanhado de equipamento portátil da Odontologia Operativa, para a realização de censos, onde são identificados todos os militares que necessitam atendimento e assinalados os tratamentos que necessitam ser executados. O tratamento, a nível primário, de acordo com o determinado na Doumarinst 30-01, poderia ser feito à bordo ou nos consultórios dos ambula-

tórios, como é feito no 3º DN, onde mostrou-se válido, tendo possibilitado o tratamento de todas as guarnições dos navios que aí estão sediados.

A PNNSG presta atendimento ambulatorial nas seguintes especialidades e serviços a militares e seus dependentes:

alergologia - Apresenta bom desempenho, traduzido pela produção apresentada em 1988 de 1075 consultas prestadas por um médico civil em regime de 20 horas semanais. Poderiam ser confeccionados pequenos folhetos explicativos para serem distribuídos entre os usuários portadores de doenças alérgicas com instruções sobre a doença, cuidados com o ambiente em que vive o alérgico, alimentos e medicamentos que lhes possam determinar crises alérgicas;

cardiologia - Poderia elaborar folhetos enaltecendo as ações preventivas em doenças cardíacas, como o controle da tensão arterial, obesidade, arteriosclerose e proscricção do fumo objetivando diminuir a taxa de mortalidade causada pelas cardiopatias.

clínica médica - O médico clínico deve estar apto a prestar cuidados primários em psiquiatria, de acordo com a Doutrina 10-12, podendo realizar curso expedito na UIISM visando aumentar seus conhecimentos.

dermatologia - Poderia organizar instruções práticas, sob a forma de folhetos, sobre câncer de pele. A extinção do ambulatório de dermatologia do HNMD e a transferência de quase todos os especialistas para a PNNSG, possibilitará o aumento das atividades clínicas e o envio de um dos dermatologistas, um dia por semana, a cada um dos AP;

pediatria e puericultura - Preconizo a difusão de cuidados primários nestas especialidades, sob a forma de vídeos, enquanto mães e crianças aguardam o atendimento;

^cirurgia ambulatorial em várias especialidades - Apresen-

ta desempenho satisfatório, podendo entretanto ser otimizado, uma vez que é sabido que cerca de 40% de todos os procedimentos cirúrgicos podem ser feitos a nível ambulatorial, o que contribuiria de forma importante para aliviar o HNMD deste tipo de cirurgia. A aquisição de confiança, por parte da clientela, face a bons resultados conseguidos e ausência de infecção secundária, que é inadmissível para este tipo de procedimento, por certo, aumentará a procura pelos usuários, possibilitando o incremento deste tipo de atividade. O HNMD, deverá também encaminhar para a PNNSG os pacientes passíveis de cirurgia ambulatorial, o que não vem fazendo;

oftalmologia - Encontra-se recém instalada e, portanto, é este o momento para implementação de medidas preventivas que, segundo estudos realizados, podem evitar 75% das cegueiras e constituem-se nas seguintes:

a) campanhas de prevenção de acidentes no lar, nos transportes e no trabalho, com a realização de palestras onde sejam demonstrados como determinados acidentes podem afetar a visão e meios de evitá-los como uso de cinto de segurança no carro, uso obrigatório de óculos protetores para a realização de determinados trabalhos;

b) medida da pressão ocular, obrigatória no adulto acima de 40 anos, principalmente se possui história familiar onde se constata portadores de glaucoma;

c) exame oftalmológico no pré-escolar, objetivando a descoberta de estrabismo, ametropias (diminuição da acuidade visual), anisometropias (diminuição da acuidade visual em um dos olhos);

d) diagnóstico e tratamento precoce de cataratas;

e) exames pré-natais visando a descoberta de doenças que podem levar à cegueira do recém-nascido, como a brucelose e a toxoplasmose;

f) administração de vitamina A aos desnutridos, evitando-se a repercussão oftálmica, de sérias conseqüências, provocada por esta avitaminose;

Otorrinolaringologia - Atende nos dois horários de funcionamento da Policlínica, independentemente de prévia marcação de consulta. A atuação da clínica em prevenção poderá ser feita com a elaboração de folhetos explicativos sobre a necessidade do uso de protetores auriculares por aqueles que trabalham em ambientes onde é elevado o nível de ruído, evitando-se a surdez, que pode ocorrer, por exemplo, em artilheiros.

toco-ginecologia - Em que pese a atuação da clínica em 1988, que contando com cinco médicos, realizou 16.974 atendimentos, desejo enfatizar a necessidade de serem incrementadas as seguintes ações:

- prevenção do câncer ginecológico com a difusão da necessidade de realização de exame preventivo anual em todas as mulheres com vida sexual ativa;

- educação sexual, virtude ser ainda muito grande a desinformação neste assunto. Em levantamento realizado em Salvador (BA) consta que 80% das moças, entre 15 e 16 anos, e 90% dos rapazes, iniciaram a vida sexual sem qualquer orientação, o que elevou a incidência de gravidez indesejada, o conseqüente aumento da taxa de abortos, e incrementou o aparecimento de doenças sexualmente transmitidas;

- ginecologia infantil com a preocupação para o ensinamento às mães da maneira correta como proceder a higiene de suas crianças, como profilaxia de corrimentos e infecções urogenitais;

- campanhas de planejamento familiar com esclarecimento sobre os vários métodos de contracepção e acessibilidade aos meios; e

- consulta de enfermagem individual ou em grupos de mulheres com o ensinamento e prática do auto-exame das mamas, visando o diagnóstico precoce do câncer.

traumato-ortopedia - esta é outra clínica recém-instalada, que poderia desenvolver atividades preventivas com palestras e folhetos explicativos sobre:

a) postura no exercício de atividades laborativas, como a forma correta de se erguer pesos, como prevenção da lombalgia que é a principal queixa dos pacientes que procuram a ortopedia;

b) postura correta das crianças ao sentar, modo correto de portar e conduzir pesos, como a pasta de livros;

c) exame minucioso dos membros inferiores, coluna e bacia das crianças, com o objetivo de intervir precocemente, evitando-se as deformidades;

Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) - atende aos pacientes que procuram a Policlínica sem terem tido prévio encaminhamento. Atende também, em caráter de emergência, ao paciente extra-Marinha e serve como local onde são aplicadas medicações e realizados pequenos procedimentos cirúrgicos como suturas de feridas e drenagem de ^aabscessos. Para os médicos que atendem no SPA seria muito importante que pudessem contar com uma publicação sobre rotinas técnicas das várias especialidades que os orientaria sobre a forma correta de prestar o primeiro atendimento, de vital importância no prognóstico e na evolução das doenças.

radiologia - realiza radiografias simples, contrastadas, mamografias e exames de ultrassonografia.

patologia clínica - realiza exames laboratoriais rotineiros para a clientela da PNNSG e para os AP.

citopatologia - ligada à clínica ginecológica, realiza exames de prevenção do câncer ginecológico.

fonoaudiologia - atende a pacientes com problemas da comunicação oral e escrita enviados pelas diversas clínicas. Apresenta, atualmente uma demanda reprimida em virtude dos pacientes ficarem em tratamento por longos períodos, o que é normal neste tipo de atendimento.

psicologia - também com demanda reprimida, tanto pelo tratamento demorado como pela procura à clínica. Pela sua atuação, no nível primário da psiquiatria, representa inestimável recurso humano para o ambulatório, principalmente porque se sabe que entre a população que procura um ambulatório, uma porcentagem elevada, que em alguns estudos chega a 20%, ser de pacientes com algum tipo de problema psiquiátrico.

medicina física e reabilitação - o setor, bem equipado, está apto para atender, a praticamente, todas as necessidades fisioterápicas dos pacientes.

enfermagem - além das suas atividades habituais, atendem nas chamadas consultas de enfermagem nas áreas de puericultura, planejamento familiar e de cuidados com gestantes e puérparas. Participa de atividades como vacinações e curso de preparo para o parto. É muito importante que haja uma enfermeira em cada AP.

farmácia - foi implantada a farmácia ambulatorial com posto de venda aos usuários de produtos fabricados pelo LFM, pelo Laboratório farmacêutico do Exército e pela Central de Medicamentos (CEME). Encontram-se afixados pela PNNSG, cartazes informando aos usuários sobre esta facilidade oferecida.

Serviço Social - De uma maneira geral, presta inúmeros serviços à clientela. Objetiva a difícil integração da sua função de atendimento às necessidades e interesses dos usuários aos objetivos e funções da instituição onde está inserido. Assim, o(a) assistente social participa de programas ligados a reclamos e carências da população naval assistida como:

doação de gêneros; doação de material de construção; doação de passagens; doação de óculos; doação de bolsa de estudo; doação de enxovais a recém-nascidos; planejamento familiar com doação de contraceptivos. Pode participar também da coleta de informações operacionais do sistema através de pesquisas de opinião, muito úteis para a detecção precoce das falhas que possam estar ocorrendo ou que a clientela, desinformada, julgue que estão ocorrendo. Pode corrigir esta última distorção, informando devidamente à clientela ou encaminhando-a ao encontro de sua necessidade.

nutrição e dietética - atua junto a pacientes encaminhados por diversas clínicas e pelos AP, prescreve dietas e avalia os resultados. Participa do curso de preparo para o parto orientando a futura mãe sobre sua alimentação e sobre a alimentação que deverá dar ao seu filho. Como existe carência de profissionais, a presença de estagiárias do último ano dos cursos de nutrição, seria útil para a divulgação de maiores informações, assim como para a elaboração de um curso expedito sobre higiene dos alimentos, englobando desde a sua escolha até seu preparo, de forma que as qualidades nutricionais e vitamínicas fiquem preservadas. Este curso sob a forma de vídeo, também poderia ser exibido na sala de espera dos AP.

odontologia - apresenta uma boa produção com desenvolvimento de atividades preventivas em nível primário executadas por odontólogos e também, atualmente, por higienistas dentárias do QAFP. Fazem palestras sobre higiene dentária, fazem a evidenciação da placa bacteriana, aplicam a técnica de escovação correta, ensinam o uso do fio e da fita dental. São estas atividades, bem desenvolvidas na PNNSG que gostaríamos que fossem implementadas ao nível dos AP e nos serviços odontológicos da Marinha, de uma maneira geral. Os recursos humanos, a médio prazo, poderiam ser aumentados com a criação do curso

higienista odontológico, ao nível de curso técnico, para praças do quadro de enfermeiros, como existente em Forças Armadas de alguns outros países. Estes enfermeiros, higienistas dentários, com curso prático na OCM, poderiam atuar, a nível primário de odontologia, fazendo também, pequenos procedimentos como o preparo de cavidades superficiais em dentes que não necessitassem de uso de anestesia.

A implantação do serviço de ortodontia na PNNSG, certamente vai atender melhor às necessidades de nossos usuários por ser inadmissível, mesmo neste tipo de serviço em que sabemos sempre ocorrer uma demanda reprimida, que o tempo de espera para tratamento esteja atualmente, na OCM, em 4 anos.

Ambulatórios Periféricos - Possuem a estrutura física apresentada na Tabela 6 e executam o seguinte programa básico: assistência médica ambulatorial em nível primário compreendendo consultas em clínica médica, pediatria, gineco/obstetrícia e cirurgia; assistência odontológica em nível primário, compreendendo prevenção, exames clínicos e radiológicos, intervenção em processos inflamatórios agudos, remoção de focos infecciosos, exodontia simples, endodontia em dentes unirradiculares e tratamento odonto-pediátrico emergencial; medicina preventiva; imunizações; educação sanitária; assistência pré-natal; puericultura em geral; campanhas de prevenção; exames radiológicos simples de tronco e extremidades; coleta de material para exames de patologia clínica. A Tabela 7 demonstra o número de consultas ambulatoriais fornecidos pelos AP.

Vejamos agora se as desvantagens que normalmente são apontadas na assistência médico-odontológica ambulatorial se verificam em nossos AP:

a) falta de credibilidade por parte da clientela. É a principal crítica que se faz ao atendimento prestado.

A designação de uma assistente social para atuar junto a

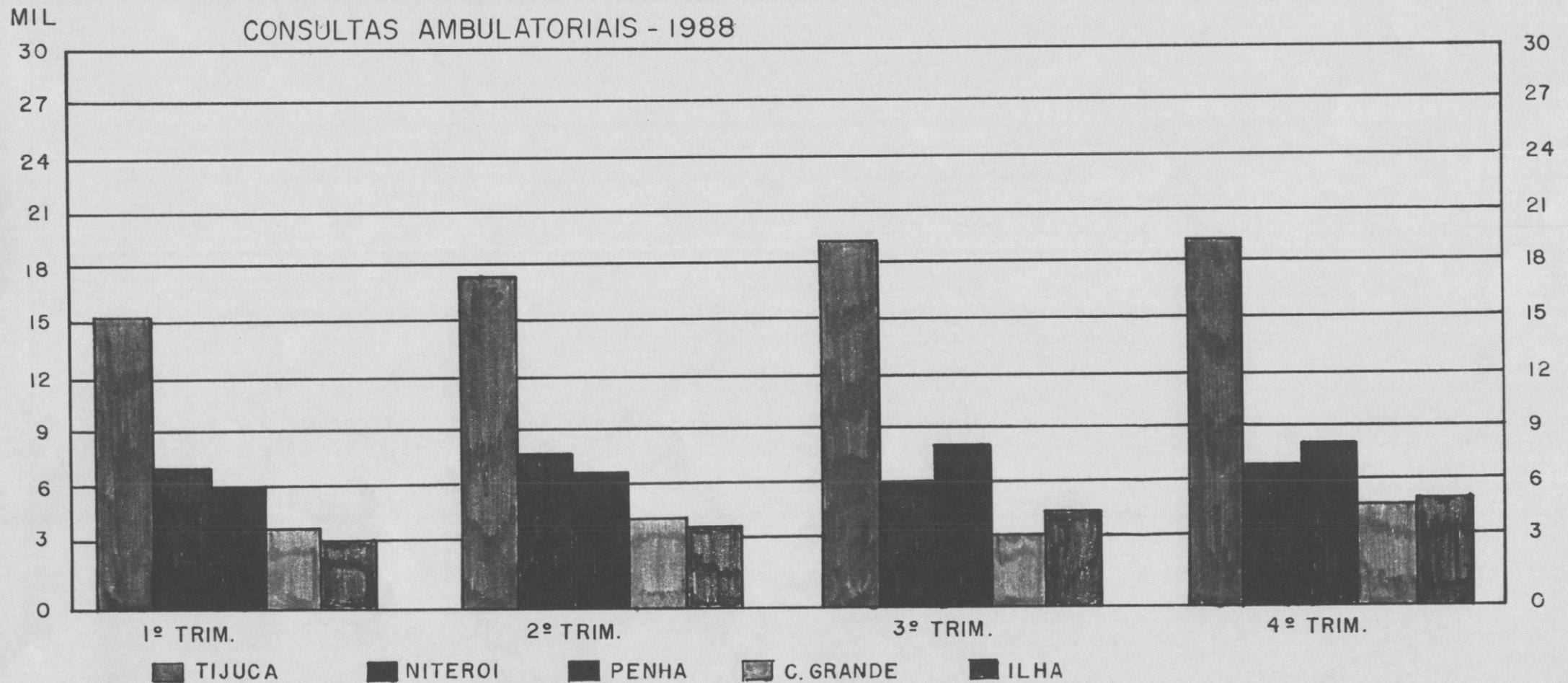
TABELA 6

ESTRUTURAS FÍSICAS DOS AMBULATÓRIOS PERIFÉRICOS

	PENHA	NITERÓI	CAMPO GRANDE	ILHA DO GOVERNADOR
Consultórios Pediatria	4	4	2	3
Consultórios Gineco/Obst.	3	3	1	2
Consultórios Clin. Médica	2	3	2	4
Consultórios odontológicos	8	6	6	6
Sala de Vacinação	1	1	1	1
Laboratório	1	1	1	1
Sala raios X	0	1	0	1
Cirurgia Ambulatorial	0	1	0	1
Farmácia	1	1	0	1
SAME	1	1	1	1
Secretaria	1	1	1	0
Sala Pesagem	0	1	0	1
Sala Curativos	1	1	0	1
Repouso	0	0	0	1

TABELA Nº 7

CONSULTAS AMBULATORIAIS REALIZADAS NOS AP
POLICLINICA NAVAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA



clientela, mesmo que seja em regime de meio expediente ou em dias alternados da semana, fazendo pesquisa de opinião, visitando famílias residentes na área, divulgando os serviços prestados, seria de grande valia para aumento da credibilidade.

O envio de especialista aos AP, quando a demanda de atendimentos assim o exigisse, atuando, por exemplo, um dia da semana, seria valioso para o contentamento da clientela.

A frequente visita aos ambulatórios pelo seu Chefe de Departamento e a ida dos Encarregados dos ambulatórios e de seus funcionários à Policlínica para participarem de palestras e cursos, também aumenta a satisfação tanto dos usuários como daqueles que servem nos AP.

A elaboração pelos chefes de clínicas do HNMD e da PNNSG de uma publicação que reunisse as "rotinas técnicas das clínicas", com o objetivo de instruir e ao mesmo tempo uniformizar os procedimentos realizados pelos profissionais dos AP e do CSM, de uma maneira geral, também aumentaria a credibilidade. Esta publicação englobaria a essência do diagnóstico e o tratamento de afecções mais frequentes, podendo ser ampliada e corrigida periodicamente. Um primeiro passo, neste sentido, foi dado pela clínica obstétrica do HNMD que sentindo a necessidade de uniformizar procedimentos em gestantes, elaborou e está promovendo a difusão de normas técnicas deste setor.

A presença de uma enfermeira lotada em cada ambulatório, também dinamiza e controla as atividades do AP aumentando a credibilidade.

b) prolongado tempo de espera pelo atendimento - não foi detectada esta queixa entre usuários dos ambulatórios. O tempo de espera é o normal neste tipo de atendimento e as medidas para minimizá-lo e preenchê-lo já foram expostas na Seção IV.

c) tratamento inadequado de pacientes - não foi confirma-

da esta crítica entre nossos usuários. Outras críticas, no entanto foram constatadas:

d) falta de conforto nos ambulatórios, traduzido pela falta de aparelhos de ar condicionado em alguns consultórios. A solução depende apenas de recursos financeiros que facultem a aquisição e instalação dos aparelhos. O conforto, tanto dos usuários, como dos profissionais que labutam em AP deve ser um objetivo constantemente perseguido, dotando-se os ambulatórios de mobiliário simples, porém resistente e confortável, aparelhos de ar condicionado e, quando possível, aparelhos de televisão e vídeo para difusão de programas de medicina e odontologia preventivas. Ao mesmo tempo, o AP deve tornar-se visualmente agradável com salas de pediatria decoradas com motivos infantis, salas de espera sempre limpas, bem pintadas.

e) desmotivação dos profissionais de saúde para servir em AP. Isto, foi em grande parte atenuado com a implantação do regime de dois turnos de trabalho, que além de poder apresentar uma extensão do horário de atendimento oferecido, na PNNSG, ainda representou economia de rancho e poderá facultar, sem prejuízo do atendimento, a ida dos profissionais dos AP à Policlínica e ao HNMD onde poderão participar de palestras, cursos, receber instruções, familiarizarem-se com os especialistas identificando os níveis de atendimento prestado, facilitando o encaminhamento correto dos usuários.

De uma maneira geral, todas as medidas de ordem preventiva preconizadas para as clínicas e serviços da PNNSG podem ser aplicadas pelos médicos e dentistas que trabalham nos AP. Folhetos explicativos sobre doenças alérgicas, prevenção de doenças cardíacas, câncer de pele, prevenção de lombalgia, de cegueira, e outros, poderiam ser distribuídos. O clínico poderia atender a pacientes psiquiátricos prestando cuidados primários em psiquiatria. O cirurgião do ambulatório da Ilha do

Governador, que é o melhor dotado de instalações, poderia realizar um número maior de cirurgias ambulatoriais desde que apoiado por anestesista e material. A lotação de uma enfermeira em cada AP facultaria sua atuação em consultas de enfermagem, aplicação e difusão de medidas de ordem preventiva. A farmácia ambulatorial poderia ser implantada nos AP, não exigindo, obrigatoriamente, a designação de um Oficial farmacêutico para cada um deles. Considero de grande importância a designação, mesmo que não seja em período de tempo integral, de assistente social para servir nos AP. Os cirurgiões dentistas podem, perfeitamente, prestar os mesmos cuidados de odontologia básica que são oferecidos na PNNSG. Deveria ser designada uma higienista odontológica, pelo menos, para cada um dos AP. A carência desta técnica poderia ser suprida, a médio prazo, pela criação de curso técnico complementar para praças EF.

O ambulatório de apoio às Unidades Operativas, do HCM, atendendo aos militares da ativa nas especialidades de cardiologia, clínica médica, traumatologia-ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia, psicologia, cirurgia geral ambulatorial e nos serviços de radiologia, patologia clínica, audiometria e fisioterapia, tem desempenhado suas funções com boa aceitabilidade por parte dos usuários.

O ambulatório do HNMD, apresenta a seguinte produção que pode ser verificada na Figura 3. Um dos problemas que sempre preocupou a Direção do HNMD era o da chegada, em número elevado, de pacientes sem terem sido encaminhados por outros ambulatórios e sem uma avaliação prévia, ou seja, sem terem tido qualquer tipo de atendimento primário. Para resolvê-lo, foi criado o chamado Serviço de Pronto Atendimento (SPA), anexo ao ambulatório.

Foi o grande número de atendimentos no SPA, ambulatórios e

MINISTÉRIO DA MARINHA
HNMD
SAME

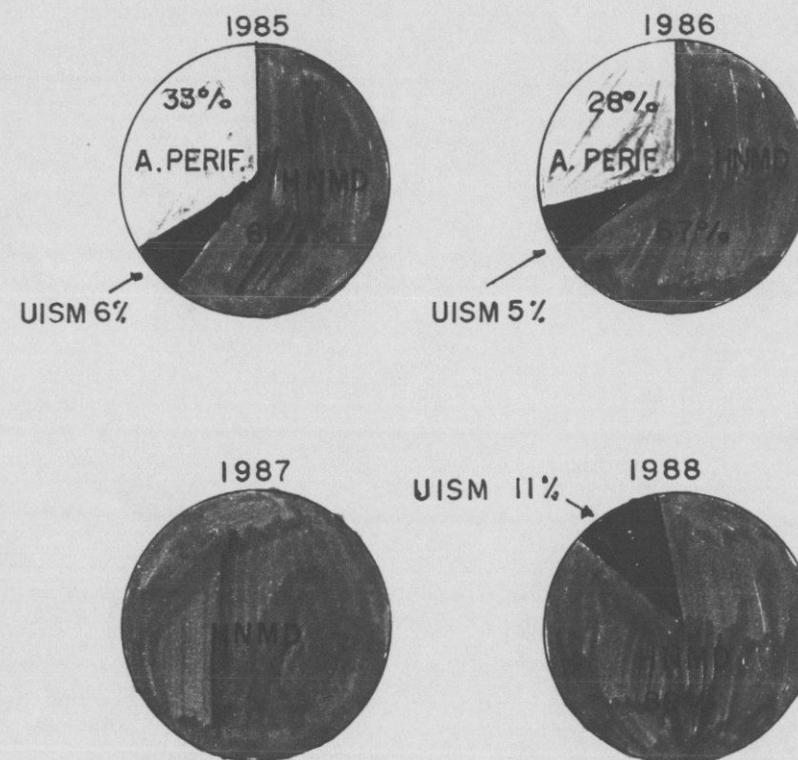
FIGURA Nº3
PRODUÇÃO DO AMBULATÓRIO DO HNMD

Nº DE CONSULTAS NO HNMD, UISM E AMBULATÓRIOS PERIFÉRICOS
PERÍODOS: 1985/1986/1987/1988

ANOS CONSULTAS	1985	1986	1987	1988
HNMD	238 218	230 979	198 348	211 811
UISM	22 279	17 941	—	26 671
A. PERIF.	130 195	99 047	—	—
TOTAL	390 692	347 967	198 348	238 482

FONTE: BOLETIM DE SERVIÇOS PRODUZIDOS (ANEXO D) - A. PERIF.
MOVIMENTO ESTATÍSTICO MENSAL - UISM.
MAPA DE MOVIMENTO MENSAL DO AMBULATÓRIO - HNMD

NOTAS: 1986 - DADOS COMPUTADOS DOS AMBULATÓRIOS PERIF. ATÉ JULHO
1986 - DADOS COMPUTADOS DA UISM ATÉ AGOSTO
1988 - DADOS COMPUTADOS DA UISM A PARTIR DE ABRIL



emergência, que possuía o HNMD, que a Direção do SSM objetivou diminuir, com a criação da PNNSG e sua rede de AP subordinados. Pela Tabela 8, que compara os atendimentos prestados nos meses de janeiro a abril dos anos de 1988 e 1989, já estamos podendo verificar que o objetivo está começando a ser alcançado pois já constatamos uma diminuição de cerca de 100 consultas mensais em março e abril do corrente ano.

O atendimento prestado pela OCM, cuja produtividade pode ser verificada pela Tabelas 9, em que pese a boa qualidade dos atendimentos, ainda deixa a desejar, pela demanda reprimida em determinadas clínicas, principalmente na clínica de ortodontia, onde o tempo médio de espera por um tratamento se situa em 4 anos. A transferência desta especialidade para a PNNSG deverá atenuar o problema, porque com a transferência espera-se que sejam aumentados os recursos, principalmente humanos, que deverão ser postos a disposição da clínica. A clínica de periodontia, também se encontra com fila de espera. Esta clínica poderá ser uma das grandes beneficiadas com a criação da subespecialidade de higienistas odontológicos para praças EF, uma vez que alguns dos cuidados que são prestados pelo cirurgião-dentista, especializado em periodontia, como remoção de tártaro e curativos gengivais, poderão passar a ser feitos pelos técnicos.

A UISM, que passou por uma reforma geral de suas instalações, antes de ser transformada em OM, com a criação de novas unidades de internação, diminuindo os gastos com clínica conveniada, oferece atendimentos psiquiátricos ambulatoriais. Tem capacidade para oferecer curso de atendimento psiquiátrico primário a todos os médicos de especialidades básicas que trabalham em AP, desde que obedecida uma programação prévia. A sugestão que apresentamos para o setor, tendo por base a prestação de cuidados primários em psiquiatria e a constatação

TABELA 8

Tabela Comparativa dos Atendimentos ambulatoriais prestados pelo HNMD em 1988/1989

ESPECIFICAÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
1988 Ambulatório No de atendimentos	9.243	8.664	15.314	13.840
média	486	456	696	728
1989 No de atendimentos	15.224	12.685	12.252	11.871
média	724	604	583	624
1988 Emergência No de atendimentos	4.048	3.360	3.378	3.464
média	130	115	108	115
1989 No de atendimentos	3.436	3.406	3.741	3.777
média	110	121	120	125
1988 S.P.A No de atendimentos	2.777	2.659	3.579	2.774
média	146	140	170	146
1989 No de atendimentos	3.094	2.634	2.157	2.460
média	147	146	102	129

Fonte: SAME HNMD 1989

Cl. Ser.	Mês	1986							
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	%
Diag. Oral		4.453	3.714	3.938	4.497	3.805	4.359	24.766	22.68
Prevenção		1.076	1.133	1.391	1.761	1.511	1.144	8.017	7.34
Dentística		1.911	1.462	1.471	1.701	1.688	1.678	9.911	9.08
Periodontia		648	504	590	701	606	582	3.631	3.32
Cirurgia		617	460	571	694	650	646	3.638	3.33
Ortodontia		984	884	1.135	1.567	1.360	1.294	7.224	6.61
Prótese		2.113	1.930	2.112	2.238	2.396	2.285	13.222	12.11
Endodontia		1.770	1.443	1.419	1.741	1.598	1.525	9.496	8.69
Radiologia		4.626	3.802	4.055	4.327	4.571	4.542	25.923	23.72
Odontopediatria		612	533	527	610	582	543	3.407	3.12
Total		18.810	15.865	17.209	19.986	18.767	18.598	109.235	100.00

Cl. Ser.	Mês	1987							
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	%
Diag. Oral		3.606	4.553	3.111	3.019	4.007	4.117	22.113	23.03
Prevenção		1.153	1.214	1.263	1.218	1.242	1.119	7.209	7.41
Dentística		1.545	1.516	1.138	1.466	1.705	1.794	9.164	9.42
Periodontia		379	474	528	513	591	632	3.117	3.21
Cirurgia		459	666	731	624	729	727	3.936	4.04
Ortodontia		887	991	1.166	1.197	1.295	1.241	6.777	6.96
Prótese		1.583	1.766	1.625	1.800	2.064	2.044	10.922	11.22
Endodontia		1.181	1.153	1.064	1.207	1.246	1.086	6.937	7.13
Radiologia		3.279	3.785	3.352	3.978	4.299	3.890	22.583	23.21
Odontopediatria		620	746	643	686	783	777	4.255	4.37
Total		14.692	16.884	14.621	15.708	17.981	17.427	97.313	100.00

Mês	1988							
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	%
Diag. Oral	3.515	3.569	5.242	4.413	4.520	4.502	16.757	19.50
Prevenção	943	574	166	69	30	126	1.908	2.44
Dentística	1.832	1.516	1.917	1.565	1.371	1.424	9.625	11.35
Periodontia	421	512	751	617	620	771	2.998	3.84
Cirurgia	622	499	626	395	445	467	3.054	3.92
Ortodontia	574	995	1.439	1.210	1.120	1.358	6.696	8.59
Prótese	1.633	1.381	2.186	1.846	1.854	1.976	10.876	11.96
Endodontia	810	783	1.138	867	697	635	4.930	6.32
Radiologia	2.703	2.811	4.301	3.306	3.923	4.017	21.061	26.01
Odontopediatria	704	588	800	765	894	982	4.733	6.07
Total	13.757	13.188	18.566	15.071	15.474	16.258	77.905	100.00

TABELA 9

PRODUTIVIDADE DA OCM

da frequência com que os pacientes que já sofreram internação e receberam alta com algum déficit psiquiátrico, retornam às instituições psiquiátricas para reinternações, é o chamado "seguimento de enfermagem", modalidade de assistência que poderá ser feito por enfermeira treinada em lidar com estes pacientes, com a supervisão do médico especialista, em que os pacientes que tenham tido alta hospitalar são acompanhados semanalmente em ambulatório por um período médio de três meses, objetivando:

- oferecer suporte para que o paciente se reintegre no ambiente familiar (na maioria dos casos a família prefere que o paciente permaneça no hospital), social e de trabalho.

- surpreender precocemente os sintomas de recaída, evitando a reagudização da doença, inclusive verificando se a medicação prescrita está sendo tomada.

- intensificar o atendimento ambulatorial, evitando-se as reinternações frequentes.

O Sanatório Naval de Nova Friburgo atua satisfatoriamente, dentro de suas possibilidades, em termos de assistência ambulatorial, complementando-a através de convênios com entidades médicas locais e o envio de pacientes ao HNMD com consulta marcada previamente através de mensagem.

Nos Estados do Espírito Santo, São Paulo e Minas Gerais, o atendimento ambulatorial é feito através de convênios pelas UC e atende razoavelmente às necessidades dos usuários que lá residem. As Doumarinst 10-13 e 10-14 regulam e orientam a prestação deste tipo de assistência.

CAPÍTULO 3

RECURSOS INDISPENSÁVEIS A CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS

SEÇÃO I - RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos utilizados no atendimento ambulatorial são constituídos por civis e militares.

Os civis são pertencentes ao Quadro de Pessoal Civil do Ministério da Marinha e enquadrados em vários níveis. São médicos, odontólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de laboratório, técnicos de raio X e artífices.

Os militares pertencem ao Corpo de Saúde da Marinha (CSM), podendo ser do Quadro de Médicos, de Cirurgiões-dentistas ou Farmacêuticos; ao Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha (CAFRM), podendo ser do Quadro Auxiliar Feminino de Oficiais (QAFO) ou do Quadro Auxiliar Feminino de Praças (QAFP) em suas várias especialidades; aos Oficiais da Reserva Não Remunerada em serviço militar ativo (RNR), compreendendo médicos, dentistas e farmacêuticos; ao Corpo de Praças da Armada (CPA) e são enfermeiros, assim como os pertencentes ao Corpo de Praças do Corpo de Fuzileiros Navais (CPCFN).

Para o atendimento em ambulatórios periféricos, se requer para o médico, a formação generalística que teria obtido após o internato, último estágio de seu curso de graduação e que lhe teria conferido os seguintes predicados:

- 1 - estar preparado e ajustado às necessidades médicas do País;
- 2 - estar capacitado para o atendimento ao nível de cuidados primários de saúde; e
- 3 - ter obtido conscientização social pelos conhecimentos recebidos na Escola Médica dos problemas que incidem em comu-

nidades e as interrelações entre o meio ambiente, agente patogênico e hospedeiro.

Caso os objetivos do internato houvessem sido alcançados em sua plenitude, estaria o médico, ao ingressar na Marinha, apto para o desempenho de funções nos AP. Entretanto, deficiências nesta sua fase universitária, determinam a necessidade de se complementar a sua formação.

A Marinha voltou a admitir o ingresso ao CSM de médicos de formação generalista, não mais exigindo curso de especialidade ou residência em determinada especialidade, visando sua pronta utilização em funções a bordo, formações sanitárias de corpo de tropa e AP, após breve curso de adaptação ao oficialato. É neste curso, na parte concernente a conhecimentos técnicos, que sua formação em cuidados primários de saúde deve ser complementada, ou pelo menos aumentada, com estágios na PNNSG e na UISM. O mesmo achamos que é recomendável para os RNR, médicas do QAFO e médicos civis que ingressam na Marinha.

Para os Cirurgiões-dentistas, dos vários quadros, também achamos aconselhável a realização de um breve estágio, de uma semana, na OCM e na PNNSG, antes de serem designados para os AP. Neste estágio, além de aprimorarem seus conhecimentos em cuidados primários de saúde, conheceriam melhor as OM de saúde, facilitando a integração da assistência e possibilitando melhor encaminhamento dos pacientes.

Ao nível de praças, apesar da especialidade higienista odontológico, ter passado a constar da lista de necessidades do Quadro de QAFP desde 1983, tendo em 1989 possibilitado o ingresso na Marinha de quatro representantes da especialidade, acreditamos que o seu incremento, através um Curso Técnico complementar para EF do CPA e CPCFN, liberando a mão-de-obra cara do cirurgião-dentista para procedimentos de maior vulto, podendo atuar em serviços odontológicos de navios e corpo de

tropa, onde não se conta com mão-de-obra feminina, viria a contribuir para a diminuição da patologia dentária na Marinha.

SEÇÃO II - RECURSOS MATERIAIS E FINANCEIROS

Obedecendo a um planejamento prévio, denominado Plano de Ação (PA), os recursos materiais e financeiros são alocados às OM que prestam serviços de assistência médico-odontológica ambulatorial, através do Plano Básico (PB) da área da saúde denominado de HOTEL e constituído de Programas e Projetos:

Os Programas, são os seguintes:

H-01 - Desenvolvimento e Manutenção da rede hospitalar e Para-hospitalar. Tem o propósito de dotar e manter a rede Hospitalar da Marinha, nesta incluída a rede ambulatorial, para que possa ser eficiente e eficaz.

H-04 - Operações cívicas - objetiva a assistência médica, odontológica e farmacêutica em operações cívicas das quais participa a Marinha.

H-05 - Abastecimento de Material de jurisdição da DSM - visa suprir as OM do SSM de material de consumo e permanente.

H-06 - Pesquisa biomédica.

Dentro do Programa H-01 encontram-se:

a) projeto 1039 - Ambulatórios Periféricos na área do Grande Rio - que se destina à criação de ambulatórios isolados para prestação de assistência médico-odontológica, em nível primário, às grandes concentrações de usuários do SSM na área do Grande Rio.

b) o projeto H-01-2034 que se destina a contratação de serviços de terceiros nas áreas de jurisdição das UC.

c) o projeto H-01-2052 - SSM - destina-se a dotar as OM de Saúde de recursos para manutenção e conservação (fase 98) e despesas especiais (fase 97 - Exemplo: luz e gás).

No que interessa, mais de perto, à rede ambulatorial do lo

DN, é o projeto H-01-1039 que merece uma maior atenção.

Este projeto que, infelizmente, encontra-se parado, em fase de revisão, aparentemente em decorrência de dificuldades financeiras que obrigam a estabelecer prioridades, prevê o planejamento, a construção e dotação de material permanente de saúde e mobiliário, de todos os ambulatorios da rede do 1º DN. O planejamento, como não poderia deixar de ser, é dinâmico, podendo reestudar o projeto e concluir pela inadequação da construção de determinado ambulatorio, como aconteceu com o de Botafogo, e se decidir pela construção de outro que atenda a uma parcela maior e mais carente de usuários, como o de Nova Iguaçu. Pode também o acompanhamento do projeto, vir a determinar alterações como a desativação do ambulatorio de Madureira, herdado da extinta AMSA, por ser inadequado e não atender às necessidades, e optar pela construção do ambulatorio da Penha com adaptação de dependências do Quartel de Marinheiros.

Para possibilitar a transformação do Hospital Naval Nossa Senhora da Glória em Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, foi criado um Projeto, o H-01-4052, visando atender às obras de adaptação.

Para dotar as OM de saúde de medicamentos e material de consumo de saúde, existe o projeto H-05-2030 que prevê estas OM de recursos financeiros para aquisição.

O projeto H-05-2051 atende às OM de saúde em suas necessidades de equipamentos através de sua fase 01 ou de material permanente de saúde em sua fase 02.

Apesar desta organização, quase perfeita, para suprir as OM de saúde de material e recursos financeiros, nota-se, pela escassez destes últimos, que alguns AP apresentam deficiência de itens de equipamentos como colposcópios. Não possuem troncos telefônicos que facilitem a comunicação, sempre difícil, com a PNNSG, o que também em muito dificulta a coordenação, o

controle e a difusão de ordens e informações. Falta, nos AP, uma viatura de serviço, que não necessitaria ser obrigatoriamente ambulância, para facilidade de comunicação e transporte entre os AP e a PNNSG.

A correção destas dificuldades serviria para aumentar a credibilidade dos usuários dos AP, afastando aquela imagem negativa que persegue os ambulatórios há mais de um século, desde que surgiram no mundo, de serem locais de atendimento de pessoas indigentes, pobres e de que qualquer atendimento que se lhe der, por pior que seja, seria melhor que nenhum.

CAPÍTULO 4

A IMPORTÂNCIA DA REDE AMBULATORIAL EM SITUAÇÕES DE CONFLITO

SEÇÃO I - CONCEITO DE CONFLITO E SUA CLASSIFICAÇÃO

Para que possamos delinear a importância da rede ambulatorial em situações de conflito, faz-se mister que entendamos a conceituação de conflito em seu aspecto mais amplo de "estado de tensão social causado por qualquer alteração não controlada no grupo social". Pode ser considerado interno, quando ocorre dentro de um mesmo grupo social, dentro de um Estado, dentro de uma Nação, ou ser considerado externo, quando ocorre entre grupos sociais diferentes, entre Estados ou entre Nações. Os conflitos pessoais, internos, que ocorrem dentro de uma pessoa, frente a situações novas ou inesperadas e que refletem a incapacidade desta mesma pessoa em resolvê-los, ou os conflitos interpessoais que podem ocorrer, por exemplo, no seio de uma família, apesar de também interessarem à rede de assistência médico-ambulatorial devido às suas relações com a psiquiatria e com o campo da assistência social, não serão abordados no presente capítulo.

Os conflitos podem ser manifestos, quando se exteriorizam, ou latentes, dentro de um grupo. De acordo com a sua intensidade, podem ser suaves ou intensos e, em relação ao uso da força, podem ser pacíficos ou violentos. Podem ser institucionalizados, como os debates travados por parlamentares representantes de partidos.

Podemos classificar os conflitos, de acordo com a Escola de Guerra Naval (EGN) nos seguintes grupos:

1^o) antagonismos, compreendendo a rivalidade, o debate, a negociação, a desavença, o litígio, a agitação, a perturbação da ordem e a greve pacífica.

2o) As crises, nelas incluídas as greves com piquetes, as crises de governo, o conflito diplomático, a conjuração e o golpe de estado sem derramamento de sangue, também chamado de golpe de estado branco.

3o) As lutas armadas, onde se incluiriam os duelos, motins, as guerrilhas, a rebelião, o golpe de estado sangrento, a guerra civil insurrecional, a guerra civil revolucionária e a guerra internacional.

Os antagonismos, caracterizam-se pela ausência de violência. A agressividade, quando existente, não é sua característica marcante, ao contrário das crises, onde a agressividade é uma constante e a violência é eventual. Nas lutas armadas, a violência e a agressividade estão sempre presentes, como na guerra civil que pode ser insurrecional, quando uma parcela da população, auxiliada ou não do exterior, sem estar baseada em uma ideologia, revolta-se contra o poder constituído, com o propósito de tomá-lo ou fazê-lo aceitar determinadas condições, ou revolucionária, quando parte da população revoltada e em armas, é orientada por uma ideologia.

SEÇÃO II - UTILIZAÇÃO DA REDE AMBULATORIAL NOS TIPOS DE CONFLITO

Como poderia a rede ambulatorial ser utilizada nos tipos de conflito, face a sua característica de prestar assistência médico-odontológica em nível primário, em consultas externas, com recursos humanos e materiais limitados?

A pergunta feita, já limitante em termos de missão básica da rede ambulatorial e de seus recursos, nos obriga a um pensamento prospectivo realístico face a estas limitações, não impedindo porém, que possamos imaginar outras utilizações em decorrência destas mesmas limitações.

Senão, vejamos: nos conflitos denominados de antagonismos,

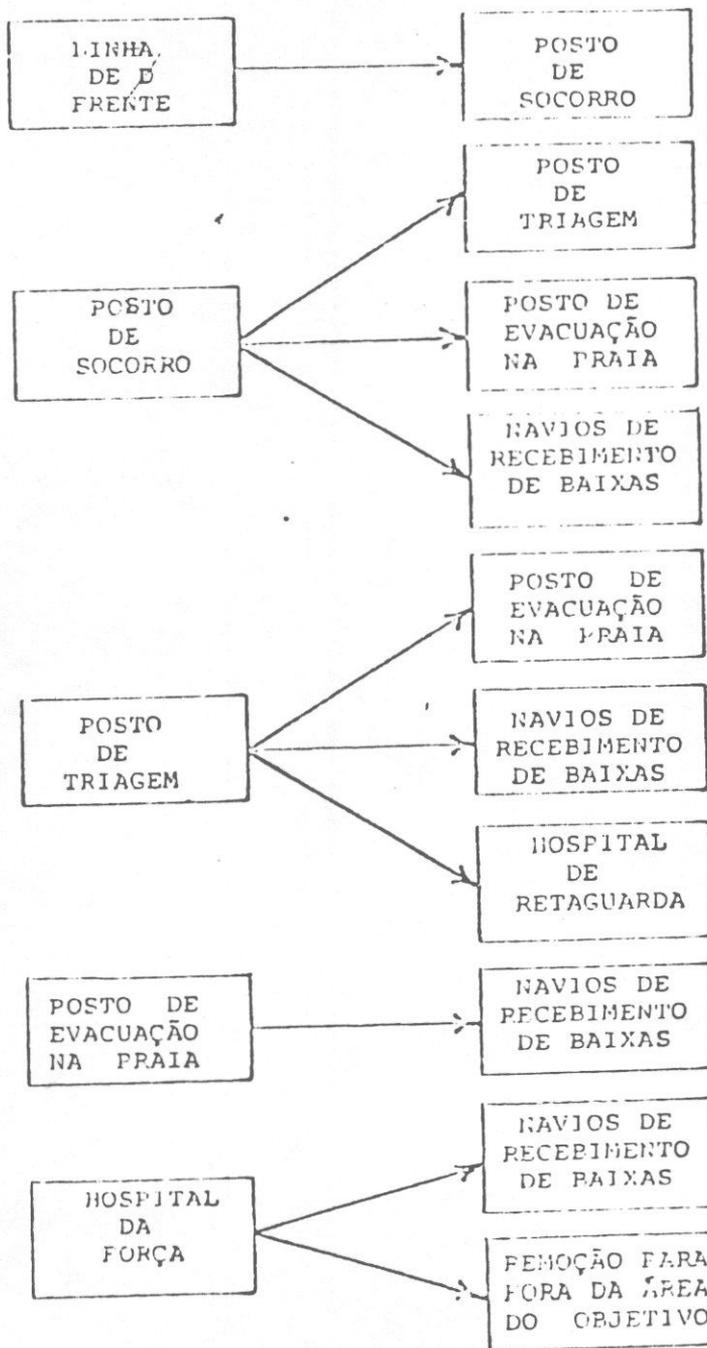
a ausência de violência, não causando vítimas, praticamente, prescindiria do apoio dos ambulatórios. Porém, estando estes AP, situados em locais onde existe uma maior concentração de usuários, militares e seus dependentes, poderiam ser utilizados em casos de agitação, perturbação da ordem ou greves pacíficas com ocorrência de paralização de um serviço essencial como o de transporte, como ponto de concentração de militares, onde, mais facilmente, poderiam ser recolhidos por viaturas da Marinha para serem levados aos seus locais de trabalho.

Nas crises, onde a violência pode estar presente, gerando vítimas, os ambulatórios, além de poderem ter a utilização prevista anteriormente, poderiam funcionar como posto de primeiros socorros, triagem e evacuação de feridos que excedessem a sua capacidade de resolução.

Nas lutas armadas, onde, em consequência do uso constante da violência, encontraremos sempre feridos, aumenta a importância da rede ambulatorial funcionando como posto de primeiros socorros e elo da cadeia de evacuação que, no âmbito do 1º DN, poderia ser feita diretamente para o HNMD ou para outros hospitais militares e hospitais da rede municipal ou estadual mais perto do AP, se as condições dos pacientes assim determinassem. Dependendo do número de feridos, excedendo a capacidade de atendimento do HNMD, o HCM estaria em condições de receber feridos, ativando suas enfermarias e centro cirúrgico.

A atuação da rede ambulatorial, como previsto no parágrafo anterior, se faria nos casos de conflitos internos, como as guerrilhas urbanas, golpe de estado sangrento e no caso de guerras civis com foco de luta armada na área de um dos AP, pois em casos de conflitos externos com atuação de nossas Forças Navais, outra cadeia de evacuação, com métodos próprios, estaria presente, de acordo com a figura 4, não passando

CADEIA NORMAL DE EVACUAÇÃO



MÉTODOS DE EVACUAÇÃO

A pé, Radioleiros

Ambulâncias, VtrAnf, Helicópteros

Ambulâncias, VtrAnf, Helicópteros

Ambulâncias, VtrAnf, ED, Helicópteros

Ambulâncias, VtrAnf, Helicópteros

Ambulâncias, VtrAnf, ED, Helicópteros

Aeronaves

VtrAnf, ED, Helicópteros

Ambulâncias, Helicópteros, VtrAnf, ED

Navios de recebimento de baixas, Aeronaves

FIGURA 4

pelos AP. Nos conflitos externos, ainda na fase de tensão que os antecede, os AP poderiam ser utilizados como postos de coleta de sangue, prevendo sua utilização na guerra, aproveitando-se o espírito de adesão da população à causa, frente a um inimigo comum. Devido a limitação em recursos humanos e materiais, o AP poderia ser reforçado por equipe do Centro de Medicina Operativa (CEMOP), daí surgindo uma quarta sugestão de como poderia ser utilizada a rede ambulatorial: local de treinamento contínuo das equipes de Medicina Operativa.

Vamos expandir esta sugestão partindo do conceito de que as equipes do CEMOP têm que estar preparadas e adestradas para atuarem em locais sob condições adversas e com eficácia, ou seja, da melhor maneira possível, objetivando os melhores resultados. Para isto, necessitam melhorar seu desempenho, sabendo empregar seus recursos materiais e humanos, o que lhes dará disponibilidade, podendo continuar funcionando, o que lhes trará confiabilidade, configurando estes dois atributos, disponibilidade e confiabilidade, o seu grau de aprestamento.

As equipes do CEMOP são basicamente, equipes cirúrgicas devido ao tipo de pacientes a que se destinam atender, que são os feridos em combate. Quando completa, é constituída de cirurgião geral, anestesista, traumato-ortopedista, clínico, cirurgião buco-maxilo-facial, técnico de raios X, enfermeiro de sala de cirurgia, técnico de laboratório e enfermeiro encarregado do material que tem sob sua guarda todo o necessário para operar um pequeno hospital de campanha. Para cada tipo e vulto de operação corresponde o material médico-cirúrgico adequado e pessoal suficiente para operá-lo. Durante as operações-treinamento, cujos exemplos são Operações Dragão, Anfibex e Ribeirex, as equipes são reunidas com antecedência, recebem instruções e elaboram seus planos de saúde. Chegando ao local do exercício montam seus postos de socorro, de eva-

cuação ou hospital de campanha e centro cirúrgico de campanha e iniciam o atendimento a militares doentes ou feridos e à população da área do exercício em ações cívico-sociais (ACISO), conforme previamente estabelecido. Nestas operações, são realizadas cirurgias ambulatoriais médicas e odontológicas além de atendimentos clínicos variados.

Na ausência de feridos reais em combate, as equipes realizam exercícios de atendimento a feridos simulados, inclusive utilizando maquiagens plásticas que reproduzem ferimentos quando colocadas sobre o membro ou sobre o tronco de elementos pré-determinados para funcionarem como vítimas. São realizados exercícios de evacuação, dentro da cadeia proposta para o tipo de operação programada, utilizando-se padioleiros, ambulâncias, embarcações de desembarque (ED) e helicópteros, em Evacuação Aéreo-Médica (EVAM).

Devido ao alto custo destes exercícios, pelos recursos neles envolvidos, sua frequência maior, como seria desejável, para o adestramento das equipes de saúde, seria difícil de ser conseguida e, um número significativamente pequeno de elementos de saúde tem oportunidade de praticá-los, deixando um claro a ser preenchido no adestramento prático de nossos médicos, odontólogos e enfermeiros.

O AP, se utilizado como local de treinamento contínuo de equipes de Medicina Operativa, poderá preencher em parte a lacuna existente entre a teoria e a prática pois neles, as equipes do CEMOP poderão atuar em condições reais, ainda que não de emergência, levando e utilizando recursos não disponíveis no local, em casos cirúrgicos passíveis de serem resolvidos ambulatorialmente e com pessoal especializado.

Do lado do usuário do AP, a vinda de uma equipe qualificada para a realização de cirurgias ambulatoriais, traria satisfação, pois poderia ser atendido junto a sua residência,

evitando-se seu deslocamento e o emprego de meio de transporte.

Para a execução do preconizado, seria necessário um programa onde cirurgias como dentes inclusos, exérese de cistos dentários, tumores cutâneos e subcutâneos, vasectomias, fimoses, exérese de segmentos varicosos de membros inferiores, etc seriam previamente agendados e preparados pelo cirurgião do ambulatório. De posse da agenda, o Encarregado dos AP solicitaria ao CEMOP a equipe com os elementos necessários para a atuação, quando o número de procedimentos cirúrgicos justificasse a sua ida, o que poderia ser feito até mensalmente. Atualmente, somente o ambulatório da Ilha do Governador reúne condições locais de acomodações e centro cirúrgico, para início deste programa. Nele, os riscos seriam os mesmos existentes em cirurgias ambulatoriais realizadas em hospitais ou policlínicas. Por não se constituírem de emergências, poderiam ser suspensas caso os pacientes não estivessem devidamente preparados ou fosse acusada a falta de algum material não previsto. Por se tratar de atuação de uma equipe operativa, deveria contar com meio adequado de evacuação, no caso uma ambulância, que poderia remover rapidamente o paciente, no caso de uma intercorrência imprevista, pois na atualidade, nossos AP não possuem este recurso.

As sugestões apresentadas, de atuação de equipes do CEMOP em ambulatórios Periféricos, possui como precedente, em condições mais adversas, a atuação destas equipes quando realizam ACISO dentro de um exercício de Operação Naval. A utilização dos AP como local para treinamento contínuo de equipes de Medicina Operativa, nos parece portanto adequada, no âmbito da Marinha, no 1º DN e, por não envolver custos adicionais, exequível.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO

As evidentes vantagens que a assistência médico-odontológica ambulatorial oferece demonstram que foi acertada a escolha deste tipo de assistência médica para a área do 1º DN onde está concentrada a maior parte dos usuários do SSM. Apesar do pouco tempo da criação da PNNSG, a quem ficaram subordinados os AP, com a missão de prestar assistência médico-odontológica em nível primário e tendo como um dos objetivos a serem alcançados, a diminuição da procura aos serviços prestados pelo nosso hospital terciário, a estatística começa a registrar o atingimento deste propósito. As desvantagens apontadas pelos que se opõe ao tipo de assistência adotado, não têm sido constatadas, integralmente, graças às medidas que tem sido tomadas. Como modesta contribuição ao que julgo, venha contribuir para o aperfeiçoamento da assistência médico-odontológica prestada aos nossos usuários, alinho, resumidamente, algumas sugestões surgidas ao longo deste trabalho, que pela abrangência do tema, não tem, reconheço, a profundidade que seria desejada:

a) incremento das campanhas preventivas nos vários setores do PNNSG e sua extensão aos AP com distribuição de folhetos, exibição de vídeos e realização de palestras;

b) visitas domiciliares aos residentes nas áreas de atuação dos ambulatorios para assistência no pós-parto, acompanhamento do desenvolvimento de crianças e orientação às famílias;

c) elaboração de manual de rotinas técnicas com o objetivo de orientar os médicos generalistas que atendem nos ambulatorios e uniformização de procedimentos gerando maior credibilidade por parte dos usuários;

d) atualização do estudo realizado pela DSM sobre a dis-

tribuição de usuários por zonas do Grande Rio;

e) construção na cidade de Nova Iguaçu de um AP com suas atividades na área de saúde interligadas com atividades sociais e recreativas;

f) compra de uma área, servida de comércio e comunicações, inclusive transporte, e construção de grande conjunto habitacional com clube recreativo e AP, visando concentrar parcela da população de usuários com o atendimento antecipado de suas necessidades médico-sociais, não esperando que a concentração natural de usuários em uma determinada área nos indique, de forma emergencial, as necessidades a serem satisfeitas;

g) realização de censos e tratamento odontológico, em nível primário, por dentistas do PAMESQ e do ambulatório do Hospital do AMRJ, em todos os navios e OM, de suas áreas de atribuição, sem serviços odontológicos, utilizando recursos da odontologia operativa;

h) realização de curso na UISM sobre atendimento primário em psiquiatria para médicos generalistas;

i) atuação na PNNSG de estagiárias de nutrição, em instrução individual e em curso sobre nutrição e higiene dos alimentos;

j) criação do curso de higienista odontológico, pela OCM, para praças EF com o objetivo de aumentar os recursos humanos na área de odontologia, facultando uma melhor assistência odontológica a bordo;

l) designação de Assistentes Sociais para os AP facultando que os programas de assistência social sejam levados aos usuários;

m) envio de especialistas aos AP, quando for detectada demanda que justifique;

n) designação de uma enfermeira e de uma higienista odontológica para cada AP;

o) aumento do conforto nos AP, a fim de que o trabalho dos profissionais e a permanência dos usuários se torne agradável;

p) instalação da farmácia ambulatorial nos AP;

q) transferência da clínica de ortodontia da OCM para a PNNSG, dotando-a de maior número de especialistas, com o objetivo de diminuir a fila de espera pelo atendimento nesta especialidade;

r) implantação do "segmento de enfermagem" na UISM para acompanhamento dos pacientes psiquiátricos que receberam alta hospitalar, visando diminuir as reinternações;

s) instalação de troncos telefônicos e dotação dos AP de viatura de serviço;

Finalizando, vislumbra-se a importância da rede ambulatorial do 1º DN em situações de conflito, atuando das seguintes formas:

a) utilização dos AP como ponto de concentração de militares da área, onde pudessem ser recolhidos em casos de greves com paralização de transportes;

b) utilização dos AP como postos de primeiros socorros, triagem e evacuação de feridos;

c) utilização dos AP como postos de coleta de sangue, na fase de tensão que antecede a eclosão dos conflitos externos;

e

d) utilização dos AP como local de treinamento contínuo de equipes médicas e odontológicas operativas.

ANEXO A

RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

- 1 - Entrevista concedida pelo CA (Md) Rubem de Andrade Arruda, Diretor da PNNSG, no Rio de Janeiro em 13/04/89.
- 2 - Entrevista concedida pelo CMG (Md) Hércio José Moreira, Diretor da OCM, no Rio de Janeiro em 28/04/89.
- 3 - Entrevista concedida pelo CMG (Md) Custódio José Abreu Araújo, Diretor do Serviço de Identificação da Marinha, no Rio de Janeiro em 05/05/89.
- 4 - Entrevista concedida pelo CF (Md) Leifson Holder da Silva, Chefe da Clínica Oftalmológica do HNMD em 12/05/89.
- 5 - Entrevista concedida pelo CMG (Md) Carlos Esteves, Encarregado dos AP da PNNSG, no Rio de Janeiro em 04/06/89.
- 6 - Entrevista concedida pelo CMG (Md) Carlos Barbosa Carneiro, ex-Diretor da UISM, no Rio de Janeiro em 03/07/89.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVES, Claudio Nogueira et alli. Unidade de Emergência e Ambulatório. São Paulo, União Social Camiliana, 1980, 148 p.
2. Aragão, João Batista Teles de. Proposição à Política de Saúde Naval. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, 41 (1/4): 5-9, jan/dez. 1980.
3. Araújo, Eimar Delly. Avaliação da qualidade da assistência médica. Rio de Janeiro, EGN, 1978. Monografia apresentada no C-SGN.
4. Araújo, Humberto. Afunção Logística Saúde no Contexto da Logística Geral e Naval Operativa. Rio de Janeiro, EGN, 1981. Monografia apresentada no C-SGN.
5. Arruda, Rubem de Andrade. O médico para a Marinha. Considerações sobre sua formação e qualificação. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, 49 (2): 05-15, set/dez. 1988.
6. ----. & Esteves, Carlos. A Policlínica e os Ambulatórios Periféricos. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, 51, (1): 145-63, jan/abr. 1989
7. BARQUIM C, Manuel. Dirección de Hospitales. México, Nueva Editorial, 4 Ed, 1981. 600 p.
8. BECMAN, Roberto. Medicina de Operações e Anfíbias. "O PERIODEUTA". Revista Informativa de Medicina Operativa e Perícia Médica do HCM, Rio de Janeiro (1): 26-31, 1984.
9. Brasil. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. DGPM. 001. Manual de Medicina Operativa, Rio de Janeiro, 1987
10. ----. Ofício no 0092 de 19 de fevereiro de 1988 ao Exmo Sr. Ministro da Marinha. Nova estrutura do Sistema de Saúde da Marinha. Especial.
11. ----. Diretoria de Administração da Marinha. Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR), Rio de Janeiro, 1986. Reservado. 1987
12. ----. Ministério da Marinha. Diretoria de Saúde da Marinha. Doutomarinst no 10-12. Normas Complementares de Assistência Médica, Rio de Janeiro, 1988
13. ----. Doutomarinst no 10-13. Normas de Controle de Atendimentos em Organização de Saúde não pertencente ao SSM e Parâmetros Técnicos de Avaliação dos serviços propostos, Rio de Janeiro, 1988
14. ----. Doutomarinst no 10-14. Execução de Projetos de Assistência Médico-Hospitalar, apoiadas por Unidades-Chaves (UC) e Unidades-Chaves Hospitalares (UCH), Rio de Janeiro, 1988.
15. ----. Doutomarinst no 30-01. Odontologia Preventiva, Rio de Janeiro, 1988.

16. Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. Doutomarinist no 30-03. Saúde Bucal, Rio de Janeiro, 1988.
17. ----. Doutomarinist no 30-04. Normas Complementares de Assistência Odontológica, Rio de Janeiro, 1988.
18. ----. Elementos de Administração Hospitalar, Rio de Janeiro, 1972.
19. ----. Medicina Operativa e Higiene Naval, Rio de Janeiro, 1979.
20. ----. Projeto de Cuidados Primários em Saúde, Rio de Janeiro, 1984. 15 p.
21. ----. Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, Rio de Janeiro, 1988.
22. ----. Recenseamento dos Beneficiários do SSM com enfoque detalhado da área do Grande Rio, Rio de Janeiro, 1976. Confidencial.
23. Brasil. Ministério da Marinha. Escola de Guerra Naval EGN - 215 A. Guia para elaboração de testes e monografias. Rio de Janeiro, 1981.
24. ----. EGN - FI 219. Guia para elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro, 1981
25. ----. EGN - FI 220 A. Organização da Marinha do Brasil. Rio de Janeiro, 1987. Confidencial.
26. ----. EGN - FI-322. A Política, A Estratégia e a Manobras de Crises. Rio de Janeiro, 1981.
27. ----. Metodologia do Estudo de Estado-Maior. Rio de Janeiro, s.n.t.
28. ----. EGN - NA - III - 8601. Introdução a Política e a Estratégia. Rio de Janeiro, 1986. p. 2.6 - 16.
29. Brasil. Ministério da Marinha. Estado-Maior da Armada. Política Básica da Marinha. Brasília, 1988. Reservado.
30. Brasil. Ministério da Marinha. Força de Fuzileiros da Esquadra. NorForEsq no 40-10. Apoio de Saúde para Força de Desembarque. Rio de Janeiro, 1986.
31. 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.
32. ----. Portaria no 0602 de 29 de junho de 1987. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha
33. Brex, M. Dentisterie de Temps de Guerre ou dentisterie de Temps de paix? Acta Medicinalia Militaria Belgica, 136: 166-69, déc. 1984.
34. Calazans, Hadoran. Mensagem do Exmo Sr. Diretor de Saúde da Marinha. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, 50 (1): 05-8, ago 86/ago88.

35. Caminha, João Carlos Gonçalves. Delimitações da Estratégia. Florianópolis, s.n.t., 1980, 598 p.
36. Câncer no seio ataca uma em 11 brasileiras. O Globo, Rio de Janeiro, 21 abr. 1989. p. 11
37. Cherubin, Niversindo Antônio. Fundamentos da Administração Hospitalar. São Paulo, Sociedade de Beneficente São Camilo, 1977, 2 v.
38. Coração já causa 40% das mortes no Brasil. O Globo, Rio de Janeiro, 9 jun. 1989. p. 14.
39. Coutinho, Gerson Sá Pinto. Fundamentos para estruturação de um sistema de saúde. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, 35(1/2):11-22, jan/jun. 1974.
40. Delane, Borges & Moura Filho, Francisco. Parâmetros Médico-Hospitalares. Rio de Janeiro, s.n.t., 1980
41. Deputado defende o aborto em caso de risco. O Globo, Rio de Janeiro, 6 de mar. 1989. p.7.
42. Dutra, Christóvão Costa. Contribuição multiprofissional na preservação da saúde. Palestra proferida no I Encontro das Forças Armadas de Natal em 31 out. 1987.
43. Esterilização no Brasil atinge 40% das mulheres. O Globo, Rio de Janeiro, 20 jun. 1989. p. 15.
44. Esteves, Carlos. Análise do Sistema de Saúde da Marinha. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, 49(48):47-94, jan/jul. 1986
45. Hermanson, Mario Wilfart. A eficiência e a eficácia organizacionais; centralização x descentralização; vantagens e desvantagens. Rio de Janeiro, EGN, 1984. Ensaio apresentado no C-SGN.
46. Koga, C. S et alii. Anestesia para odontologia em pacientes excepcionais ambulatoriais. Revista Brasileira de Anestesia. 34 (1): 23-6, jan/fev. 1984.
47. Lobak, Maria Angélica et alii. Proposta de ação do Serviço Social em Postos de Saúde. Serviço Social e Sociedade. Secretaria de Higiene e Saúde, Prefeitura do Município de São Paulo, Cortez, 6: 145-56, dez. 1984.
48. Manual de Planejamento para Serviços de Saúde / The Practice of Planning in Health Care Institutions / São Paulo, Hamburg Ltda, 1977.
49. Mortalidade infantil cresce no Brasil. O Globo, Rio de Janeiro, 07 mai 1989. p. 19.
50. No Brasil, 20% têm problemas mentais. O Globo, Rio de Janeiro, 21 mai. 1989.
51. Obesidade afeta 10% dos adolescentes brasileiros. O Globo, Rio de Janeiro, 10 jun. 1989. p. 20.
52. Os mais indefesos. O Globo, Rio de Janeiro, 30 mai. 1989. p. 18.

53. Passos, Icaro. Sistemas de Administração, Rio de Janeiro, EGN, 1989. Palestra proferida na EGN em 31 mai. 1989. (20)
54. Pedruzzi, Marie & Vietta, Edna Paciência. Segmento de enfermagem após alta hospitalar. Bol. of Sanit Panam, 10 (6): 638-47, 1986. (20)
55. Pereira, Sérgio. Cuidados primários em saúde bucal. A Saúde no Brasil, Brasília, 1 (2): 81-8. abr/jun. 1983.
56. Pinto de Lemos, Davino Pontual. Saúde Operativa. "O PERIÓDICA". Revista Informativa de Medicina Operativa e Perícia Médica do HCM, Rio de Janeiro, (1): 47-50, 1984.
57. Recorde de cáries. O Globo, Rio de Janeiro, 6 abr, 1989. p. 9. (25)
58. Regalla. Sylvio Augusto. A função Logística Saúde. Rio de Janeiro, EGN, 1986. Monografia apresentada no C-PEM. (20)
59. Rússia. Atencion primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primária de Salud. Alma - Ata, URSS. Organização Mundial de Saúde, 6-12 set. 1978. (22)
60. Wollmann, João Noil. A medicina preventiva no meio militar. Importância, situação atual e proposta para um melhor atendimento. Rio de Janeiro, ECEME, 1987. Monografia apresentada no Curso de Comando e Estado-Maior do Exército. (20)
61. 27% das mulheres em idade fértil estão esterilizadas. O Globo, rio de Janeiro, 28 mar. 1989. p.6. (21)

NOTA DE EDIÇÃO

O presente trabalho foi composto usando um Processador de Texto "Wordstar versão 3.00", e impresso usando um Microcomputador COBRA-210 e Impressora ELGIN 5 x 16, comandados por Sistema Operacional SPM B.01.

Nesta composição foram utilizados 62 caracteres por linha e 32 linhas por página.



ESTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO NA ÚLTIMA
DATA CARIMBADA

28 JUL 92		
04 JUL 91	05 JUN 1998	
27 MAR 92		
26 MAR 88		
04 ABR 92		
14 ABR 92		
22 ABR 92		
23 ABR 92		
08 MAI 92		
15 MAI 92		
07 JUN 92		
13 JUN 92		
24 JUN 92		
20 JUL 92		

MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL
Biblioteca



00051800002080

Assistencia medico-odontologica da
5-D-3

Dutra, Christovão Costa

Assistencia medico-odontologic
a da rede ambulatorial do 1. D
N
5-D-3

(2080/90)

Dutra, Christovão Costa

AUTOR

Assistencia medico-odontologic
a da rede ambulatorial do 1. D
N

5-D-3

NOME DO LEITOR

DEVOLVER NOME LEIT. (2080/90)

17 JUL 90	BRINSEL EMG (med)
04 JUL 91	POZSECO CORDEIRO
17 MAR 92	JOANOR EMG (med)
26 MAR 92	EMG JOANOR
04 ABR 92	EMG JOANOR
14 ABR 92	RENOVADO e APRES
22 ABR 92	" " "
01 MAI 92	" " "
08 MAI 92	" " "
15 MAI 92	" " "

DEVOLVER EM

NOME DO LEITOR

07 JUN 92

RENOVADO EL APRES

16 JUN 92

|| u u

24 JUN 92

u u

20 JUL 92

Renato A. Pereira

28 JUL 92

RENOVADO EL APRES

05 JUN 1998

CA
Ferreira