

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) MARCELO EDUARDO MOREIRA GOULART

AUMENTO DO EFETIVO DA MARINHA DO BRASIL:  
impacto para a atenção básica do sistema de saúde da marinha

Rio de Janeiro

2010

CMG (Md) MARCELO EDUARDO MOREIRA GOULART

AUMENTO DO EFETIVO DA MARINHA DO BRASIL:  
impacto para a atenção básica do sistema de saúde da marinha

Monografia apresentada à Escola de Guerra  
Naval como requisito parcial para conclusão  
do Curso de Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (IM-RM1) César Reis  
Abrantes Filho

Rio de Janeiro  
Escola de Guerra Naval  
2010

Dedico o presente trabalho à minha esposa,  
Mônica e ao meu filho, Guilherme por sua  
compreensão e apoio.

Agradeço a todos que me ajudaram a realizar este trabalho: Contra-Almirante (Md) Paulo César de Almeida Rodrigues; CMG (RM-1) Luiz Frederico de Barros Teixeira; CMG (RM-1) Edson José Ferreira Araújo; CMG (RM-1) Marco Antonio Pires de Almeida; 1º SG-AH Jaqueline Climaco Brites Farina; 1º SG-EF Valéria Aparecida de Oliveira; Servidor Civil José Anselmo da Luz Sobrinho e Servidor Civil Luiz Antônio Moreira Mendonça.

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*

Constituição da República Federativa do Brasil,  
Artigo 196, 1988.

## RESUMO

A Atenção Básica em Saúde é o elemento de ligação entre o usuário e o sistema de saúde, pois é esse nível de assistência o responsável pela resolução dos agravos à saúde mais frequentes de uma determinada população. Para os usuários, a unidade básica de saúde deve representar seu local de referência não somente para seus problemas de saúde e de suas famílias, mas também quando se torna necessária a articulação com os demais níveis do sistema. Para que a Atenção Básica cumpra seu papel é de importância fundamental prover uma cobertura assistencial adequada, bem como elaborar uma política de capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde. Diante do aumento do efetivo de militares previsto para ocorrer num prazo de 20 anos, foram avaliados os parâmetros de cobertura assistencial em 2010 e estimadas as necessidades para 2030. Foi identificada a carência de cerca de 40 clínicos gerais, 20 ginecologistas-obstetras e 130 cirurgiões-dentistas no 1º Distrito Naval. Para 2030, foi estimada a necessidade de cerca de 120 clínicos gerais, 60 ginecologistas-obstetras, 20 pediatras e 360 cirurgiões-dentistas. Ao final, são apresentadas sugestões para o aprimoramento do Sistema de Saúde da Marinha.

## ABSTRACT

The Primary Health Care represents the key link between the user and the health system, because that level of care is responsible for resolving the most common health problems of a given population. For the users, the basic health unit should represent their place of reference not only for their health problems and their families, but when it becomes necessary to articulate with other levels of the system. For the Primary Care fulfills its role is of fundamental importance to provide adequate healthcare coverage and develop a policy for training and continuing education of health professionals. Due to the increase number of militaries expected to occur within 20 years, the current health care coverage parameters was evaluated, followed by the estimated needs for 2030. At 1<sup>st</sup> Naval District, a shortfall of around 40 general practitioners, 20 obstetrician-gynecologists and 130 dentists was identified. For 2030, the need of 120 general practitioners, 60 obstetrician-gynecologists, 20 pediatrician and 360 dentists was estimated. Finally, some suggestions for the Navy's Health System improvement are given.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ANCG	Ambulatório Naval de Campo Grande
ANN	Ambulatório Naval de Niterói
ANP	Ambulatório Naval da Penha
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CMAM	Centro Médico Assistencial da Marinha
COM5DN	Comando do 5º Distrito Naval
COM8DN	Comando do 8º Distrito Naval
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DN	Distrito Naval
DSM	Diretoria de Saúde da Marinha
EAMCE	Escola de Aprendizes Marinheiros do Ceará
EAMES	Escola de Aprendizes Marinheiros do Espírito Santo
EAMSC	Escola de Aprendizes Marinheiros de Santa Catarina
HCM	Hospital Central da Marinha
HNBe	Hospital Naval de Belém
HNBr	Hospital Naval de Brasília
HNLa	Hospital Naval de Ladário
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
HNNa	Hospital Naval de Natal
HNRe	Hospital Naval de Recife
HNSa	Hospital Naval de Salvador
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MB	Marinha do Brasil
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OCM	Odontoclínica Central da Marinha
OMFM	Organização Militar com Facilidades Médicas
OMH	Organização Militar Hospitalar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEMB	Política de Articulação e Equipamento da Marinha do Brasil
PECS	Programas de Extensão de Cobertura
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAR	Plano de Metas e Avaliação de Resultados
PNMa	Policlínica Naval de Manaus
PNNSG	Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória
PNSPA	Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia
PSF	Programa de Saúde da Família



SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNNF	Sanatório Naval de Nova Friburgo
SSM	Serviço de Saúde da Marinha
UBS	Unidade Básica de Saúde
UISM	Unidade Integral de Saúde Mental

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	10
2	MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA .....	12
2.1	Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica em Saúde? .....	12
2.2	Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil .....	13
2.3	Críticas ao Modelo Hegemônico .....	16
2.4	A Atenção Básica em Saúde no Brasil .....	21
2.5	Benefícios de um Sistema de Saúde Apoiado na ABS .....	28
2.6	Educação Permanente em Saúde .....	29
3	A POLÍTICA ASSISTENCIAL PARA O SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA	31
4	A ESTRATÉGIA NACIONAL DE DEFESA E O PLANO DE ARTICULAÇÃO E EQUIPAMENTO DA MARINHA DO BRASIL .....	35
5	METODOLOGIA .....	37
6	RESULTADOS .....	41
7	DISCUSSÃO .....	50
8	CONCLUSÕES .....	58
	REFERÊNCIAS .....	60
	APÊNDICE A .....	64
	APÊNDICE B .....	65
	APÊNDICE C .....	66

## **1 INTRODUÇÃO**

A evolução observada na ciência e na tecnologia em saúde nas últimas décadas, embora necessária e bem-vinda, concorreu para o aumento progressivo da demanda de recursos para sustentá-la. Entretanto, nenhuma sociedade possui capacidade ilimitada de custear serviços de saúde de ponta para toda população.

O emprego de um aparato tecnológico e de insumos, cada vez mais diversificados e de alto custo, nas suas mais variadas indicações, além de competir com os recursos necessários para atender a um nível mais primário de cuidado, não é capaz de atuar sobre os fatores condicionantes e determinantes dos agravos à saúde. Uma atenção médica eficaz não se limita ao tratamento da doença, devendo considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive.

Para que os usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) possam receber o melhor atendimento possível, é de fundamental importância que os gestores acompanhem, de forma permanente, o aprimoramento tecnológico, os avanços das ciências médicas, a captação, formação e aperfeiçoamento contínuo de todos os profissionais de saúde e a adequação dos parâmetros de cobertura assistencial, a fim de que possam avaliar a necessidade de ajustes de rumo do modelo assistencial.

Em entrevista ao jornal “Noticiário de Bordo”, edição de out/nov/dez de 2009, o Comandante da Marinha afirmou que houve, nos últimos 40 anos, um importante incremento nas tarefas atribuídas à Força, sem o necessário aumento do efetivo. Devido a esse fato a Marinha do Brasil (MB) vivencia uma expressiva restrição de pessoal comprometendo não só sua expansão, mas também a manutenção da estrutura vigente (MOURA NETO, 2009).

Com o propósito de amenizar a carência de recursos humanos, foi encaminhado ao Congresso Nacional um Projeto de Lei (PL) com a proposta de aumento de 3.507 oficiais e

18.000 praças ao efetivo da Força, que passará de 59.000 para 80.507 militares num período de 20 anos. Após sua aprovação pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, o PL nº 5.916 foi sancionado pelo Presidente da República em 11 de março de 2010, sob a Lei nº 12.216 (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a necessidade do aumento do número de profissionais de saúde nas especialidades características da Atenção Básica.

Para tal, será necessário:

- Identificar o número de usuários do SSM em cada Distrito Naval (DN), por sexo e faixa etária;
- Identificar o número de profissionais de saúde característicos da Atenção Básica, por DN;
- Verificar se a relação entre os profissionais de saúde e os indicadores utilizados está adequada; e
- Estimar a necessidade de captação de profissionais de saúde da Atenção Básica frente ao aumento previsto do efetivo.

## 2 MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA

### 2.1 Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica em Saúde?

Em Saúde Pública, existe certa confusão com o uso de forma indistinta, por vários autores, dos termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS), sendo que ambos convergem para o mesmo conceito de APS reconhecida internacionalmente e que será abordado mais adiante. O termo Atenção Básica em Saúde é uma descrição brasileira de uma concepção construída historicamente no cenário internacional (MATTA, 2006). No Brasil, o próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Na Política Nacional de Saúde o termo Atenção Básica foi assumido a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) 01/96<sup>1</sup>. Por sua vez, a Portaria nº 648 de 28/03/06 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, conceituando-a:

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p.10).

---

<sup>1</sup> Efetivada a partir de janeiro de 1998, A NOB SUS 01/96 estabeleceu as novas condições de gestão para Estados e Municípios; criou o Piso de Atenção Básica (PAB), fixo e variável; determinou que Estados e Municípios comprovassem capacidade de contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamentos dos serviços; estruturou os componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e criou a Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC).

## 2.2 Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil

Quando se identifica o modo como a atenção à saúde se organiza e se articula com os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e solucionar os problemas de saúde de uma população se está descrevendo o seu modelo assistencial. No mundo, existem diversos modelos assistenciais cada qual adaptado a sua realidade, não existindo, portanto, modelos certos ou errados. Entre os autores que conceituam o tema, Merhy assinala:

Entendendo, deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando numa dimensão assistencial e uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação dos modelos tecno-assistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político (MERHY, 1991, p.84).

Por sua vez, PAIM descreve modelos assistenciais como:

Combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais, etc.) (PAIM, 2003).

No Brasil, por exemplo, é possível identificar diferentes modelos de saúde ao longo da história, algumas vezes sobrepostos. Conhecido pelo termo Sanitarismo Campanhista, esse modelo teve seu início nos primeiros anos da República, se utilizando de diversos tipos de agentes sanitários na organização de campanhas para lutar contra epidemias como febre amarela, varíola e peste que ocorriam no país. Esse tipo de modelo transformou-se em uma política de saúde pública importante que atendia os interesses do agronegócio exportador daquele período. Na verdade, esse modelo é ainda utilizado como modalidade de intervenção no combate às endemias e epidemias.

Nos anos 20 do século passado, tem início o ciclo de crescimento da massa de trabalhadores urbanos decorrente do processo de industrialização pelo qual passava o Brasil.

Como consequência, começam as pressões, por parte dos trabalhadores, para a criação de políticas de assistência à saúde e previdenciárias. Para atender as reivindicações, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), ligadas às empresas e regulamentadas pelo Estado em 1923.

Com o propósito de se estabelecer um formato perene de atuação para o atendimento de determinadas doenças, a política de saúde pública optou pela criação, a partir da década de 30, de centros e postos de saúde. São criados os programas de tuberculose, pré-natal, puericultura, vacinação, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros (CORDONI JUNIOR, 2001; LUZ, 1991). Até o momento, a atenção à saúde se restringia à aplicação direta do conhecimento que a ciência dispunha naquela época, não havendo qualquer tipo de abordagem dos aspectos sociais e regionais, sendo por isso denominado Programa Vertical.

Nesse modelo descrito anteriormente, a assistência médica oferecida pelas redes estaduais era voltada, basicamente, para os segmentos mais pobres da população. Os que dispunham de mais recursos financeiros procuravam atendimento nos consultórios médicos privados. Ainda na década de 30, as CAPS são transformadas em Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPS). Ou seja, o que antes era CAP de uma determinada empresa, passou a ser um Instituto de Aposentadoria e Pensão de uma determinada categoria profissional. Na sua configuração, cada Instituto possuía uma rede própria de ambulatórios e hospitais para assistência em saúde, exclusiva para seus funcionários.

Nos vinte anos subsequentes, observa-se a adesão contínua de outras categorias profissionais ao modelo dos IAPS, levando à criação de novos Institutos com suas respectivas redes de atendimento para assistir os seus trabalhadores e dependentes. Em paralelo, a política de saúde pública reforçou o investimento em centros e postos de saúde com seus programas verticalizados (ANDRADE, 2000; MENDES, 1995).

Na década de 60, os IAPS foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mas se manteve o foco na assistência à saúde individual, pois as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde.

Nesse período, ocorre a expansão do atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, expandindo este setor, assim como o consumo de equipamentos e medicamentos, fatos que não garantiram a excelência na assistência à saúde (LUZ, 1991).

Na verdade, esta estrutura de assistência médica previdenciária fortemente calcada na compra de serviços privados, também conhecida como Liberal Privatista ou Médico Assistencial Privatista, teve seu início na década de 40 e se expandiu nas décadas seguintes, fazendo com que, na década de 90, quase 80% da oferta de leitos no país fosse proveniente da rede privada contratada (SILVA JUNIOR, 1998).

Este tipo de modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia, surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), ficando conhecido como biomedicina ou medicina científica ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner<sup>2</sup>, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá.

Em 1975, é sancionada a Lei nº 6.229, que organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Neste ponto, se observa a acentuação do modelo hegemônico, ao separar as ações de saúde pública das ditas de atenção à saúde das pessoas. Em 1977, é criado o Sistema Nacional da Previdência Social

---

<sup>2</sup> Abraham Flexner, educador americano, publicou em 1910 o *Medical Education in the United States and Canada*, com severas críticas ao ensino médico vigente, provocando o fechamento de diversas instituições de ensino.



e, com ele, a organização símbolo do modelo médico, o Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 1995).

### 2.3 Críticas ao Modelo Hegemônico

Como se pode notar, até a década de 1970, a biomedicina prevalecia como modelo hegemônico no Brasil e, também, na grande maioria dos países. Esse modelo assistencial se caracteriza por ser fundado no reducionismo biológico, voltado para a doença e de cunho curativo. Ou seja, as atividades de saúde pública se mantêm desarticuladas da assistência médica individual.

Diante de um ambiente descontextualizado os profissionais de saúde passam a utilizar exames e procedimentos cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, em detrimento do cuidado aos indivíduos. Assim, ficou cada vez mais evidente a falência do modelo biomédico com o aumento progressivo dos custos para os diversos sistemas de saúde.

Outro ponto negativo da biomedicina é a iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde, ou seja, quanto mais cara, maior é a dificuldade de acesso para a população de baixa renda (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, ainda nos anos 70, teve início uma discussão entre as lideranças políticas e de saúde em todo o mundo sobre alternativas de modelos de assistência que pudessem se contrapor ao vigente e que levassem em conta as questões anteriormente mencionadas.

Muito embora as críticas à medicina científica tenham se intensificado a partir da década de 1970, incluindo propostas de reorganização do modelo de atenção à saúde, na verdade, elas já existiam na Inglaterra desde a década de 1920, como as presentes no

Relatório Dawson<sup>3</sup>. A publicação do Relatório Lalonde<sup>4</sup>, em 1974, no Canadá é considerada um importante marco nas discussões sobre os sistemas de saúde nacionais. Por meio do modelo do campo da saúde, Lalonde propõe quatro componentes essenciais de análise dos problemas e necessidades de saúde de uma população: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e o modo como se organiza a atenção à saúde (MENDES, 1995).

Dentre as propostas discutidas, a mais difundida foi a da Medicina Comunitária. Nascida nos EUA nos anos 60, numa conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual, em torno de questões como direitos humanos, racismo e pobreza, a Medicina Comunitária buscava a racionalização para os serviços de saúde, com ênfase na regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária e introdução de novas categorias profissionais na assistência (PAIM, 1976). Foram implantados centros comunitários de saúde voltados para a prestação de serviços dirigidos à parcela da população desprovida de acesso aos serviços de saúde, porém sem modificação no que se refere à assistência médica tradicional (SILVA JUNIOR, 1998; DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

Aqui, com o surgimento do conceito de integralidade, a Medicina Preventiva propõe uma aproximação da atenção médica do ambiente sociocultural dos indivíduos e das famílias, o que contribuiria para a prevenção e o controle do adoecimento.

A partir desse ponto, começou-se a formar uma cultura sobre os diferentes momentos da atenção, com a atenção primária localizada na fase inicial do cuidado e definindo uma série de outros cuidados que deveriam ser ofertados por outros níveis de atenção mais complexos. Esta concepção foi fundamental para formar a base das práticas de APS (LEAVELL; CLARK, 1976).

---

<sup>3</sup> Documento do governo inglês que procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. O relatório concebia o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino.

<sup>4</sup> Marc Lalonde foi Ministro da Saúde do Canadá

A Medicina Comunitária passa a ser amplamente divulgada nas escolas de medicina, pelos responsáveis envolvidos neste movimento, trazendo consigo uma série de ideias e propostas relativas à APS. Estas propostas foram disseminadas em vários países, principalmente nos mais pobres, uma vez que se transformaram em estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social (AROUCA, 1975; GOULART, 1999).

A partir da década de 70, a atenção primária ganha destaque na agenda das políticas de saúde de diversos países com a implantação de programas calcados nesse modelo e tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências difusoras desta proposta (PAIM, 1998).

O resultado das várias experiências desenvolvidas levou a OMS a organizar em 1978, em Alma-Ata (Cazaquistão) a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde que, em linhas gerais, propôs a APS como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, conseqüentemente, alcançar as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000<sup>5</sup> (PAIM; ALMEIDA, 1998).

#### Definição de cuidados primários de saúde segundo a Declaração de Alma-Ata:

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 possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. 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 (OPAS, 2010).

---

<sup>5</sup> Projeto lançado durante a Conferência de Alma-Ata (1978), que adotou como carro-chefe dessa política, em uma parceria entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Declaração sobre Cuidados Primários em Saúde.

Num sistema de saúde, a APS representa o primeiro nível de atenção, formando sua base e determinando o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde. Deve organizar e racionalizar o uso de todos os recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Com o objetivo de avaliar as ações primárias de saúde, foram definidos quatro atributos que deveriam balizar a organização da APS. Esses atributos podem ser reconhecidos como elementos que organizam a APS nos serviços de saúde ou fazem parte do processo da atenção neste âmbito (STARFIELD, 2002). Quais sejam:

- Primeiro contato: acesso fácil, com utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
- Continuidade: certeza de um local lotado com equipe de atenção primária para uso ao longo do tempo.
- Integralidade: capacidade de interação com os demais níveis do sistema, garantindo o encaminhamento correto e em tempo adequado para os problemas que não possam ser resolvidos na APS.
- Coordenação: tarefa das mais difíceis, significando manter o acompanhamento do usuário ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de outro serviço.

Entretanto, durante a organização da Conferência de Alma-Ata se estabeleceu um embate entre duas distintas formas de conceber a atenção primária. Um grupo defendia a APS em um sentido integrado enquanto outro a defendia em um sentido seletivo, ou seja, restrito a um conjunto de ações pontuais, de acordo com a situação (LITSIOS, 2002).

Apesar das divergências conceituais, a APS, na Declaração de Alma-Ata, foi interpretada como estratégia central de organização do sistema de saúde, que se pretendia mais equitativo, apropriado e efetivo para responder às necessidades de saúde apresentadas

pela população usuária dos serviços de saúde. Ou seja, a APS deveria se relacionar, de forma adequada e contínua, com os demais serviços pertencentes ao sistema de saúde.

No ano seguinte da Conferência de Alma-Ata, a Fundação Rockefeller financiou a realização da Conferência de Bellagio (Itália), na qual prevaleceu o entendimento de que a APS deveria ser abordada de forma seletiva, dando origem à formulação de vários programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza (CUETO, 2004; MAGNUSSEN; EHIRI; JOLLY, 2004).

A proposta surgiu da crítica feita à concepção de APS presente na Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade. A tensão provocada entre essas duas vertentes percorreu toda a década de 1980, com reflexos na discussão sobre a organização dos serviços de saúde na década seguinte.

Nos anos 90, outro ator teve uma influência central nessa discussão a favor das ações seletivas. O Banco Mundial publica o relatório *Investindo em Saúde*, com ideias que tinham como argumento a consolidação de sistemas de saúde capazes de responder a um conjunto mínimo de ações essenciais e crítica à universalidade do acesso à saúde (BANCO MUNDIAL, 1993).

No ano 2000, a OMS divulgou o relatório *Sistemas de Saúde: melhorando a performance*, com a defesa de políticas de saúde compatíveis com a capacidade de sustentação de cada Estado, prezando-se pela qualidade da atenção à população coberta pelo sistema (WHO, 2000). Entretanto, um novo documento é apresentado pela OMS em 2003 visando à retomada dos princípios da APS formulados na Conferência de Alma-Ata e com o revigoramento da concepção de cuidado integrado (WHO, 2003).

Portanto, inicialmente se percebe um movimento contrário à amplitude das ações na atenção primária (ações seletivas) propostas em 1978, seguido por um retorno ao entendimento original de ações integrais.

#### 2.4 A Atenção Básica em Saúde no Brasil

No Brasil, os antecedentes da Atenção Básica estão localizados no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) desde os anos 40. As atividades do SESP foram influenciadas pela medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos. Seus programas incorporavam serviços preventivos e curativos que contemplavam desde campanhas sanitárias, assistência domiciliar até a assistência médica ambulatorial, serviços de urgência e de internação hospitalar organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde.

As ações desenvolvidas pelo SESP tinham como base um programa integrado que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Ações de saneamento e abastecimento de água potável se integravam às de saúde. Entretanto, a atuação do SESP limitava-se às áreas estratégicas e se configurava como ações centralizadas, com pouca ou nenhuma articulação com as demais instituições de saúde (FONSECA, 2001).

Durante os anos 60, se desenvolveram no país os primeiros programas de integração docente-assistencial realizados pelos recém-instituídos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas de medicina. As experiências em Medicina Comunitária desenvolvidas em várias localidades do país faziam parte dos programas de formação médica, associados às iniciativas voltadas para a interiorização da medicina (AROUCA, 1975; GOULART, 1999).

As principais características da Medicina Comunitária são (SILVA JUNIOR, 1998; DONNANGELO; PEREIRA, 1979):

- a) Preocupação com a saúde dos grupos populacionais, embora restrito à população local, não se remetendo aos contextos sociais mais amplos;
- b) Oferta universal de ações preventivas e curativas, especialmente aos grupos vulneráveis e de risco;
- c) Hierarquização da estrutura do sistema, tendo a atenção primária como sua porta de entrada;
- d) Utilização de pessoal auxiliar treinado e orientado pelos profissionais de nível superior, visando à extensão de cobertura, aumento da eficácia e redução de custos; e
- e) Incentivo à participação comunitária, como forma de envolver a população na solução dos seus problemas.

As propostas alternativas que emergiram dos programas docente-assistenciais e, posteriormente, dos programas de extensão de cobertura, traziam como questão central a compreensão de que não se tratava apenas de construir um modelo de atenção com maior racionalidade técnica, mas, sim, de construir um novo modelo que fosse mais democrático e inclusivo socialmente, que fosse capaz de se responsabilizar pela saúde das pessoas.

A atenção à saúde, neste caso, não se limitava a olhar os processos de adoecimento, mas tinha por referência a noção de que o estado de saúde das pessoas expressava uma relação direta com as condições de vida, o que exige uma intervenção muito mais ampla. Tudo isso configurou uma crítica profunda à medicina preventiva e ao sistema de saúde oficial naquele momento.

Seguindo essa linha, alguns municípios organizaram, durante os anos 70, seus sistemas locais de saúde, tendo como norte os ideais de extensão de cobertura de ações de

saúde nas periferias urbanas, conforme difundidos naquele momento, porém com um diferencial: pensava-se na organização de um sistema de saúde integrado que articulasse as ações típicas de atenção primária a um conjunto maior de ações em saúde.

Mesmo com uma oferta de serviços fragmentada, tais propostas apresentavam um leque de ações preventivas e curativas muito diferentes dos programas de medicina comunitária que propunham ações isoladas, sem nenhuma relação com uma rede de referência de maior complexidade.

No final dessa mesma década, as experiências acumuladas em atenção primária começaram a ganhar visibilidade, dando o tom à formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde em uma perspectiva de serviços de Atenção Básica integrados ao sistema de saúde no nível local. Temos como exemplos a citar as experiências na organização de serviços de saúde nos municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo e Montes Claros (GOULART, 1996).

Nessa época, a assistência médica brasileira caracterizava-se por um quadro de grandes contrastes: por um lado, uma medicina altamente especializada e cara, restrita a um pequeno segmento mais privilegiado da população; por outro, o não-atendimento das necessidades básicas de grandes parcelas da população.

Nesse contexto, surgem os Programas de Extensão de Cobertura (PECS), na segunda metade da década de 1970, como proposta governamental de atendimento às necessidades básicas de saúde da população, até então sem assistência. Um dos principais PECS do Governo Federal foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), editado em 1979, o qual foi bastante inspirado nessas experiências municipais, particularmente na experiência de Montes Claros.

O PIASS expressou as ideias que faziam parte de um pensamento em destaque naquele momento nas diversas áreas do planejamento econômico e social no país. Nesse



programa, as ações de saúde previam o uso de tecnologias mais simples, com utilização ampla de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades.

Tinha como propósito criar uma infraestrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de ações de alcance coletivo. Inicialmente, o programa foi apresentado como uma proposta seletiva, voltada para regiões mais pobres do país, sendo o Nordeste sua área de atuação, abrangendo o chamado polígono das secas, área coberta pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Em 1979, cogitou-se sua extensão para todo o território nacional (MENDES, 1995).

O PIASS constituiu-se em uma das primeiras iniciativas formais de integração das ações de saúde com vistas a evitar atuações superpostas e concorrentes dos serviços de saúde. Esta experiência brasileira aconteceu no período áureo da proposta de APS formulada em Alma-Ata. Apesar de ter respondido de maneira restrita às necessidades de saúde de grupos populacionais desprovidos de acesso aos recursos de saúde e da sua característica seletiva, o PIASS colocou em discussão um modelo de organização da atenção à saúde, distinto do predominante. Propôs uma reorientação na organização da atenção, tendo a atenção primária como porta de entrada, e estimulou a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, os quais deveriam compor uma rede única. Esta era uma perspectiva já verificada na experiência do SESP (SOUZA, 1980).

Todas essas experiências em torno do projeto contra-hegemônico serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde<sup>6</sup> (8.080/90) e transformaram-se em objetivos a serem

---

<sup>6</sup> A Lei nº 8.080, de setembro de 1990, chamada “Lei Orgânica da Saúde”, dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: universalidade; integralidade; equidade e controle social.

Entretanto, o país ainda não dispunha de um modelo de atenção que respondesse às necessidades da população, garantindo-lhe cobertura adequada. As primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas efetivamente à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PACS e, posteriormente, o PSF, surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada.

A grande alteração nesse sentido foi a edição da NOB SUS 01/96, quando se instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB). Aos municípios seria repassado um valor específico por meio do Fundo Municipal de Saúde, cujo cálculo seria de base per capita, para incentivar a organização da rede básica de saúde no nível local. O PAB apresenta uma versão variável destinada ao incentivo de ações e projetos prioritários, dando ênfase ao PACS e ao PSF. Com a edição dessa Norma Operacional, o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente a implantação do PSF e do PACS nos sistemas locais de saúde como estratégias para reorganização do modelo de atenção na rede pública de saúde. Estas medidas foram conduzidas como parte do processo de descentralização em curso no país (ANDRADE, 2000).

A análise da trajetória do PSF indica dois momentos diferentes do Programa. O primeiro, marca sua fase de formulação e implantação quando o Programa ocupava uma posição marginal no contexto global da política de saúde, apresentando características de focalização. No segundo momento, o PSF, como proposta organizativa da Atenção Básica,

passa a ser considerado estratégico para reorientação do modelo de atenção ainda predominante no SUS.

Do ponto de vista da abordagem, o PACS e o PSF trouxeram a família e a comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando, tradicionalmente, a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política nacional de saúde. A proposta de organização da atenção inerente ao PSF foi assumida pelo Ministério da Saúde como estratégica para a reorganização da atenção básica do SUS.

A ABS, que tem como alicerce o PSF, configura-se como primeiro nível que se articula sistemicamente aos demais de serviços de saúde de maior complexidade assistencial, cuja abrangência provê ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996; CORDEIRO, 1996).

A ABS tem seu foco na saúde das pessoas, incluindo os outros determinantes de saúde, ou seja, o meio social e físico no qual os indivíduos vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual.

Por sua vez, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) obtêm a equidade fornecendo atenção no nível mais apropriado, liberando recursos que podem ser usados para diminuir as disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população.

A Atenção Básica é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas desse nível de atenção.

A Atenção Básica também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Diante de tudo que foi exposto até o momento, é possível reconhecer três modelos de atenção à saúde ao longo da história do Brasil:

1. Modelo de Saúde Pública: surgiu no início do século XX. Englobava a estratégia de combate de epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias e, pela proposta de implantação de Centros de Saúde que prestavam serviços para combate de doenças endêmicas, vacinações, puericultura, pré-natal e outras atividades de prevenção;
2. Modelo de assistência médico-previdenciário: surgiu na década de 1920 envolvendo a prestação de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Englobava a rede de hospitais ligados aos institutos de Assistência e Previdência, incorporando a concepção da medicina científica de assistência. Representa o modelo Liberal Privatista hegemônico no Brasil; e
3. Medicina Comunitária: difundida nas universidades a partir da década de 1960, pela construção de núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos cujos frutos dessas experiências vieram a constituir a base do movimento de Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980.

## 2.5 Benefícios de um Sistema de Saúde Apoiado na ABS

Há evidências consideráveis dos benefícios da ABS. Estudos internacionais mostram que, sendo todos os outros fatores iguais, os países com sistemas de saúde baseados em uma forte orientação à ABS têm resultados de saúde melhores e mais equitativos, são mais eficientes, têm custos menores de atenção em saúde e alcançam melhor satisfação do usuário do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma pequena orientação à ABS (BAICKER; CHANDRA, 2004; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

Acredita-se que os sistemas de saúde com base na ABS sejam capazes de melhorar a equidade porque a abordagem da ABS é menos dispendiosa para indivíduos e tem melhor efetividade de custos para a sociedade em comparação com a atenção orientada a especialidades. Já foi mostrado que uma forte abordagem da ABS garante maior eficiência de serviços na forma de tempo economizado na consulta, uso reduzido de testes laboratoriais e gastos reduzidos em atenção em saúde (FORREST; STARFIELD, 1998; RADDISH; HORN; SHARKEY, 1999). A ABS pode, portanto, liberar recursos para atender as necessidades de saúde dos menos favorecidos (STARFIELD, 2002).

Evidências, particularmente de países europeus, sugerem que os sistemas de saúde baseados na ABS também podem melhorar a eficiência e a eficácia. Estudos que avaliaram as condições tratadas em hospitais que poderiam ter sido resolvidas na atenção primária, e o uso de pronto-socorros para cuidados de rotina mostram como os sistemas de ABS que garantem o acesso e o primeiro atendimento podem melhorar os resultados de saúde e beneficiar outros níveis do sistema de saúde (BINDMAN, 1995; CAMINAL, 2004).

Descobriu-se que fortalecer a base da ABS dos sistemas de saúde reduz as taxas gerais de hospitalização para condições como angina, pneumonia, infecções do trato urinário,

doença obstrutiva pulmonar crônica, ataque cardíaco e infecções de ouvido, nariz e garganta, entre outros (MÁRQUEZ-CALDERÓN, 2003).

Pessoas que têm uma fonte regular de atenção primária para a maior parte de suas necessidades de cuidados de saúde com o tempo ficam mais satisfeitas, obedecem melhor às ordens médicas, sofrem menos hospitalizações e usam menos o pronto-socorro do que as que não têm essa fonte (ROSENBLATT, 2000; WEISS; BLUSTEIN, 1996).

## 2.6 Educação Permanente em Saúde

Historicamente, o Brasil vem convivendo com um quadro de trabalhadores de saúde organizado a partir da necessidade de empregar pessoas desprovidas das qualificações necessárias para prestar assistência humanizada e sustentar serviços de saúde de qualidade (COSTA NETO, 2000). Segundo o Ministério da Saúde, a gestão dos recursos humanos é uma das dificuldades para implantação do SUS desde a sua criação, tornando-se necessária a formulação de novas estratégias voltadas para a transformação desses trabalhadores em profissionais comprometidos, capacitando-os aos princípios de uma gestão qualificada e humanizada (BRASIL, 2000; NUNES; MARTINS; SÓRIO, 2000).

A necessidade de adequação profissional exige modificações nas capacitações, pois muitas vezes os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem desarticulados da realidade dos serviços, e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores. Os processos de capacitação dos profissionais devem ter a integralidade como eixo norteador (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse contexto, é fundamental estabelecer um modelo de capacitação que promova a atenção integral à saúde, alicerçado na aprendizagem significativa: a Educação Permanente em Saúde. O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e

da Educação na Saúde, definiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004a).

A educação permanente em saúde é um processo de educação profissional que tem o *trabalho em saúde* como eixo definidor da ação pedagógica, a fim de atender às necessidades de formação dos recursos humanos em saúde frente às transformações econômicas, sociais e tecnológicas (ROVERE, 1994).

De acordo com o Ministério da Saúde, a educação permanente em saúde deve ser uma preocupação que se constitua em uma ação prioritária na aquisição de uma assistência de qualidade (BRASIL, 2004b).

### **3 A POLÍTICA ASSISTENCIAL PARA O SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA**

Aprovada em janeiro de 2010, a Política Assistencial para o Serviço de Saúde da Marinha foi elaborada com o propósito de se contrapor ao modelo assistencial predominantemente empregado. Utiliza a estratégia da programação da oferta com foco na ideia de que é possível conhecer e hierarquizar os problemas de saúde dos usuários a fim de que se possam definir suas necessidades e as ações tecnicamente necessárias e suficientes ao seu enfrentamento. Para alcançar tal objetivo é utilizado um enfoque epidemiológico.

Inicialmente, foram avaliados os principais índices de cobertura assistencial do SSM por meio da utilização dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de retratar a tendência atual do modelo assistencial do SSM.

Com base nas informações retiradas dessa primeira avaliação, foram definidos três eixos de ações de atenção à saúde, todas com características e áreas de atuação próprias que interagem entre si:

1. Prevenção e Promoção da Saúde;
2. Atenção Básica; e
3. Atenção Especializada.

O primeiro eixo (Prevenção e Promoção da Saúde) é representado pelos Programas de Saúde da Marinha e por campanhas assistenciais. Os Programas de Saúde da Marinha foram desenvolvidos a partir de linhas de cuidado, constituídas de modelos matriciais de organização de atenção à saúde, que visam integrar ações de promoção vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis da atenção.



Na MB, o primeiro eixo de assistência à saúde deve, em princípio, ser executado por toda a rede própria do SSM. É coordenado pelo Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) em âmbito nacional, consistindo na aplicação dos Programas de Saúde da Marinha que foram instituídos a partir de 2000.

A Atenção Básica emprega tecnologia de baixa complexidade, é representada por especialidades generalistas (clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia), por consultas de enfermagem e de odontologia básica (dentística e periodontia), sendo apoiados por um setor de diagnóstico básico (patologia clínica, radiologia e eletrocardiograma). Na MB, é realizada pelos Ambulatórios Navais, Policlínicas e Hospitais Distritais para a solução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A Atenção Especializada, terceiro eixo do modelo assistencial da MB, é subdividida em média e alta complexidade. Média complexidade em saúde compreende o conjunto de procedimentos que visa a resolver os principais problemas e agravos de saúde de população, cuja complexidade de assistência exija profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Alta complexidade em saúde compreende o conjunto de procedimentos de tecnologia de ponta e alto custo, que objetiva propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis da atenção.

Para a Atenção Especializada devem ser referenciados os casos de média e alta complexidade que não tenham resolução com os recursos da Atenção Básica.

Na MB, é desenvolvida em parte pelos Hospitais Distritais, Policlínicas, Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) e Odontoclínica Central da Marinha (OCM), para média complexidade e pelo Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), para média e alta complexidade.

Para a assistência ambulatorial de média e alta complexidade, é necessária a adoção do sistema de referência e contrarreferência em algumas especialidades e

procedimentos. O encaminhamento deverá ser originado na Atenção Básica, na qual o médico generalista avaliará a necessidade da consulta e/ou do exame.

Para que se alcancem as propostas estabelecidas nos eixos foram criadas Diretrizes Políticas com o objetivo de aumentar a cobertura assistencial dos usuários do SSM e a otimização dos recursos alocados. Estas diretrizes e as ações decorrentes visam a uniformizar procedimentos e buscar o equilíbrio entre os três eixos da atenção à saúde, oferecendo cuidados integrais de maneira plena, considerando o bem-estar global, e não apenas a intervenção no processo saúde-doença.

Nas ações de Atenção Básica para a inversão da relação entre as consultas emergenciais e as consultas básicas e entre as consultas especializadas e, também, as consultas básicas está previsto o seguinte:

1. Ampliar a oferta de consultas de Atenção Básica; e
2. Buscar agendamento na área de Atenção Básica para no máximo dez dias, obedecendo ao escalonamento de consultas por hora marcada.

Ainda com o foco na Atenção Básica, é previsto o aumento da resolutividade das ações de neste eixo:

1. Capacitar permanentemente os profissionais de saúde envolvidos na Atenção Básica nas áreas afins; e
2. Dimensionar a rede de Atenção Básica da MB com facilidades diagnósticas buscando aumentar a capacidade instalada dos equipamentos de acordo com o aumento da demanda.

Por fim, com o propósito de definir as áreas de atuação, as metas gerenciais para curto e médio prazos a serem atingidas pelas Organizações Médico Hospitalares (OMH) e

Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM), assim como os indicadores de desempenho a serem monitorados e avaliados, foi criado o Plano de Metas e Avaliação de Resultados (PMAR). Trata-se de uma ferramenta de acompanhamento da Política que possibilitará uma visão integrada dos processos organizacionais e o controle dos resultados na área de saúde.

O PMAR é o documento que pactua metas quantitativas e qualitativas. A capacidade instalada é descrita incluindo equipamentos, instalações físicas e recursos humanos, após considerar as diversas atribuições exercidas pelo pessoal empregado.

A partir da noção de infra-estrutura existente, e baseado na necessidade assistencial da população a ser atendida na região são determinadas as metas quantitativas, tanto para o nível ambulatorial quanto para o nível hospitalar.

As metas qualitativas incluem desde indicadores universalmente utilizados para serviços de saúde até outros mais específicos que assegurem aprimoramento da gestão, aperfeiçoamento dos profissionais, humanização e metas de atenção à saúde.

As informações coletadas pelas planilhas do PMAR serão avaliadas pela Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) que proporá, periodicamente, a melhoria dos índices alcançados por cada OMH/OMFM, considerando a capacidade instalada global (física, operacional e de recursos humanos) e as necessidades sanitárias da população assistida com base em dados epidemiológicos da população.

#### **4 A ESTRATÉGIA NACIONAL DE DEFESA E O PLANO DE ARTICULAÇÃO E EQUIPAMENTO DA MARINHA DO BRASIL**

Aprovada em 2008, a Estratégia Nacional de Defesa (END) organizou-se em torno de três eixos estruturantes (BRASIL, 2008):

- O primeiro diz respeito à organização e à orientação das Forças Armadas, para melhor desempenharem sua destinação constitucional e suas atribuições na paz e na guerra;
- O segundo refere-se à reorganização da indústria nacional de material de defesa, para assegurar que o atendimento das necessidades de equipamento das Forças Armadas apoie-se em tecnologias sob domínio nacional; e
- O terceiro versa sobre a composição dos efetivos das Forças Armadas e sobre o futuro do Serviço Militar Obrigatório.

Em decorrência, o Comando da Marinha elaborou o “Plano de Articulação e de Equipamento da Marinha do Brasil” (PAEMB), estabelecendo projetos e metas para o reaparelhamento, expansão e redistribuição de suas Organizações Militares (OM) e para o incremento e capacitação de seu efetivo, consoante sua missão.

O PAEMB contempla todas as ações necessárias a fim de dotar a MB de organizações militares, meios navais, aeronavais e de fuzileiros navais, sistemas, armamento, munição e efetivos de pessoal necessários ao atendimento das diretrizes estabelecidas na END.

Na área de recursos humanos está previsto o incremento da capacidade de obtenção, formação e capacitação de pessoal, por meio da ampliação, modernização e construção de novas Escolas e Centros de Instrução (BRASIL, 2010a).

A área da saúde também está contemplada com a ampliação, modernização e construção de hospitais e núcleos do Sistema de Assistência Integrada. A fim de adequar os

efetivos de pessoal necessários ao atendimento das diretrizes estabelecidas na END pleiteia-se o acréscimo de 9.890 oficiais e 46.560 praças (MOURA NETO, 2010).

Como já referido anteriormente, está autorizado o aumento de 3.507 oficiais e 18.000 praças ao efetivo da Força, que passará de 59.000 para 80.507, correspondendo a 36% de aumento do efetivo num período de 20 anos.

## 5 METODOLOGIA

Foi realizada, junto à DSM, a atualização dos usuários do SSM segundo sexo e faixa etária (de 0 a 12 anos; de 13 a 59 anos e acima de 60 anos) e por DN, utilizando o modelo constante no APÊNDICE A.

As OMH e OMFM estudadas foram as apontadas na Política Assistencial para o SSM, quais sejam:

- 1ºDN { Centro Médico Assistencial da Marinha (Ambulatório Naval de Niterói, Ambulatório Naval da Penha e Ambulatório Naval de Campo Grande).  
Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG)  
Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia (PNSPA)  
Sanatório Naval de Nova Friburgo (SNNF)  
Escola de Aprendizes Marinheiros do Espírito Santo (EAMES)
- 2ºDN {Hospital Naval de Salvador (HNSa)
- 3ºDN {Hospital Naval de Recife (HNRe)  
Hospital Naval de Natal (HNNa)  
Escola de Aprendizes Marinheiros do Ceará (EAMCE)
- 4ºDN {Hospital Naval de Belém (HNBe)
- 5ºDN {Comando do 5º Distrito Naval (Com5ºDN)  
Escola de Aprendizes Marinheiros de Santa Catarina (EAMSC)
- 6ºDN {Hospital Naval de Ladário (HNLa)
- 7ºDN {Hospital Naval de Brasília (HNBra)
- 8ºDN {Comando do 8º Distrito Naval (Com8ºDN)
- 9ºDN {Policlínica Naval de Manaus (PNMa)

As informações necessárias para analisar a relação entre os profissionais de saúde característicos da Atenção Básica e os indicadores propostos foram fornecidas pelas OMH/OMFM listadas acima, mediante o preenchimento e envio de uma tabela previamente confeccionada, cujo modelo consta do APÊNDICE B.

Foi solicitado a todas as OMH/OMFM listadas o preenchimento da tabela com o número de profissionais de saúde que efetivamente prestam atendimento no nível da Atenção Básica naquele momento, independente de previsão de desembarque, passagem para a inatividade, aposentadoria, LESM ou LTSP, além do número médio mensal de usuários que procuram o laboratório para coleta de exames e o número de aparelhos de Raios-X fixos. As tabelas preenchidas se encontram no APÊNDICE C.

Devido à dificuldade na recuperação de dados mais antigos, foram avaliadas as informações datadas a partir do ano de 1995 para a análise evolutiva do número de usuários, de médicos e cirurgiões-dentistas do Corpo de Saúde da Marinha (CSM).

Para a análise de cobertura assistencial, foram utilizados os parâmetros constantes na Portaria Nº 1.001, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde e na Resolução Nº 864, de 12 de abril de 2002, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme discriminado abaixo:

1. Número de profissionais de saúde por habitante

- Médico generalista =  $0,8/1.000$  habitantes
- Odontólogo =  $1/1.500$  a  $5.000$  habitantes
- Método de cálculo =  $N^{\circ}$  de profissionais da categoria de saúde/População total residente x 1.000

## 2. Cobertura assistencial

### a) Consultas Médicas:

- 04 consultas/h
- 20h/sem = 80 cons./sem; 352 cons./mês; 4.224 cons./ano
- Cobertura: 2-3 cons./ano (média de 2,5)
- Método de cálculo

Nº de consultas = população x 2,5 x 0,63 (63% de consultas na Atenção Básica)

### b) Consultas Odontológicas:

- 02 consultas/h
- 20h/sem = 40 cons./sem; 176 cons./mês; 2112 cons./ano
- Cobertura = 0,5 - 2 cons./ano
- Nº de consultas = população x 2

c) Enfermeiro - 01 Enfermeiro para cada 10 consultórios ou salas.

d) Técnico de Enfermagem - 01 EF para cada 03 consultórios ou salas.

e) Técnico de Patologia Clínica - Hematologia: 01 PC para cada 40 pacientes  
 Bioquímica: 01 PC para cada 60 pacientes  
 Urinálise: 01 PC  
 Parasito: 01 PC

f) Técnico de Radiologia Médica - 02 RM para cada aparelho de RX fixo.



No cálculo de cobertura assistencial em Clínica Médica foi considerado o número de usuários de ambos os sexos maiores de 13 anos; para Ginecologia-Obstetrícia, as usuárias maiores de 13 anos e, em Pediatria, todas as crianças até 13 anos incompletos sendo que os usuários que não tiverem sua idade identificada, não entraram no cálculo. Todos os usuários foram considerados para o cálculo da cobertura em Odontologia.

## 6 RESULTADOS

Até o mês de abril de 2010 foram identificados 318.829 usuários do SSM o que corresponde a um aumento de 13% em relação ao ano de 1995, quando existiam 281.448 cadastros (GRAF. 1).

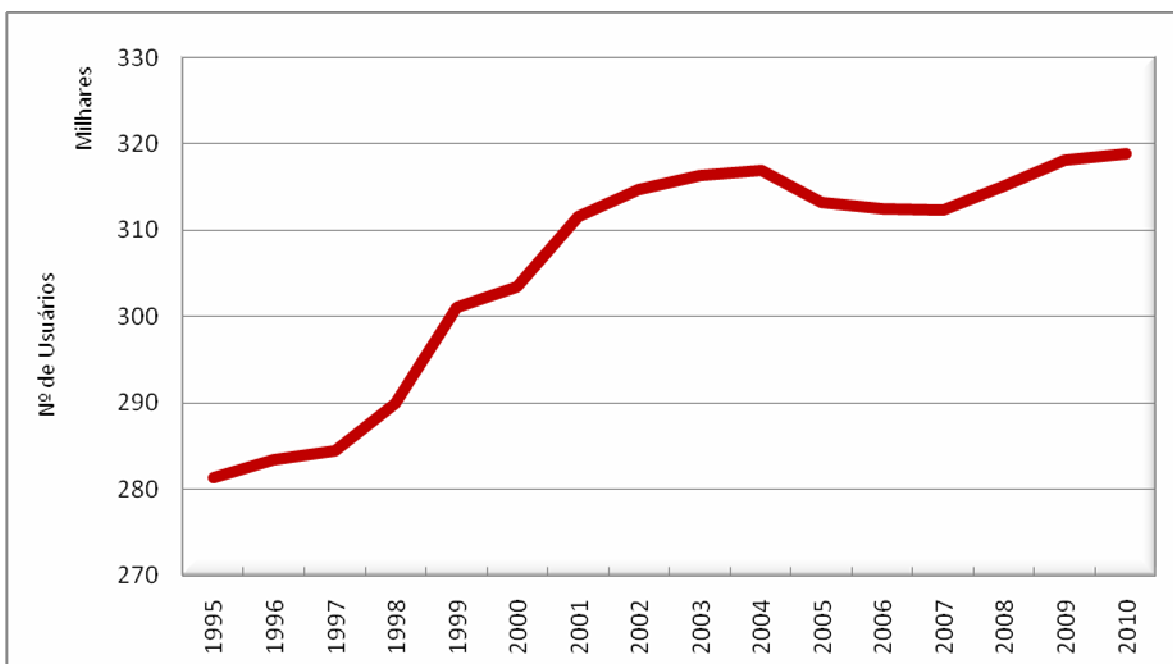


GRÁFICO 1: Evolução do número de usuários entre 1995 e 2010 (abril).

Fonte: DSM

No que se refere à distribuição dos usuários por Distrito Naval, observa-se que 67% destes estão concentrados na área do Comando do 1º DN (GRAF. 2). Os usuários com até 12 anos de idade representam 38.233 do total; aqueles entre 13 e 59 anos totalizam 194.223; enquanto os maiores de 60 anos de idade correspondem a 72.571 usuários, ou seja, 23% dos usuários. A idade não pôde ser definida em 13.802 indivíduos devido à falta da informação no banco de dados. A distribuição dos usuários por DN segundo faixa etária e sexo está representada na TAB.1.

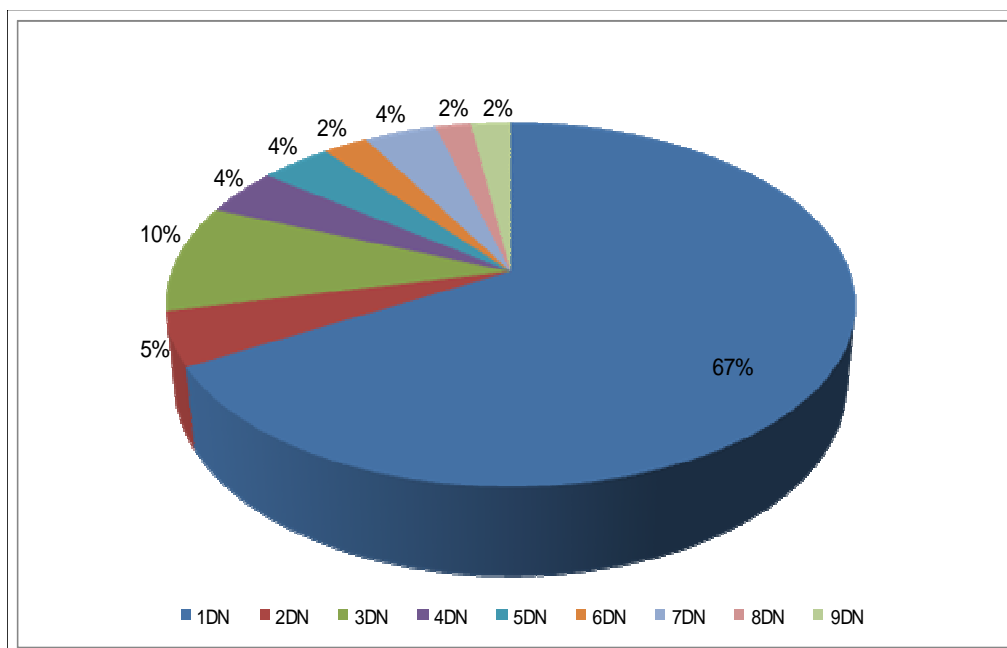


GRÁFICO 2: Distribuição dos usuários por DN.

Fonte: DSM

TABELA 1

Distribuição dos usuários por DN segundo faixa etária e sexo.

	1 DN		2 DN		3 DN	
	M	F	M	F	M	F
0-12 anos	13535	13065	785	769	1052	1109
13-59 anos	67724	63187	4319	4394	7557	8462
> 60 anos	19428	27373	1970	2263	4922	5397
Ignorada	5023	3519	341	348	1098	820
<b>Total</b>	<b>105710</b>	<b>107144</b>	<b>7415</b>	<b>7774</b>	<b>14629</b>	<b>15788</b>
<b>Total DN</b>	<b>212854</b>		<b>15189</b>		<b>30417</b>	
	4 DN		5 DN		6 DN	
	M	F	M	F	M	F
0-12 anos	809	828	667	670	626	584
13-59 anos	4479	4413	3704	3576	2756	2560
> 60 anos	1248	1399	1227	1557	556	737
Ignorada	172	273	902	198	39	120
<b>Total</b>	<b>6708</b>	<b>6913</b>	<b>6500</b>	<b>6001</b>	<b>3977</b>	<b>4001</b>
<b>Total DN</b>	<b>13621</b>		<b>12501</b>		<b>7978</b>	
	7 DN		8 DN		9 DN	
	M	F	M	F	M	F
0-12 anos	905	841	340	342	684	622
13-59 anos	4242	4194	1795	1681	3004	2176
> 60 anos	988	1373	746	862	208	317
Ignorada	210	163	400	112	25	39
<b>Total</b>	<b>6345</b>	<b>6571</b>	<b>3281</b>	<b>2997</b>	<b>3921</b>	<b>3154</b>
<b>Total DN</b>	<b>12916</b>		<b>6278</b>		<b>7075</b>	

Fonte: DSM

Em relação aos profissionais de saúde, o CSM possuía, em abril de 2010, 554 oficiais do Quadro de Médicos dentro de uma tabela de lotação (TL) de 708. Em 1995, o total era de 400 representando um aumento de 39% (GRAF. 3).

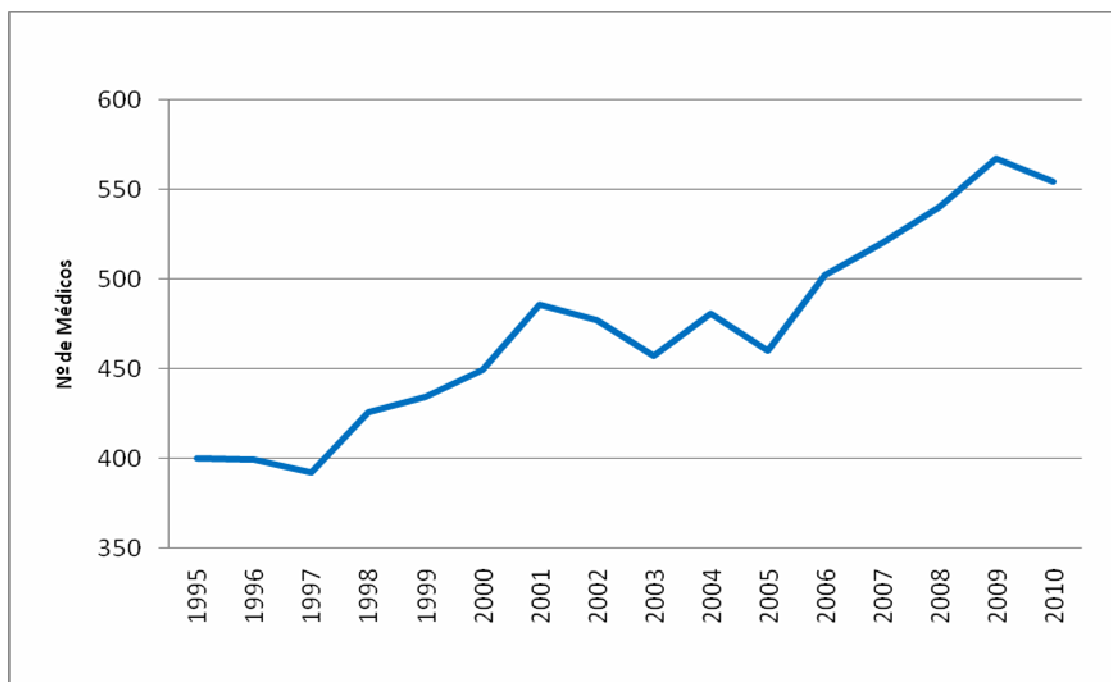


GRÁFICO 3: Evolução do número de médicos do CSM entre 1995 e 2010 (Abril).

Fonte: DPMM

No Quadro de Cirurgiões-Dentistas, existiam 194 profissionais naquele ano, contra 270 profissionais em 2010 (dentro de uma TL de 258), representando, igualmente, um aumento de 39% (GRAF. 4). Não foi possível o resgate dos dados referentes aos Enfermeiros.

Com relação à força de trabalho atual, foram identificados 483 profissionais de saúde de nível superior que atuam na Atenção Básica, sendo 217 médicos (Clínica Médica=144; Pediatria=35 e Ginecologia/Obstetrícia=38), 211 dentistas e 55 enfermeiros. Na especialidade de Clínica Médica e na Odontologia, os oficiais RM2 representam, respectivamente, 81% e 62% do total das especialidades (GRAF. 5).

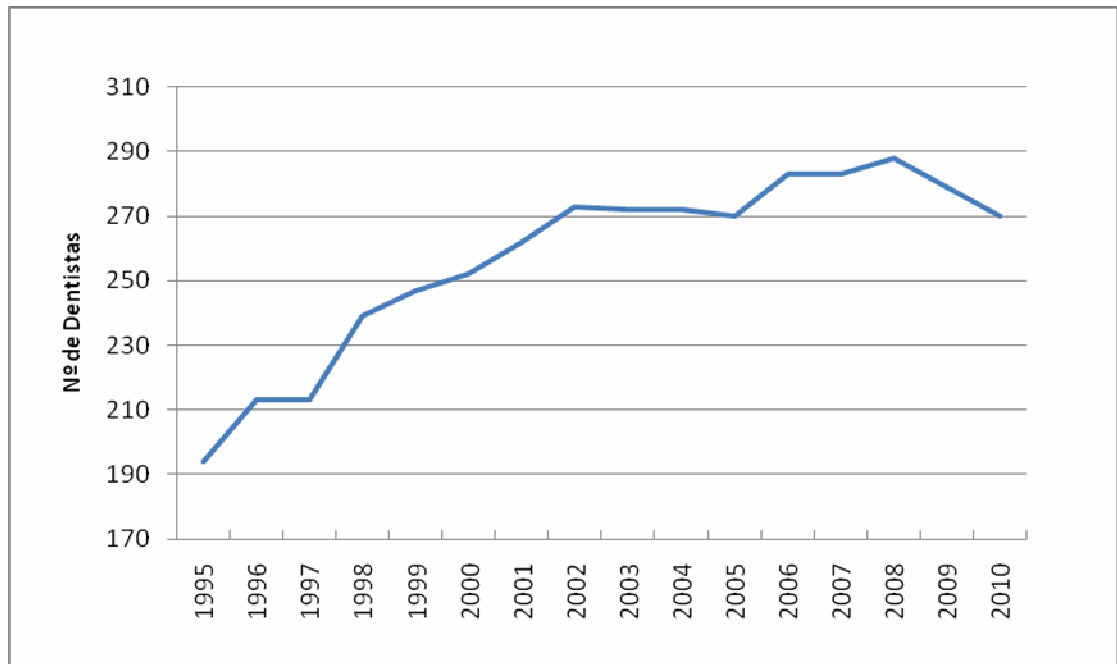


GRÁFICO 4: Evolução do número de dentistas entre 1995 e 2010 (Abril).  
Fonte: DPMM

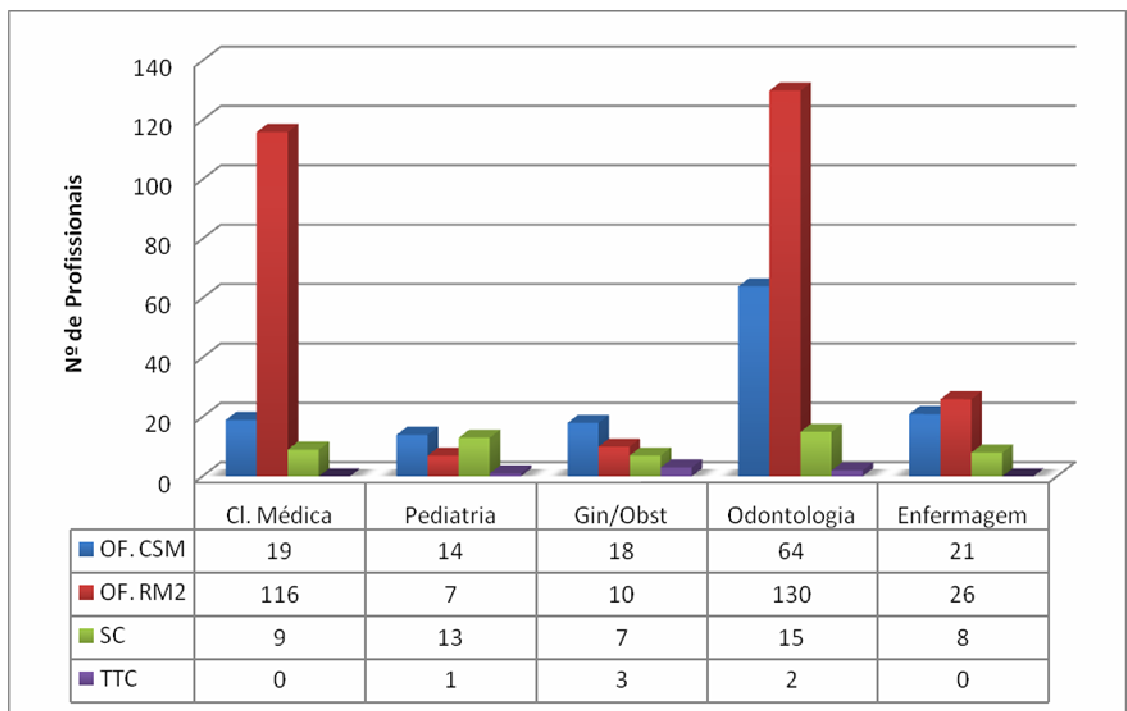


GRÁFICO 5: Distribuição dos profissionais de saúde de nível superior por especialidade e categoria funcional.  
Fonte: OMH/OMFM

Na distribuição por categoria funcional, observou-se que os oficiais RM2 representam 60% do total da mão de obra, os oficiais do CSM, 28%, os servidores civis (SC), 11% e os oficiais TTC, 1% (GRAF. 6).

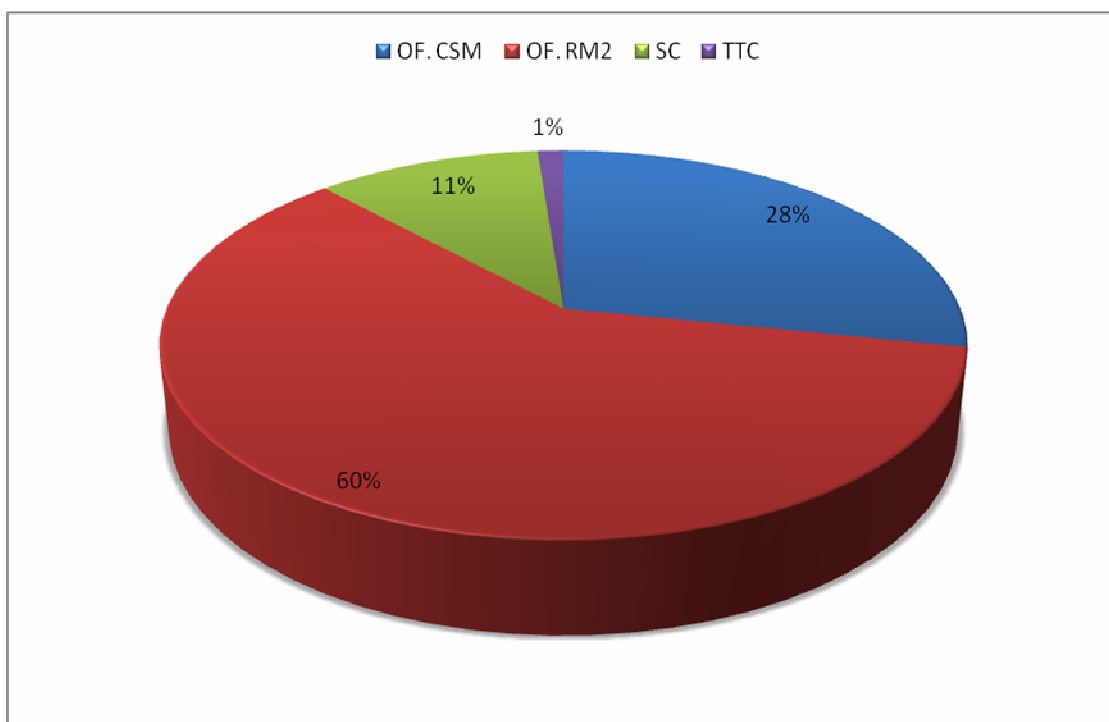


GRÁFICO 6: Distribuição percentual dos profissionais de saúde de nível superior por categoria funcional.

Fonte: OMH/OMFM

Com relação aos profissionais de nível médio, foram identificados 192 Técnicos de Enfermagem, 73 Técnicos em Radiologia Médica e 70 Técnicos em Patologia Clínica, perfazendo um total de 335 profissionais (GRAF. 7). A distribuição por categoria funcional é apresentada no GRAF. 8.

O QUADRO 1 mostra o resultado do cálculo estimado de cobertura assistencial por DN, para a Atenção Básica. Observar que, ao se realizar o cálculo da cobertura assistencial das especialidades médicas por DN, os 305.027 usuários geraram, efetivamente,

uma estimativa de 694.024 consultas, ou seja, cerca de 45% a mais que o número esperado (480.418 consultas) quando o cálculo é realizado sobre todo o quantitativo.

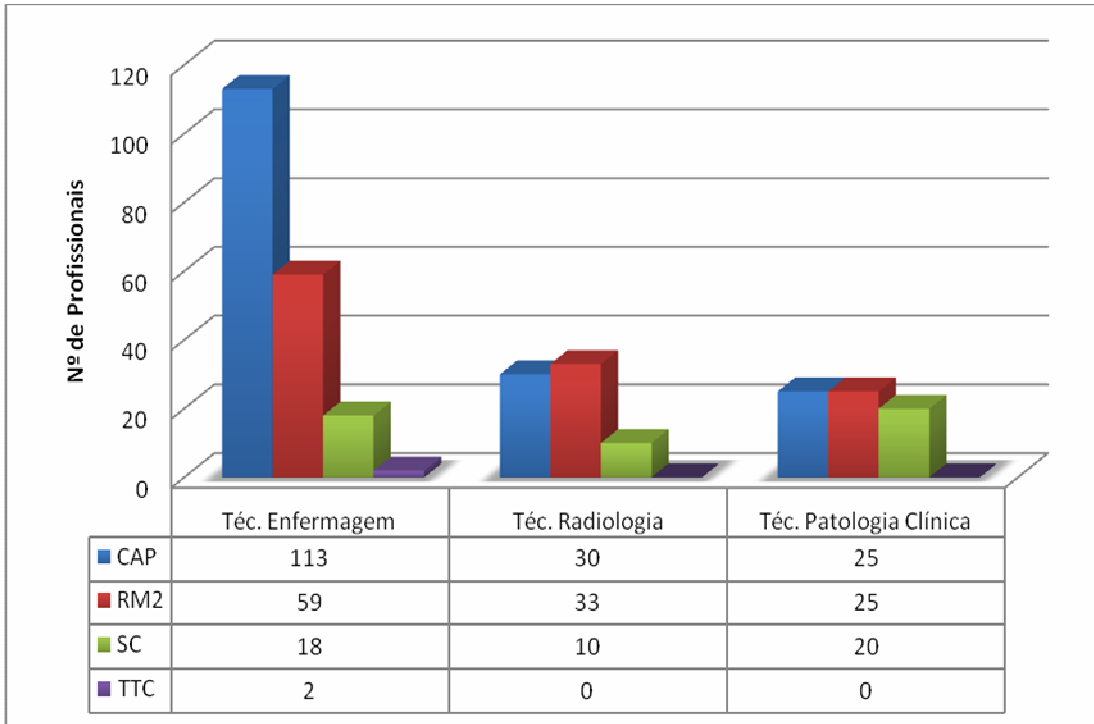


GRÁFICO 7: Distribuição dos profissionais de saúde de nível técnico por especialidade e categoria funcional.  
Fonte: OMH/OMFM

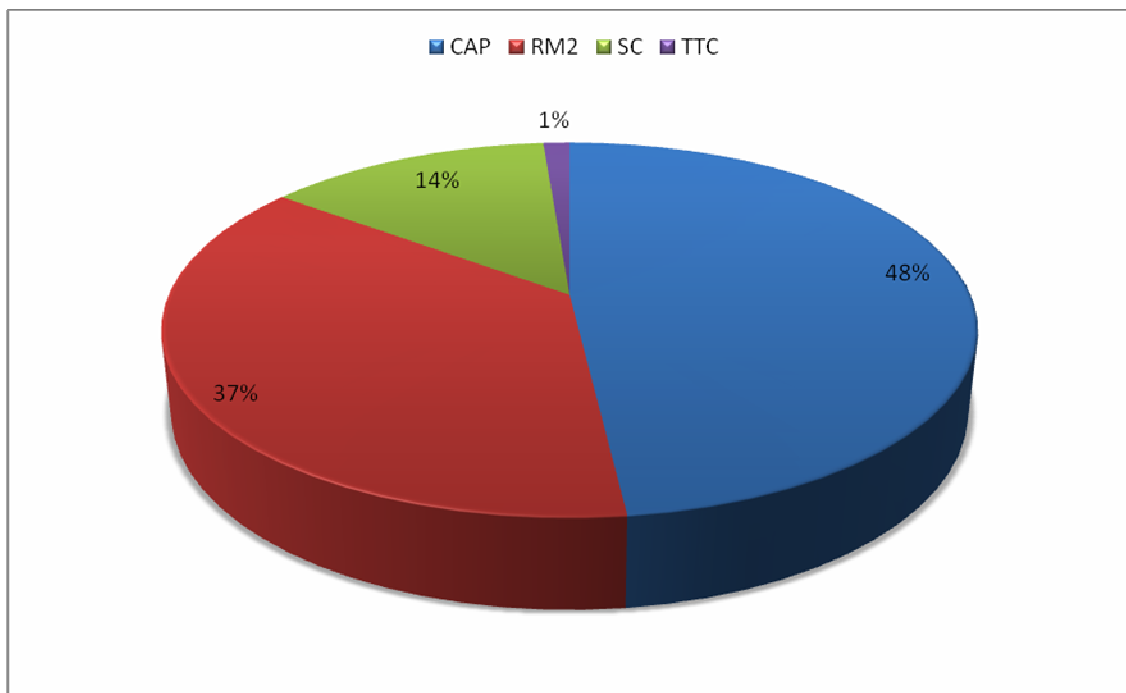


GRÁFICO 8: Distribuição percentual dos profissionais de saúde de nível técnico por categoria funcional.  
Fonte: OMH/OMFM

QUADRO 1:  
Resultado do cálculo estimado da cobertura assistencial para a Atenção Básica, por DN.

DN	1º DISTRITO NAVAL			2º DISTRITO NAVAL			3º DISTRITO NAVAL			4º DISTRITO NAVAL			5º DISTRITO NAVAL			
OM	CMAM, PNNSG, PNSPA, SNNF, EAMES			HNSA			HNRE, HNNA, EAMCE			HNBE			COM5DN, EAMSC			
Especialidade	Cons/ano	Ideal	Efetivo	Cons/ano	Ideal	Efetivo	Cons/ano	Ideal	Efetivo	Cons/ano	Ideal	Efetivo	Cons/ano	Ideal	Efetivo	
Clínica Médica	279.896	66	22	20.390	5	8	41.482	10	28	18.174	4	17	15.851	4	20	
Gineco-Obstetrícia	142.632	34	17	10.485	3	5	21.828	5	3	9.154	2	3	8.085	2	3	
Pediatria	41.895	10	17	2.448	2	2	3.404	2	4	2.113	2	4	2.106	2	4	
Odontologia	425.708	202	73	30.378	14	12	60.834	29	41	27.242	13	15	27.242	13	21	
Especialidade	Nº Cons.	Ideal	Efetivo	Nº Cons.	Ideal	Efetivo	Nº Cons.	Ideal	Efetivo	Nº Cons.	Ideal	Efetivo	Nº Cons.	Ideal	Efetivo	
Enfermagem	119	14	19	15	2	2	25	2	21	20	2	1	15	3	3	
Tec. EF		48	98		5	8		8	20		7	6		6	22	
Especialidade	Pctes/dia	Ideal	Efetivo	Pctes/dia	Ideal	Efetivo	Pctes/dia	Ideal	Efetivo	Pctes/dia	Ideal	Efetivo	Pctes/dia	Ideal	Efetivo	
Tec. PC	286	18	25	348	19	7	120	7	16	154	10	6	65	5	5	
Especialidade	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo	
Tec. RM	9	21	27	2	5	13	3	11	11	1	2	4	2	5	4	
DN	6º DISTRITO NAVAL			7º DISTRITO NAVAL			8º DISTRITO NAVAL			9º DISTRITO NAVAL			<p>Legenda:</p> <p>Cons./ano – número de consultas estimadas/ano.</p> <p>Nº Cons. – número de consultórios.</p> <p>Pctes./dia – número de usuários que comparecem ao laboratório para coleta de exames.</p> <p>Nº Ap. Rx – número de aparelhos de Rx fixo.</p> <p>Obs.1: referências para cálculos - Portaria nº 1.001/MS e Resolução nº 864 da SMS/RJ</p> <p>Obs.2: 694.024 consultas médicas</p>			
OM	HNLA			HNBRA			COM8DN			PNMA						
Especialidade	Cons/ano	Ideal	Efetivo	Cons/ano	Ideal	Efetivo	Cons/ano	Ideal	Efetivo	Cons/ano	Ideal	Efetivo				
Clínica Médica	10.405	3	14	17.005	4	7	8.007	2	6	8.985	2	22				
Gineco-Obstetrícia	5.193	2	3	8.768	2	2	4.005	2	0	3.926	2	2				
Pediatria	1.906	2	1	2.750	2	2	1.074	2	0	2.057	2	1				
Odontologia	15.956	8	18	25.832	12	7	12.556	6	6	14.150	7	15				
Especialidade	Nº Cons.	Ideal	Efetivo	Nº Cons.	Ideal	Efetivo	Nº Cons.	Ideal	Efetivo	Nº Cons.	Ideal	Efetivo				
Enfermagem	9	2	1	12	2	2	4	2	1	13	2	5				
Tec. EF		3	3		5	15		2	6		4	16				
Especialidade	Pctes/dia	Ideal	Efetivo	Pctes/dia	Ideal	Efetivo	Pctes/dia	Ideal	Efetivo	Pctes/dia	Ideal	Efetivo				
Tec. PC	30	5	2	40	3	5	0	0	0	30	4	2				
Especialidade	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo	Nº Ap. Rx	Ideal	Efetivo				
Tec. RM	1	2	4	2	5	8	0	0	0	1	2	2				



Em relação à cobertura assistencial observa-se a seguinte distribuição percentual aproximada de consultas por especialidade médica: 60% para Clínica Médica (416.414 consultas); 30% para Ginecologia-Obstetrícia (208.207 consultas) e 10% para Pediatria (69.402 consultas). Em decorrência, foi estimada a necessidade total de 164 médicos, sendo 99 clínicos gerais, 49 ginecologistas-obstetras e 16 pediatras. Para a odontologia foram estimados 302 cirurgiões-dentistas para uma demanda de 637.658 consultas.

No 1º DN, observa-se uma carência de cerca de 40 clínicos gerais, 20 ginecologistas-obstetras e 130 cirurgiões-dentistas.

Tomando-se por base o número total de usuários por sexo e faixa etária (TAB. 2) e, ao se medir a disponibilidade de profissionais de saúde, por mil habitantes, por categoria, utilizando o método de cálculo preconizado pela Portaria nº 1.001 do MS (Nº de profissionais por categoria/População total residente x 1.000), foram encontrados os seguintes resultados:

- a) Clínica Médica: 0,5/hab. (144/266.794 x 1.000)
- b) Ginecologia-Obstetrícia: 0,3/hab. (38/135.921 x 1.000)
- c) Pediatria: 0,9/hab. (35/38.233 x 1.000)
- d) Cirurgião-Dentista: 0,7/hab. (211/318.829 x 1.000)

TABELA 2  
Número total de usuários por sexo e faixa etária.

	Total		Total Geral
	M	F	
0-12 anos	19403	18830	38233
13-59 anos	99580	94643	194223
> 60 anos	31293	41278	72571
Ignorada	8210	5592	13802
<b>Total</b>	<b>158486</b>	<b>160343</b>	<b>318829</b>

Fonte: DSM

Ao se retirar todos os dados referentes ao 1º DN, considerando apenas o número de usuários e a força de trabalho dos demais DN, se encontra o seguinte resultado:

- a) Clínica Médica: 1,4/hab. (122/89.082 x 1.000)
- b) Ginecologia-Obstetrícia: 0,5/hab. (21/45.361 x 1.000)
- c) Pediatria: 1,5/hab. (18/11.633 x 1.000)
- d) Cirurgião-Dentista: 0,9/hab. (138/146.076 x 1.000)

Considerando a manutenção da taxa média anual de 5% de crescimento do número de usuários e a incorporação de 21.500 militares ao longo de 20 anos, se estima que até o final de 2030 o SSM contará com cerca de 380.000 usuários. Este número corresponde a um incremento de cerca de 61.000 usuários.

Ao se utilizar os mesmos parâmetros para o cálculo da cobertura assistencial, em 2030, se obtém a estimativa de cerca de 870.000 consultas, sendo 522.000 (60%) para clínica médica, 261.000 (30%) para ginecologia-obstetrícia e 87.000 (10%) para pediatria. Para atender a esta demanda serão necessários 206 médicos sendo 123 clínicos-gerais, 62 ginecologistas-obstetras e 21 pediatras. São estimadas cerca de 760.000 consultas odontológicas com a necessidade de 360 cirurgiões-dentistas.

A estimativa de cálculo relativo aos demais profissionais ficou inviabilizado uma vez que os parâmetros utilizados se referem à capacidade instalada, incluindo número de equipamento.

## **7 DISCUSSÃO**

Na análise dos dados demográficos se percebe uma grande concentração dos usuários (67%) na área de jurisdição do 1º DN, representando uma forte pressão de demanda para o SSM na área.

Uma informação que merece destaque é o percentual de usuários com mais de 60 anos. Esse segmento corresponde a 72.571 usuários, ou seja, 23% do total. Segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para o ano de 2020 indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando a representar quase 13% da população (IBGE, 2002). Esse fato demonstra que, no SSM, o percentual de idosos já ultrapassou a expectativa para a população do país.

Esse dado pode ser interpretado como resultado do melhor padrão sócio-econômico dos nossos usuários e, também, pela qualidade da atenção à saúde prestada. Por outro lado, deve ser levado em consideração que, dadas suas características próprias, esse segmento populacional incorpora um padrão diferenciado na atenção à saúde, demandando maior atenção e cuidado e, conseqüentemente, maior custo.

As informações relacionadas ao ingresso de médicos e de cirurgiões-dentistas para o CSM nos mostram que, embora venha ocorrendo aumento progressivo do número de profissionais nos respectivos Quadros do CSM, ainda existe, atualmente, uma carência de 154 médicos.

Diante dessa dificuldade e na tentativa de minimizá-la, a Administração Naval optou pela captação de oficiais RM2 elevando a participação destes na Atenção Básica (60%), sendo de 81% na Clínica Médica e de 62% na Odontologia. O que seria uma estratégia para

complementar o déficit de médicos se tornou uma necessidade permanente. Não se dispõe de conhecimento consolidado a respeito do impacto dessa estrutura de distribuição dos profissionais de nível superior na resolutividade da Atenção Básica.

Analisando especificamente as informações referentes ao 1ºDN, área de maior concentração de usuários (67%), se percebe uma carência significativa de médicos na especialidade de Clínica Médica uma vez que foram encontrados 22 profissionais dentro de uma necessidade estimada de 66 médicos.

Considerando apenas o quantitativo da especialidade nos Ambulatórios Navais (ANN, ANP e ANCG) e na PNNSG, unidades efetivamente responsáveis pelo atendimento no nível da Atenção Básica na área, foram identificados apenas 11 profissionais sendo três do CSM, três RM2 e cinco SC. A PNNSG, maior unidade de ABS na região, conta com apenas três servidores civis responsáveis pelo atendimento em Clínica Médica.

Podemos concluir que na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, esse fato inviabiliza a implantação do referenciamento para as clínicas especializadas, incluindo os credenciados, a partir da Clínica Médica.

O “peso” do 1ºDN se faz reconhecido quando se calcula o número de profissionais por mil habitantes. Os índices apresentam uma melhora significativa, principalmente em Clínica Médica, no momento em que se retiram seus dados do cálculo.

Nos demais DN, apesar da cobertura assistencial pareça estar equalizada, deve ser levado em consideração que o elevado efetivo fornecido de médicos que prestam atendimento na especialidade de Clínica Médica pode não corresponder à realidade uma vez que oficiais do CSM de outras especialidades e RM2 recém-formados podem estar realizando-as.

A especialidade de Ginecologia/Obstetrícia é a segunda mais carente com um total de 38 profissionais identificados e uma falta estimada de 19 médicos, sendo 17 profissionais

na área do Rio de Janeiro e dois para o 3º DN (um para o HNNa e um para o HNRe). O número de pediatras parece ser adequado para atender a demanda da Atenção Básica.

Muito embora o número de Cirurgiões-Dentistas do CSM esteja equalizado em relação à TL, além de se contar com a força de trabalho dos oficiais RM2 e dos SC para o atendimento, existe uma carência, na área do Rio de Janeiro, de cerca de 130 profissionais para atuar na Atenção Básica. Utilizando-se o cálculo de cobertura assistencial, observa-se a necessidade de mais cinco cirurgiões-dentistas para o HNBra.

Tomando-se por base o número de consultórios por unidade de saúde, o quantitativo de enfermeiros parece ser adequado.

Com relação aos profissionais de saúde de nível técnico e considerando os parâmetros de cobertura utilizados, observa-se que o número de técnicos de enfermagem e de radiologia médica parece atender às necessidades do serviço. Com exceção de algumas poucas OMH/OMFM (HNBra, HNLa, HNSa e PNMa), o número de técnicos de patologia clínica parece estar de acordo com o preconizado.

Diante dos investimentos a serem realizados nos próximos 20 anos a fim de atender o previsto na END e no PAEMB, incluindo a criação da segunda esquadra, do estaleiro e da base de submarinos, dentre outros, o SSM terá que ser contemplado não somente com a revitalização e construção de instalações e aquisição de equipamentos, mas também, com a captação de recursos humanos a fim de atender a esta demanda.

O planejamento de uma estrutura adequada de cobertura assistencial para os usuários do SSM, em uma moldura temporal de 20 anos, deverá levar em consideração a atual carência de médicos clínicos gerais, ginecologistas-obstetras e cirurgiões-dentistas, principalmente na área do 1ºDN. Entretanto é preciso definir se o que se quer é apenas solucionar a falta de mão-de-obra ou captar e capacitar profissionais resolutivos que possam efetivamente atender as necessidades da atual Política Assistencial do SSM.

Nesse contexto, existem algumas evidências demonstrando que para a ABS beneficie a saúde da população, os serviços também devem ser de boa qualidade técnica. O investimento em recursos humanos deve ser enfatizado como uma área essencial que requer atenção, uma vez que a qualidade dos serviços de saúde depende muito das pessoas que trabalham neles.

Os profissionais de saúde de todos os níveis devem ser treinados tanto em uma perspectiva técnica como humanística; seu desempenho depende não apenas de seu treinamento e capacidade, mas também de seu ambiente de trabalho e de políticas apropriadas de incentivo.

Consta, inclusive, nas Diretrizes da Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha, aprovada em janeiro de 2010 “*capacitar permanentemente os profissionais de saúde envolvidos na Atenção Básica nas áreas afins*”. Mesmo diante das dificuldades e limitações de toda ordem, o SSM não pode prescindir de uma política efetiva de capacitação do seu pessoal.

Uma Unidade de Atenção Básica deve funcionar como a porta de entrada do mesmo Sistema organizado em diferentes níveis de atenção, constituindo, ao mesmo tempo, um nível próprio de atendimento. Um profissional de saúde que atua na ABS é o que está, em tese, mais capacitado para realizar os entendimentos necessários a fim de identificar o melhor caminho para o usuário seguir no sistema de saúde. Tendo essa conduta como norma, os recursos passariam a ser utilizados de forma mais racional e apenas as situações que requeressem atenção mais especializada seriam encaminhadas aos outros níveis de atenção.

Numa situação ideal, uma Unidade de Atenção Básica é identificada pelo usuário como o local de acolhimento para os novos problemas de saúde; na qual ele pode dar continuidade ao seu tratamento; na qual é possível o estabelecimento de vínculos com os

profissionais de saúde e de como esses vínculos podem apoiá-lo no caso de necessidade de referência a outros níveis de atenção.

Nesse ponto, faço ressalvas à atuação do médico denominado “generalista” como se essa “especialidade” conseguisse implementar novas práticas de saúde junto à população. Não creio que médicos recém-formados possam oferecer atendimento de qualidade aos nossos usuários. Por serem temporários, comprometem o estabelecimento de vínculos com o usuário, o qual sabe que esse profissional poderá não estar mais ali no próximo ano.

Um conhecimento adequado de como o sistema funciona e se articula com os demais níveis de atenção leva algum tempo e requer certa dose de compromisso. A saída desses profissionais cria uma solução de continuidade no serviço com a quebra da rotina e o retrabalho por parte dos gestores da unidade de saúde com a chegada de um novo profissional.

A ABS, de forma articulada com os Programas de Saúde da Marinha, criados há dez anos, e a Promoção da Saúde, são componentes fundamentais da atual Política de Saúde para o SSM na programação da oferta a médio e longo prazo.

Citando apenas duas doenças de alta prevalência na população em geral, o diabetes e a hipertensão arterial, se não corretamente abordadas, podem ser causa de várias complicações, muitas vezes necessitando de internação hospitalar com o consequente aumento dos custos para qualquer sistema de saúde.

Neste contexto, os Programas de Controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes devem ser capazes de oferecer atendimento de qualidade para aqueles pacientes com indicação de serem acompanhados no nível da Atenção Básica. Num cenário ideal, a maioria dos usuários classificados nesse tipo de situação deve ser mantida em acompanhamento na rede própria de ABS do SSM, sem a necessidade de encaminhamento para os serviços credenciados, fato este que geraria uma grande economia de recursos.

Outra questão identificada pela Política Assistencial refere-se à distribuição por tipo de consulta. Na quase totalidade das regiões avaliadas, existe um percentual maior de consultas especializadas em detrimento das consultas na ABS.

Muito provavelmente, esse fato se deve em parte pela facilidade de acesso direto dos usuários às clínicas e serviços de média e alta complexidade, sem a devida referência da Atenção Básica. Outra explicação seria sua incapacidade em atender a demanda ou, em algumas situações, em reter o usuário.

No sentido de se inverter a atual relação entre consultas na ABS e na Atenção Especializada, se torna necessário:

- a) Aumentar a disponibilidade de consultas de ABS nas Policlínicas e nos Ambulatórios Navais; e
- b) Capacitar todos os profissionais de saúde a fim de não sobrecarregar a Atenção Especializada e, conseqüentemente, economizar recursos.

Sem essas premissas ficará mais difícil cumprir o preconizado na atual Política Assistencial para o SSM no que se refere à estratégia de programação da oferta. Durante o período em que serviu na área de atuação da ABS do SSM, o autor pode constatar que a capacitação dos recursos humanos e a integralidade nas ações em saúde são, ainda, pontos que precisam avançar muito.

Além disso, um sistema de saúde com uma forte atuação da ABS deve se fundamentar num planejamento que ofereça recursos adequados às necessidades de saúde. Requer vontade e comprometimento político com o tempo, devendo manter mecanismos que garantam a sustentabilidade dos esforços desse nível da atenção à saúde.

Por fim, algumas questões relevantes devem ser consideradas. A determinação do número adequado de profissionais de saúde necessários na atenção à saúde para uma



determinada população possui algumas limitações por não existirem padrões nacionais ou internacionais validados. Além disso, os que têm sido usados para comparação, não se aplicam a todas as realidades.

No meio militar estas limitações se tornam um pouco mais evidentes diante das frequentes e inúmeras atividades de cunho estritamente administrativo e/ou militar que afastam o profissional de saúde da sua atividade fim de modo intermitente. Da mesma forma, existem especificidades regionais como, por exemplo, o destaque frequente de profissionais de saúde para os navios de assistência hospitalar no 9ºDN, afastando-os do atendimento na PNMa.

Ainda na questão dos parâmetros utilizados para se estimar a cobertura assistencial adequada, ajustes precisam necessariamente ser realizados por conta das possíveis variações no número de horas trabalhadas pelos profissionais de saúde.

Também deve ser mencionado que, além das restrições quanto à análise de alguns parâmetros já mencionados, o presente trabalho possui outra limitação. Ao se calcular a taxa de crescimento dos usuários ao longo de 15 anos, optou-se pela média geral em detrimento da obtenção das taxas de crescimento de cada DN, separadamente. Esse fato foi decorrente da dificuldade na obtenção das informações e a exiguidade de tempo para sua análise. Assim fazendo, estamos incorrendo na possibilidade da inclusão de um viés, uma vez que o procedimento pode não corresponder à realidade de cada DN.

Da mesma forma, tentar estimar as necessidades de cobertura assistencial como a apresentada na TAB. 2, referente à atual situação do SSM, seria apenas um exercício de futurologia, dadas as restrições já apontadas e as inúmeras variáveis possíveis.

Para o fim a que o presente trabalho se destina, foram avaliadas tão somente as unidades de saúde indicadas pela Política de Saúde como aquelas que efetivamente prestam atendimento no nível da ABS. As demais OM, operativas ou não, lotam médicos e/ou

cirurgiões-dentistas que prestam atendimento em saúde exclusivamente aos membros da tripulação/guarnição, os quais são, na sua quase totalidade, indivíduos jovens e hígidos.

Cabe a essas OM realizar, no que for possível, ações de promoção da saúde, com o propósito de permitir que os indivíduos aumentem o controle sobre os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde. A estratégia das ações de promoção da saúde é a de conferir visibilidade aos fatores que colocam a saúde do indivíduo em risco. Assim, ao colocar em prática hábitos saudáveis de vida se consegue reduzir as situações de vulnerabilidade.

Na verdade, a proposta de se realizar um maior detalhamento da situação atual foi uma tentativa de se estimar as futuras necessidades, partindo de uma visão das restrições e necessidades atuais do SSM, o mais próximo possível da realidade.

Mesmo com essas ressalvas, a tentativa de se estabelecer parâmetros de cobertura assistencial é de fundamental importância como instrumento de planejamento, controle, avaliação e regulação por parte dos gestores de saúde. Assim foi feito na elaboração da Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha que teve como referência a Portaria nº 1.001, de 2002, do Ministério da Saúde.

O mesmo documento também serviu de ponto de partida para o presente trabalho, em associação com a Resolução nº 864 de 2002, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a fim de avaliar o serviço de apoio básico ao diagnóstico.

## 8 CONCLUSÕES

- O SSM possui cerca 318.000 usuários com grande concentração no 1ºDN (67%) e uma alta prevalência de idosos (23%);
- Identificados 483 profissionais de saúde de nível superior, com maior participação dos oficiais RM2 (60%) e 335 profissionais de saúde de nível técnico;
- Observada, no 1ºDN, a carência de médicos nas especialidades de Clínica Médica (40) e Ginecologia/Obstetrícia (20), além da falta de 130 Cirurgiões-Dentistas;
- O nível de cobertura assistencial de enfermagem e dos profissionais de nível técnico parece adequado, de forma geral;
- Identificada a necessidade, para 2030, de cerca de 120 clínicos gerais, 60 ginecologistas-obstetras, 20 pediatras e 360 cirurgiões-dentistas;
- Corrigidas as atuais necessidades e mantida a captação regular de profissionais de saúde característicos da ABS, o aumento do efetivo não causará impacto negativo nesse nível da atenção à saúde; e
- São necessários estudos mais bem desenhados e com melhor tratamento estatístico com o propósito de eliminar ou diminuir as limitações apontadas, a fim de se obter um retrato mais fiel da realidade da ABS do SSM.

Diante das conclusões descritas acima, este autor sugere as seguintes linhas de ação, com o propósito de contribuir para a melhora da qualidade do atendimento de saúde dentro do SSM, no nível da ABS:

- Adotar ações no sentido de lotar as OMH/OMFM com quantitativo adequado de profissionais de saúde;
- Promover a capacitação efetiva e continuada dos profissionais de saúde;

- Melhorar a relação entre o número de oficiais RM2 e do CSM;
- Incentivar as ações de Promoção da Saúde para todos os usuários do SSM em todos os DN, com atenção especial para a saúde do idoso e a adoção de hábitos saudáveis de vida; e
- Promover os Programas de Saúde da Marinha, principalmente os Programas de Controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes e o Programa de Saúde do Idoso.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. *et al.* **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil.** In: BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O.; MEIR, F. R. Decentralization of health systems in Latin America. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 8(1/2), 2000.

AROUCA, A.S.S. **O Dilema Preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** Tese de Doutorado. FCM/UNICAMP, 1975.

BAICKER, K., CHANDRA, A. **Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care.** *Health Aff; Suppl Web Exclusives:W4-184-97*, 2004. Disponível em: < <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w4.184>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde.** Banco Mundial, Washington, 1993.

BINDMAN, A.B. *et al.* **Preventable hospitalizations and access to health care.** *JAMA*, 274(4):305-11, 1995.

BRASIL. Ministério da Defesa. Comando da Marinha. **Programa de Articulação e Equipamento da Marinha do Brasil**, 2010a. Disponível em: <[www.mar.mil.br/paemb/paemb.html](http://www.mar.mil.br/paemb/paemb.html)>. Acesso em: 5 de mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Defesa. **Estratégia Nacional de Defesa**, 2008. Disponível em: <[www.defesa.org.br](http://www.defesa.org.br)>. Acesso em: 5 de mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002.** Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: programa de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 12.216 de 11 de março de 2010**. Altera os arts. 1º, 11, 16 e 17 e acrescenta os arts.7º-A e 7º-B à Lei nº 9.519, de 26 de novembro de 1997, que dispõe sobre a reestruturação dos Corpos e Quadros de Oficiais e de Praças da Marinha. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=12/03/2010>> 2010b. Acesso em: 25 de mar. 2010.

CAMINAL, J. *et al.* **The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions.** *Eur J Public Health*; 14(3):246-51, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** *Cad Saúde Pública*, 20(5):1400-1410, 2004.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS.** *Cad Saúde Família*, 1(1): 13-18, 1996.

CORDONI JUNIOR, L. *et al.* **A organização do sistema de saúde no Brasil.** In: Bases da Saúde Coletiva. ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (organizadores). Londrina: Ed. UEL, 2001.

COSTA NETO, M. M. (Org). **Educação Permanente.** Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno 3. 32p., 2000.

CUETO, M. **The origins of primary health care and selective primary health care.** *Am J Public Health*; 94(11):1864-74, 2004.

DONNANGELO, M. C. F. O; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** Ed. Duas Cidades. São Paulo, 1979.

FONSECA, C. O. **As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990).** In: BENCHIMOL, J. (Coord.) Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.

FORREST, C. B.; STARFIELD, B. **Entry into primary care and continuity: the effects of access.** *Am J Public Health*, 88(9):1330-6, 1998.

GOULART, F. A. A. **Municipalização: Veredas - caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.

\_\_\_\_\_. **Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde.** Informe Epidemiológico do SUS; 8(2):5-21, 1999.

IBGE. **Perfil dos Idosos Responsáveis por Domicílios no Brasil.** Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, nº9, p.97, 2002.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva.** Ed. McGraw-Hill. São Paulo, 1976.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. **Saúde da família: a procura de um modelo anunciado.** Cadernos Saúde da Família, 1:5-12, 1996.

LITSIOS, S. **The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection.** *Int J Health Services*; 32(4): 709-732, 2002.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80.** *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol.1, ano 1, 1991.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L.; **The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998.** *Health Services Research*; 38(3):819-853, 2003. Disponível em:

<[http://www.jhsph.edu/pcpc/Publications\\_PDFs/2005\\_MQ\\_Starfield.pdf](http://www.jhsph.edu/pcpc/Publications_PDFs/2005_MQ_Starfield.pdf)>. Acesso em 16 jun. 2010.

MAGNUSSEN, L.; EHIRI, J.; JOLLY, P. **Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy.** *Health Aff*, v. 23, n. 3, p.167-176, may/june, 2004.

MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. *et al.* **Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios.** *Gac Sanit.* 17:360-7, 2003.

MATTA, G. C. **A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde.** In: Estudos de Politecnicia e Saúde. EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** In: MENDES, E. V. (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 3.ed. 1995.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C. **Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde.** *Rev Saúde Deb* (33):83-9, 1991.

MOURA NETO, J. S. de. **Entrevista com o Comandante da Marinha.** Noticiário de Bordo, Rio de Janeiro, Ano I, n. 5, p.3-6, out./dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **O Comando da Marinha.** Rio de Janeiro em 10 de março de 2010. Palestra realizada na Escola de Comando e Estado-Maior do Exército para os alunos dos Cursos de Altos Estudos Militares, 2010.

OPAS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf). Acesso em: 29 abr. 2010.

NUNES, T. C. M.; MARTINS, M. I. C. M.; SÓRIO, R. E. R. **Proposições e estratégias de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado.** Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; p.313-331, 2000.

PAIM, J. S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”.** Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, nº175; p.27, 1998.

\_\_\_\_\_. **Medicina Comunitária, introdução a uma análise crítica.** *Rev Saúde Deb;* (1):9-12, 1976.

\_\_\_\_\_. **Modelos de atenção à vigilância em saúde.** In: ROUQUAIROL, M.Z. & ALMEIDA, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.  
PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. F. **Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** *Rev Saúde Pública;* 32(4):299-316, 1998.

RADDISH, M.; HORN, S. D.; SHARKEY P.D. **Continuity of care: is it cost effective?** *Am J Manag Care,* (6):727-34, 1999.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Resolução SMS Nº 864 de 12 de Abril de 2002.** Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

ROSENBLATT, R.A. *et al.* **The effect of the doctorpatient relationship on emergency department use among the elderly.** *Am J Public Health,* 90(1):97-102, 2000.

ROVERE, M. R. **Gestión estratégica de la educación permanente en salud.** In: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, J. A. H. **O modelo PIASS, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.** In: VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, Brasília. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Tradução de Fidelity Translations. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; **Policy relevant determinants of health: An international perspective.** *Health Policy,* 60(3):201-16, 2002. Disponível em: <[http://www.eicp.ca/en/toolkit/pe/Shi-Starfield-Health-Policy-60\(3\)-201-18.pdf](http://www.eicp.ca/en/toolkit/pe/Shi-Starfield-Health-Policy-60(3)-201-18.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2010.

WEISS, L. J.; BLUSTEIN, J. **Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans.** *Am J Public Health,* 86(12):1742-7, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Report 2000.** Health systems: improving performance. Disponível em: <[www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm](http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm)>. Acesso em: 27/05/2010.

\_\_\_\_\_. **WHO Report 2003.** Shaping de Future. Disponível em: <[www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm](http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm)>. Acesso em: 27 mai. 2010.



Distribuição dos usuários do SSM segundo sexo e faixa etária, por DN.

	1 DN		2 DN		3 DN		4 DN		5 DN		6 DN		7 DN		8 DN		9 DN		IGN		TOTAL SEXO/IDADE		TOTAL GERAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
0-12 anos																					0	0	0
13-59 anos																					0	0	0
> 60 anos																					0	0	0
Total/sexo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total DN	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0

## APÊNDICE B

Número de profissionais de saúde por especialidade e categoria funcional.

OM:				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica				
Pediatria				
Gineco-Obstetrícia				
Odontologia				
Enfermagem				
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. de Enfermagem				
Téc. Radiologia				
Téc. Patologia Clínica				
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório:				
Nº de aparelhos de Rx fixo:				
Nº de consultórios médicos:				

## APÊNDICE C

Número de profissionais de saúde e informações complementares por OMH/OMFM

OM: CMAM - ANP				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	0	2	1	0
Pediatria	0	0	4	1
Gineco/Obstetrícia	1	0	3	0
Odontologia	2	3	2	0
Enfermagem	1	2	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	11	8	4	0
Téc. Radiologia	2	0	1	0
Téc. Patologia Clínica	2	0	0	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 40/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 12				

OM: CMAM - ANN				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	2	1	1	0
Pediatria	1	0	1	0
Gineco/Obstetrícia	2	0	1	1
Odontologia	3	6	1	0
Enfermagem	1	2		0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	9	0	3	0
Téc. Radiologia	1	2	0	0
Téc. Patologia Clínica	0	1	3	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 52/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 13				

## APÊNDICE C

OM: CMAM - ANCG				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	1	0	0	0
Pediatria	2	0	0	0
Gineco/Obstetrícia	2	0	0	0
Odontologia	1	5	1	0
Enfermagem	1	1	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	4	0	0	0
Téc. Radiologia	2	0	1	0
Téc. Patologia Clínica	2	0	0	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 45/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 06				

OM: PNNSG				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	0	0	3	0
Pediatria	1	0	4	0
Gineco/Obstetrícia	1	0	2	2
Odontologia	12	14	6	0
Enfermagem	2	1	3	1
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	19	11	0	0
Téc. Radiologia	9	4	1	0
Téc. Patologia Clínica	3	2	3	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 110/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 03				
Nº de consultórios médicos: 74				

## APÊNDICE C

OM: PNSPA				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	1	3	0	0
Pediatria	2	0	1	0
Gineco/Obstetrícia	2	0	0	0
Odontologia	5	2	1	0
Enfermagem	0	2	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	13	0	0	0
Téc. Radiologia	2	0	0	0
Téc. Patologia Clínica	2	0	2	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 19/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 08				

OM: SNNF				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	1	1	0	0
Pediatria	0	0	0	0
Gineco/Obstetrícia	0	0	0	0
Odontologia	1	1	0	0
Enfermagem	0	1	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	4	1	0	0
Téc. Radiologia	1	0	0	0
Téc. Patologia Clínica	1	2	0	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 0				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 02				

## APÊNDICE C

OM: EAMES				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	4	1	0	0
Pediatria	0	0	0	0
Gineco/Obstetrícia	0	0	0	0
Odontologia	4	1	2	0
Enfermagem	0	1	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	7	3	1	0
Téc. Radiologia	0	1	0	0
Téc. Patologia Clínica	0	2	0	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 20/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 04				

OM: HNSA				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	0	8	0	0
Pediatria	1	1	0	0
Gineco/Obstetrícia	3	2	0	0
Odontologia	5	6	0	1
Enfermagem	1	0	1	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	3	3	2	0
Téc. Radiologia	2	7	4	0
Téc. Patologia Clínica	2	1	4	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 348/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 02				
Nº de consultórios médicos: 15				

## APÊNDICE C

OM: HNNA				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	4	9	0	0
Pediatria	0	1	0	0
Gineco/Obstetrícia	0	1	0	0
Odontologia	7	7	0	1
Enfermagem	6	5	1	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	5	4	0	2
Téc. Radiologia	2	4	0	0
Téc. Patologia Clínica	3	4	1	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 51/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 02				
Nº de consultórios médicos: 11				

OM: HNRE				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	0	6	0	0
Pediatria	1	0	1	0
Gineco/Obstetrícia	2	0	0	0
Odontologia	6	12	1	0
Enfermagem	5	3	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	0	3	0	0
Téc. Radiologia	2	2	1	0
Téc. Patologia Clínica	3	3	3	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 50/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 10				

## APÊNDICE C

OM: EAMCE				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	2	4	3	0
Pediatria	0	0	1	0
Gineco/Obstetrícia	0	0	0	0
Odontologia	1	6	0	0
Enfermagem	0	1	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	6	0	0	0
Téc. Radiologia	0	0	0	0
Téc. Patologia Clínica	0	1	0	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 19/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 0				
Nº de consultórios médicos: 04				

OM: HNBE				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	1	15	1	0
Pediatria	1	2	1	0
Gineco/Obstetrícia	1	2	0	0
Odontologia	4	13	1	0
Enfermagem	1	0	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	1	3	2	0
Téc. Radiologia	0	4	0	0
Téc. Patologia Clínica	2	3	1	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 154/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 20				



## APÊNDICE C

OM: COM5DN				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	2	11	0	0
Pediatria	0	2	0	0
Gineco/Obstetrícia	0	2	0	0
Odontologia	3	10	0	0
Enfermagem	0	0	2	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	6	5	0	0
Téc. Radiologia	1	1	0	0
Téc. Patologia Clínica	1	1	0	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 45/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 08				

OM: EAMSC				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	0	7	0	0
Pediatria	2	0	0	0
Gineco/Obstetrícia	0	1	0	0
Odontologia	2	6	0	0
Enfermagem	0	1	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	7	4	0	0
Téc. Radiologia	0	1	1	0
Téc. Patologia Clínica	0	2	1	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 20/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 07				

## APÊNDICE C

OM: HNLA				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	0	14	0	0
Pediatria	1	0	0	0
Gineco/Obstetrícia	2	1	0	0
Odontologia	5	13	0	0
Enfermagem	1	0	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	0	0	3	0
Téc. Radiologia	3	1	0	0
Téc. Patologia Clínica	1	1	0	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 30/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 09				

OM: HNBRA				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	1	6	0	0
Pediatria	1	1	0	0
Gineco/Obstetrícia	0	1	1	0
Odontologia	2	5	0	0
Enfermagem	0	1	1	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	3	9	3	0
Téc. Radiologia	3	4	1	0
Téc. Patologia Clínica	2	2	1	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 40/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 12				

## APÊNDICE C

OM: COM8DN				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	0	6	0	0
Pediatria	0	0	0	0
Gineco/Obstetrícia	0	0	0	0
Odontologia	0	6	0	0
Enfermagem	0	1	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	4	2	0	0
Téc. Radiologia	0	0	0	0
Téc. Patologia Clínica	0	0	0	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 0				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 0				
Nº de consultórios médicos: 04				

OM: PNMA				
NÍVEL SUPERIOR	OF. CSM	OF. RM2	SC	TTC
Clínica Médica	0	22	0	0
Pediatria	1	0	0	0
Gineco/Obstetrícia	2	0	0	0
Odontologia	1	14	0	0
Enfermagem	1	4	0	0
NÍVEL MÉDIO	CAP	RM2	SC	TTC
Tec. Enfermagem	11	3	2	0
Téc. Radiologia	0	2	0	0
Téc. Patologia Clínica	1	0	1	0
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Nº médio de pacientes para coleta no laboratório: 30/dia				
Nº de aparelhos de Rx fixo: 01				
Nº de consultórios médicos: 13				