

Curso ..C-PEM/93.....

Partido -

Solução do P-III-7 (Mo) - MONOGRAFIA

Apresentada por

.....MÁRIO LÚCIO DE ALMEIDA BASTOS.....

.....CAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA(MD).....

NOME E POSTO



50

RIO DE JANEIRO

1993.....

**ANALISE CRÍTICA DO SISTEMA DE
SAÚDE DA MARINHA**

MARIO LÚCIO DE ALMEIDA BASTOS
Capitão - de - Mar - e - Guerra (Md)



MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL
1993

MM - EGN
BIBLIOTECA
103/1994
Nº 3.590

GN-00010565-7

CAD ARRUVO
73955

EXEMPLO
98832

MARIO LUCIO DE ALMEIDA BASTOS
Capitão - de - Mar - e - Guerra (M)

MINISTERIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL
1993

TEMA : ANALISE CRITICA DO SISTEMA DE SAUDE DA MARINHA

- PONTOS A ABORDAR :
- Abrangência do Sistema de Saúde da Marinha;
 - Diversas modalidades de atendimento que compõem o Sistema de Saúde da Marinha;
 - Locais sem OM de saúde - tipos de assistência;
 - Localidades não abrangidas pelo Sistema de Saúde da Marinha;
 - Necessidades de expansão do Sistema de Saúde da Marinha;
 - Críticas ao Sistema de Saúde da Marinha;
 - Avaliação geral do Sistema de Saúde da Marinha.

PROPOSIÇÃO : Analisar o atual Sistema de Saúde da Marinha com enfoques sobre aspectos sensíveis como a sua abrangência, diversificação, nível assistencial, qualidade dos serviços e crescentes exigências. Avaliar sua eficácia e apresentar sugestões que possam privilegiar diretamente o subsistema assistencial.

INDICE

	FOLHA
Introdução	IV
CAPITULO 1 - O SISTEMA DE SAUDE DA MARINHA	1
- SEÇÃO I - CONSIDERAÇÕES GERAIS	1
- SEÇÃO II - A ATIVIDADE-MEIO OU ADMINISTRATIVO-LOGISTICA	4
O subsistema gerencial	4
O subsistema logístico	6
- SEÇÃO III - ESTRUTURA	7
CAPITULO 2 - FLUXO DE INFORMAÇÕES	11
CAPITULO 3 - A ASSISTENCIA PRESTADA PELO SISTEMA DE SAUDE DA MARINHA	13
- SEÇÃO I - A ATIVIDADE-FIM OU TÉCNICA	13
O subsistema assistencial	13
O subsistema pericial	14
O subsistema de medicina operativa	15
CAPITULO 4 - NIVEIS ASSISTENCIAIS	19
CAPITULO 5 - A ABRANGENCIA DO SISTEMA DE SAUDE DA MARINHA	24
- SEÇÃO I - O UNIVERSO DE USUARIOS	24
- SEÇÃO II - LOCALIDADES SEM OM DE SAUDE E OUTRAS NÃO ABRANGIDAS PELO SSM	27
CAPITULO 6 - NECESSIDADES DE EXPANSÃO	32
CAPITULO 7 - COMENTARIOS FINAIS E SUGESTÕES	35
ANEXO A - RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS	A-1
BIBLIOGRAFIA	A-2

INTRODUÇÃO

As crises que abalam as estruturas sociais e econômicas conduzem nossa sociedade ao desânimo e ao ceticismo. Uma das áreas mais atingidas pelo abandono é a social, e o desamparo irresponsável conduziu a Saúde de nosso país a níveis críticos de ineficiência com assustadora incompetência.

Estas constatações preliminares nos motivam para o estudo e o conhecimento mais detalhado do nosso sistema organizacional.

Desenvolvemos este trabalho, dentro de um processo descritivo, inicialmente conceitual e evoluímos com abordagens sobre sua atividade-fim, com enfoques em seguimentos mais sensíveis até atingir seu produto final - o usuário.

Reconhecemos que ao longo dos anos, todo o Sistema veio se ajustando e se adequando em face às sentidas necessidades decorrentes do crescente avanço tecnológico, fruto da evolução de toda atividade que se fundamenta em ciência e pesquisa.

Perseguindo teimosamente sua sustentação em credibilidade e eficácia e obtendo frutos deste objetivo, facilmente percebemos o contraste que se estabelece entre ele e os seus análogos civis. A semelhança de inúmeros setores, não se privilegia de vantajosos recursos orçamentários e a superação desta relevante

dificuldade certamente exige gerenciamento criativo, competente e honesto.

Este trabalho tem por finalidade principal ordenar com clareza o Sistema Organizacional de Saúde à luz das instruções atualizadas, de forma a permitir o rápido entendimento de sua estrutura, oferecendo algumas sugestões julgadas pertinentes e que por certo já foram identificadas.

CAPITULO 1

O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

SEÇÃO I - CONSIDERAÇÕES GERAIS

A Organização do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) foi aprovada pela Portaria Ministerial nº 0842 de 29 de junho de 1989. Nesta Portaria, estabelecem-se dentro de uma abordagem sistêmica, as atividades de saúde da Marinha, com seus conceitos, subsistemas componentes e sua estrutura.

Útil seria, previamente, o entendimento correto de um Sistema e, após a conceituação do SSM, estabelecer suas características.

Systema (do grego, "conjunto", "reunião", "grupo"), pode ser entendido como sendo uma reunião de elementos materiais ou ideais, entre os quais podemos encontrar ou definir inter-relações. Ou, a disposição dos elementos ou das partes de um todo, que se situam coordenados entre si e funcionando como uma estrutura organizada.

Na Portaria citada, o SSM foi conceituado como sendo " 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 ".

Em face à sua conceituação, entendemos que ele comporta as seguintes características:

aberto - característica dos sistemas administrativos e sociais que estabelecem trocas integrais com o exterior, diferentemente dos fechados, estudados basicamente em física, que trocam somente energia pois se delimitam por paredes ou fronteiras;

dinâmico - por ser regulável ou programável, produzindo sempre um determinado efeito;

hierarquizado - por ser composto de subsistemas e estar inserido em um sistema maior (meta-sistema ou super-sistema); e

teleológico - por estabelecer objetivos de finalidade definidos.

Sintetizando, podemos dizer que o SSM trata-se de um Sistema aberto, dinâmico, hierarquizado e teleológico, com ordenação lógica de insumos, órgãos e ações de saúde, estruturado à satisfação da moderna administração, visando melhor atingir todos objetivos definidos no atendimento à saúde de seus usuários. Destina-se entretanto, conforme diretriz estabelecida, a assistir fundamentalmente ao militar em atividade operativa. Como determinismo e condicionantes de sua missão finalística, apresta-se para as emergências de eventuais conflitos armados e oferece assistência médico-odontológica e farmacêutica de natureza preventiva, curativa e reabilitadora à comunidade naval.

Deste conceito central, derivam os seguintes postulados:

a) deve ser considerada prioritária a assistência ao

militar da ativa, cujo estado de higidez necessita de constante vigilância, mantido a qualquer custo e sempre recuperado em rápido lapso de tempo;

b) devem ser enfatizados, desenvolvidos, constantemente aprimorados e rotineiramente exercitados, os procedimentos de apoio logístico de saúde às atividades operativas;

c) devem ser mantidas com relevância e conduzidas com clareza e apuro, todas as atividades periciais de seleção e de controle sanitário do pessoal militar;

d) deve ser estimulada a assistência à inativos, dependentes e pensionistas com o objetivo de aprimorar e adestrar o pessoal de saúde envolvido, produzindo em contrapartida benéficos efeitos sobre o aspecto moral de segurança e tranqüilidade do militar, ao sentir-se amparado pela qualidade técnica da assistência prestada; e

e) deve ser buscada a integração dos serviços prestados como meio de obter a valorização harmônica do Sistema e a otimização da relação custo / benefício.

Para cumprir sua missão, dispõe a Marinha de inúmeras estruturas dispersas por todo o território nacional, ligadas à DSM, direta (subordinação administrativa) ou indiretamente (subordinação técnica).

Essencialmente, o SSM é alimentado por um fluxo de insumos e de pacientes sadios ou doentes, que recebem ações técnicas específicas nas instituições de saúde, prevenindo ou curando patologias e transformando-os em indivíduos sadios ou reabilitados. Emprega para isto, recursos humanos de diversas categorias funcionais, formados em

instituições extra-navais e navais, nas quais desempenham papel importante a Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), os Centros de Instrução e as Escolas de Formação da MB. Entretanto, a habilitação dos recursos humanos não é limitada à qualificação da força de trabalho através de métodos formais de educação, incluindo também a preparação através de métodos informais de treinamento em serviço, aperfeiçoamento, reciclagem e movimentação de pessoal.

SEÇÃO II - A ATIVIDADE-MEIO OU ADMINISTRATIVO-LOGÍSTICA

Dois subsistemas se agrupam para formar e atender as necessidades do Sistema, dentro da atividade-meio:

- a) Subsistema Gerencial; e
- b) Subsistema Logístico.

a) Subsistema Gerencial - encarrega-se da execução do Plano Diretor, através do Plano Básico Hotel, visando a aplicação de recursos alocados ao setor de saúde, responsável pela prestação da assistência médico-hospitalar (AMH) aos seus usuários. O Plano Diretor é um instrumento de planejamento do tipo orçamento-programa que operacionaliza os múltiplos objetivos programados para atender as necessidades da Marinha, definindo e orientando as ações a serem desenvolvidas nos seus diversos escalões. Na sua execução são especificados não somente os custos dos diversos programas e projetos, distribuídos setorialmente, mas também as metas físicas anuais a serem atingidas através da aplicação dos recursos disponíveis. O desdobramento

setorial do Plano Diretor corresponde aos Planos Básicos (PB), identificados pelas iniciais maiúsculas do alfabeto. O PB "H" (HOTEL) é o documento de execução do Plano Diretor que contém os programas e projetos do setor de saúde. Sua divisão temporal resulta nos Planos de Ação (PA), que compreendem as parcelas dos Planos Básicos a serem executados a cada ano.

A Programação de Recursos Financeiros (PRF) e o Plano de Distribuição de Recursos (PDR) são os instrumentos que viabilizam economicamente os programas e projetos dos Planos Básicos.

Inúmeras são as tarefas do subsistema gerencial de saúde cuja finalidade consolida-se na administração dos serviços e atividades do SSM, na busca da satisfação das necessidades de seus usuários, utilizando o manejo correto das possibilidades para seu atendimento.

Seu órgão principal é a DSM, cujas atribuições envolvem:

- Administração geral, compreendendo direção, planejamento, organização, coordenação e controle dos serviços e ações de saúde da MB;

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

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

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

oficial médico mais antigo de cada DN e do CNB (quase sempre o diretor do hospital distrital), na condição de Oficial de Saúde do Distrito, atua como coordenador das ações de saúde na área e desempenha funções de Oficial de Estado Maior (assessoria).

b) Subsistema Logístico - é responsável pelas atividades de suporte ao SSM, contribuindo conseqüentemente com considerável parcela dos insumos que são drenados para o Sistema. Encarrega-se da obtenção, produção, armazenamento e distribuição dos materiais de saúde, além da formação e do aperfeiçoamento de parcela dos recursos humanos utilizados.

O material comum é fornecido pela Diretoria de Abastecimento da Marinha e adquirido através de recursos alocados no Plano Básico. O abastecimento do material de saúde tem como órgão executante o Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM). As OM são agrupadas em categorias para as quais correspondem cotas físicas definidas de acordo com o pessoal e as instalações de saúde que dispõem. A dotação de material permanente de saúde é condicionada à padrões de avaliação de necessidades através de parâmetros definidos como clientela assistida, recursos humanos, localização, dentre outros.

No que tange a recursos humanos destacamos a Escola de Saúde do HNMD, que prepara pessoal especializado em diferentes níveis, suprindo necessidades constantes da área de saúde. Podemos destacar as seguintes atividades:

- cursos de especialização em enfermagem (auxiliar de

enfermagem);

- cursos de aperfeiçoamento em enfermagem (técnicos em enfermagem);

- estágio para alunos de nível médio e superior de escolas e instituições que mantêm convênio com a MB (enfermagem, radiologia, medicina física, patologia clínica, engenharia biomédica, etc.);

- cursos especiais de nível técnico (raios - X, análises clínicas, próteses, etc.);

- curso de técnica de ensino para instrutores;

- curso de administração hospitalar;

- cursos expeditos para serventes, cozinha, lavanderia hospitalar, etc.;

- internato para acadêmicos de medicina do 6º ano;

- residência médica;

- curso de aperfeiçoamento de oficiais em diversas especialidades médicas, odontológicas e farmacêuticas; e

- cursos de função técnica avançada (mestrado).

Citaríamos também o Instituto de Pesquisas Biomédicas do HNMD onde através de pesquisa e experimentação no campo da saúde, busca-se o desenvolvimento de técnicas e procedimentos que acompanhem o rápido avanço tecnológico, que possam contribuir para melhor qualidade dos serviços de interesse para o SSM.

SEÇÃO III - ESTRUTURA

O SSM estrutura-se com os seguintes órgãos, listados hierarquicamente:

- a) Orgão de Supervisão Geral;
- b) Orgão Central;
- c) Orgão de Direção;
- d) Orgãos de Coordenação e Controle; e
- e) Orgãos de Execução.

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

b) Orgão Central - o Orgão Central do SSM é a Diretoria Geral do Pessoal da Marinha (DGPM), cuja competência é determinar, aprovar e implementar os estudos e diretrizes que se referem à saúde, zelando pelo funcionamento eficiente e coordenado do Sistema.

c) Orgão de Direção - é a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), a quem cabe planejar, orientar, coordenar e controlar as atividades técnicas e gerenciais de saúde.

d) Orgãos de Coordenação e Controle - são aqueles responsáveis pela ordenação e acompanhamento das atividades específicas de um subsistema. O Centro de Perícias Médicas e o Centro de Medicina Operativa do HCM, são respectivamente, os responsáveis pelo Subsistema Pericial e Subsistema de Medicina Operativa.

e) Orgãos de Execução - agrupam-se em dois tipos: de Produção e Distribuição e os Técnicos. São também responsáveis por parcela do subsistema pericial. O Orgão de Produção e Distribuição é o LFM. Os órgãos Técnicos são os responsáveis pelas atividades técnicas de saúde.

Constituem-se em uma OM ou parte integrante de uma OM (departamento, divisão, seção e serviço). São os seguintes os Órgãos Técnicos do SSM, subordinados diretamente à DSM:

- Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) - presta assistência médica em nível terciário, além de ser responsável pela formação e aperfeiçoamento de pessoal através de sua Escola de Saúde e do Instituto de Pesquisa Biomédicas (Departamentos da Superintendência de Ensino e Pesquisa).

- Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG) - presta assistência em nível primário, através de sua sede e de seus ambulatórios periféricos de Campo Grande, Penha, Ilha do Governador e Niterói.

- Hospital Central da Marinha (HCM) - reúne os Órgãos Controladores das atividades de Perícia Médica e de Medicina Operativa. É o executor da parcela do Subsistema Pericial através das Juntas de Saúde integradas em sua estrutura organizacional e das ações de saúde em Medicina Operativa na área de jurisdição do 1º DN. Apesar de conter " hospital " em seu nome, possui atribuições assistenciais em nível primário, funcionando de fato como uma policlínica, no subsistema assistencial.

- Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) - responsável pela coordenação técnica das ações e atividades relacionadas à saúde mental na área do Rio de Janeiro.

- Odontoclínica Central da Marinha (OCM) - responsável pela assistência odontológica em nível especializado.

Subordinadas aos respectivos Comandos de Distritos

Navais ou ao Comando Naval de Brasília:

- Hospitais Distritais - são responsáveis pela AMH nas respectivas áreas, em níveis primário e secundário. Incumbem-se também de parcela do subsistema pericial e das ações do subsistema operativo.

- Sanatório Naval de Nova Friburgo (SNNF) - constitui-se em uma OM atípica. Executa ações de saúde restritas de um pequeno ambulatório, em nível primário, concentrando suas atividades em serviços de hotelaria para lazer e repouso.

- Todos os Departamentos, Divisões, Seções, Serviços, ambulatórios, enfermarias e formações sanitárias do Corpo de Tropa, de Estabelecimento, Navio, Base, Arsenal ou qualquer outra Unidade Administrativa, Tática ou Operativa da Marinha, são as demais Organizações de Saúde da Marinha (OSM), sob a supervisão funcional da DSM, também classificadas como Órgãos Técnicos de Execução.

SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

(organograma simplificado)

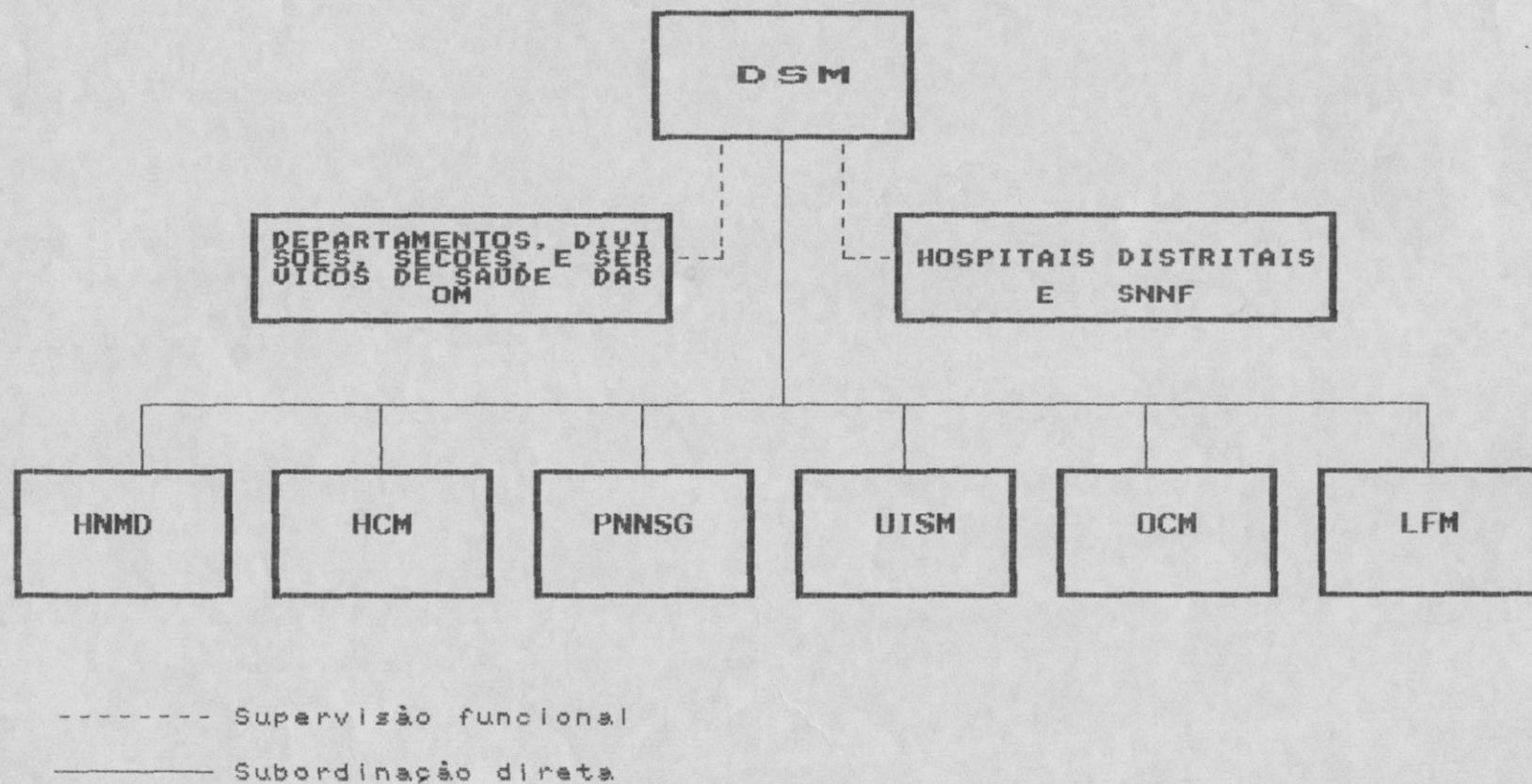


figura n 1

CAPITULO 2

FLUXO DE INFORMAÇÕES

Um correto fluxo de informações que realimenta o sistema é de vital importância para o gerenciamento, integração e análise do produto final. Permitirá, de forma confiável, estabelecer ajustes, adequações e correções de eventuais desvios, otimizando resultados.

Estas informações abrangentes atingem tanto os subsistemas da atividade-fim como os subsistemas da atividade-meio.

a) informações epidemiológicas - fornecem dados sobre patologias, demanda de clínicas e serviços, profissionais envolvidos, necessidades sentidas dos usuários etc., com indicativos de todos os aspectos ligados à saúde;

b) informações operacionais - oferecem dados estatísticos envolvendo insumos, equipamentos, recursos consumidos e serviços produzidos, possibilitando indicações da eficiência do Sistema sob o ponto de vista econômico; e

c) informações de produto - que possibilitam avaliar os resultados obtidos em termos de metas alcançadas e conseqüentemente inferindo a eficácia.

A DSM, que gerencia todo o Sistema, concentra e processa o fluxo de informações de todas as ações de saúde da MB. Fundamentada na análise de informações, planeja e sistematiza seus recursos, elabora instruções, normas, planos, programas e projetos, alocando recursos financeiros e de insumos para atender as necessidades identificadas das

organizações vinculadas.

Nesta operação são utilizados processos normais (boletins de serviços produzidos, estatísticas nosológicas, apuração de custos, relatórios anuais, dentre outros), e mecanizados (cadastro de usuários, pesquisas epidemiológicas, estoques e consumo de medicamentos e de outros materiais de consumo de saúde, estatísticas periciais, etc.).

Ao contar com os recursos da informática, passou a produzir indicadores de mais confiabilidade, obtendo respostas ágeis e conseqüentemente melhores resultados.

Na área do Rio de Janeiro, a DSM conta com sistemas informatizados no HNMD, PNNSG, OCM e LFM, utilizando-se de inúmeros programas aplicáveis às atividades.

CAPITULO 3

A ASSISTENCIA PRESTADA PELO SSM

SEÇÃO I - A ATIVIDADE-FIM OU TÉCNICA

A atividade-fim estrutura-se com três subsistemas dentro do SSM, em função das diferenciações de suas atividades:

- a) Subsistema assistencial;
- b) Subsistema pericial; e
- c) Subsistema de medicina operativa.

a) Subsistema assistencial - tem por finalidade prestar Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos usuários do SSM. A AMH representa o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, utilizando os serviços profissionais médicos, odontológicos e farmacêuticos, o fornecimento e aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários. Para tanto está estruturado segundo três princípios básicos: regionalização, hierarquização e integração.

- Regionalização - consiste na distribuição dos serviços assistenciais em áreas geográficas definidas, levando-se em consideração a localização dos usuários, pessoal, recursos e meios de mobilização. Para alcançar a comunidade naval dispersa por todo território nacional, o subsistema opera não apenas com suas próprias organizações,

utilizando-se também dos serviços de saúde de outras Forças Armadas assim como de outros órgãos públicos e privados de saúde, mediante acordos administrativos.

- Hierarquização - resume-se na ordenação dos serviços assistenciais em níveis de complexidade crescente, com base na demanda, na freqüência nosológica e na adequação às necessidades dos usuários.

- Integração - os serviços prestados, embora possam ser graduados em diferentes níveis, são intrinsecamente analógicos em face de todas as unidades do Sistema desempenharem suas atividades dentro de normas comuns num trabalho de inter-relação perfeitamente integrado.

b) Subsistema Pericial - é o responsável pela seleção e controle da higidez de seus usuários, com prioridade ao militar da ativa.

Possui competência para realizar inspeções de saúde nos militares da ativa e inativos da MB, militares das outras Forças Singulares, candidatos aos corpos e quadros da MB, ao Serviço Militar Inicial (SMI), aos órgãos de formação da Reserva Naval, nos servidores civis, dependentes de militares e civis, ex-combatentes, além de outras previstas na legislação.

Executa cerca de cinquenta mil inspeções de saúde anuais através de todas as suas unidades executivas.

Apesar de realizar uma tarefa de importância vital para todo o Sistema, o subsistema pericial carece de uma qualificação técnica desejável. Embora deva pautar-se nos mesmos princípios básicos do subsistema assistencial, tal

fato não ocorre. Especialmente por não ser contemplado com recursos humanos especializados na atividade, tanto em nível superior quanto médio, escravizado sempre pela utilização de mão de obra despreparada. Despreparada, com freqüência, duplamente: pelo desconhecimento técnico da aplicação da atividade e de seus recursos e quase sempre pelo desconhecimento da vasta legislação pertinente.

Desde nosso ingresso na MB, constatamos o permanente desinteresse dos oficiais médicos para esta atividade, que nunca é vista por nossos pares como trabalho de prestígio profissional.

c) Subsistema de Medicina Operativa - é o responsável pelo apoio logístico de saúde às Operações Navais, na guerra e na paz, utilizando-se de conhecimentos e técnicas padronizadas que facilitam, disciplinam e sistematizam a medicina em setores específicos. Poderá também ser utilizado em casos de catástrofe ou de calamidade pública, quando assim determinado por autoridade competente. Atividade peculiar, a medicina operativa, além de exigir conhecimento profissional convencional, requer familiarização com as condições de trabalho em belonaves, tropas e ambientes inóspitos, em situações normais e excepcionais, além de conhecimentos técnicos especiais.

Exercida inicialmente de forma isolada nos diversos setores da MB, a Medicina Operativa veio se integrando como subsistema, através da atuação do Centro de Medicina Operativa (CMOP) do HCM, criado em 1983, com a incumbência

de planejar, coordenar e controlar suas ações em toda Marinha, pelo estabelecimento de vínculos e atuações conjuntas com as organizações militares operativas, hospitais navais e outras instituições não ligadas às atividades operativas mas que a elas possam prestar apoio.

Podemos citar as seguintes atividades previstas dentro da Medicina Operativa:

- Medicina de Aviação - cuida dos problemas da interação do homem ao meio e das atividades aéreas. É desenvolvida basicamente em três núcleos na Marinha: Junta de Saúde de Atividades Especiais (JSAE), que realiza o controle da higidez e a seleção do pessoal aeronavegante; Departamento de Saúde do NAeL Minas Gerais, que presta apoio ao pessoal de aviação embarcado; e no Departamento de Saúde da Base Aérea Naval de São Pedro da Aldeia (BAeNSPA), que apóia os Esquadrões e o Centro de Instrução e Adestramento Aeronaval (CIAAN).

- Medicina de Submarino e Mergulho - cuida dos aspectos de adaptabilidade do homem ao meio e das atividades submarinas. É desenvolvida também na JSAE, que executa a seleção e o controle psico-físico dos submarinistas e mergulhadores e apóia o Centro de Instrução e Adestramento Almirante Atila Monteiro Aché (CIAMA) e pelo serviço de Medicina Hiperbárica do HNMD, que desenvolve pesquisas e efetua tratamento especializado em ambientes hiperbáricos.

- Medicina de Operações Anfíbias - cuida do apoio logístico de saúde aos combatentes que participam de

Operações Anfíbias do CFN. Caracteriza-se por atividade em condições adversas, necessitando de equipes de saúde bem preparadas e adestradas, atuando com perfeito planejamento e exigindo recursos e instalações compatíveis, objetivando reduzir o número de baixas pela prevenção e o pronto atendimento eficaz do militar doente ou ferido. É desenvolvida nos Departamentos e Divisões de Saúde das OM do CFN e apoiada pelo CMOP e outras organizações do SSM.

- Medicina de Operações Navais de Superfície - cuida do apoio logístico de saúde às belonaves da Esquadra. Integra-se com a necessidade de adestramento em primeiros socorros de toda a guarnição e dotação adequada de equipamentos e material de saúde. Exercida pelos oficiais médicos embarcados em unidades operativas da Esquadra.

- Medicina de Guerra Nuclear - cuida dos aspectos médicos que envolvem as agressões ao homem pelos agentes radioativos. Atividade do CMOP e do Serviço de Medicina Nuclear do HNMD. Exige alto adestramento tecnológico e atuou recentemente no acidente radioativo de Goiás.

- Medicina de Defesa Química e Biológica - cuida da prevenção e tratamento das agressões produzidas por agentes químicos e biológicos, intencionais ou acidentais.

- Medicina Glacial - envolve-se com os aspectos da adaptação do homem ao meio e das atividades glaciais. Pioneiramente desenvolvida no CMOP e aplicada pelos médicos embarcados no Navio de Apoio Oceanográfico Barão de Teffé e na Estação Antártica Comandante Ferraz.

- Odontologia Operativa - cuida da prevenção e

tratamento dos problemas odontológicos em operações militares. Desenvolvida no CMOP e apoiada pela OCM.

- Farmácia Operativa - presta apoio logístico às equipes médico-cirúrgicas engajadas em atividades operativas. Apoiada pelo LFM.

Consideramos entretanto hoje, que o subsistema de Medicina Operativa da Marinha está atrofico e imobilizado. Preterido pelo subsistema assistencial, que absorve praticamente todos os meios e recursos do Sistema Global, não vem merecendo apoio e atenção compatíveis com a sua importância, especialmente ao considerarmos sua inserção finalística numa força militar e a permanente expectativa da Mobilização, prevista inclusive nos tempos de paz.

Possuindo rubrica orçamentária específica no PB Hotel (H-05-2069), necessita certamente de tratamento e atenção especiais.

Obtivemos informações que se encontram em desenvolvimento estudos específicos de um Grupo de Trabalho (GT) da DGPM, avaliando a conveniência da transferência do controle do subsistema de Medicina Operativa para a área de subordinação do CON.

CAPITULO 4

NIVEIS ASSISTENCIAIS

Conforme o conceituado dentro da Portaria Ministerial nº 0576 de 18 de novembro de 1992, a Assistência Médico-Hospitalar (AMH) " é o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo serviços profissionais médicos, odontológicos e farmacêuticos, o fornecimento e a aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários." Para cumprir esta missão, o Sistema hierarquizou em três níveis de ordenação os seus serviços, em ordem crescente de complexidade, obtendo uma regionalização e integração eficazes, simplificando em diversos aspectos o acesso do usuário. Esta ordenação, sob o ponto de vista acadêmico, deu clareza ao Sistema, estabelecendo administrativamente as respectivas competências das diversas organizações para a prestação da AMH. Foi obtida através da conciliação de critérios regionais, análise de recursos humanos e materiais e das necessidades identificadas pela demanda. Entretanto, não deve ser entendida como fator limitador ou cerceador da assistência, por interpretá-la com rigor compartimental e hermético. Isto significa na prática, que se uma determinada Organização de Saúde da MB, codificada para atender determinado nível, se julgar competente em um dado momento em recursos humanos e materiais para

assistência de maior complexidade, poderá fazê-la, a excessão do último nível. O inverso entretanto não é verdadeiro, tendo em vista que um dos objetivos desta ordenação é aliviar a sobrecarga das organizações de níveis mais complexos.

- a) Nível Primário
- b) Nível Secundário
- c) Nível Terciário

a) Nível Primário - é a oferta de serviços de saúde essencialmente ambulatoriais. Agrupam-se doenças banais sem complexidades clínicas, tipo infecções respiratórias, pertubações gastro-entéricas, viroses comuns, acidentes leves, dentre muitas outras. Incluem-se neste nível as ações de medicina preventiva, puericultura, imunizações e educação sanitária. Face aos estudos de prevalência nosológica, a incidência destas patologias atinge percentuais de 70%. Esta ordenação é válida para populações de até vinte mil habitantes, pois acima deste número, as patologias de mais complexidade começam a ter incidências significativas.

A assistência para este nível não exige portanto instalações mais complexas e a conscientização do usuário para a utilização destes meios é importante, no instante em que o afasta dos centros de saúde mais complexos, reduzindo conseqüentemente os custos operacionais. Fundamental é o entendimento de que os profissionais que atuam neste nível assistencial não são menos competentes que seus pares. Na verdade, devem reunir vasta bagagem de conhecimentos

técnicos e reconhecida experiência prática, para distinguirem com exatidão as manifestações clínicas de patologias banais daquelas mais graves e complexas, que exigem imediato encaminhamento para organizações de saúde mais dotadas de recursos diagnósticos e terapêuticos. Possui como característica, o atendimento médico-odontológico básico e inicial nas especialidades de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, odontologia preventiva, dentisteria e cirurgia odontológica elementar. São órgãos técnicos executantes, os Ambulatórios Periféricos, Departamentos e Divisões de Saúde das OM e Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM).

b) Nível Secundário - é a oferta de serviços de saúde mais elaborada embora não complexa e sofisticada. Exige mais recursos humanos e materiais para sua consecução, obrigatoriamente uma estrutura hospitalar. Consegue prestar assistência a um universo epidemiológico de 20%, representado pela incidência de patologias menos comuns mas não raras.

Justifica-se para populações entre vinte mil e duzentas mil pessoas. Apresenta como característica, o atendimento em nível hospitalar, com internações e cirurgias e/ou utilização de procedimentos técnicos com recursos intermediários. São órgãos técnicos executantes os Hospitais Distritais e a OCM.

c) Nível Terciário - é a oferta de serviços de saúde complexa, utilizando recursos tecnológicos de última geração, exigindo pessoal altamente qualificado, em

estrutura hospitalar de adequação específica.

Sua característica básica é o atendimento em nível hospitalar com internações e cirurgias de complexidade, utilizando-se de procedimentos técnicos com recursos de alta sofisticação. Possui competência para assistir o universo epidemiológico de 10% de prevalência, de incidência significativa somente em populações acima de duzentas mil pessoas. São as patologias mais raras ou mais graves. Possui como órgãos técnicos executantes, o HNMD e o Hospital das Forças Armadas (HFA), sendo denominadas também de hospitais de referência, recebendo pacientes encaminhados de todo o Sistema.

Estas organizações absorvem vastos contingentes de recursos humanos em todos os níveis de qualificação e a parcela mais significativa dos recursos orçamentários alocados no PB " Hotel ". Além de desenvolverem atividades assistenciais complexas, comprometem-se permanentemente com programas de treinamento e adestramento de pessoal, buscando atender as crescentes exigências do avanço tecnológico da ciência biomédica. Em que pesem as inúmeras dificuldades para o cumprimento de sua missão, o HNMD, representante exclusivo dentro da nossa Marinha pelo atendimento terciário, destaca-se com relevância e prestígio no cenário médico nacional.

Está estabelecido que todo paciente que necessitar tratamento em nível terciário deverá ser encaminhado ao HNMD. Da mesma forma, pacientes internados em caráter emergencial em Órgão de Saúde Extra-Marinha (OSE), deverá

ser removido para os hospitais de competência do Sistema, desde que suas condições permitam, quando identificados inexistência de padrão técnico para a assistência requerida e ou custos abusivos para a MB.

Portanto podemos inferir que todos os serviços do SSM foram edificados dentro de padrões hierarquizados para uma assistência progressiva, de tal forma que possibilite benefícios para a eficácia, custo e qualidade.

CONDICIONANTES DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA

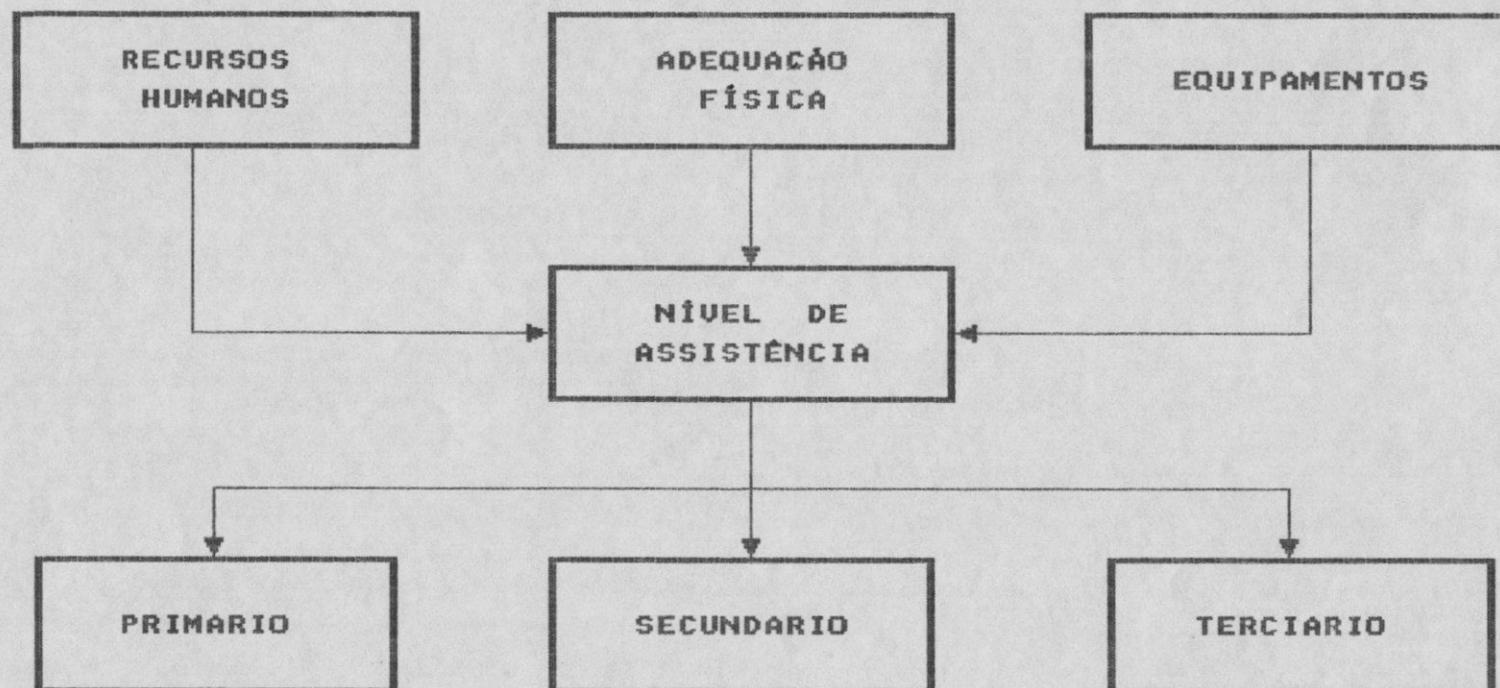


figura n 2

HIERARQUIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA EM FUNÇÃO DA PREVALÊNCIA NOSOLÓGICA

(ordem de complexidade)

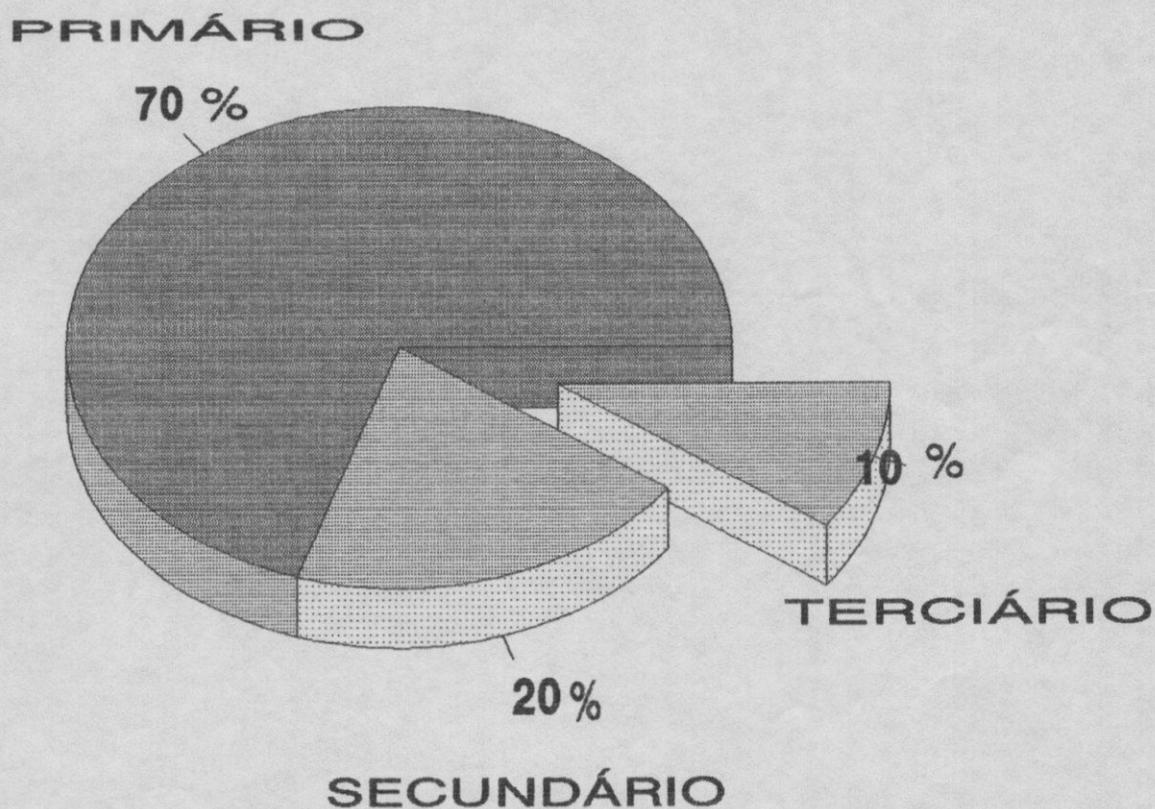


figura n 3

CAPITULO 5

A ABRANGENCIA DO SSM

SEÇÃO I - O UNIVERSO DE USUARIOS

O SSM sofreu profundas modificações no evoluir dos anos. Prestava assistência médico-hospitalar aos militares ativos e inativos, a um pequeno contingente de civis e com o antigo Hospital Naval Nossa Senhora da Glória e de seus ambulatórios, aos contribuintes voluntários para seus dependentes, através da Assistência Médico-Social da Armada (extinta AMSA). Em 21/03/72, através de Ato Ministerial, foi criado o FUSMA, passando o Sistema a absorver gigantesco contingente de novos usuários. Conta atualmente com um total de 279.206 assim distribuídos, de acordo com dados de onze de março de 1993.

- Militares da ativa	61.072
Dependentes	94.185
- Militares inativos	32.892
Dependentes	69.436
- Pensionistas	16.006
Dependentes	4.343
- Civis	640
Dependentes	632

O Distrito de maior densidade é o 1º DN, com um total de 197.022 (70,56%), destacando-se o Estado do Rio de Janeiro com 189.108 (67,73%). Constatamos esta heterogênea distribuição, que justifica a maior concentração de meios

e recursos para a AMH nesta área. Representando parcela considerável, destacam-se os dependentes e civis, atingindo a significativa soma de 185.242 (66,35%).

Felas Diretrizes Pertinentes da Política Básica da Marinha, a AMH aos militares da ativa deve ser preferenciada, sustentando entretanto a assistência aos inativos por constituírem parcela considerável da Reserva Naval, embora caracterizada como subsidiária, assim como dos restantes usuários.

A simples leitura dos números que tipificam os usuários do Sistema demonstra o conflito com a Diretriz, estabelecendo uma gigantesca dificuldade para seu cumprimento e até mesmo para gerenciar sua condução. Senão vejamos:

- Militares da ativa - 61.072 - 21,87%
- Demais usuários - 218.134 - 78,13%

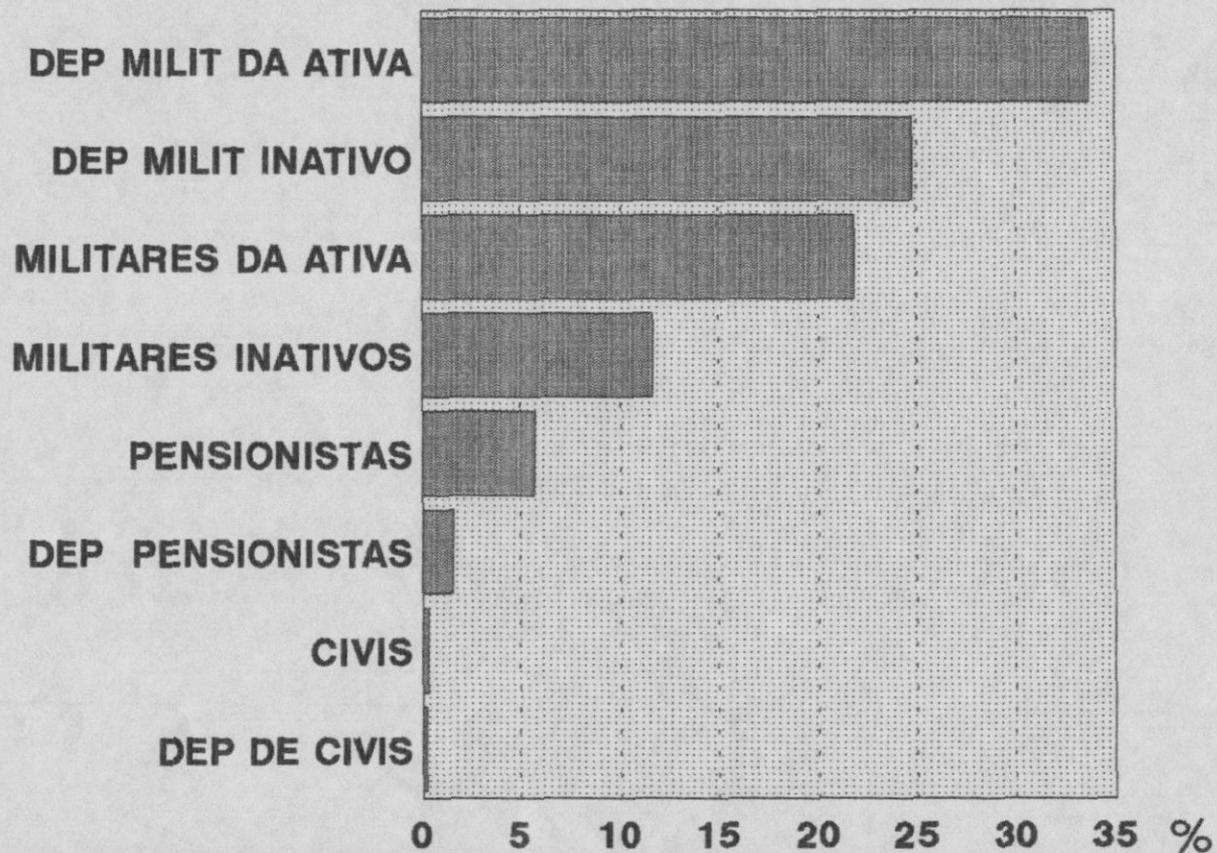
Identificamos que o contingente de militares da ativa é quase 4 vezes menor que o restante dos usuários. Se considerarmos que a população da ativa é de mais higidez que a restante e em conseqüência utiliza-se menos do Sistema, podemos concluir que significativa parcela dos recursos da AMH é absorvida pelo que a Diretriz denomina de assistência subsidiária (estimamos em aproximadamente 5 vezes).

Outro aspecto deve ser ressaltado da análise desta diretriz:

"... prestar assistência médico-hospitalar preferenciada..."

USUÁRIO DO SSM POR CATEGORIA

(Fonte - DSM)



25-A

figura n 4

A palavra preferenciada é entendida como precedência (no sentido temporal, dar primazia ou prioridade, que vem primeiro) e também como seletiva de qualidade (de melhor padrão).

Em ambos os sentidos esbarramos em impedimentos éticos e de justiça. Éticos, por conflitar com o que preceitua o Código de ética Médica e de justiça, porque o Estatuto dos Militares não estabelece diferenciações de atendimento entre os usuários do Sistema. No máximo, em igualdade de condições patológicas ou não existindo razões médicas como gravidade e urgência, em situações de espera, poderemos atender primeiro o militar da ativa. Em nosso entendimento, esta Diretriz teria inquestionável aplicabilidade somente em casos de conflito ou de guerra. Entendemos entretanto que algumas medidas possam ser tomadas, como iniciativas para nos adequarmos de forma indireta para o cumprimento dela:

a) enxugar este gigantesco contingente de usuários dependentes.

Sabemos que esta providência esbarra em dificuldade maior envolvendo modificações no Estatuto dos Militares (Art. 50), documento que define o universo de usuários;

b) estabelecer rigoroso e permanente controle dos usuários que ingressam no Sistema e depurar sistematicamente o contingente atual; e

c) estabelecer o desconto proporcional crescente para o FUSMA, em função do número de dependentes declarados com direito a AMH.

Esta medida abriga-se em critérios de coerência e de justiça, pois julgamos inaceitável um mesmo desconto para beneficiários com número de dependentes desiguais.

Identificamos também uma forma indireta que poderia atender em parte o que preconiza o documento, embora sem deixar de ser injusta e aética: direcionar recursos e meios quase que exclusivamente para as regiões de maior concentração de militares da ativa, em detrimento das outras. Entendemos que esta não seria na verdade uma política de acerto.

Em vista desta realidade numérica, podemos com clareza ajuizar que este é um dos fatores condicionantes da atrofia do subsistema operativo, que fora do 1º DN opera somente com um médico, pouco podendo realizar.

SEÇÃO II - LOCALIDADES SEM OM DE SAUDE E OUTRAS NÃO ABRANGIDAS PELO SSM

É extensa a área do território nacional a ser atingida pelo SSM em considerando a distribuição dos usuários, alcançando inclusive limites que excedem nossas fronteiras, somando-se a pequena parcela daqueles que exercem suas funções no exterior.

Dentro desta moldura conjuntural, uma política que priorize a assistência nas áreas de maior concentração deve ser o fulcro do gerenciamento. Isto conduzirá para a busca de melhores resultados globais.

Pelos levantamentos obtidos sabemos que somente uma parcela que oscila em torno de 3% não é abrangida pelo

SSM. Isto atesta que as ações administrativas atentas, atuam sempre que identificam variações na distribuição dos usuários. Estas variações decorrem na verdade das constantes flutuações dos inativos, considerando que de muito tempo o Sistema encontra-se estruturado nas áreas distritais com organizações próprias de saúde. Exceção se faz ao 5º DN, que ao mudar sua sede para Rio Grande e acodadamente desativar o Hospital de Florianópolis estabeleceu um vazio assistencial a uma população hoje, no Distrito, de 9.473, dos quais 5.741 são dependentes, sendo que somente no Estado de Santa Catarina encontram-se 4.295, com 2.807 em Florianópolis, cidade de maior concentração.

Fato semelhante não aconteceu em Pernambuco, com a mudança do 3º DN, permanecendo ativado o Hospital Distrital. Somente Recife possui hoje uma população de usuários de 7.444, dos quais somente 807 são militares da ativa.

É sabido que a ordenação hierárquica do subsistema assistencial buscou melhorar a distribuição dos recursos humanos e meios pelos órgãos técnicos executantes, produzindo também facilidades de acesso e de gerenciamento.

Com relação ao gerenciamento definiram-se responsabilidades em função das áreas de abrangência, para determinadas OM, criando-se dois grupos de responsabilidades:

a) Organização Militar Hospitalar (OMH) - é a OM responsável pela execução da AMH em uma determinada área; e

b) Organização Militar com Facilidades Médicas (OMFH) -

é qualquer OM da MB responsável pela administração da prestação de AMH em sua respectiva área de abrangência, detentora de crédito em projeto específico do Plano de Ação.

Isto na verdade significa que o usuário terá acesso fácil a assistência, ao residir em uma localidade onde exista uma OMH ou uma OMFM.

Nas áreas de maior concentração de usuários onde não existem serviços de saúde da Marinha, as OMFM celebram acordos administrativos com órgãos militares de outras forças ou entidades públicas ou privadas (OSE), para assistência de seu pessoal. Mesmo em áreas de OMH, a incidência significativa de patologias para as quais elas não possuam recursos para assistência, justificam-se a celebração de acordos administrativos. Entretanto, conforme determina a Portaria Ministerial nº 0576 de 18/11/92, os Hospitais Navais Distritais e as OMFM por não se destinarem a prestar AMH de nível terciário, só a farão em casos excepcionais e com autorização da DSM. Para os casos de emergência, deverão ser esgotadas as tentativas junto aos órgãos públicos, restando como última opção as clínicas particulares ou os profissionais autônomos. Nos casos destas eventualidades, o paciente ou o responsável pelo mesmo deverá comunicar o fato à OMH ou à OMFM da área, nas primeiras 24h quando a ocorrência for nas cidades-sede dos Hospitais Navais e em 48h nas demais localidades. A OMH ou OMFM da área, designará um médico para comparecer ao local do atendimento e caso fique comprovada a urgência do

atendimento, o órgão responsável da área providenciará o pagamento das despesas ocorridas.

Ao aplicarmos o percentual de 3% sobre o contingente de usuários, chegamos a 8.376, o que representa o total residente em localidades sem assistência, portanto não abrangidos pelo Sistema.

Para o pessoal que serve no exterior as OMFM são a CNBE (para a Europa) e a CNBW (para o resto do mundo), apoiadas pelas diversas adidências.

Sabemos que a Política de Saúde da Marinha se pauta em proporcionar uma assistência de primeiro mundo a sua comunidade, aspiração esta que todos nós compartilhamos. Ao constatarmos a abrangência na concepção geográfica, dentro da ordenação dos níveis, deixamos de considerar a qualidade desta assistência. A escassez de recursos humanos qualificados aliada a dificuldade de dotar, substituir e manter equipamentos indispensáveis para o exercício das atividades de saúde condicionam e limitam sua qualidade. É reconhecida a carência crônica de certas especialidades na Saúde por distorções que ocorreram ao longo dos anos, comprometendo a assistência em nível secundário nos Hospitais Distritais e a secundária/terciária no HNMD. São carências que necessitam rápida atenção, as especialidades de Medicina Interna, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Radiologia, Psiquiatria, Cirurgia Cardíaca, Hematologia e Otorrinolaringologia.

Identificamos que nossos recursos humanos qualificados (oficiais aperfeiçoados) dispersam-se por OM não

hospitalares. Já vivenciamos experiências administrativas de necessidade real de especialistas (oficiais com Ap) em nosso efetivo hospitalar, que compunham efetivos de OM alheias ao SDP Saúde. É necessária a consciente compreensão de que o alto investimento no preparo de um especialista conflita com uma política de movimentação que não contempla prioritariamente a atividade-fim.

CAPITULO 6

NECESSIDADES DE EXPANSÃO

O SSM vem crescendo em que pese as dificuldades identificadas no campo econômico-financeiro, com os repetidos cortes orçamentários para o Ministério da Marinha. Encontra-se em fase de construção o Ambulatório Periférico de Nova Iguaçu e em vias de iniciação o novo Hospital Distrital de Salvador.

A construção do HNSa atende uma necessidade de longos anos. Com instalações físicas precárias e inadequadas, iniciou sua substituição com a transferência da unidade ambulatorial para nova estrutura construída há alguns anos. Com área prevista anexa para receber instalações de um novo prédio hospitalar, estará agora iniciando sua execução. Na verdade, trata-se de um crescimento em qualidade, pois substituirá uma unidade já existente.

O ambulatório de Nova Iguaçu, em construção, pretende levar assistência primária a uma localidade hoje com 5.943 usuários.

Como cidades de maior concentração no Estado do Rio de Janeiro, área do 1º DN, seguem-se Duque de Caxias (4.448), Nilópolis (3.942) e São João de Meriti (3.326). Não listamos São Gonçalo (6.237) por ser município utilizador da cidade de Niterói (20.540).

Pela precariedade das instalações, por localizar-se numa área de 26.777 usuários (Niterói + S. Gonçalo) e por ser o ambulatório de maior produtividade da PNNSG, com uma

média mensal de atendimento que se aproxima de três mil, julgamos importante refletir sobre a construção de um novo ambulatório, com instalações mais amplas e adequadas, de forma a proporcionar mais conforto tanto para o usuário quanto para o profissional de saúde.

Com relação ao 5º DN, único Distrito Naval sem Hospital Distrital, com um contingente de usuários de 9.473, necessita a Marinha programar recursos para sua construção. Um projeto realístico de planta baixa com construção econômica que não excedesse 40 leitos não é aspiração ousada ou utópica. Leva-se em conta o aspecto militar logístico da unidade para o Distrito, a considerar hoje a importância estratégica da região. Sua inexistência confere importante fator de vulnerabilidade. A curto prazo, necessita urgentemente melhorar suas instalações ambulatoriais.

Em contra partida, um crescimento extensivo se atrela a necessidade de pessoal, carência quantitativa e qualitativa já reconhecida hoje no Sistema. Destarte, deve-se programar para crescer especialmente em qualidade, suprimindo suas deficiências operacionais e acompanhar o galope técnico-científico da área de saúde. É necessário investir em instrução continuada, em programas sustentados de adiestramento e reciclagem de profissionais através de cursos extraordinários em instituições de reconhecida qualidade e competência, substanciado numa análise criteriosa que identifique as reais limitações de cada clínica e serviço, tanto em

nível superior quanto em nível médio.

Sabemos que as baixas taxas de ocupação hospitalar (TO) dos Hospitais Distritais decorre em parte da carência de meios para o cumprimento da missão. Isto não só onera o Sistema com o pagamento de serviços prestados através de acordos administrativos, como também repercute sobre o hospital de referência (HNMD).

O levantamento do custo ano/usuário do Sistema nos leva a cifra de aproximadamente 40 dólares, nas localidades onde existem OMH. Em outras localidades, abrangidas pela OMFM, como por exemplo o 5º DN, o custo/ano ascende de 140 dólares em média, sem computar custos com eventuais evacuações ou remoções.

CAPITULO 7

COMENTARIOS FINAIS E SUGESTOES

Mergulhada em sustentada crise político-econômica há alguns anos, a sociedade perplexa e impotente assiste o caminhar destrutivo de suas instituições e a deturpação ética de seus valores.

Os repetidos escândalos de corrupção e incompetência, gerenciados por parcela significativa de nossas elites sociais, que deveriam ser as guardiãs de nossos valores morais, degradaram calamitosamente a nação. Somados à inépcia administrativa e a interesses personalísticos, nossos serviços básicos e essenciais como educação, ordem pública e especialmente saúde, foram levados ao limite do caos e da calamidade. Em decorrência, a população vem se contaminando pela epidemia da descrença, tristemente o último sintoma de incurável doença social.

Nenhuma sociedade que não investe em educação e saúde pode ter a pretensão de obter desenvolvimento que se sustente, pois elas representam os dois mais importantes vetores de fortalecimento de todas as parcelas do Poder Nacional.

Em que pese este cenário desvantajoso a Comunidade Naval conseguiu manter-se imunizada. Representa parcela de credibilidade e confiabilidade dentro das Instituições Nacionais, pois sustenta padrões de moralidade, com administrações competentes e criativas, produtivas e eficazes, mesmo com recursos financeiros restritos.

Representa exemplo teimoso de honestidade, trabalho, confiança e crença em nossa grandiosa predestinação, constituindo-se em importante reserva terapêutica para um Brasil doente.

Dentro desta ótica julgamos importante a Marinha manter-se engajada em atividades civis/sociais, embora conflitando com algumas diretrizes de sua Política Básica, aproximando-se mais da sociedade brasileira. Isto porque, entendemos não ter nenhum sentido Marinha forte com um Brasil fraco.

As atividades de nossos navios hospitalares bem representam a participação da saúde e conseqüentemente da Marinha, em ações de socorro às populações ribeirinhas carentes. Se a repercussão social é importante, certamente importante deveria ser a sua divulgação objetivando a busca de credibilidade e simpatia das comunidades sociais. Paralelamente contribui para um permanente programa de integração e adestramento militar.

Essas considerações nos parecem válidas, na medida que necessitamos de referências para análise. Uma análise de qualquer aspecto considerado de um país de terceiro mundo, não pode ter referenciais de países de primeiro mundo. São composições étnicas, culturais, educacionais, tecnológicas, aspirações e anseios para cujas dificuldades e problemas as soluções certamente não serão necessariamente as mesmas.

Desenvolvemos um estudo acadêmico do SSM, procurando ordená-lo desde suas atividades-meio até o seu produto final, sem contudo a pretensão de exaurí-lo, num processo

dissecativo minucioso. Utilizamos um pouco de nosso conhecimento prático, fruto de um vivenciamento operativo em assistência médica por quase 30 anos. Estamos conscientes que não detemos a verdade absoluta, conceito derradeiro decorrente do conhecimento minucioso de pequenas e múltiplas parcelas, porque a nossa visão e conhecimento não são expressões representativas da mais acurada e incriticável sabedoria.

Assistimos inúmeras e sucessivas modificações no SSM desde nosso ingresso na Marinha em 1970. Por juízo próprio de valor, muitas proficuas e eficientes e algumas estáticas e improdutivas. Mas acreditamos com certeza que todo o processo de modificação por que passou o Sistema, decorreu de adequação às exigências temporais ou como fruto de trabalhos sérios, objetivando otimizar seus resultados.

Sem preocupações cronológicas, assistimos privilegiadamente a extinção da AMSA e a conseqüente implantação do FUSMA, a materialização feliz do HNMD, a integração das diversas clínicas e serviços, a desativação da antiga CRI e a ativação da UISM, inicialmente como Departamento e hoje como OM, a transformação do HNNSG em hospital para crônicos e convalescentes e a sua estruturação atual como Policlínica, a extinção do CMNMD e a incorporação dos seus Ambulatórios Periféricos à PNNSG, a transformação do HCM em unidade ambulatorial diferenciada, abrigando atualmente o Centro de Perícias Médicas e o Centro de Medicina Operativa, a desativação do Hospital Distrital de Florianópolis, a criação de novas

clínicas e serviços como necessidades decorrentes do avanço tecnológico na área de saúde, e hoje, assistimos a construção do novo Hospital Naval de Salvador e do Ambulatório Periférico de Nova Iguaçu.

No desenvolver de nosso trabalho, identificamos algumas imperfeições no funcionamento do Sistema, componentes de equívocos ou fatos fortuitos anteriores, que certamente são conhecidos da DSM e seguramente estão recebendo tratamento corretivo. Algumas providências esbarram em limitações orçamentárias e de pessoal, e outras, dependentes de ações administrativas burocráticas e de vontade política, certamente tramitam. Já sugerimos algumas ações, no desenvolvimento deste trabalho:

a) Ações para redução do gigantesco contingente de usuários tipificado como dependentes;

- alteração do artigo 50 do Estatuto dos Militares que define os beneficiários;
- depuração sistemática e maior rigor no controle do ingresso de novos usuários;
- desconto proporcional para o titular do FUSMA em função do número de dependentes usuários que possui; e
- implantação de um sistema eficaz de controle dos utilizadores. O antigo CHASM, em extinção e a atual cédula de identidade não nos parecem adequados. O último certamente estrangulará o SIM, desvirtuando sua missão. Um Sistema informatizado integrado seria de solução mais confiável.

b) Recursos Humanos:

- suprir as carências já identificadas de profissionais de nível médio e superior através de ações administrativas legais (a curto, médio e longo prazo);
- manter continuado programa de atualização e adestramento com cursos especiais e extraordinários em Instituições civis de reconhecida competência (PGI) em proporções compatíveis com as necessidades e os quadros;
- estabelecer um definido plano de carreira para oficiais de saúde, que possibilite o prévio conhecimento pelos futuros candidatos à ingresso, da clara evolução de sua vida profissional. Reduziria as evasões e as movimentações inopinadas, danosas aos interesses navais;
- compatibilizar a lotação dos Ambulatórios Periféricos com profissionais competentes, pelas razões já expostas de credibilidade, instituindo o sistema de rodízio para que não se fossilizem pelo afastamento das atividades de níveis mais complexos de sua área;
- maximizar a utilização de oficiais RNR em organizações militares exclusivas, fixando os oficiais especializados dos quadros nas organizações essencialmente de saúde; e
- conseqüentemente, extinguir de outros SDP, a lotação de oficiais especializados, a exceção de grandes unidades, para gerenciamento, especialmente porque estas organizações não possuem meios para plena utilização dos especialistas.

c) Subsistema Pericial

- instituir a Perícia Médica como especialização;
- conduzir programas e cursos de adestramento curriculares na área pericial para todos oficiais médicos; e

- instituir passagem obrigatória de todos oficiais em determinadas faixas da carreira, pela atividade pericial por períodos determinados.

d) Subsistema Operativo

- ressuscitar o CMOP ; e
- instituir Medicina Operativa como aperfeiçoamento.

e) Subsistema Logístico

- Elevar o LFM à sua condição de importância no cenário logístico do Sistema;

- padronizar o material de consumo médico-cirúrgico e odontológico e criar uma Central Única de Aquisição, composta de oficiais das diversas OM de Saúde para a formação de uma permanente Comissão de Licitação (um ano de duração);

- padronizar os modelos e quantitativos de equipamentos e material permanente das diversas OM, visando fundamentalmente facilidades na manutenção;

- desenvolver uma Central de Manutenção e Reparos de equipamentos de saúde ; e

- estimular a fabricação e a utilização dos medicamentos produzidos.

f) Expansão

- construção de um Hospital Distrital no 5º DN com planta baixa econômica e no máximo 40 leitos, com estruturas e instalações módicas, à semelhança do projeto do Hospital Naval de Salvador;

- construção de um novo Ambulatório Periférico em Niterói para melhor atender a demanda crescente, face as precárias

e inadequadas instalações do atual. As áreas de Niterói e São Gonçalo já ultrapassam 26.000 usuários, número mais que suficiente para uma unidade de serviços secundários.

- Extinção do SNNF como OM de saúde por razões óbvias mantendo-se apenas um ambulatório em nível de Divisão ou Departamento, para assistência primária aos 1.536 usuários da área de Nova Friburgo, evoluindo até completa desativação, especialmente pela sua proximidade da cidade do Rio de Janeiro.

*Extinção do SNNF em Nova Friburgo
por fundação de agências*

ANEXO A

RELAÇÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

1. Entrevista concedida pelo V.Alte.(Md) Humberto Araújo, Diretor de Saúde da Marinha, no Rio de Janeiro em 13 de maio de 1993.
2. Entrevista concedida pelo CC (Md) Ivan Caracik Pinheiro, Encarregado da Divisão de Assistência Médica e Medicina Operativa da DSM, no Rio de Janeiro em 16 de junho de 1993.

BIBLIOGRAFIA

1. AMADO, Gennyson. Temas de Administração Hospitalar. 2ª ed. Escola Médica de Pós-Graduação, PUC, 1978.
2. AZEVEDO, Irany Moreira de. Administração nas ações de saúde. Rio de Janeiro: EGN, 1986. Monografia (C-PEM)- Escola de Guerra Naval, 1986.
3. BORGES, Delane. Integração dos Serviços de Saúde das Forças Armadas. Rio de Janeiro: EGN, 1986. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1986.
4. BRASIL. Comissão Naval Brasileira na Europa. Portaria nº 004, de 27 de fevereiro de 1992. Aprova as instruções complementares para prestação de assistência médico-hospitalar ao pessoal apoiado pela Comissão Naval Brasileira na Europa.
5. _____. Comissão Naval Brasileira em Washington. Portaria nº 009, de 30 de junho de 1992. Aprova as normas para prestação de assistência médico-hospitalar ao pessoal apoiado pela Comissão Naval Brasileira em Washington.
6. _____. Diretoria de Saúde da Marinha. Circular nº 002 de 21 de janeiro de 1993. Alteração de Instrução Permanente.
7. _____. DOUTOMARINST nº 10-14-A de 28 de junho de 1990. Execução dos projetos de assistência médico-hospitalar, apoiados por unidades-chaves (UC), unidades-chaves hospitalares (UCH) e outras OM do SSM subordinadas a DSM (SDSM).
8. _____. DOUTOMARINST nº 30-04-B de 02 de julho de 1992. Normas sobre atendimento odontológico na MB.
9. _____. DOUTOMARINST nº 20-03-B de 14 de julho de 1992. Normas complementares de assistência médica.
10. _____. DOUTOMARINST nº 20-12-A de 22 de janeiro de 1992. Normas de controle de atendimentos em organizações de saúde da Marinha e parâmetros técnicos de avaliação dos serviços propostos.
11. _____. Ofício nº 0428 de 31 de março de 1993 à Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. Necessidade do SSM em pessoal MDF.
12. _____. Relatório de 11 de março de 1993. Usuários do SSM distribuídos por situação nos distritos, estados,

unidades-chaves e cidades.

13. _____. Diretoria do Pessoal Militar da Marinha. MILITAMARINST nº 43-02-B de 30 de dezembro de 1992. Instruções para declaração de dependentes dos militares da MB.
14. _____. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. ORISSET/DGPM. Revisão 1993. Reservado.
15. _____. Escola de Guerra Naval. EGN-215 A. Guia para elaboração de teses e monografias. Rio de Janeiro, 1981.
16. _____. FI-219 A. Guia para elaboração de referências bibliográficas. Rio de Janeiro, 1992.
- X 17. _____. Estado-Maior da Armada. Política Básica da Marinha. Brasília, 1988. Reservado.
18. _____. Estado-Maior das Forças Armadas. Decreto nº 92512, de 02 de abril de 1986. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 03 abr. 1986. n. 62. Publicado no Bol. do M.M. n. 04/86. Tomo I.
19. _____. Lei nº 6880, de 09 de dezembro de 1980. Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 11 dez. 1980. Publicada no Bol. do M.M. n. 51/80.
20. _____. Ministério da Marinha. Gabinete do Ministro. Portaria Ministerial nº 0482, de 29 de junho de 1989. Aprova a organização do Sistema de Saúde da Marinha e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1989. Publicado no Bol. do M.M. n. 08/89, Tomo I.
21. _____. Portaria Ministerial nº 0571, de 17 de novembro de 1992. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1992. Publicada no Bol. do M.M. n. 12/92, Tomo I.
22. _____. Portaria Ministerial nº 0576, de 18 de novembro de 1992. Aprova as normas para prestação de assistência médico-hospitalar pela Marinha. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1992. Publicada no Bol. do M.M. n. 12/92, Tomo I.

23. BRINGEL, Paulo José Pereira. O Sistema de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro: EGN, 1990. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1990.
24. CORDEIRO, José Marcos. Administração nas ações de saúde. Rio de Janeiro: EGN, 1991. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1991.
25. CUMAM, Joanor Alessio. Ambulatórios Periféricos. Rio de Janeiro: EGN, 1992. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1992.
26. MONTENEGRO, Marco Antonio. A Medicina Operativa na Marinha do Brasil. Rio de Janeiro: EGN, 1990. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1990.
27. MUNARO, Júlio S. , CHERUBIN, Niversino e col. Fundamentos de Administração Hospitalar. Vol. I. ed. Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa Hospitalares, São Paulo, 1974.
28. PAIVA, Célio de Souza. Importância médico-legal do subsistema médico-pericial da Marinha. Rio de Janeiro: EGN, 1989. Monografia (C-PEM) - Escola de Guerra Naval, 1989.

Bastos, Mario Lucio de Almeida

TÍTULO

Análise crítica do Sistema de Saúde da Marinha

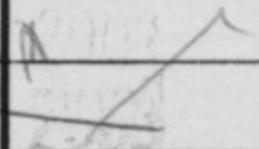
5-C-1

DEVOLVER NOME LEIT. (3590/94)

25 OUT 1994 Carmem Lucia BRUN

24 SET 1997 Guin SERGIO (CT)
REAL NUNES

28 JUL 2001 Ronaldo TR

01 ABR 2003  CUB (MD)
Drummond

~~12 JUN 2003~~

