

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

Curso.....C-PEM/92

Partido.....-

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

Apresentada por

.....
JOANOR ALESSIO CUMÁN.....
Capitão-de-Mar-e-Guerra Md).....
NOME E POSTORIO DE JANEIRO

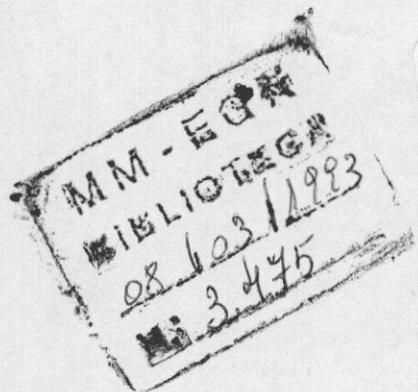
19.92.....

AMBULATÓRIOS PERIFÉRICOS



JOANOR ALESSIO CUMÁN
Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)

MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL
1 9 9 2



GN-00010139-2

CAD ACERVO

73552

EXEMPLAR

98786

Prezado Leitor

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



TEMA: AMBULATÓRIOS PERIFÉRICOS

PONTOS A ABORDAR: A análise do atendimento médico e da organização atual dos ambulatórios na área do 1º DN.

Repercussões no fluxo de atendimento do HNMD.

Sugestões para aprimorar a estrutura atual.

PROPOSIÇÃO: Estudar a estrutura atual do Sistema de Saúde da Marinha no que tange ao atendimento ambulatorial na área do 1º Distrito Naval. Analisar os atendimentos nos Ambulatórios Periféricos e as repercussões no fluxo do atendimento no Hospital Naval Marcílio Dias. Propor sugestões para o aprimoramento da estrutura atual.

Í N D I C E

	FOLHA
Introdução	V
CAPÍTULO 1 - CONCEITOS E DEFINIÇÕES	1
- SEÇÃO I - TERMINOLOGIA GERAL	1
- SEÇÃO II - CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE	4
CAPÍTULO 2 - O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA (SSM) E A REDE AMBULATORIAL NA ÁREA DO 1º DISTRITO NAVAL (1º DN)	6
- SEÇÃO I - A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE DA MA RINHA (SSM)	6
- SEÇÃO II - A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NA ÁREA DO 1º DISTRITO NAVAL (DN)	9
CAPÍTULO 3 - A POLICLÍNICA NAVAL NOSSA SENHORA DA GLÓ- RIA (PNNSG) E SEUS AMBULATÓRIOS PERIFÉRI- COS (AP)	13
- SEÇÃO I - A POLICLÍNICA NAVAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	13
- SEÇÃO II - AMBULATÓRIOS PERIFÉRICOS	16
CAPÍTULO 4 - COMENTÁRIOS	20
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES	39
ANEXO A - RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS	A-1
ANEXO B - MENSAGEM R-231002Z JUL/91 - DSM/PNNSG	A-2
ANEXO C - ESTRUTURA FÍSICO-FUNCIONAL DA PNNSG	A-3
ANEXO D - SERVIÇOS EXISTENTES NA PNNSG	A-4
ANEXO E - POLICLÍNICA NAVAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - PRODUTIVIDADE EM 1991	A-5
ANEXO F - ESTRUTURA FÍSICO-FUNCIONAL DOS AP	A-6
ANEXO G - PRODUTIVIDADE DOS AP EM FEVEREIRO DE 1992 ..	A-7
ANEXO H - RECURSOS ATRIBUÍDOS EM 1991 PELA DSM POR PRO JETOS	A-8
ANEXO I - PRODUTIVIDADE DO HNMD EM 1991	A-9
ANEXO J - PRODUTIVIDADE DA PNNSG E DOS AP DE 1988 A 1991	A-10
ANEXO L - PARÂMETROS PARA ELABORAÇÃO DE PROJETOS MÉDI- CO-ASSISTENCIAIS	A-11
BIBLIOGRAFIA	A-12

INTRODUÇÃO

A preocupação com a proteção da saúde tem acompanhado o ser humano através dos tempos. Assim, nos períodos históricos, eram os patriarcas que, ao mesmo tempo em que legislavam, estabeleciam os preceitos de higiene de seus povos: Moisés e Maomé assim o fizeram.

Também é antiga a idéia de prestar assistência médica à pacientes em regime de não internação. Os primeiros ambulatorios dedicados, exclusivamente, a pobres, surgiram em Londres, em data não bem identificada.

Mais tarde, a visão prática dos norte-americanos constatou que esse tipo de atendimento, de custo bem menor do que o gerado pela internação, poderia ser estendido àqueles que podiam pagar.

Desenvolveram-se assim os ambulatorios, com a finalidade principal de prestar os denominados cuidados primários de saúde. Contudo, apesar da crescente importância que vem adquirindo este tipo de assistência médico-odontológica, ainda maior ênfase é dada aos cuidados secundários e terciários, não obstante os seus custos serem bem mais elevados.

Os cuidados primários de saúde, além de mais baratos, são capazes de resolver aproximadamente 70% de todos os problemas médicos, fato que realça a importância dos mesmos para um país com dificuldades financeiras como o Brasil.

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, definiu como cuidados primários de saúde:

"Os cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmen-

te aceitáveis e em tecnologias de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação".

E, com base na experiência de diversos países, a Conferência concluiu que só por meio da intensificação dos cuidados primários de saúde pode-se, em tempo previsível, alcançar um nível aceitável e justo de saúde em todo o mundo.

Os cuidados primários de saúde representam, portanto, a forma mais eficaz e econômica de levar às populações os benefícios da saúde, evitando-lhes procedimentos sofisticados, onerosos e muitas vezes desnecessários, e resolvendo-lhes a maioria dos problemas médico-odontológicos.

Inegavelmente, é o ambulatório o elemento da cadeia de saúde mais adequado à prestação desse tipo de cuidados. Isto demonstra a relevância do presente trabalho, que, sem alcançar grande profundidade, pretende apresentar a assistência médico-odontológica ambulatorial na área do 1º Distrito Naval.

O tema "Ambulatórios Periféricos" poderia supostamente abranger apenas os ambulatórios subordinados à Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, e que assim são efetivamente denominados. Entretanto, os pontos a abordar, determinados pela Escola de Guerra Naval, exigem a análise da rede ambulatorial do Distrito Naval em questão, embora com particular ênfase aos Ambulatórios Periféricos da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória.

Tal será o meu propósito, após analisar a estrutura atual do Sistema de Saúde da Marinha. No capítulo 4, avalia-

rei as repercussões do atendimento na Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória e seus Ambulatórios Periféricos sobre o fluxo do atendimento no Hospital Naval Marcílio Dias.

Finalmente, apresentarei conclusões emanadas do que foi estudado e que creio, sem esgotar o assunto, possam contribuir para o aprimoramento da estrutura ambulatorial na área do 1º Distrito Naval.

Este trabalho foi concluído em maio de 1992, o que significa que ao momento de sua apresentação possam alguns dados estatísticos terem sofrido modificações; não julgo, no entanto, que sejam significativas a ponto de invalidar as idéias apresentadas. Assim, também, é possível que muitas das conclusões já tenham sido identificadas e algumas das minhas sugestões postas em prática.

CAPÍTULO 1

CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Serão aqui enunciados alguns termos e conceitos que, a-credito, tornam-se importantes para a perfeita compreensão do assunto exposto, quer pelas suas freqüentes menções no texto, quer pelas suas relações, mesmo indiretas, com o mesmo. Assim, entre tantos de uso corrente, merecem destaque , por suas relevâncias, os que se seguem.

SEÇÃO I - TERMINOLOGIA GERAL

1. AMBULATÓRIO - é a unidade do hospital ou de outro serviço de saúde, destinada à assistência a pacientes externos para diagnóstico e tratamento.

2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL - é a prestação de serviços de saúde a pacientes, em estabelecimentos de saúde, em regime de não internação.

3. ASSISTÊNCIA MÉDICA - é o conjunto de ações, métodos e processos da ciência médica, empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação de um paciente.

4. ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR - é aquela que tem por base a ação de um serviço médico (ambulatório, posto de assistência médica, clínica, policlínica, serviço médico-hospitalar) e/ou hospital.

5. ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - é o conjunto de ações, métodos e processos de ciências da saúde empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação, desenvolvidos com a participação de comunidades, visando a elevação do

nível de saúde de populações.

6. ASSISTÊNCIA (OU ATENÇÃO) PRIMÁRIA DE SAÚDE - é aquela prestada a pacientes que podem deambular, em regime de não internação. É o conjunto de ações que visam a satisfazer as necessidades básicas de saúde, tanto nos aspectos de promoção e conservação, como na recuperação e prevenção de enfermidades; é a assistência inicial, o instrumento que facilita e canaliza o acesso do usuário a outros níveis de assistência mais complexa, ou seja às assistências secundária e terciária.

7. ASSISTÊNCIA (OU ATENÇÃO) SECUNDÁRIA DE SAÚDE - é aquela representada pelos cuidados de saúde dispensados a uma pessoa que requer serviço médico especializado, ou necessidade de internação.

8. ASSISTÊNCIA (OU ATENÇÃO) TERCIÁRIA DE SAÚDE - é aquela em que se emprega em um paciente, quer esteja internado ou não, os meios propedêuticos e/ou terapêuticos de alta tecnologia.

9. CONSULTA MÉDICA - é o atendimento de um paciente, por médico, para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.

10. ENDEMIA - é a ocorrência habitual de uma doença ou de um agente infeccioso em determinada área geográfica. Pode significar também a prevalência de determinada doença nessa área.

11. EPIDEMIA - é a ocorrência, em uma coletividade ou região, de casos da mesma doença em número que ultrapassa nitidamente a incidência normalmente esperada.

12. EPIDEMIOLOGIA - é a ciência que estuda a distribuição das doenças nas comunidades, relacionando-as a múltiplos fatores, concernentes ao agente epidemiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente, indicando também as medidas profiláticas.

13. HIERARQUIZAÇÃO - é a ordenação dos serviços assistenciais em níveis organizacionais de complexidades crescentes, com fundamento na frequência nosológica e na adequação às necessidades dos usuários.

14. INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO - é o levantamento epidemiológico feito por meio de coleta ocasional de dados, quase sempre por amostragem, que forneça informações sobre a prevalência de casos clínicos ou portadores, em uma determinada comunidade.

15. INTEGRAÇÃO - é o princípio segundo o qual os serviços assistenciais, em cada nível, devem ser intrínseca e fundamentalmente analógicos, com uniformização de normas, métodos e procedimentos.

16. MEDICINA PREVENTIVA - é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência.

17. PROFILAXIA - é o conjunto de medidas propostas para prevenir ou atenuar as doenças e suas complicações.

18. REGIONALIZAÇÃO - é a distribuição dos serviços assistenciais em áreas geográficas definidas, levando em conta a localização dos usuários, pessoal disponível, recursos e meios de mobilização.

19. SAÚDE - é o estado de completo bem-estar físico,

mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.

20. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação de medidas de controle de doenças e de situações de agravo à saúde.

SEÇÃO II - CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

"Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde" (Alma-Ata, 1978).

Como citado na Declaração de Alma-Ata, redigida ao fim da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, ex-URSS, no período de 6 a 12 de setembro de 1978, os cuidados primários de saúde refletem as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e suas comunidades, e têm em vista os principais problemas de saúde, proporcionando prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades, envolvendo, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, princi-

palmente a alimentação, a educação, a habitação e o saneamento.

CAPÍTULO 2

O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA (SSM) E A REDE AMBULATORIAL NA ÁREA DO 1º DISTRITO NAVAL (1º DN)

SEÇÃO I - A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA (SSM)

De acordo com a Portaria Ministerial nº 0482 de 29 de junho de 1989, o Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é "o conjunto estruturado e organizado de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, físicos e de informações, hierarquicamente disposto em cadeia de amplitude nacional, com que conta a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), para prover o desempenho de suas atividades, em cumprimento à Política e Diretrizes do Ministro da Marinha".

Para o adequado atendimento de suas atividades-fim, o SSM é composto de três subsistemas: o pericial, o de medicina operativa e o assistencial.

O subsistema pericial é o responsável pela seleção, manutenção e controle da higidez, prioritariamente, do militar da ativa. Compreende as diversas Juntas de Saúde (JS) e os Médicos Peritos Isolados (MPI), cujos funcionamentos estão previstos nas Instruções Reguladoras para as Inspeções de Saúde na Marinha (IRISMA).

O subsistema de medicina operativa é o responsável por todo o apoio logístico às Operações Navais, podendo ser acionado em estados de calamidade pública ou catástrofe, quando determinado por autoridade competente.

O subsistema assistencial é o encarregado da prestação de assistência médico-hospitalar (AMH) aos usuários do SSM,

a qual é prestada de forma regional, hierarquizada e integrada, em seus três níveis: primária, secundária e terciária. A Portaria Ministerial menciona que o nível primário de saúde será prestado, para os militares da ativa, nas Organizações de Saúde da Marinha (OSM) em geral, nos ambulatórios dos Hospitais Navais e nas Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE) acordadas, por meio das Unidades-Chave (UC); o mesmo documento, dispõe que a assistência secundária será, basicamente, prestada pelos Hospitais Distritais, que em casos excepcionais, poderão também prestar assistência a nível terciário, e que a atenção terciária será, em princípio, atribuição do Hospital Naval Marcílio Dias.

Para o atendimento de suas atividades-meio o SSM dispõe de dois subsistemas: o gerencial e o logístico.

O subsistema gerencial é o responsável pela execução do Plano Diretor, por intermédio do Plano Básico Hotel, visando a aplicação dos recursos alocados ao setor Saúde, oriundos de diversos projetos específicos.

O subsistema logístico é o responsável pela obtenção, armazenamento e distribuição do material de saúde, cabendo-lhe também a formação e o aperfeiçoamento dos recursos humanos da área de saúde. As atividades logísticas de material de saúde são executadas pelo Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM) e as de formação e aprimoramento do pessoal, pela Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias.

A estrutura do SSM compreende ainda o Órgão de Supervisão Geral, o Órgão Central, o Órgão de Direção, os Órgãos de Coordenação e Controle e os Órgãos de Execução.

O Órgão de Supervisão Geral é o Estado-Maior da Armada (EMA), a quem cabe orientar, coordenar e controlar, de forma geral, as atividades de saúde em consonância com a Política e Diretrizes do Ministro da Marinha.

A Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha (DGPM) é o Órgão Central do SSM, responsável pela determinação, aprovação e implementação dos estudos e diretrizes relativas à saúde e pelo funcionamento eficiente e coordenado do sistema.

Ao Órgão de Direção, representado pela Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), cabe planejar, orientar, coordenar e controlar as atividades de saúde (técnicas ou gerenciais).

Aos Órgãos de Coordenação e Controle, cabem ordenar e acompanhar as atividades específicas de um subsistema. São representados pelo Centro de Perícias Médicas do Hospital Central da Marinha (HCM), para o subsistema pericial, e pelo Centro de Medicina Operativa, também do HCM, para o subsistema de medicina operativa.

Aos Órgãos de Execução, que se dividem em Órgãos Técnicos e Órgão de Produção e Distribuição, cabe o efetivo exercício das atividades de saúde (técnicas ou gerenciais). Os Órgãos Técnicos são os responsáveis pela execução das atividades técnicas de saúde e são representados pelo Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), pelo HCM, pela Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG), pela Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), pela Odontoclínica Central da Marinha (OCM), pelos Hospitais Distritais, pelo Sanatório Naval de Nova Friburgo (SNNF) e pelos Departamentos, Divi-

sões, Seções, Serviços, Ambulatórios ou Enfermarias do Corpo de Fuzileiros Navais, de Estabelecimentos, de Navios, de Bases, de Arsenal ou de qualquer outra unidade administrativa, tática ou operativa, que constituem também Organizações de Saúde da Marinha (OSM), sob a supervisão funcional da DSM. O Órgão de Produção e Distribuição é representado pelo Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM), responsável pela produção de medicamentos, seu armazenamento e distribuição, bem como pela distribuição do material de saúde adquirido pela DSM e destinado a todas as OSM.

SEÇÃO II - A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NA ÁREA DO 1º DISTITO NAVAL (DN)

Na área do 1º DN, o SSM é composto basicamente por OM que são denominadas Unidades-Chave (UC) e Unidades-Chave Hospitalares (UCH). Considera-se UC qualquer OM da Marinha do Brasil (MB) responsável pela administração de prestação de AMH em sua respectiva área de apoio, detentora de crédito em projeto específico do Plano de Ação; UCH é a UC responsável pela supervisão, coordenação e controle da AMH prestada em seu respectivo Distrito ou Comando Naval, e execução na sua área de apoio.

No 1º Distrito Naval, as UC e UCH estão distribuídas nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, assistindo a uma população estimada de 190.127 usuários só no Rio de Janeiro, de um total aproximado de 294.625 em todo o país.

Na cidade do Rio de Janeiro, o HNMD é a UC única, sendo

o mais importante e mais bem equipado hospital naval. Apesar do HNMD ter como finalidade primordial a prestação de assistência médica a nível terciário, a presta, também, nos níveis primário e secundário, em bem instalados ambulatórios das mais diversas especialidades.

Ainda na área do 1º DN, e não considerados UC ou UCH, proporcionam atendimento ambulatorial a Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG) e seus Ambulatórios Periféricos (AP), o Hospital Central da Marinha (HCM), o Departamento de Saúde do Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro (AMRJ) e diversos ambulatórios menores, instalados em várias OM, que prestam assistência médico-odontológica primária, principalmente a militares; entre estes, estão o Posto de Assistência Médica da Esquadra (PAMESQ), a Divisão de Saúde da Base de Submarinos (BACS), os Departamentos Médicos dos Centros de Instrução Almirante Wandenkolk (CIAW) e Almirante Graça Aranha (CIAGA), o Departamento Médico do Quartel de Marinheiros (QM), os Ambulatórios da Escola Naval (EN) e da Escola de Guerra Naval (EGN) e os Serviços de Saúde do Corpo de Fuzileiros Navais (CFN).

A Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), com a sua missão de coordenar e executar as ações e atividades relacionadas com a saúde mental, desenvolvendo também programas a nível primário, e a Odontoclínica Central da Marinha (OCM), que a par de serviços altamente especializados desenvolve procedimentos e programas típicos de atenção primária, podem, de forma bastante adequada, serem também incluídas na rede assistencial ambulatorial do 1º Distrito Naval.

O Sanatório Naval de Nova Friburgo (SNNF), também uma UC, atende aos moradores de Nova Friburgo e adjacências e presta assistência ambulatorial a níveis primário e secundário.

A Base Aérea Naval de São Pedro da Aldeia (BAENSPA), outra UC, é responsável pela assistência primária a usuários que residem nas cidades de São Pedro da Aldeia e Cabo Frio e em todo o norte fluminense. Os casos que necessitam atenção secundária, são encaminhados a serviços conveniados.

Uma quarta UC é representada pelo Colégio Naval (CN), que em Angra dos Reis, por meio de seu Departamento Médico, presta assistência primária a seus alunos e a usuários residentes na cidade e adjacências; a assistência secundária é proporcionada por meio de convênios.

No Estado de São Paulo situam-se três UC: a Comissão Naval de São Paulo, a Capitania dos Portos de São Paulo e a Delegacia da Capitania dos Portos do Estado de São Paulo em São Sebastião. As duas primeiras possuem ambulatório próprio para prestação de cuidados primários de saúde, e a terceira propicia o mesmo nível de atenção por meio de convênios. As três UC prestam assistência em nível de maior complexidade, utilizando-se de convênios com OSE.

Em Minas Gerais, a UC é representada pela Capitania dos Portos, que presta assistências primária e secundária, mediante acordos com organizações extra-Marinha, para os usuários residentes em Pirapora e Januária. Em Juiz de Fora há um convênio com o Hospital do Exército e em Barbacena com o Hospital da Aeronáutica.

No Espírito Santo, a Escola de Aprendizes-Marinheiros (EAM-ES), localizada em Vila Velha, presta assistência primária por intermédio de sua Divisão Médica, e secundária por meio de OSE conveniadas.

CAPÍTULO 3

A POLICLÍNICA NAVAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA (PNNSG) E SEUS AMBULATÓRIOS PERIFÉRICOS (AP)

Inegavelmente, a Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória e seus Ambulatórios Periféricos (Penha, Niterói, Campo Grande e Ilha do Governador) apresentam uma posição de destaque na rede ambulatorial do 1º DN, sendo responsáveis , junto com o HNMD, pelo atendimento da maioria dos dependentes e militares inativos, além de atenderem, também, a militares da ativa. Merecem, portanto, um capítulo à parte.

SEÇÃO I - A POLICLÍNICA NAVAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

A PNNSG foi criada pelo Decreto nº 95.870 de 24 de março de 1988, com subordinação direta à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e direção de um oficial general do quadro de médicos do Corpo de Saúde da Marinha (CSM). Seu regulamento foi aprovado pela Portaria nº 0029 de 2 de agosto de 1988 , do Estado-Maior da Armada, e sua missão básica, de assistência primária, foi definida pela Doutomarininst 20-03A, que a exclui da relação de OM prestadoras de assistências secundária e terciária.

Apesar de no seu regulamento aprovado constarem apenas três departamentos (Médico, de Ambulatórios Periféricos e de Administração), a PNNSG vem funcionando internamente, atualmente, com cinco departamentos (Médico, Técnico, de Ambulatórios Periféricos, de Intendência e de Apoio); este organograma, extra-oficial, por sua descentralização tem se

mostrado essencialmente prático e eficaz, razão da solicitação de aprovação de novo regulamento, apresentada à DSM para o encaminhamento pertinente.

A PNNSG, por apresentar estrutura compatível com a prestação de assistência ambulatorial também a nível secundário, e, por de fato prestá-la, requereu à DSM sua inclusão, na Doutomarinst 20-03A, como prestadora de cuidados secundários de saúde; contudo, não foi atendida em sua pretensão por aquela Diretoria, por "não efetuar tratamento em regime de internação". (Anexo B).

Em termos práticos, a Policlínica atende preferencialmente a militares inativos e dependentes, dispondo no momento da estrutura físico-funcional descrita no Anexo C. Presta atendimento em diversas especialidades, como relacionado no Anexo D.

A PNNSG, em seu conjunto, dispõe de seis aparelhos radiológicos para uso médico e dez para utilização odontológica.

A PNNSG desenvolve amplo programa de imunizações e realiza diariamente consultas de enfermagem, na área de planejamento familiar. Outras campanhas preventivas, como as que dizem respeito à drogas ou à prevenção de acidentes, são ocasionais. O Curso de Preparação ao Parto, a partir do terceiro mês de gestação, está em plena atividade, congregando trinta gestantes.

Constam ainda da estrutura da Policlínica Naval dois setores, sobretudo importantes para o desenvolvimento técnico-profissional, e que atuam como suportes dos demais; são

o Centro de Estudos (CE) e o Centro de Processamento de Dados (CPD).

Com o processo de informatização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), ocorrido na atual direção, houve grande ampliação da capacidade de marcação interna de consultas, do controle de prontuários, da identificação de nosologias prevalentes e dos vários tipos de atendimentos, bem como da eficiência na análise de dados estatísticos; a informatização desse setor propiciou também a implantação de um sistema integrado de marcação de consultas entre a PNNSG e seus AP e o HNMD.

Conforme mapa estatístico de fevereiro de 1992, a PNNSG possui efetivo de vinte e dois médicos militares e dezesseis civis, onze dentistas militares e sete civis, três farmacêuticos militares e dois civis, três fonoaudiólogas militares e uma civil, uma assistente social militar e duas civis, duas psicólogas militares e duas civis e duas enfermeiras militares, além de outros profissionais de nível técnico.

Apresenta como comodidades para seu pessoal e seus usuários, um posto do Serviço de Reembolsáveis da Marinha (SRM), uma farmácia administrada pelo Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM), um posto bancário e uma cantina.

Sua área de influência (zona Norte-eixo Estrada de Ferro Central do Brasil - EFCB) abrangia, já em 1989, trinta e três mil, quinhentos e vinte e um usuários (2:148).

Funcionou em dois turnos (7:00 às 13:00 horas e 13:00 às 19:00 horas) de junho de 1988 a 5 de agosto de 1991, quando retornou ao turno único de 7:30 às 16:30 horas. A

produtividade apresentada em 1991 consta do Anexo E.

SEÇÃO II - AMBULATÓRIOS PERIFÉRICOS

Com a Ordem de Serviço nº 0018 de 11/04/88 do Diretor de Saúde da Marinha, os Ambulatórios Periféricos de Niterói, da Penha, de Campo Grande e da Ilha do Governador, foram definitivamente incorporados à PNNSG.

A) Ambulatório Periférico de Niterói (APN) - foi ativado em 8 de novembro de 1966, situa-se na região conhecida como Ponta D'Areia e sua área de influência abrange aproximadamente 25.306 usuários.

Sua estrutura físico-funcional consta do Anexo F. Em fevereiro de 1992, seu efetivo, de nível superior, era de cinco médicos militares e cinco civis, quatro dentistas militares e três civis e uma enfermeira militar; a partir de março de 1992 foi acrescido de um farmacêutico militar. O APN recebe a visita semanal de uma assistente social da PNNSG (sede).

Em sua estrutura conta com um aparelho radiológico de 25 mAmp para uso médico e dois aparelhos para radiologia odontológica. Possui uma cantina para comodidade de seu pessoal e de seus usuários.

A produtividade, com base em dados estatísticos de fevereiro de 1992, é a descrita no Anexo G.

B) Ambulatório Periférico da Penha (APP) - foi ativado em 06 de outubro de 1980, com pessoal e material oriundos do extinto Ambulatório de Madureira, e está situado em terreno anexo ao Quartel de Marinheiros (QM). Sua área de a-

brangência inclui mais de 20.000 usuários.

O Anexo F mostra a estrutura físico-funcional do APP , que conta também com um aparelho de radiologia médica de 200 mAmp e com dois aparelhos radiológicos de uso odontológico.

Seu efetivo em fevereiro de 1992, compunha-se de seis médicos militares e quatro civis, cinco dentistas militares e um civil e uma enfermeira militar, além dos profissionais de nível médio, existentes também em todos os demais ambulatórios. A atual direção lotou o APP de um farmacêutico militar, fato que possibilitou a realização dos exames laboratoriais de rotina (sangue, fezes, urina) e de alguns exames bioquímicos de urgência (glicemia, uremia e creatinemia). Este ambulatório recebe também a visita semanal de uma assistente social da sede.

A produtividade de fevereiro de 1992 é a descrita no Anexo G.

C) Ambulatório Periférico de Campo Grande (APCG) - foi ativado em 15 de julho de 1983 e sua área de influência abrange aproximadamente 13.000 usuários.

No Anexo F está descrita a estrutura físico-funcional. O APCG possui um aparelho de radiologia médica de 100 mAmp e dois de radiologia odontológica.

O efetivo de fevereiro de 1992 era de sete médicos militares e um civil, seis dentistas militares, um farmacêutico militar e uma enfermeira também militar. Uma assistente social da sede realiza uma visita semanal ao Ambulatório Periférico de Campo Grande.

A produtividade, em fevereiro de 1992, foi a descrita no Anexo G.

D) Ambulatório Periférico da Ilha do Governador (APIG) - foi inaugurado pela DSM em 26 de novembro de 1984 e presta atendimento a uma população de cerca de 8.000 usuários.

A estrutura físico-funcional e a produtividade de fevereiro de 1992 encontram-se, respectivamente, nos Anexos F e G. Possui um aparelho de raio-x médico de 100 mAmp e dois de uso odontológico.

Contando também, de forma idêntica aos demais ambulatórios, com a visita semanal de uma assistente social da sede, possuía em fevereiro de 1992, seis médicos militares e três civis, quatro dentistas militares, um farmacêutico militar e uma enfermeira militar.

A par de suas atividades específicas, todos os Ambulatórios Periféricos procuram desenvolver, embora de forma incipiente, programas de medicina e odontologia preventivas, particularmente em relação ao planejamento familiar, ao câncer ginecológico e à cárie dentária.

É importante realçar o desempenho da PNNSG (Anexo E) e de seus Ambulatórios Periféricos (Anexo G), o que demonstra, inequivocamente, sua destacada atuação na assistência médico-odontológica ambulatorial e na realização de exames complementares.

Merece especial referência o Ambulatório Periférico de Nova Iguaçu, que, se efetivamente construído, propiciará atendimento nas especialidades básicas a uma população de aproximadamente 30.000 usuários. No momento, encontra-se

ainda em projeto, devendo localizar-se em terreno adquirido pela DSM em 1984, no bairro da Faculdade, com frente para a Estrada de Madureira. A planta física deverá ser semelhante a do APIG, acrescida de cozinha, refeitório e alojamentos ; o início da construção e conseqüente prontificação, dependem apenas de disponibilidades financeiras.

CAPÍTULO 4

COMENTÁRIOS

Em doze de setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), expressou "a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo" (25:2). Esta beleceu ainda que os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, colocadas ao alcance de todos a um custo acessível.

Para atender a esses objetivos, bem consubstanciados na mencionada Conferência, a Diretoria de Saúde da Marinha tem procurado aprimorar a sua estrutura organizacional, dando ênfase à rede de ambulatórios, de custo reconhecidamente mais barato e de inegável eficácia quando bem administrada.

A assistência primária de saúde, a par de resolver 70% dos problemas médicos (8:2), é, indubitavelmente, a que menos recursos exige; ao prescindir de especialistas, cuja formação requer vultosos gastos, e de aparelhagens de alta tecnologia, a atenção primária, prestada por generalistas, tem seus custos bastante reduzidos. Tais constatações corroboram a importância dos ambulatórios em qualquer sistema assistencial, sobretudo em países com graves dificuldades financeiras como o Brasil.

A análise do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) demons-

tra, principalmente na área do 1º DN, escopo deste trabalho, que há plena capacitação para o atendimento de seus usuários. A maior concentração de recursos e facilidades na área deste Distrito Naval, justifica-se por nele se encontrar o maior percentual de beneficiários do SSM; assim, pelo mesmo motivo, entende-se a instalação do Hospital Naval Marcílio Dias, hospital terciário, também no Rio de Janeiro.

Ao observar-se a rede de ambulatorios espalhados pelas diversas OM, conclui-se pela acentuada preocupação com a assistência de saúde à nível primário; entretanto, esta grande quantidade de ambulatorios existentes não tem sido capaz de aliviar, como desejável, o fluxo de atendimentos no HNMD. Este hospital de base, tem uma excessiva demanda de consultas e outros procedimentos, mercê não só da amplitude de sua missão, que prevê mesmo o apoio a todas as OM de saúde em âmbito nacional (16:6), como também por prestar, imprópriamente, cuidados primários de saúde.

Considerando que 65% de todos os atendimentos são feitos por clínicas básicas (Clínica Médica: 35,5%, Pediatria: 15,5%, Ginecologia: 6,7%, Obstetrícia: 6% e Cirurgia Ambulatorial: 2,3%), que apenas 20% o são por clínicas especializadas e metade destes podem ser feitos por clínicos gerais (32:12), compreende-se a influência da rede ambulatorial no fluxo de atendimento do HNMD.

Portanto, não restam dúvidas de que quanto mais aprimorada for a estrutura ambulatorial, menor será a procura ao HNMD, permitindo-lhe mais adequada e eficazmente exercer

as funções de hospital de referência, prestador, prioritariamente, de assistência terciária, de suporte para todas as OM da MB e de formador de recursos humanos para a área de saúde. Ao verificarmos, posto que universalmente aceito, que aproximadamente 75% dos atendimentos podem ser realizados a níveis primário e secundário (32:12), conclui-se quanto se beneficiará o Hospital Naval Marcílio Dias com o incremento das atividades dos ambulatorios, livrando-se de indesejável e inadequada demanda.

Além de sua rede própria, administrativa ou apenas tecnicamente subordinada à DSM, a MB conta ainda com serviços conveniados complementares, para assistência preferencialmente a níveis primário e secundário.

Para que se tenha a nítida compreensão da diferença de custos operacionais envolvidos na manutenção de um hospital terciário e de uma policlínica, dados obtidos junto à DSM (Anexo H), mostram que em 1991 o HNMD recebeu, nos diversos projetos, um total de Cr\$3.551.330.000,00 (três bilhões quinhentos e cinquenta e um milhões trezentos e trinta mil cruzeiros), ao passo que a PNNSG e seus ambulatorios receberam Cr\$310.121.000,00 (trezentos e dez milhões cento e vinte e um mil cruzeiros). Tal constatação demonstra a imperiosa necessidade de que sejam priorizados os cuidados primários de saúde, bem mais acessíveis financeiramente, fortalecendo o sistema ambulatorial básico e deixando no hospital terciário apenas os ambulatorios de especialidades.

Como referido no início deste capítulo, a assistência médico-odontológica e a distribuição dos ambulatorios na á-

rea do 1º DN são adequadas, e feitas com base nos princípios da hierarquização, da regionalização e da integração, em que pesem dificuldades financeiras e escassez de pessoal. Como óbice a um melhor entrosamento entre os vários constituintes do sistema, tem-se observado por parte dos médicos e cirurgiões dentistas que servem em departamentos e divisões de saúde de navios e de OM terrestres, um exagerado e inadequado fluxo de encaminhamento de pacientes ao HNMD; isto tem ocorrido, principalmente, pelo desconhecimento que têm esses profissionais dos meios de atendimentos e dos recursos existentes na rede ambulatorial, e faz com que militares portadores de patologias que poderiam ser atendidas nos ambulatórios do HCM ou da PNNSG, sobrecarreguem o HNMD, que em 1991 apresentou uma notável produtividade, como demonstrado no Anexo I.

Outrossim, o sistema ambulatorial na área do 1º DN pode ser otimizado com o melhor aproveitamento da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória e de seus Ambulatórios Periféricos, como tentarei demonstrar.

A PNNSG, mercê de suas instalações físicas e de seu corpo clínico, tem inegáveis condições de prestar também assistência secundária aos usuários do SSM. Contudo, a Doutrina 20-03A, ao excluí-la da prestação desse tipo de cuidados, atribuiu-lhe exclusivamente o nível mais baixo de atendimento.

É impossível compreender que uma OM que dispõe de quatro salas de cirurgias, realize audiometrias e impedanciometrias, tratamentos odontológicos de pacientes excepcionais

e freqüentes laparoscopias, que possua especialidades como oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica e outras não consideradas como básicas, não possa oficialmente prestar assistência a nível secundário, embora já o faça oficiosamente.

Creio ter sido equivocada a negação da DSM à solicitação da PNNSG de incluí-la na relação de OM prestadoras de nível secundário de saúde (item 3.2 da Doutomarinst 20-03A), por considerar que a OM não efetuava tratamento em regime de internação, confundindo a assistência secundária com a obrigatoriedade de internação, o que de fato inexistente, podendo aquela realizar-se com ou sem esse regime hospitalar, bastando apenas que seja prestada por um especialista (22:8, 28:4, 36:21).

Tal decisão deixou de oficializar uma situação que de fato já existe, privando a PNNSG de receber significativa ampliação de recursos e dificultando a liberação do HNMD de responsabilidade por atividade de saúde que não lhe cabe em essência.

Após a atual direção ter assumido, a PNNSG teve aumentada a sua capacidade operativa, face a algumas modificações introduzidas na sua estrutura organizacional. Assim, além da divisão em cinco departamentos, já comentada em capítulo anterior, foram implantados Serviços de Pronto Atendimento (SPA) nas clínicas de maior demanda, os quais, ao lado do SPA geral, contribuíram significativamente para a redução dos tempos de espera e de marcação da primeira consulta com a clínica desejada, já que o próprio SPA se enen-

carrega de tal mister.

A informatização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) também contribuiu efetivamente para a agilização do processo de consultas, ao permitir melhores identificação, catalogação e distribuição dos prontuários, bem como para a própria marcação de consultas. Aprimoramento importante foi alcançado com a implantação do sistema integrado de marcação de consultas e internações com o HNMD, que evita deslocamentos desnecessários aos usuários.

A partir de junho de 1988, a Policlínica e seus ambulatorios passaram a funcionar em dois turnos (7:00 às 13:00 horas e 13:00 às 19:00 horas), ininterruptos, sem intervalo para almoço, exceto para o pessoal administrativo. A partir de 5/8/91 para a PNNSG, APN, APP e APIG e de 14/08/91 para o APCG, o horário voltou a ser em turno único (7:30 às 16:30 horas), com uma hora para almoço.

A análise dos atendimentos realizados pela PNNSG, que doravante mencionarei também como sede, demonstra que em 1988 (anexo J) foram realizadas 70.524 consultas; em 1989, 103.615; em 1990, 128.329 e em 1991, 144.001 consultas. Em 1992, a quantidade de atendimentos, baseada nos meses de janeiro e fevereiro, deverá expressar uma queda de aproximadamente 20%.

Tal probabilidade é facilmente compreensível, ao observar-se que com o turno único, com uma hora para almoço, foram reduzidas quatro horas de efetivo atendimento; é de se supor mesmo, que a queda na produtividade não será maior, graças ao denôdo dos profissionais lotados na PNNSG e às me

didadas implantadas por sua direção. Fenômeno idêntido ocorre rá com os Ambulatórios Periféricos, como terei ocasião de comentar.

Uma outra impropriedade, diz respeito à prestação de assistência obstétrica. Atualmente, os cuidados pré-natais são oferecidos quase que integralmente na PNNSG e o parto é realizado no HNMD. Tal orientação contraria as mais elementares regras do relacionamento médico/paciente, mormente se considerada a especialidade obstétrica como envolvendo pudor, crenças, princípios e hábitos culturais, ao permitir que a grávida, após adquirir empatia e confiança pelo profissional que a acompanhou na maior parte da gestação, veja se compelida a ter seu parto com outro médico, com o qual teve pouca ou nenhuma oportunidade de relacionar-se.

Ao verificar-se que a PNNSG, com pequeno reforço de profissionais e meios materiais, tem amplas possibilidades de realizar tal procedimento, configura-se mais claramente a inadequabilidade de tal diretriz, cuja modificação, a par de corrigir nítida rotura do desejável relacionamento médico/paciente, também contribuirá para diminuir a demanda do HNMD, que só em 1991 realizou 1807 partos (Anexo I).

Assim também, a cirurgia ambulatorial, com pequena alocação de recursos, pode e deve ser ampliada. A PNNSG, com uma média mensal de vinte e nove cirurgias ambulatoriais e três pequenas cirurgias, suas quatro salas no Centro Cirúrgico e uma sala de pequenas cirurgias, é incompreensivelmente ociosa nesse particular. Modernamente, todos os grandes centros ambulatoriais norte-americanos ampliaram as quanti-

dades e os tipos de operações cirúrgicas ditas ambulatoriais, incluindo entre elas, por exemplo, as safenectomias, as correções cirúrgicas de vícios ortopédicos do pé, as amigdaloadenoidectomias e outras; tal atitude tem reduzido os custos, absurdamente altos quando tais intervenções são realizadas em hospitais terciários. Há que se realçar que em 1991 o HNMD realizou 3.775 cirurgias ambulatoriais, que poderiam ter ocorrido na PNNSG.

Contudo, também aqui a Doutomarinst 20-03A limita a PNNSG, ao não lhe permitir a realização da maioria desses procedimentos, que são reservados ao HNMD, com inegável aumento de custos e risco de saturação operativa.

Ressente-se ainda a PNNSG de um insuficiente número de profissionais nas áreas de psicologia, apenas duas militares e três civis, e fonoaudiologia, apenas quatro militares, muito aquém das necessidades, posto que a assistência aos usuários do SSM nessas especialidades está concentrada basicamente na OM. O volume de atendimentos, médias mensais de 234 para psicologia e 726 para fonoaudiologia, a par do tempo dispensado ao paciente em cada consulta, explicam a existência de insolucionável demanda reprimida.

Também por carência de pessoal nos serviços de assistência social, uma oficial e duas civis, e de nutrição, uma civil, muitos programas sócio-assistenciais, na sede e nos AP, deixam de ser realizados.

Um outro grande problema, que tem dificultado o correto atendimento aos usuários, prende-se ao tratamento odontológico de pacientes excepcionais. Apesar da Doutomarinst

WP

30-04A preconizar esta terapia no HNMD, na prática é na PNNSG que ela se realiza, às custas do esforço pessoal de seus dentistas, que utilizam-se muitas vezes de seus próprios equipamentos e instrumentais. Apesar dos bons resultados obtidos, o sistema necessita ser aprimorado e mesmo redefinido, valorizando instalações e experiências profissionais, não mais podendo apoiar-se em alguns abnegados.

Creio que com alguma alocação de recursos materiais e humanos, a PNNSG pode, de forma oficial e definitiva, desincumbir-se dessa tarefa, como já o vem fazendo, deixando-se os casos mais complicados, que requeiram ou possam requerer cuidados de CTI, ou o concurso de outras especialidades, para o HNMD, que para tanto deverá também equipar-se convenientemente.

Ainda em relação ao atendimento odontológico, há que se realçar que a instalação de um setor de odontologia interceptativa na PNNSG representou importante decisão da DSM, diminuindo a sobrecarga de serviços na Odontoclínica Central da Marinha (OCM).

A humanização da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, com a pintura de desenhos infantis na sala de espera da Pediatria, na Odontopediatria e na Puericultura, a reforma de prédios e compartimentos, a instalação de farmácia do LFM e a conscientização do pessoal quanto a importância de bem atender, foram medidas que muito contribuíram para a satisfação do usuário e sua fixação naquela OM da Tijuca, com inegáveis benefícios para o SSM. A corroborar tal assertiva, está recente pesquisa de opiniões (10:10), realizada pela

DSM no período de 09 a 15 de outubro de 1991, que após entrevistar 300 usuários da sede, das várias categorias, mostrou que 83,7% identificavam pontos positivos na OM, acentuando os que se referem ao atendimento e a qualidade dos serviços prestados e mencionando os relativos à comodidade, conforto das instalações e cantina; significativos também são os conceitos ótimo e bom, atribuídos por, respectivamente, 23,0% e 56,8% dos entrevistados.

Quanto aos Ambulatórios Periféricos, algumas considerações também devem ser feitas, face a importância dos mesmos no contexto geral da assistência médico-odontológica prestada pelo SSM.

Situados em nível de Divisão e subordinados ao Departamento de Ambulatórios Periféricos da PNNSG, os AP da Penha, Niterói, Campo Grande e Ilha do Governador possuem estrutura organizacional idêntica e procedimentos, serviços e métodos semelhantes, visando a maximização dos resultados.

O programa básico para os AP compreende, de acordo com as normas vigentes, a assistência médica em clínicas básicas (Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Cirurgia Ambulatorial) e eventualmente consultas iniciais em algumas especialidades, a assistência odontológica primária (prevenção, exames clínicos e radiológicos, tratamento de processos inflamatórios agudos pulpares, gengivais, periodontais e periapicais, lesões dos lábios, língua e mucosa oral, em caráter emergencial, remoção de focos residuais, exodontia simples, hemorragia e primeiro atendimento de traumatismos, compósito e amálgamas, tratamento endodôn-

tico em dentes unirradiculares e tratamento odontopediátrico emergencial), a realização de procedimentos de medicina e odontologia preventivas, tais como imunizações básicas, assistência pré-natal, puericultura, profilaxia da cárie dentária e doença peri-odontal, educação sanitária e campanhas de prevenção. Devem ainda os AP prestar consultas de enfermagem, atendimento social e serviços complementares de diagnóstico (Patologia Clínica, Citopatologia e Radiodiagnóstico).

Inegavelmente, à exceção do da Ilha do Governador, os AP encontram-se situados em áreas de grandes concentrações de usuários. Na Ilha do Governador, onde o número de usuários é pequeno em relação às demais regiões, justifica-se a implantação de um Ambulatório Periférico, por situar-se fora dos eixos de trânsito e como apoio às unidades da MB, situadas na área.

A estrutura física dos AP é adequada se consideradas suas finalidades. Com as recentes reformas, os Ambulatórios Periféricos da Penha e de Niterói tornaram-se mais operacionais e mais confortáveis ao público, que de há muito reclamava de suas instalações.

Considerados os índices universalmente aceitos, e que são transcritos no Anexo L, verifica-se que é suficiente a quantidade de consultórios, adequada a de dentistas em todos os AP e insuficiente a de médicos nos Ambulatórios Periféricos de Niterói, Penha e Campo Grande.

Tais índices, embora evidentemente teóricos, já que deveriam ser particularizados para cada uma das especialida-

des, dão contudo uma noção da adequação e operacionalidade dos AP. A divergência com outros parâmetros, também aceitos mundialmente, mostra a necessidade de estudos aprofundados, baseados em número de usuários, número de consultas anuais, características dos atendimentos e outros, se quisermos estabelecer nossos próprios índices e quantificar nossas reais necessidades.

O antigo problema de insuficiência de pessoal foi minimizado já em 1991, com a orientação da atual direção da PNNSG para que não só os encarregados dos AP, como os demais envolvidos em funções administrativas, também participassem do efetivo atendimento médico-odontológico aos usuários. A partir de 1992 foram deslocados odontólogos da sede para os Ambulatórios Periféricos, suprindo todos os equipamentos dentários.

Quanto às especialidades básicas, Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia Ambulatorial e Odontologia, os AP tem suas necessidades qualitativas convenientemente preenchidas.

A lotação a partir de março de 1991 de uma oficial enfermeira, com seu senso de disciplina e organização, em cada um dos AP, foi medida de grande relevância, face ao preenchimento de lacuna há muito sentida. A enfermeira exerce uma multiplicidade de funções, assegurando o melhor desempenho da estrutura; assim, concorre para o planejamento, organização, execução e controle das atividades ambulatoriais, dinamizando-as e aumentando-lhes a credibilidade e eficiência. A enfermeira, além de suas tarefas administrativas, a-

tende nas chamadas consultas de enfermagem, nas áreas de puericultura, planejamento familiar e cuidados com gestantes e puérperas; participa ainda de vacinações e cursos de preparo para o parto.

Igualmente importante foi a incrementação dos laboratórios de análises clínicas dos AP, lotando em cada, um oficial farmacêutico e ampliando-lhes o número de exames realizados. Atualmente os Ambulatórios Periféricos realizam todos os exames hematológicos, de urina e de fezes rotineiros, alguns bioquímicos de emergência (glicose, uréia e creatinina) e procedem a coleta de todos os demais, enviando-os para a sede.

A criação de Serviços de Pronto Atendimento (SPA) nos AP, acarretou sensível melhora nos atendimentos, com extinção de filas e acentuada redução no tempo de espera para o atendimento; a partir da implantação dos SPA, os pacientes passaram a ser sempre atendidos no mesmo dia em que procuravam o ambulatório, sendo de imediato marcada, se necessária, a consulta subsequente.

Também os AP, a partir de agosto de 1991, mostram dados estatísticos de atendimentos que configuram quedas de 20% aproximadamente em suas produtividades; tal ocorre, certamente, em razão das quatro horas reduzidas pelo turno único.

O organograma dos AP é coerente com suas missões e necessidades, apresentando três seções: Médico-Odontológica, de Serviços Complementares e de Apoio. É uma estrutura simples, prática, funcional e que atende perfeitamente bem às

finalidades.

A integração dos AP ao sistema integrado de marcação de consultas e internações com o HNMD, via sede, contribuiu, indubitavelmente, para o aumento da operacionalidade e ampliação das facilidades proporcionadas.

A inauguração de cantinas nos AP de Niterói, Penha e Campo Grande, proporcionou maior conforto, contribuindo para a fixação dos usuários em suas áreas residenciais e desestimulando-os à procura de tratamento distante.

Contudo, ressentem-se os AP da falta de algumas outras facilidades, que aumentariam o grau de eficiência e consequentemente de satisfação. A lotação, por exemplo, de um psiquiatra, ou psicólogo em cada ambulatório, representaria inestimável conquista, principalmente por saber-se que dentre os que procuram tratamento ambulatorial, aproximadamente 20% apresentam algum tipo de problema psiquiátrico, muitas vezes de resolução relativamente fácil (28:28).

Também a lotação efetiva de uma assistente social em cada AP seria desejável, em razão dos inúmeros serviços que poderiam ser prestados à clientela. Permitiria uma política de saúde mais atuante, em que a assistente social iria de encontro à comunidade assistida, identificando necessidades e interesses e conclamando à efetiva participação nos objetivos comuns. A assistente social pode, e deve, participar de programas ligados a reclamos e carências da família naval, tais como doações de gêneros, materiais de construção, passagens, óculos, bolsas de estudos e enxovais a recém-nascidos, planejamento familiar com doações de contraceptivos

e coletas de informações epidemiológicas e operacionais do sistema, por meio de pesquisas de opiniões. O sistema de visitas semanais aos AP por assistentes sociais da sede, deixa, sem dúvida, muito a desejar.

Por inserir-se também nos cuidados primários de saúde, o especialista em nutrição deveria igualmente fazer parte do efetivo dos AP. Sua função é essencial, não só na orientação quanto a alimentação mais saudável e adequada, como também na elaboração de dietas necessárias às condições especiais, como gestação, puerpério, infância, diabetes e outras.

Dois problemas têm sido cruciais para os Ambulatórios Periféricos: a falta de viatura de serviço (ambulância) e a deficiência de comunicações.

Não poucas vezes os AP têm se valido de viaturas de outras OM, geralmente inadequadas para o transporte de pacientes; outras tantas, tem sido necessário recorrer a transporte particular. Em algumas ocasiões, quando falham essas alternativas, resta aguardar o envio de uma ambulância pela sede, com os riscos que o tempo necessário para percorrer distâncias, por vezes grandes, enseja.

O problema das comunicações com a sede ou hospitais e outras OM, também é de grande importância; a existência de apenas uma linha telefônica em cada AP e o congestionamento habitual dos troncos, têm acarretado imensas dificuldades não só na transmissão de ordens, mas principalmente no rápido atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes. Os inconvenientes de tal óbice são, evidentemente, fá-

ceis de deduzir.

Apesar de suas enormes potencialidades, pecam os AP por não explorá-las em suas plenitudes, mercê principalmente da insuficiência de recursos. Assim, como postos avançados que são do SSM, carecem de setores e programas de vigilância e epidemiológica, sem os quais quaisquer planejamentos de saúde tendem ao insucesso; os programas preventivos deveriam ter maior ênfase, com a realização de palestras sobre temas relevantes, distribuição de folhetos e exibições de vídeos educativos.

Os AP poderiam, por exemplo, representarem o ponto de partida para a implantação de amplos projetos pilotos de planejamento familiar e prevenção do consumo de drogas, um e outro tópicos de grande significado no mundo atual. Tais projetos seriam parte de programas maiores, a nível nacional, elaborados e coordenados pela DSM.

Os Ambulatórios Periféricos, dentro de normas absolutamente éticas e científicas, poderiam servir como campos de experimentação de técnicas de medicina alternativa, como homeopatia e acupuntura, de custos bem inferiores ao da medicina tradicional e de comprovadas eficácias em casos bem seleccionados.

Os AP, em resumo, têm as vantagens de prestar atendimento médico-odontológico no local onde residem os usuários, a custo bem mais barato, possibilitando o desencadeamento de uma série de campanhas educativo-profiláticas face à proximidade com as comunidades navais; concorrem também para diminuir o número de pacientes que procuram o HNMD, com doen-

ças que se enquadram perfeitamente no nível primário dos cuidados de saúde. As capacidades operacionais dos AP podem ser bastante aumentadas com o deslocamento de especialistas para os mesmos, em regime de visitas semanais, sempre que as demandas assim justifiquem.

As maiores desvantagens dos AP têm sido o eventual tratamento inadequado de pacientes, por deficiente formação do profissional generalista ou pela pletora de atendimentos, que pode induzir ao erro, o prolongado tempo de espera (já reduzido em muito pela implantação dos SPA), a falta de credibilidade por parte do cliente em razão sobretudo da rotatividade dos profissionais militares e de suas modernidades, e a desmotivação destes por estarem lotados em locais geralmente distantes de suas residências. Estes dois últimos óbices estão sendo resolvidos pela atual direção, com a lotação de oficiais mais antigos nos AP e preferencialmente moradores próximos aos mesmos, com a diminuição das movimentações e com a designação de oficiais superiores para encarregados dos Ambulatórios Periféricos.

A já mencionada pesquisa de opiniões realizada pela DSM, mostrou que 93,5% dos entrevistados encontraram pontos positivos em Campo Grande, 93,0% em Niterói, 86,0% na Ilha do Governador e 84,5% na Penha; o atendimento e a qualidade dos serviços prestados foram valorizados, respectivamente, por 83,5% e 0,5% em Campo Grande, 37,7% e 6,3% em Niterói, 41,4% e 12,5% na Ilha do Governador e 15,6% e 25,9% na Penha.

Quanto a produtividade, os dados estatísticos de feve-

reiro de 1992 mostram que em Clínica Médica o AP de Niterói foi o que mais atendeu, seguindo-se Campo Grande, Penha e Ilha do Governador. Em Ginecologia, também Niterói foi o de maior produtividade, seguindo-se Penha, Campo Grande e Ilha do Governador. Em Pediatria, a ordem decrescente de atendimento foi Penha, Niterói, Ilha do Governador e Campo Grande e, em Odontologia, a seqüência foi Niterói, Campo Grande, Penha e Ilha do Governador.

Apesar de em fevereiro de 1992 a PNNSG ter realizado 10.154 consultas médicas e 2.819 consultas odontológicas e os Ambulatórios Periféricos, em conjunto, terem atendido 7.178 consultas médicas e 3.094 odontológicas, perfazendo um total de 17.332 consultas médicas e 5.913 consultas odontológicas, com apenas 2 pacientes encaminhados ao HNMD pela sede e 103 pelos AP, ainda assim o HNMD permaneceu com uma média mensal de 17.300 consultas ambulatoriais, sendo cerca de 3.140 de Clínica Médica e Ginecologia, 3.400 de emergência e 162 de odontologia, evidenciando, entre outras possíveis causas, a facilidade com que os usuários se dirigem diretamente a esse hospital, fato que se infere de forma indireta da própria pesquisa de opiniões da DSM.

Em 1991, dos 207.804 pacientes atendidos ambulatorialmente pelo HNMD, pelo menos teoricamente, conforme consenso universal, 70% poderiam ter sido atendidos pela PNNSG e seus Ambulatórios Periféricos, com a conseqüente redução de exames complementares realizados no HNMD. Tal redução de demanda, evidentemente melhoraria a qualidade assistencial do Hospital Naval Marcílio Dias, e provavelmente permitiria

que alguns de seus profissionais pudessem ser remanejados para a rede ambulatorial.

CAPÍTULO 4

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM), com sua estrutura hierarquizada, regionalizada e integrada, está plenamente capacitado ao atendimento de seus usuários. A grande concentração de facilidades médico-odontológicas na área do 1º DN, justifica-se por nela concentrar-se a grande maioria da comunidade naval; por esta razão, também no Rio de Janeiro situa-se o hospital terciário, de base ou referência, o Hospital Naval Marcílio Dias.]

Em relação aos serviços de saúde de navios e OM de terra, integrantes da rede ambulatorial do 1º DN, chama a atenção o desconhecimento de médicos e dentistas quanto aos outros serviços ambulatoriais e as facilidades que oferecem.

Quanto ao HNMD, com seus 600 leitos, dos quais 467 ativados em 13/4/92, e seus ambulatórios prestando inadequadamente assistência primária de saúde, observa-se que, mesmo com 360 médicos de diversas especialidades (em abril de 1992) e conseqüente índice médico-leito de 1:1,29 (quando a média razoável aceita seria de pelo menos 1:10), há insuficiência de profissionais e demanda reprimida em muitas clínicas, face ao grande número de atendimentos diários, que deslocam os médicos da atenção aos pacientes internados. Essa insuficiência relativa de recursos humanos pode ser minimizada, ou até mesmo resolvida, se priorizada e aprimorada a rede de ambulatórios da área do 1º DN, na qual a PNNSG e seus Ambulatórios Periféricos ocupam posição de

relevo.

A PNNSG tem se mostrado, com a estrutura organizacional interna de cinco departamentos, adotada atualmente, bastante eficaz no cumprimento de suas missões. As reformas estruturais por que vem passando, a informatização de procedimentos e a instalação de Serviços de Pronto Atendimento nas clínicas da sede de maior demanda e nos AP, têm contribuído para o elevado grau de satisfação, demonstrado pelos usuários em recente pesquisa de opiniões realizada pela DSM.

Vive contudo a PNNSG situação paradoxal, posto que, embora exercendo também atividades nitidamente de assistência secundária, não teve tal capacitação reconhecida no documento hábil, normativo, da DSM. Tal discrepância acarreta, entre outros problemas, a não alocação de recursos para procedimentos secundários, como o tratamento odontológico de pacientes excepcionais, que, embora de responsabilidade do HNMD, na maioria das vezes é realizado pela PNNSG.

O sistema integrado de marcação de consultas e internações, abrangendo o HNMD, a PNNSG e os Ambulatórios Periféricos, dinamizou em muito o atendimento prestado aos usuários, evitando-lhes perdas de tempo e deslocamentos desnecessários.

A instalação de cantinas na sede e nos Ambulatórios Periféricos da Penha, de Niterói e de Campo Grande e de um posto do Serviço de Reembolsáveis da Marinha, de uma pequena farmácia administrada pelo LFM e de um posto bancário na PNNSG, serviram para aumentar o conforto proporcionado ao pessoal e aos usuários.

Os Ambulatórios Periféricos estão adequadamente dimensionados fisicamente e bem situados para o atendimento das necessidades da comunidade naval, obedecendo, quase todos, ao princípio da concentração demográfica. As reformas realizadas nos Ambulatórios da Penha e de Niterói aumentaram os seus graus de conforto e de operacionalidade.

A lotação de uma enfermeira militar em cada AP foi medida de grande relevância, aumentando sobremodo o controle, a organização, a eficiência e a eficácia. Assim também, a fixação de um oficial farmacêutico em cada Ambulatório Periférico, permitiu a ampliação do número de exames realizados, conferindo-lhes mesmo maior confiabilidade.

A política de priorizar os Ambulatórios Periféricos em pessoal e em recursos materiais e financeiros, adotada pela atual direção da PNNSG, tem mostrado resultados bastante satisfatórios, como também verificado na recente pesquisa de opiniões da DSM. Importante é a constatação de que tal diretriz em nada diminuiu a qualidade dos serviços prestados na sede.

Os Ambulatórios Periféricos prestam adequado atendimento nas especialidades básicas (Clínica Médica, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia Ambulatorial e Odontologia), embora suas atividades pudessem ser ampliadas, com o atendimento também em psiquiatria ou psicologia, a implantação de um setor de medicina alternativa e a lotação de uma assistente social em cada um deles.

Como pontos negativos dos AP, há que se mencionar a inexpressividade das campanhas preventivas e a inexistência

de um setor de vigilância epidemiológica. Os AP, como postos avançados do SSM, representam as estruturas mais adequadas para a disseminação dos conceitos e cuidados preventivos, bem como para a identificação precoce das doenças que acometem a comunidade naval.

Observa-se, por outro lado, que a quantidade de cirurgias ambulatoriais realizadas pela PNNSG e pelos AP é pequena, podendo na sede, além do aumento quantitativo, executar-se outros tipos de intervenções cirúrgicas que não são realizados atualmente.

[A pouca credibilidade até há pouco existente, por parte dos usuários em relação aos AP, encontra explicação principalmente na modernidade dos profissionais militares e na grande rotatividade dos mesmos. A fixação de médicos e dentistas mais antigos e a política de movimentá-los pouco, vem minimizando este problema.]

[A orientação para que os encarregados dos AP, oficiais superiores, mais experientes, também prestem atendimento profissional aos usuários, não se limitando às funções administrativas, permitiu aos mesmos maior visão da problemática de seus ambulatórios e deu maior tranquilidade aos pacientes.]

[A dificuldade de comunicação dos AP com a sede e outros hospitais é extremamente indesejável e a falta de ambulância tem sido causa de grandes transtornos, sempre que há necessidade de transporte de enfermos.]

Observa-se, ainda, a lastimável falta de um eficiente processo de divulgação das atividades da PNNSG e de seus

Ambulatórios Periféricos, objetivando conscientizar aos usuários de que os atendimentos devem, obrigatoriamente, efetuar-se inicialmente no sistema ambulatorial, que será responsável, se for o caso, pelo encaminhamento ao HNMD.

Após as conclusões acima, creio que algumas sugestões podem ser feitas, visando a contribuir, embora modestamente, para o aperfeiçoamento da assistência médico-odontológica na área do 1º DN e particularmente no que se refere à PNNSG e seus Ambulatórios Periféricos. Assim:

- os médicos e cirurgiões-dentistas, que servem em departamentos e divisões de saúde de navios e OM terrestres, devem visitar periodicamente as demais estruturas da rede ambulatorial, inteirando-se dos recursos disponíveis e do funcionamento do sistema;

- enquadramento da PNNSG como prestadora de assistência secundária, possibilitando-lhe o recebimento de maiores recursos orçamentários;

✓ retorno ao esquema de turno único na PNNSG e nos AP, maximizando a operacionalidade e proporcionando maior conforto aos usuários, no que tange ao período de atendimento oferecido;

✓ incremento das campanhas preventivas na PNNSG e nos AP, com distribuição de folhetos, exposições de vídeos e realização de palestras, com especial ênfase ao planejamento familiar, ao consumo de drogas e aos cuidados na gravidez;

✓ ampla divulgação da PNNSG e dos AP junto aos usuários;

- adoção de política mais agressiva pelos AP, indo de

encontro aos pacientes e não esperando que esses os procurem, com visitas domiciliares aos residentes nas áreas de atuações dos ambulatórios, feitas por pessoal médico e assistentes sociais;

- lotação de uma assistente social em cada AP;

- lotação de um psiquiatra ou psicólogo em cada AP; se inexequível, realização de um curso na UISM sobre atendimento psiquiátrico primário para os clínicos lotados nos ambulatórios;

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

- elaboração de um manual de rotinas técnicas, que consolide a uniformização de procedimentos da PNNSG e dos AP; este trabalho, que deverá orientar os generalistas que venham a servir subordinados à PNNSG, deverá ser feito em consonância com as clínicas do HNMD;

- implantação de um sistema de estágios, em convênio com faculdades e serviços, nas áreas de nutrição, fonoaudiologia e psicologia, que são as de maior carência na PNNSG e nos AP;

- ✓ instalação de uma farmácia ambulatorial em cada AP, administrada pelo LFM;

- ✓ instalação de novos troncos telefônicos nos Ambulatórios Periféricos;

- ✓ dotação de uma ambulância para cada AP;

- ✓ criação de setores de vigilância epidemiológica nos AP, para identificação precoce e controle das zoonoses prevalentes na comunidade naval;

- realização de partos na PNNSG e ampliação da quantidade e dos tipos de cirurgias ambulatoriais;

- estruturação do serviço de tratamento odontológico para pacientes excepcionais, da PNNSG, alocando os recursos necessários;

- implantação de técnicas de medicina alternativa na rede ambulatorial;

✓ obrigatoriedade de que o encaminhamento ao HNMD seja feito pela rede ambulatorial do 1º DN, inibindo a procura direta pelos usuários em casos não emergenciais;

- redistribuição a médio prazo de profissionais lotados no HNMD, para o reacompanhamento da PNNSG e dos AP; tal atitude será possível assim que o fluxo de encaminhamentos para o HNMD mostrar-se em franco declínio, face a melhor atuação da rede ambulatorial; e

- construção do AP de Nova Iguaçu, para atendimento do grande número de usuários na área, e de outros AP, após estudos de concentração populacional.

ANEXO A

RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

1. Entrevista concedida pelo CA(Md) Irany Moreira de Azevedo, Diretor da PNNSG, no Rio de Janeiro, em 29 de maio de 1992.
2. Entrevista concedida pelo CMG(Md) Luiz Antonio de Almeida, ex-Chefe do Departamento de Ambulatórios Periféricos da PNNSG, no Rio de Janeiro, em 29 de maio de 1992.
3. Entrevista concedida pelo CF(Md) José Lino Braune Collet, Encarregado da Divisão de Estatística e Custos Hospitalares da Diretoria de Saúde da Marinha, no Rio de Janeiro, em 08 de abril de 1992.

7530-BR-264-5065

MINISTÉRIO DA MARINHA
SERVIÇO DE COMUNICAÇÕES

FM: DSAUDE
TO: PCLNSG

SIGILO	PRECEDÊNCIA	CANAL	DATA-HORA	
OST	ROTINA	SC	23/0022	
		DT	MES	ANO
			JUL	91

INFO:

R-2508022/JUN VG NEGATIVO VG EM FACE DESSA OM NAO EFETUAR TRATAMENTOS EM REGIME DE INTERNAÇÃO BT

R-2508022 - REF DOUTOMARINST 20-03-A VG CONSULTO PSB INCLUIR PNNNG ALINEA C VG ITEM 3.2 BT

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



CONTINUA NO VERSO

ANEXO B
MENSAGEM R-2310022 JUL/91 - DSM/PNNNG

ANEXO C

ESTRUTURA FÍSICO-FUNCIONAL DA PNNSG

A) Nº DE CONSULTÓRIOS E DEPENDÊNCIAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS E PARA-MÉDICAS

Alergia	02	Oftalmologia	03
Boxes de fisioterapia ...	05	Ortopedia	02
Boxes de hidroterapia ...	03	Otorrinolaringologia ...	03
Cardiologia	05	Pediatria	09
Cirurgia Geral	01	Psicologia	05
Cirurgia Vasculuar	01	Puericultura	02
Clínica Médica	03	Sala de ECG	01
Dermatologia	04	Salas de Fisioterapia ...	04
Enfermagem	01	Sala de Gesso	01
Fisiatria	01	Sala de Testes Alérgicos.	01
Fonoaudiologia	09	Sala de Vacinações	01
Ginecologia	10	Serviço Social	01
Nutrição	01		

B) CENTRO CIRÚRGICO

Centro de Material (CEMAT)	01	Sala de Cirurgia Odon	-
Salas de Cirurgia	04	tológica	01
		Sala de Recuperação	-
		Pós-Anestésica	01

C) Nº DE CONSULTÓRIOS E DEPENDÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Box de Prevenção	01
Consultório de Odontologia	
Preventiva e Interceptativa	01
Odontologia Integrada	12
Odontopediatria	13
Sala de Palestras em Odontologia	01
Sala de Raio-X da Odontopediatria	01

D) OUTROS

Centro de Estudos	01
CPD	01
Laboratório de Análises Clínicas	01
Radiologia Médica	01
SAME	01
SPA	01

Estrutura Administrativa

FONTE: PNNSG

ANEXO D

SERVIÇOS EXISTENTES NA PNNSG

Alergologia
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Vascular
Clínica Médica
Dermatologia
Enfermagem
Fisiatria
Fonoaudiologia
Ginecologia
Laboratório de Análises Clínicas
Mamografia
Nutrição
Obstetrícia
Odontologia Integrada
Odontopediatria
Oftalmologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Pediatria
Psicologia
Puericultura
Radiologia Médica
Reumatologia
Serviço Social
Ultrasonografia

FONTE: PNNSG

ANEXO E

POLICLÍNICA NAVAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA PRODUTIVIDADE EM 1991

CONSULTAS MÉDICAS	144.001
(com predomínio das consultas pediátricas e gineco-obstétricas e dependentes)	
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	46.084
ELETROCARDIOGRAMAS	2.577
EXAMES CITOLÓGICOS	12.540
EXAMES LABORATORIAIS	226.482
EXAMES RADIOLÓGICOS	8.071
ULTRASONOGRAFIAS	2.597
CIRURGIAS EM AMBULATÓRIO	378
CIRURGIAS DE PEQUENO E MÉDIO PORTES (em Centro Cirúrgico)	509
CURATIVOS	1.299
IMOBILIZAÇÕES	426
IMUNIZAÇÕES	6.636
TRATAMENTOS FISIOTERÁPICOS	47.047
EMERGÊNCIAS ATENDIDAS NO SPA	2.451

FONTE: PNNSG

ANEXO F

ESTRUTURA FÍSICO-FUNCIONAL DOS AP

CONSULTÓRIOS E DEPENDÊNCIAS	APN	APP	APCG	APIG
CANTINA	01	01	01	-
CIRURGIA AMBULATORIAL	-	-	-	01
CLÍNICA MÉDICA	02	01	02	03
EMERGÊNCIA (SPA)	01	01	01	01
FARMÁCIA	-	-	01	01
GINECO-OBSTETRÍCIA	03	02	02	02
LABORATÓRIO AN. CLÍNICAS	01	01	01	01
ODONTOLOGIA	05*	06**	06	06
PEDIATRIA	03	05	02	03
SALA DE CURATIVOS	01	01	01	01
SALA DE PESAGEM	01	01	01	01
SALA DE RADIOLOGIA	01	01	01	01
SALA DE REPOUSO	-	-	-	01
SALA DE VACINAÇÃO	01	01	01	01
SAME	01	01	01	01
SECRETARIA	01	01	01	01

* Ampliando para 06

** Ampliando para 07

FONTE: PNNSG

ANEXO G

PRODUTIVIDADE DOS AP EM FEVEREIRO DE 1992

CONSULTAS/PROCEDIMENTOS	APN	APP	APCG	APIG
CLÍNICA MÉDICA	546	457	537	489
GINECO-OBSTETRÍCIA	1043	740	444	367
PEDIATRIA	722	982	410	441
CURATIVOS	30	01	08	40
IMUNIZAÇÕES	116	338	87	95
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	981	663	968	482
RADIOGRAFIAS DENTÁRIAS	53	43	105	49
RADIOGRAFIAS MÉDICAS	20	31	78	95
EXAMES LABORATORIAIS	311	560	1179	578
ELETROCARDIOGRAMAS	03	0	0	0
COLETAS PARA EXAMES CITOLÓGICOS	181	174	68	92
PEQUENAS CIRURGIAS	0	0	02	06
IMOBILIZAÇÕES	0	0	01	02

FONTE: PNNSG

ANEXO H

RECURSOS ATRIBUÍDOS EM 1991 PELA DSM POR PROJETOS

PROJETO/FASE/ND	HNMD (Cr\$)	PNNSG (Cr\$)
H-01-2034-00 3490.36 (Serviços Médicos - Pessoa Física)	23.100.000,00	-
H-01-2034-00 3490.39 (Serviços Médicos - Pessoa Jurídica)	60.163.000,00	11.083.000,00
H-01-8052-97 3490.39 (Pagamento Serviços Compulsórios - Energia, etc)	225.788.000,00	55.168.000,00
H-01-8052-98 3490.38 (Aquisição Material Consumo Comum)	160.081.000,00	22.347.000,00
H-01-8052-98 3490.39 (Serviços de Caráter Geral - Limpeza, xerox, reparos, etc)	996.933.000,00	86.395.000,00
H-01-8052-98 4590.52 (Material Permanente Comum)	21.843.000,00	3.432.000,00
H-05-2030-00 3490.30 (Material de Consumo de Saúde)	2.016.733.000,00	114.130.000,00
H-05-2051-01 4590.30 (Equipamentos de Saúde)	32.366.000,00	16.266.000,00
H-05-2051-02 4590.52 (Material Permanente de Saúde)	14.263.000,00	1.300.000,00
T O T A I S	3.551.330.000,00	310.121.000,00

FONTE: DSM

ANEXO I

PRODUTIVIDADE DO HNMD EM 1991

CONSULTAS AMBULATORIAIS	207.804
ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA	40.653
INTERNAÇÕES	10.826
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	1.942
ELETROCARDIOGRAMAS	3.653
EXAMES LABORATORIAIS	754.937
ULTRASONOGRAFIAS	8.321
CITOLOGIAS	6.755
FISIOTERAPIAS	40.344
IMOBILIZAÇÕES	5.973
IMUNIZAÇÕES	2.623
PEQUENAS CIRURGIAS	623
MÉDIAS CIRURGIAS	3.142
GRANDES CIRURGIAS	2.516
CIRURGIAS AMBULATORIAIS	3.775
PARTOS NORMAIS	1.264
PARTOS CESARIOS	543

FONTE: DSM

ANEXO J

PRODUTIVIDADE DA PNNSG E DOS AP DE 1988 A 1991

ESPECIFICAÇÃO	1988	1989	1990	1991
CAMPO GRANDE	15.628	21.063	26.448	19.630
- Médias: Diária	63,3	85,3	106,6	78,2
Mensal	1.302,3	1.755,3	2.204,0	1.635,8
ILHA DO GOVERNADOR	16.000	24.785	25.578	20.286
- Médias: Diária	64,8	100,3	103,1	80,8
Mensal	1.333,3	2.065,4	2.131,5	1.690,5
NITERÓI	27.363	34.232	34.193	33.456
- Médias: Diária	110,8	138,6	137,9	133,3
Mensal	2.280,3	2.852,7	2.849,4	2.788,0
PENHA	28.838	35.708	33.209	31.882
- Médias: Diária	116,8	144,6	133,9	127,0
Mensal	2.403,2	2.975,7	2.767,4	2.656,8
TIJUCA	70.524	103.615	128.329	144.001
- Médias: Diária	285,5	419,5	517,5	573,7
Mensal	5.877,0	8.634,6	10.694,1	12.001,1
TOTAL GERAL	158.353	219.403	247.757	249.255
- Médias: Diária	641,1	888,3	999,0	993,0
Mensal	13.196,1	18.283,6	20.646,4	20.771,3

FONTE: PNNSG



ANEXO L

PARÂMETROS PARA ELABORAÇÃO DE PROJETOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS

Índice médico generalista/habitante 0,8/1000 ou 4/5000
Índice odontólogo/habitante 1/6000
Consultas médicas por habitante 2 a 3/hab/ano
Consultas odontológicas por habitante .. 1 consulta/hab/ano
Médico por consultório (ambulatorio) ... 1 médico/consultório/turno
Odontólogo por equipo (ambulatorio) ... 1 odontólogo/equipo

15% do total de médicos e 10% do total de odontólogos para administração, chefias, férias e substituições.

Média de consultas/médico/turno:

Turno de 4 horas : 16 consultas

Turno de 6 horas : 20 consultas

Consultas Odontológicas/por odontólogo/por turno:

Odonto-Clínica - 18 consultas/turno de 6 horas
- 24 consultas/turno de 8 horas

Odonto-Pediatria - 15 consultas/turno de 6 horas
- 20 consultas/turno de 8 horas

Necessidade de Consultórios para Ambulatórios (NC):

$$NC = \frac{\text{Nº de consultas/ano}}{12.672} \dots\dots\dots(\text{para 3 turnos})$$

$$NC = \frac{\text{Nº de consultas/ano}}{8.448} \dots\dots\dots(\text{para 2 turnos})$$

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, Célia Maria de. Os atalhos da mudança na saúde do Brasil. Rio de Janeiro, OPAS, 1989.
2. ARRUDA, Rubem de Andrade. A Policlínica e os Ambulatórios Periféricos. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, Rio de Janeiro, 51(1):145-63, jan./abr. 1989.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Brasília. Estratégia de enfermagem para a implantação da atenção primária em saúde. Brasília, Cofen, 1990.
4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, Rio de Janeiro. Estudos de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, 1988. v. 5.
5. AZEVEDO, Irany Moreira de. Administração nas ações de saúde. Rio de Janeiro, EGN, 1986. Monografia apresentada no C-PEM em 1986.
6. BORGES, Delane. Parâmetros médico-hospitalares. Rio de Janeiro, s. ed., 1980.
7. BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. ^{DOU TOMARINST} Normas complementares de assistência médica. Rio de Janeiro, 1988. NF //
8. ——. ^{DOU TOMARINST} Doutomarinst nº 20-03A. Normas complementares de assistência médica. Rio de Janeiro, 1991. 11
9. ——. ^{DOU TOMARINST} Doutomarinst nº 30-04A. Normas sobre atendimento odontológico na MB. Rio de Janeiro, 1980. 11
10. ——. Pesquisa de opinião: Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória e seus Ambulatórios Periféricos. Rio de Janeiro, 1991.
11. BRASIL. Escola de Guerra Naval. EGN-215A. Guia para elaboração de teses e monografias. Rio de Janeiro, 1981.
12. ——. EGN-FI 219. Guia para elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro, 1981.
13. ——. EGN-FI. Manual básico de redação. Guia para elaboração de ensaios. Rio de Janeiro, 1991.
14. ——. Manual de exposição oral e escrita. Rio de Janeiro, 1979.
15. BRASIL. Estado-Maior da Armada. Portaria nº 039 de 27 de junho de 1989. Altera dispositivos do Regulamento para a Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, aprovado pela Portaria nº 0029 de 02 de agosto de 1988, do CEMA.

16. BRASIL. Ministério da Marinha. Gabinete do Ministro. Portaria nº 0601 de 29 de junho de 1987. Aprova as normas para prestação de Assistência Médico-Hospitalar pela Marinha.
17. —. Portaria nº 0602 de 29 de junho de 1987. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha.
18. —. Portaria nº 0482 de 29 de junho de 1989. Aprova a organização do Sistema de Saúde da Marinha e dá outras providências.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde. Brasília, 1977.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. Brasília, 1977.
21. BRASIL. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Unidade de cuidados primários de saúde no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1981.
22. BRINGEL, Paulo José Pereira. O Sistema de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1990. Monografia apresentada no C-PEM em 1990.
23. CALÁBRIA, Gildo Neves. A assistência médica ambulatorial a nível primário na área do 1º Distrito Naval. Rio de Janeiro, EGN, 1990. Monografia apresentada no C-PEM em 1990.
24. CHAVES, Mário M. Saúde uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
25. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1, Alma-Ata, 1978. Relatório da Conferência. Brasília, Unicef, 1979.
26. COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e norma familiar. 3 ed. Rio de Janeiro, Graal, s. d.
27. DUNCAN, Schmidt. Medicina ambulatorial. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
28. DUTRA, Christóvão Costa. Assistência médico-odontológica na rede ambulatorial do 1º DN. Rio de Janeiro, EGN, 1989. Monografia apresentada no C-PEM em 1989.
29. ESPANHA. Escuela de Gerencia Hospitalaria. Temas de administracion hospitalaria. Madrid, 1980. v. 1.
30. —. Temas de direccion hospitalaria. Madrid, 1980. v.1.

31. HAMILTON, Dalton Mário. Assistência à saúde. Eficácia e qualidade ainda esquecidas. Tema, Rio de Janeiro, 12: 25-26, nov. 1991.
32. HERMANSON, Mário Wilfart. A eficiência e a eficácia organizacionais: centralização x descentralização; vantagens e desvantagens. Rio de Janeiro, EGN, 1984. Ensaio apresentado no C-SGN em 1984.
33. HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS. Ordem Interna nº 009 de 09 de novembro de 1990. Unidade de ambulatório. Rio de Janeiro, 1990.
34. LANDMANN, Jayme. Evitando a saúde e promovendo a doença. 2 ed. Rio de Janeiro, Achiamé, 1982.
35. ——. Saúde e medicina: fatos e ficção. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
36. LEAVEL, Hugh & CLARK, E. Gurney. A medicina preventiva. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
37. MACEDO, Carlyle Guerra de. Tema central: extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. s.n.t.
38. REUNIÃO ESPECIAL DE MINISTROS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS, 4, Washington, DC, 1977. Anais da Reunião. s.l., s. ed., 1977.
39. ROBAYO, Jorge Castellanos. Situaciones de cobertura, niveles de atención e atención primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 82(6):478-90, jun. 1977.
40. RODRIGUES, Bichat de Almeida. Fundamentos de administração sanitária. 2 ed. Brasília, Senado Federal, 1979.
41. RODRIGUES, Mário Serrat. Assistência médico-social na Marinha. Rio de Janeiro, EGN, 1976. Monografia apresentada no C-SGN em 1976.
42. SANT'ANA, Cid Machado. Administração hospitalar. Rio de Janeiro, EGN, 1980. Monografia apresentada no C-SGN em 1980.
43. VASCONCELOS, Eymard Mourão. A medicina e o pobre. São Paulo, Paulinas, 1987.
44. ——. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo, Hucitec, 1989.