

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
MBA EM GESTÃO HOSPITALAR E DE SAÚDE

DEMÓCRITO DE ALMEIDA ASSIS FILHO

IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOS BATALHÕES DE
POLÍCIA MILITAR NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

NATAL/RN

2014

DEMÓCRITO DE ALMEIDA ASSIS FILHO

**IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOS BATALHÕES DE
POLÍCIA MILITAR NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Projeto de intervenção técnica apresentado ao
Centro Universitário do Rio Grande do Norte,
como exigência do MBA em Gestão Hospitalar
e de Saúde.

Orientadora: Prof^a Ms. Ana Maria da Silva
Souza

NATAL/RN
2014

BIBLIOTECA UNI-RN

614.2 A848i - RB: 37394 (MP00111)

Título: Implantação das unidades de saúde ...

Autoria: Assis Filho, Demócrito de Almeida

2014, ex. 1

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Assis Filho, Demócrito de Almeida.

Implantação das unidades de saúde nos batalhões de polícia militar no interior do estado do Rio Grande do Norte. / Demócrito de Almeida Assis Filho. – Natal, 2014.

71 f.

Orientadora: Prof. Me. Ana Maria da Silva Souza.

Monografia (Pós-Graduação em Gestão Hospitalar e de Saúde) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Gestão Hospitalar – Projeto de Intervenção. 2. Sistema Único de Saúde – Projeto de Intervenção. 3. Polícia Militar – Unidade Básica - Projeto de Intervenção. I. Souza, Ana Maria da Silva Souza. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 614.2

DEMÓCRITO DE ALMEIDA ASSIS FILHO

IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOS BATALHÕES DE POLÍCIA MILITAR NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Projeto de intervenção técnica apresentado ao MBA em Gestão Hospitalar e de Saúde do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, aprovado em

_____ / _____

Prof^a Ms. Ana Maria da Silva Souza

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade e pelo privilégio que nos foram dados em compartilhar tamanha experiência, de frequentar este Curso e forças para concluí-lo com êxito e louvor. Temos a certeza que sem ele nós não estaríamos agora escrevendo estas palavras de agradecimento; porque dele, por Ele, para Ele são todas as coisas, inclusive nossas vidas.

Aos meus pais pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha esposa Ana Carolina, aos meus filhos Daniel e Thaís, a minha neta Maria Eduarda, aos Meus Irmãos, genro, sogra, cunhadas, concunhados, sobrinhos e sobrinhas, pelos momentos de ausência.

A minha orientadora Professora Ana Maria da Silva Souza pelo zelo, carinho, estímulo, confiança e paciência e pela oportunidade de engrandecimento pessoal, transferindo seus vastos conhecimentos com dedicação e determinação.

Ao amigo Josmar de Castro Alves pela amizade leal e sincera, pelo estímulo, confiança, por sua inequívoca vocação, por não poupar esforços para enaltecer e engrandecer a Diretoria de Saúde sendo um verdadeiro exemplo de homem público.

Aos amigos Cleanto Carlos Rego, Roberto Duarte Galvão, Edmilson Alves da rocha, Cícero Romão Gadê Neto e Alarico pelos exemplos de competência profissional, espírito de luta e de conduta ética e moral.

A universidade pela oportunidade de crescimento e aperfeiçoamento profissional.

Aos colegas de turma pelo convívio sadio, harmonioso, espontâneo e alegre nas trocas de informações numa rara demonstração de amizade e solidariedade.

A todos os professores pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrados ao longo do curso.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o nosso sucesso.

ABSTRACT

This study addresses implementation of the Basic Health Units in the State of Rio Grande do Norte, in the headquarters of the Military Police Battalions in the towns of Pau Irons, Caicó, Assú and John Board, thus providing a better coverage of services and actions Board of Health of Military Police, enhancing access to basic health care at all effective in crowded area of territorial division of the battalion of the cities in question. Given this reality, the questions arose, such as making adequate health services in the Health Directorate of the most distant regions of Natal and Mossley, how to prioritize care military police and their dependents in the state without the accreditation to the National Health System - SUS, more humane and welcoming, with a majority resolution of its problems, with the establishment of responsibility for the health of individuals and the establishment of relationships between professionals and patients, among others. The methodological procedures were used for the application of questionnaires to officers and soldiers in their battalions, they crowded in the State of Rio Grande do Norte, systematic observation recorded in the diary, as well as visiting these sites. Observed data on an accurate portrayal of the military situation in relation to access to health care and acceptance for the same project of implementation of the Basic Health Units in the interior.

Key-words: Unified Health System Military Police. Basic Unit. Internalization.

Am - Automação de Informação Hospitalar

Am - Armas Integradas do Sistema

BPM - Batalhão de Polícia Militar

Este estudo aborda implantação das Unidades Básicas de Saúde no interior do Estado do Rio Grande do Norte, nas sedes dos Batalhões de Polícia Militar nas cidades de Pau dos Ferros, Caicó, Assú e João Câmara, proporcionando assim a uma melhor cobertura dos serviços e ações da Diretoria de Saúde da Polícia Militar, favorecendo o acesso à saúde básica a todo o efetivo lotado na área de circunscrição territorial do batalhão das cidades em questão. Diante dessa realidade, surgiram os questionamentos, como viabilizar os serviços de saúde da Diretoria de Saúde nas regiões mais distantes de Natal e Mossoró; como priorizar o atendimento ao policial militar e seus dependentes do interior do Estado sem o descredenciamento ao Sistema Único de Saúde - SUS, de forma mais humanizada e acolhedora, com a resolução da maioria dos seus problemas, com o estabelecimento de responsabilidade pela saúde dos indivíduos e a constituição de vínculos entre os profissionais e pacientes, dentre outros. Os procedimentos metodológicos usados foram aplicação de questionários com oficiais e praças nos respectivos batalhões, estes lotados no interior do Estado do Rio Grande do Norte, observação assistemática registrada no diário de campo, bem como visita a esses locais. Observou-se diante dos dados um retrato fiel da situação dos militares em relação ao acesso ao atendimento de saúde e a aceitabilidade pelos mesmos do projeto de implantação das Unidades Básicas de Saúde no interior.

LOs - Lei Orgânica da Saúde

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Polícia Militar. Unidade Básica. Interiorização.

Am - Automação de Informação Hospitalar

BPM - Polícia Militar do Rio Grande do Norte

PNB - Política Nacional de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIA-SUS - Sistema de Informação sobre Atenção Básica

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SICAM - Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica

SIA-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SINAPS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIPNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

SISVAN - Sistema de Informação sobre Vigilância Ambiental e Nutricional

SUS - Sistema Nacional de Saúde

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UTI - Neo - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
BPM – Batalhão da Polícia Militar
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEME – Central de Medicamentos
CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia
CENSO - Levantamento Decenal de Dados Populacionais e Indicadores Sociais
CF – Constituição Federal
CIPM – Companhia Independente da Polícia Militar
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPI - Comando de Policiamento do Interior
CREA – Conselho Regional de Engenharia
DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DS – Diretoria de Saúde
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
HCCPG – Hospital Central Coronel Pedro Germano
HOSPUB - Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
JPMS – Junta Polícia Militar
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOS – Lei Orgânica da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPMS – Organização da Polícia Militar
PACs – Programa Agente Comunitários de Saúde
PMRN – Polícia Militar do Rio Grande do Norte
PNS – Política Nacional de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB - Sistema de Informação sobre Atenção Básica
SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIGAB - Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica
SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIPNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISVAN - Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI - Neo – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Quadros

Quadro 1: Área de abrangência dos atendimentos da Unidade Básica de Saúde Cel Josmar de Castro Alves.....	47
Quadro 2: Área de abrangência dos atendimentos da Unidade Básica de Saúde Cel Cleanto Carlos Rêgo.....	47
Quadro 3: Área de abrangência dos atendimentos na Unidade Básica de Saúde Cel Marcos Dias Leão.....	48
Quadro 4: Área de abrangência dos atendimentos na Unidade Básica de Saúde Cel Antônio Cabral.....	48

Figura 7 - Quais as dificuldades encontradas por você no trabalho?.....	41
Figura 10 - Concorda que a PM deva ter equipes de serviços de saúde para a saúde das populações dos interiores da RM?.....	42
Figura 11 - Está satisfeito com a assistência à saúde oferecida pela PM?.....	43
Figura 12 - Utiliza os serviços de saúde do município?.....	43
Figura 13 - Serviços de saúde usados no seu município.....	44
Figura 14 - Nível de qualidade dos serviços de saúde.....	45
Figura 15 - Na supervisão de atendimentos de saúde da PM em seu município, o senhor utiliza.....	45

Lista de Figuras

Figura 1 - UTI Adulto.....	18
Figura 2 - Laboratório do Hospital	18
Figura 3 - Enfermaria Pediátrica	19
Figura 4 - Cidade da Amentação	19
Figura 5 - O senhor tem plano de saúde privado?	38
Figura 6 - O senhor ou dependentes já usou os serviços da PMRN?	39
Figura 7 - Tipo de serviços utilizados.....	39
Figura 8 - Tem dificuldades de marcação de consultas na PMRN?	40
Figura 9 - Maiores dificuldades encontradas para marcação	41
Figura 10 - Concorda que a PM deveria expandir os serviços de saúde para a sede dos Batalhões dos interiores do RN?	42
Figura 11 - Está satisfeito com a assistência à saúde oferecida pela	43
Figura 12 - Utiliza os serviços de saúde do seu município?	43
Figura 13 - Serviços de saúde usados no seu município	44
Figura 14 - Nível de qualidade desses serviços de saúde	45
Figura 15 - Na ausência do atendimento de saúde da PM em seu município, o senhor utiliza	46
4.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	49
4.2 A PROPOSTA DE EXPANSÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA	
DIRETORIA DE SAÚDE DA POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60

4. INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO	15
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE ESTUDO	16
2. A SAÚDE NA REALIDADE BRASILEIRA FRENTE AO DESAFIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
3. METODOLOGIA	36
4. A VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA DIRETORIA DE SAÚDE DA POLÍCIA MILITAR NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE	38
4.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	38
4.2 A PROPOSTA DE EXPANSÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA DIRETORIA DE SAÚDE DA POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi fruto da pesquisa de campo que teve como escopo central investigar e analisar a viabilidade da implantação das Unidades Básicas de Saúde nas sedes dos Batalhões de Polícia Militar no interior do Estado do Rio Grande do Norte. Tendo em vista as inúmeras necessidades que as Organizações Policiais Militares pertencentes ao Comando de Policiamento do Interior (CPI) apresentam no tocante à assistência a saúde dos militares e de seus dependentes.

Tendo como meta principal gerenciar a política de saúde da Corporação, a Diretoria de Saúde (DS), tem ao longo do tempo, procurado exercer de modo eficiente esta atividade-fim, buscando oferecer aos policiais e seus familiares, um padrão de excelência cada vez melhor. Neste mister, a ela compete:

- Gerenciar a política de saúde da Corporação;
- Controlar e supervisionar as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar;
- Executar ações de prevenção e promoção da saúde;
- Criar unidades de saúde nas OPMS;
- Estabelecer convênios com programas de saúde dos governos Federal, Estadual e Municipal, visando atender as necessidades da corporação;
- Buscar de forma persistente, junto aos órgãos competentes, apoio financeiro, permitindo acesso à tecnologia de ponta.

Baseado nestes postulados, a Diretoria de Saúde, desde os primórdios de sua criação, tem procurado oferecer à família policial militar todo tipo de tratamento em sua missão de cuidar da saúde. Mesmo tendo atravessado momentos de severa dificuldade econômico-financeira, a Diretoria de Saúde tem se esmerado em oferecer ao policial solução para os problemas apresentados.

Atuar de forma preventiva, identificar mais precocemente possível e criar as condições necessárias para tratar de forma eficaz as patologias encontradas na Corporação, tem sido uma preocupação constante da Diretoria de Saúde. Mesmo em que pese às diversas situações na conjuntura sócio-econômica e política vivenciada ao longo do tempo, a Diretoria de Saúde sempre tem procurado oferecer ao policial, um suporte de saúde satisfatório, permitindo que cada militar possa exercer sua missão com mais segurança.

Nesse sentido, a saúde deve ser entendida no seu sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas, um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, como conhecimento e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nessa esfera, adequados às suas necessidades, bem como abrangendo a promoção, a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o processo de reabilitação de doenças.

Em outras palavras, considerar esse bem e esse direito como componente e exercício pleno de cidadania, que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público, incluindo o Comando Geral e a Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Estado do Rio Grande do Norte, para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações. Tendo em vista que a questão da saúde pública é de extrema relevância para o desenvolvimento do país, pois a saúde é processo resultante das condições de vida da população, sendo assim, em respeito a essa concepção, o direito de saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O sistema de saúde no Brasil vive uma crise rotineira, podendo ser observada através de fatos amplamente divulgados e conhecidos pela mídia como: 1º) Filas intermináveis e frequentes de pacientes nos serviços de saúde; 2º) Falta de leitos hospitalares para atender a demanda carente da população; 3º) Escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; 4º) Atraso no repasse dos pagamentos feitos pelo Ministério da Saúde aos serviços conveniados; 5º) Baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médico-hospitalares; 6º) Aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; 7º) Denúncias de abuso cometido pelos planos privados de saúde e pelos seguros de saúde.

As doenças crônico-degenerativas têm incidido na população a partir dos quarenta anos de idade, fato este que vem preocupando a todos os profissionais da área de saúde, assim como às autoridades governamentais, pois os custos do tratamento destas enfermidades extrapolam os limites estimados para a saúde; além dos custos financeiros diretos, o Estado ainda sofre pela perda da atividade laboral destes policiais.

Nesse contexto, a saúde nunca ocupou um plano central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada em segundo plano, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação dos recursos direcionados ao setor saúde.

Somente nos momentos em que os problemas de saúde se tornam foco de grande repercussão social ou econômica, quando se apresentam como endemias ou epidemias, é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se em discurso institucional, até serem novamente destinados a um plano secundário, quando deixam de ter importância. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los.

Cabe ainda ressaltar que o direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, garantidos no artigo 6º da Constituição, o qual os define como "a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, [...]" e que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas.

No entanto, no Brasil o direito à saúde só foi reconhecido com a Constituição de 1988 em seu artigo 196, já citado. Antes disso o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, as outras pessoas tendo acesso a esses serviços como favor e não como um direito.

Essa realidade também reflete no Estado e na Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Rio Grande do Norte que está estruturalmente no organograma organizacional da polícia militar como um órgão de direção setorial do sistema logístico, subordinada ao Comando Geral da Polícia Militar, incumbida do planejamento, coordenação, fiscalização e controle das necessidades de apoio de saúde: Hospital Central Coronel Pedro Germano, Hospital Regional de Mossoró, Departamento de Odontologia, Junta Policial Médica de Saúde e as formações sanitárias, além de outros órgãos aguardando regulamentação oficial, como Centro Clínico da Polícia Militar em Natal e Mossoró, Centro Farmacêutico, Centro Veterinário e o Centro de Ações Básicas à Saúde no interior do Estado, tendo em vista que a assistência à saúde se encontra centrada em Natal e Mossoró.

Cabe observar que as dificuldades da Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Rio Grande do Norte não são poucas em relação à assistência de saúde médica, odontológica e farmacêutica em nível hospitalar. Há a intenção e necessidade de melhorar o acesso aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, pois é longa a fila de espera. É comum não haver vagas para internação, pois o número de leitos é insuficiente, mas atualmente há uma reforma e ampliação em andamento das estruturas físicas, como também a aquisição de novos equipamentos. Hoje o número de Oficiais de Saúde é insuficiente (médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos), questões que dificulta o atendimento, tornando a demanda reprimida. Os medicamentos são caríssimos e até insumos básicos ficam comprometidos. Também se verifica uma grande demora nos encaminhamentos e na marcação para serviços mais especializados.

Diante do exposto, surgiram os seguintes questionamentos: Como viabilizar os serviços de saúde da DIRETORIA DE SAÚDE PMRN nas cidades de Caicó, Pau dos Ferros, João Câmara e Assú? Quais seriam as medidas/alternativas para solucionar o atendimento da demanda reprimida do policial militar e seus dependentes residentes no interior do Estado? Como priorizar o atendimento ao policial militar e seus dependentes no interior sem credenciamento ao SUS? Como alocar outros recursos visando à melhoria dos serviços já existentes e a implantação dos serviços de saúde nesses Municípios do RN?

1.1 OBJETIVO

O objetivo central deste trabalho é Implantar Unidades Básicas de Saúde nos Batalhões de Polícia Militar no interior do Estado do Rio Grande do Norte, permitindo aos policiais militares e seus dependentes um melhor atendimento ambulatorial, com acompanhamento clínico, através de ações de saúde de caráter curativo e promovendo ações de prevenção continuada e controle das enfermidades através de ações de saúde de caráter preventivo. Com vistas a melhorar a assistência à saúde ao policial no interior do estado promovendo ações básicas de saúde. Além de objetivos no plano operacional como: evitar o deslocamento desnecessário do policial para outros centros; transmitir segurança ao policial, familiares e comandos; manter sempre o policial disponível na sede; reduzir os

custos de hospitalização diminuindo a demanda reprimida de atendimento para o interior.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE ESTUDO

O presente tópico tem por objetivo fazer um breve contexto histórico sobre a criação da Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Rio Grande do Norte, fato ocorrido em 11 de agosto de 1963, há exatamente 50 anos. Originou-se com a criação do cargo de médico do Batalhão de Segurança do Estado do Rio Grande do Norte em 1909, posteriormente no período entre 1935-1953 houve uma nova evolução quando então foi criado o Serviço de Enfermagem da Polícia Militar, sendo dirigido na ocasião pelo Capitão Médico Dix-huit Rosado.

A Diretoria de Saúde é subordinada diretamente ao Comando Geral da Polícia Militar cuja missão é preservar a saúde dos integrantes da corporação e seus dependentes. É órgão de direção setorial do sistema de saúde que se incumba do planejamento, coordenação, fiscalização, controle e supervisão técnica das atividades de saúde, bem como dos animais do seu efetivo. Tem como órgãos de apoio, além do Hospital Coronel Pedro Germano, o Hospital Regional de Mossoró, o Centro Clínico da Polícia Militar em Natal e Mossoró, Departamento de Odontologia, a Unidade Básica de Saúde de Nova Cruz e do Centro de Formação de Praças da Polícia Militar, Junta Policial Militar de Saúde e as Formações Sanitárias, concentrando todas as ações de saúde em Natal, Mossoró e Nova Cruz.

Em 1953 a 1962, houve mais um avanço com a criação do atendimento ambulatorial pelo TC Leide Moraes. Exatamente em 11 de agosto de 1963 no Governo do Dr. Aluizio Alves e sob o comando do Cel PM Luciano Veras e na direção do Cel Pedro Germano Costa inaugurava-se o Hospital da Polícia Militar, orgulho maior para toda a corporação e marco inicial da moderna Diretoria de Saúde, pois somente após a criação e inauguração desse hospital, a polícia militar passou a ter uma estrutura própria para oferecer uma assistência médica ambulatorial e hospitalar ao seu efetivo, tendo ainda como propósito maior da assistência à saúde a todos os policiais militares inativos e seus dependentes. Hoje, numa justa homenagem ao fundador, aquela unidade se chama Hospital Central Cel Pedro Germano.

Como base no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte de 18 de dezembro de 1969 no art. 13, quando criado,

O Hospital da Polícia Militar como órgão da execução da Diretoria de Saúde, é destinado ao tratamento médico dos oficiais e praças, seus semelhantes e funcionários civis da corporação, bem como seus dependentes.

O Hospital Central Coronel Pedro Germano (HCCPG) localiza-se na Avenida Prudente de Moraes, nº 887, no bairro do Tirol, em Natal-RN. Seu espaço físico engloba enfermarias de Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia, Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, Ginecologia e Obstetrícia, UTI Adulto e Neonatal, Centro Cirúrgico, Laboratório de análises clínicas, Laboratório de Microbiologia, Farmácia hospitalar e de manipulação, Sala de radiografia e de ultrassonografia, setor de pronto-atendimento, além de um anexo onde funciona a "cidade da amamentação", a qual é composta de um banco de leite e de uma sala de vacinas. Nele funciona também o Estágio Acadêmico em Clínica Médica há 48 anos e, mais recentemente, a Residência Médica, residência em clínica médica e residência em pediatria, autorizada pelo Ministério da Educação, a qual é motivo de grande orgulho e reconhecimento para o hospital tanto no aspecto científico, quanto na prestação de serviços à comunidade.

Atualmente, o Hospital dispõe de uma estrutura que contém 91 leitos, onde foi iniciada uma reforma de ampliação para duplicar os leitos, com término previsto para 2012. O quadro profissional do Hospital é constituído de profissionais civis e militares, tais como: Médicos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Dentistas, Nutricionista, Bioquímicos, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Estagiários de várias especialidades, Auxiliares Técnicos, Motoqueiros, Motoristas e os Funcionários do Setor Administrativo (Direção administrativa, Almoxarifado, Departamento de Pessoal e o Contingente de Saúde) totalizando 563 militares e 369 civis.

Como uma instituição da área militar sua organização está funcionando em nível hierárquico, com um Coronel Médico em sua Direção e os demais setores chefiados por militares, que trabalham com equipes multidisciplinares, tendo como objetivo prestar assistência médico-hospitalar em quase todas as especialidades,

tendo como público alvo Militares, seus dependentes, funcionários civis e a toda população do Rio Grande do Norte.

Quanto aos seus usuários é composto em sua maioria, por pessoas de baixa renda, entre esses, os militares e seus dependentes. O Hospital dispõe, no seu anexo, do pronto atendimento em três leitos, uma sala de consulta, uma sala de pequena cirurgia e uma que funciona como sala de curativos. Conta ainda com pediatria, ala-mista, duas maternidades, o alojamento conjunto onde são realizados partos normais, e o alojamento conjunto II, onde são realizados partos cesarianos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico onde são realizadas Cirurgias Gerais, UTI – Neo que presta atendimento aos bebês prematuros, baixo peso, ou com problemas patológicos. Cabe observar que a unidade é a primeira pública do Estado do Rio Grande do Norte a ter todas as enfermarias climatizadas.

O Hospital visa atender não só aos militares e seus dependentes, como também a população em geral originária do Sistema Único de Saúde, situação problema criticada ampla e rigorosamente pela maioria dos policiais militares que se sentem prejudicados, principalmente, aqueles oriundos do interior do Estado em virtude da existência de filas intermináveis e freqüentes de pacientes dos serviços de saúde, da falta de leitos hospitalares para atender a demanda crescente da população miliciana, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficiência e eficácia e os baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médico-hospitalares. Conforme fotos abaixo:

Figura 1 - UTI-Adulto



Figura 2 - Laboratório do Hospital



exames, cirurgias e outros procedimentos não realizados a nível local de atendimento, num sistema de referência e contra referência, promover o aumento do

Figura 3 - Enfermaria Pediátrica



Figura 4 - Cidade da Alimentação



Desde a sua fundação até os dias atuais passaram pessoas ilustres comprometidas e envolvidas na luta de conquistar maiores espaços para a Diretoria de Saúde, através da otimização da prestação e da assistência à saúde ao policial militar e seus dependentes, ampliando do número de leitos, adquirindo-se novos e modernos equipamentos, realização de concurso público para ampliação do quadro de Oficiais de Saúde, oferta de novos serviços como a Fisioterapia, Assistência Social, Farmácia de Manipulação e a garantia de dotação orçamentária no Orçamento Geral do Estado. Nomes como o do Coronel Pedro Germano, Coronel José de Anchieta, Coronel Luis Pereira, Coronel José Carlos Passos, Tenente Coronel Eduardo Moura, Coronel Paulo Pinto, Coronel Cleanto Carlos Rêgo, do Coronel Josmar de Castro Alves e do Coronel Kléber Heriberto Monteiro Cavalcanti, devem ser mantidos em destaques em nome da saúde da corporação policial militar.

Anualmente, a Diretoria de Saúde faz em torno de 5500 internações hospitalares, 1800 cirurgias, 45.000 exames laboratoriais, 3.600 ultrassonografias, 7200 exames de Raio X, 85.000 consultas médicas, 25.000 atendimentos odontológicos¹.

A Diretoria de Saúde tem como meta viabilizar e promover a interiorização da saúde, criando Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas sedes dos Batalhões de Polícia Militar no interior do Estado do Rio Grande do Norte para o atendimento exclusivo ao policial militar e seus dependentes, visando melhorar o acesso às ações básicas de saúde, facilitar o encaminhamento a Natal para consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos não realizados a nível local de atendimento, num sistema de referência e contra referência, promover o aumento do

¹ Informações cedidas pela Diretoria de Saúde em abril de 2011.

efetivo do Quadro de Oficiais de Saúde para que a equipe multidisciplinar seja permanente e composta por médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas, veterinários e outros profissionais de nível superior, como também na formação de pessoal auxiliar e administrativo, suprimindo a carência de profissionais de saúde, facilitando o atendimento e evitando o deslocamento desnecessário do policial militar e seus dependentes a capital. A proposta é implantar inicialmente Unidades Básicas de Saúde nas cidades de Caicó, Pau dos ferros, Assú e João Câmara, levando-se em consideração as condições geo-sócio-econômicas e política dessas regiões, seguindo o modelo já implantado na cidade de Nova Cruz.

Para que isso se torne realidade é preciso compromisso profissional, vontade política e realização de parcerias para cumprir o que determina o texto constitucional, pois a saúde é um direito legítimo de todo ser humano, que deve ter um serviço de saúde digno, que o atenda com atenção e respeito em ambiente digno, seguro e adequado, que tenha acesso ao atendimento em tempo razoável para não prejudicar a saúde, com mecanismos ágeis que facilitem a internação hospitalar. Portanto, um atendimento com dignidade humana.

No entanto, o quadro de Oficiais de Saúde e o organograma da Diretoria de Saúde precisam de novas adequações ao momento atual da corporação policial militar, pois conta com 11.000 homens na ativa e 2.110 homens na inatividade em uma situação de verdadeiro estresse, o qual coloca em risco sua própria vida em defesa da sociedade, recebendo todos os seus reflexos, exercendo uma atividade laboral diária que exige esforço físico, jornadas prolongadas em horários os mais diversificados, numa verdadeira imposição de rotina intensa, muitas vezes deixando a família desprotegida em função do local de moradia e baixos salários.

A rotina da atividade policial militar pode levá-los as mais variadas doenças ocupacionais da profissão, com perdas significantes para o seu cotidiano de trabalho e na família. Como conseqüências do exercício policial militar, podem ser observados problemas de saúde como: fadiga nervosa e física, hipertensão, perturbações gastrointestinais, modificação do ritmo cardíaco e respiratório, osteoporose, problemas de coluna vertebral, dores lombares, desidratação, distúrbios psiconeuróticos, distúrbios psicológicos e fisiológicos, alteração do sono, diabetes, tensão, doenças nervosas entre outras.

Este estudo está dividido em cinco capítulos, o primeiro aborda a introdução do trabalho, o segundo apresentará o contexto sócio-histórico da saúde como direito e caracterizando o Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde, além de apresentar a política nacional de descentralização da saúde, preconizada na Constituição Federal de 1988, através dos seus princípios, os quais guiam todo cidadão a uma nova conduta de buscar pela sua efetivação, com ênfase na área militar. O terceiro apresenta a metodologia utilizada para desenvolvimento do estudo.

No capítulo quarto socializará os resultados da pesquisa de campo que visou analisar a viabilidade de interiorização e expansão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Diretoria de Saúde da Polícia Militar no interior (Pau dos Ferros, João Câmara, Assú e Caicó) do Rio Grande do Norte, bem como apresenta ainda uma proposta da descentralização do sistema de saúde, tomando-se por base o sistema vigente ofertado pela Diretoria de Saúde dessa Polícia Militar, realçando as dificuldades enfrentadas na atualidade e apresentando uma nova perspectiva voltada a oferecer uma melhor resolutividade aos problemas da assistência à saúde dos militares e seus dependentes do interior do Estado. E o quinto capítulo aborda as considerações finais.

2. A SAÚDE NA REALIDADE BRASILEIRA FRENTE AO DESAFIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O presente capítulo tem a intenção de contextualizar a trajetória sócio-histórica da saúde pública brasileira, mostrando sua evolução até ao contexto contemporâneo do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado pelo Governo Federal, via Ministério da Saúde no ano de 1988 e legalmente explicitado na Constituição Federal de 1988, servindo ainda de referência técnica.

A reforma do setor da saúde no Brasil, consubstanciada na Constituição de 1988, procurou estabelecer regras pelas quais a saúde seria organizada por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), totalmente comandado e financiado pelo Estado, composto por uma rede descentralizada de prestadores e provedores públicos e privados. (MEDICI, 1999, p.104).

Cabe observar que a Saúde Pública inicialmente cuidava dos aspectos coletivos da sociedade, como as epidemias, controle de alimentos, meio ambiente e a doença em si eram considerados pauta do setor privado, deveria ser de responsabilidade de cada pessoa promover a atenção necessária aquela enfermidade (ROSEN apud CAMPOS, 2006).

A Assistência à saúde do trabalhador no Brasil foi assumida pelo Estado com o processo de industrialização. A assistência médica sempre foi pautada na filantropia e na prática liberal e no final do século XVIII, a saúde já se torna uma reivindicação do setor operário. A saúde, como as demais políticas sociais emerge da chamada Questão Social que nasce com o capitalismo como forma de contradição entre a burguesia e o proletariado, quanto à reprodução da força de trabalho onde a riqueza da primeira gera a pauperização da segunda, pois reflete o avanço dos novos modos de produção social (BRAVO, 2007).

No período da década de 1930, no Governo do Presidente Getúlio Vargas a política de saúde era subdividida entre saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública tinha como eixo principal a criação de condições mínimas para as

populações urbanas e rurais, enquanto que a saúde previdenciária servia apenas para as categorias assalariadas urbanas.

O setor da saúde pública predominou até a década de 1960, onde a partir desta data a medicina previdenciária a sobrepôs, porém esta surgiu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões- IAP's e tinha por objetivo estender cada vez mais os seus benefícios para os assalariados urbanos. A política de saúde se consolidou no período de 1945 a 1950 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, sob o patrocínio da Fundação Rockefeller e até 1964 a assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos (BRAVO, 2000). A partir de 1964, os programas de saúde foram desenvolvidos com base no setor privado, reproduzindo nesta prática as tendências da nova Política Econômica Neoliberal. Tanto a saúde pública quanto à previdenciária assumiram características capitalistas, porém a saúde pública sofreu um declínio, porque não conseguiu acompanhar os avanços.

Aplicando-se o contexto universal, só a partir do advento da II Grande Guerra Mundial é que os governos do velho continente e dos EUA começaram a se preocupar e ver a saúde pública com uma visão social – a partir do “Estado de Bem-Estar Social”.

No entanto, no Brasil verifica-se que antes da criação e implantação do SUS não se tinha uma política pública universal quanto ao acesso gratuito dos serviços de saúde, valendo essa realidade também para a atenção primária nos centros e unidades básicas, visto que os atendimentos gratuitos eram realizados em alguns hospitais públicos e universitários, instituições filantrópicas e/ou nos postos e hospitais de institutos de previdência privada. De acordo com Cohn (2002, p. 67),

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituída pela constituição (art. 196) para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos. As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes.

Cabe ressaltar que em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), ficando os Ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, da Educação e do Trabalho os responsáveis pela execução das ações e dos serviços de saúde.

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o qual era composto pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Central de Medicamentos (CEME). Já em 1979 surgiu então a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde vigente à época, a qual foi discutida pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES).

Nos anos 80, o sistema vigente de saúde pública atendia limitadamente a população brasileira, assegurando o acesso à saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social, gerando com isto – em paralelo com a crise econômica instalada – uma grave comoção nacional com a mobilização da massa populacional lutando pela democratização do país e pela exigência de uma mudança do sistema público de saúde em sua estrutura geral.

Em 1982, ocorreram mudanças significativas implementadas pelo Governo Federal em diversos segmentos daquele sistema de saúde: no tocante a forma de pagamento do setor privado contratado foi introduzida o pagamento por diagnóstico; implementou a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), celebraram-se convênios com os Estados e municípios e recursos foram repassados.

Observou-se a introdução das Ações Integradas de Saúde (AIS), ocorrendo em consequência disso a deflagração do processo de planejamento integrado e articulado pelos setores públicos de saúde, criando-se as Comissões Interinstitucionais – servindo como base aos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

A partir desse cenário revolucionário que surgiu a mudança da conformação do Sistema Público de Saúde, esse processo começando juntamente com a redemocratização do país, sendo a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, o evento mais importante, pois aprovou um relatório que contemplava ações de descentralização da política de saúde pública, a inclusão definitiva da participação popular e uma maior eficiência da gestão local.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se o projeto da Reforma Sanitária, seguindo-se uma proposta de reorientação do sistema de saúde e a querida e almejada implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, pode-se considerar que a 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

Anteriormente a essa mudança, conquistada na Carta Magna em vigor, a saúde no Brasil havia recebido atenção na Constituição de 1934 e, após isso na de 1946. Contudo, ambas de modo sutil e de pouca ou nenhuma valia social.

Em 1988, a nova Constituição Federal Brasileira universalizou o direito ao acesso gratuito à saúde, como estabelecido em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para uma promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990, p.84/5).

Desse modo, visando garanti-lo, o Estado foi incumbido não apenas da regulamentação, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde, mas também da prestação dos serviços que se revelassem necessários por órgãos federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta; por fundações mantidas pelo Poder Público; por entidades filantrópicas; e pela contratação, em caráter complementar, de clínicas, laboratórios e hospitais privados (SERRA, 2001).

Nesse entendimento, quando se refere às mudanças de conduta tomada pelo Governo Federal, a partir da Constituição Federal de 1988:

As inovações no campo da saúde trazidas pela Constituição de 1988 permitem identificar uma ruptura com os princípios que deram sustentação às políticas que tinham caracterizado a trajetória brasileira até então, particularmente ao consagrar o direito à saúde e garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, definindo um novo modelo organizacional para o setor (MENICUCCI, 2006, p. 59).

Nessa esteira, verifica-se o grau de amplitude que as mudanças implementadas pelo Governo Federal desenvolveram utilizando-se da Carta Magna promulgada em 1988, a qual assegura o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça. O processo de urbanização e crescimento do parque industrial possibilitou mudanças no quadro sanitário brasileiro, permitindo o acesso da população a serviços públicos relacionados à saúde. Porém, assiste-se ao aparecimento de doenças que são típicas do setor urbano como, por exemplo, doenças do aparelho circulatório (COHN, 2002).

Conceitualmente tem-se, dentro de um planejamento legalista, que as novas mudanças implementadas em 1988 referem-se a um tipo de sistema formado pela união de várias instituições, abrangendo para isso os três níveis de governo (União, Estados e municípios) e ainda que esse possa ser complementado pelo setor privado contratado/conveniado, embora, quando isso acontece, este passe a atuar com as mesmas normas do serviço público.

Nesse cenário, A Carta Magna de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990) e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

Dessa forma, pode-se verificar que esse Sistema de Saúde Pública segue ainda alguns princípios de acordo com o art. 198 da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Parágrafo único: O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 2010, p. 85).

Através desse caput fica evidente os princípios da Universalidade, da Equidade e da Integridade, tendo-se ainda nesse sentido a Regionalização e a Hierarquização; Resolubilidade; Descentralização; Participação dos cidadãos; Complementaridade do Setor Privado. Sendo assim, todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia dentre outros. A saúde passa a ser direito de cidadania e dever dos governos (nos três níveis), parando de existir os "indigentes" (os desempregados formais).

Todo e qualquer cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades, devendo o SUS tratar igualmente os desiguais. As ações de saúde devem estar voltadas para a prevenção e cura, devendo atender ao cidadão como um ser humano integral.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as

necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da Cidadania. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080, define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- Universalidade - determina que a saúde é um direito de todos, como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

- Equidade - é que todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde, como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em igualdade, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela equidade do SUS que é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

- Integralidade - determina atenção à saúde incluindo tanto os meios curativos quanto os preventivos, tantos individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde (ou de grupos) devem ser levadas em consideração significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades. Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- Hierarquização - entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra referência;

- Participação Popular - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;

- Descentralização Política Administrativa - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

Os objetivos e as atribuições do SUS foram então delimitados tais como:

Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde; fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações visando à saúde do trabalhador; participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde; realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; participar das ações direcionadas ao meio ambiente; formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; formulação e execução da política de sangue e de seus derivados. (BRASIL, 1990).

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de problemas de natureza sócio-econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os Estados e Municípios Brasileiros, pois para que isso ocorra é necessária uma considerável disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível Federal, Estadual e Municipal para viabilizar o sistema.

Desse modo, toda a rede do SUS deve ser regionalizada e hierarquizada, provocando a um melhor conhecimento geral das ações primárias de atenção que se devem desenvolver em nível local, favorecendo e facilitando a epidemiologia, educação sanitária, educação geral em saúde, atendimento ambulatorial e hospitalar geral (todas as complexidades).

Acerca do caráter resolutivo, o SUS deve estar capacitado para enfrentar e resolver qualquer problema de saúde que venha a causar impacto na sociedade, independente do grau de complexidade que o exija.

Com base nessa situação a Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs que regulamentaram a aplicação desta lei.

Para subsidiar a efetivação e o financiamento do SUS foi criado a Norma Operacional Básica- NOB, que trata da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, e que serão mencionadas em outras partes deste texto.

Nessa perspectiva, as responsabilidades ganharam uma redistribuição nos vários níveis do governo, cabendo aos municípios a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde, assim definidos na Lei 8.080 e nas Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde (NOBs).

Cabe ainda citar a necessidade vital da participação da população – representando o Controle Social – através das entidades representativas, atuando na formulação de políticas que visem à saúde e ao controle de sua execução em todos os níveis do governo. Existindo para isso os conselhos de saúde (representando os usuários), governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço, possuindo poder deliberativo como legítimo.

No tocante à complementariedade do Setor Privado, o Sistema Único de Saúde delibera através da CF/88 que quando o setor público for insuficiente, a contratação de serviços privados se dará sob três condições:

A celebração do contrato conforme as normas de direito público; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. (BRASIL, 2010).

Nesse Sentido, o SUS, olhado através de uma perspectiva constitucional, foi criado e implantado com a finalidade de acabarem as desigualdades na assistência à saúde pública, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, proibido a cobrança de dinheiro em qualquer nível. Tem-se ainda a referência de algumas características constitucionais do cidadão brasileiro, que são contemplados pelos princípios do SUS: direito a um serviço adequado e personalizado, direito à informação, direito de participar nas decisões referentes à sua saúde e direito a uma morte com dignidade.

Nesse entendimento, ainda ocorrem o livre acesso às informações sobre a operacionalização dos serviços oferecidos, a melhoria dos sistemas de reclamações – tornando-os mais eficientes. Os serviços ofertados devem ser adaptados à realidade do cidadão, devendo acontecer uma política de reconhecimento e valorização ao profissional da saúde e, finalmente, o desenvolvimento de um processo de descentralização das ações de saúde.

No tocante à Lei Orgânica da Saúde (LOS), conceitualmente essas se referem a duas leis nacionais editadas - Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 – com o objetivo legalista de fazer cumprir o que está escrito na CF/1988, disciplinando a proteção e a defesa da saúde. Essas leis possuem caráter generalista e tem por finalidade esclarecer, direcionar, limitar e orientar as normas que os Estados e municípios venham a elaborar, visando garantir o cuidado da saúde pública.

A LOS lei de nº 8.080 foi votada em 19 de setembro de 1990, dispondo sobre o regulamento das ações de saúde (território nacional) com foco ao gerenciamento e à descentralização, normatizando e disciplinando a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (caráter complementar priorizando as entidades filantrópicas). Essa ainda norteia e assegura a descentralização política e administrativa através da municipalização (ações e serviços de saúde), o qual tem

por características básicas a redistribuição de poder e competências com o direcionamento de recursos aos municípios, cabendo-lhes a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltadas para os seus cidadãos.

Cabe ainda lembrar que a LOS define as áreas de atuação do Sistema Único de Saúde, tratando a questão financeira através da existência de conta específica para os recursos da saúde, cabendo a sua fiscalização da movimentação ao Conselho Municipal de Saúde. Também define os critérios para a transferência dos recursos, os quais são baseados em perfil demográfico, perfil epidemiológico, perfil qualitativo e quantitativo da rede, desempenho técnico, econômico e financeiro e nível de participação orçamentária.

A Lei 8.142, votada em 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade no que se refere à gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Essa Lei Orgânica define as instâncias colegiadas e as formas de participação social, condicionando ainda a ida de recursos financeiros a existência e funcionamento legal de Conselho Municipal de Saúde, em que os níveis governamentais Estados, municípios e DF devem ter Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde e contrapartida de recursos em seus orçamentos – como diretrizes básicas ao recebimento regular e automático dos recursos financeiros para a saúde.

Além dessas duas leis orgânicas, as quais servem de complemento legal à execução formal e delimitada dos artigos contidos na CF/1988, observa-se a existência das Normas Operacionais Básicas, as quais focam a visão estratégica e tática, orientando e conduzindo a operacionalização de todo o sistema SUS, disciplinando-o quanto ao seu poder de implementação e as competências dos três níveis de governo. Visando quase que unicamente o controle da produção dos serviços e seus faturamentos, foram desenvolvidos alguns sistemas de informação de caráter nacional, embora não contemplem uma avaliação do impacto das ações em saúde desenvolvidas nos diversos níveis de governo, ocorrendo a falta de integração entre esses sistemas implantados.

No contexto vigente, ignora-se a importância de se obter dados verdadeiros e legítimos (confiáveis) que possam servir como base às ações de acompanhamento do SUS em todo o território nacional, de forma que se possa ter a produção de trabalhos estatísticos exatos quanto à aplicabilidade do sistema nas diferentes regiões brasileiras – servindo esses de subsídio às tomadas de decisões

visando à adaptabilidade da implantação e manutenção descentralizada das ações de saúde, como também a busca pelo aprimoramento contínuo.

Apresentam-se assim de acordo com os diversos sistemas de informação de Abrangência Nacional, os órgãos responsáveis pelo acompanhamento das ações do SUS:

- CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia),
- DATASUS (Departamento de Informática do SUS),
- SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade),
- SINAN (Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis),
- SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos),
- SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS),
- SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS),
- SIAB (Sistema de Informação sobre Atenção Básica),
- SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações),
- SISVAN (Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional),
- SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos),
- SIGAB (Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica),
- HOSPUB (Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar) e
- CENSO (Levantamento Decenal de Dados Populacionais e Indicadores Sociais).

Numa análise pormenorizada da implantação do SUS, pode-se afirmar que os princípios norteadores desse sistema não atingiram um grau de aplicabilidade satisfatório, embora se torne impossível negar os grandes avanços sociais e constitucionais alcançados na última década, espelhados na conjuntura da descentralização das ações de saúde em nível municipal. Também se sabe que falta muito para atingir um grau máximo de descentralização que consiga levar os serviços de saúde a todos os cidadãos deste país. Conforme entendimento do SUS, a descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

No entanto, uma verdade surge no contexto nacionalizado e universalizado do modelo de atenção à saúde implantada pelo SUS: a atenção à saúde pública no Brasil está centralizada no hospital. Paralelamente a essa retórica, tem-se a certeza que se as *unidades básicas de saúde* funcionassem a contento, conseguiriam resolver aproximadamente 85% dos problemas que afligem a população de uma determinada área populacional.

Para combater esse triste quadro nacional que tende a emperrar todo o sistema SUS, criou-se uma nova proposta baseada no primeiro nível de atenção à saúde: a Atenção Básica, visando reorganizar e readequar todo o funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, desempenhando tarefas que tendem a dirimir com os graves problemas da atualidade, como presença de grandes filas nos hospitais de referência, o processo autodestrutivo da automedicação ao qual a população brasileira se submete historicamente, dentre outros.

Assim, como define a Norma Técnica/2006 quanto à conceituação e o desenvolvimento do Pacto pela Saúde 2006:

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 a 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.

O Pacto pela Saúde 2006 é um projeto do CONASS e surgiu como uma das prioridades ao Pacto pela Vida 2006, o qual cita veementemente o Fortalecimento da Atenção Primária/básica em nível nacional – visando com isso o atendimento a vários objetivos baseados no Pacto de Gestão e ainda o surgimento, em consequência disso, da Política Nacional de Atenção Básica.

Essa nova e atual diretriz lança mão de uma nova reordenação dos conceitos delimitadores e normatizadores, os quais visam uma nova ordenação da

atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Política Nacional de Atenção Básica aborda de maneira clara os Princípios, os fundamentos, as áreas de atuação da Atenção Primária, as competências e responsabilidades de cada nível de gestão, a estratégia da Saúde da Família (atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, e Agentes Comunitários de Saúde).

Por síntese percebe-se que o Brasil dispõe de uma legislação pertinente à questão saúde pública, a qual tem uma posição legal fundamentada na Constituição Federal. Contudo, a sua aplicabilidade descentralizada e fundamentada nos municípios demonstra um papel árduo à universalização e efetivação das ações de saúde.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a construção desse estudo foi através desse estudo foi a observação indireta registrada em diário de campo, aplicação de questionário junto ao efetivo dos respectivos municípios supracitados com um total de amostra de 320 policiais militares alocados no interior do estado do RN, pesquisa bibliográfica em autores como Cohen (2002, 2005), Medici (1999), Almeida (2002), Bravo (2007), além do aparato jurídico da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Política Nacional de Saúde (PNS), Constituição Federal Brasileira de 1988 dentre outros.

Neste estudo o tipo de pesquisa é classificado como exploratória, descritiva e de campo. A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem a) Levantamento bibliográfico; b) Entrevistas e c) Análise de exemplos que "estimulem a compreensão". Já na pesquisa descritiva o objetivo primordial é a descrição das características de uma determinada população, os fenômenos, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionário e a observação sistemática. (GIL, 1999).

Cabe, portanto, lembrar que o público alvo desta pesquisa se constituiu dos policiais militares do 6º, 7º e 11º Batalhão da Polícia Militar e 2ª Companhia Independente de Polícia, respectivamente em Caicó, Pau dos Ferros, Assú e João Câmara.

Assim, o estudo de campo foi realizado em março de 2011, focalizando a comunidade Policial Militar (Oficiais e Praças) do interior do RN do 6º, 7º e 11º BPM, além da 2ª CIPM, observamos que o campo de pesquisa funciona como recorte em que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções técnicas que fundamenta o objeto da investigação.

Assim, o processo de investigação foi desenvolvido através de:

✚ Observação direta em visita direta aos municípios citados, pois enquanto pesquisadores tiveram a experiência direta com a situação objeto de

estudo, tornando os resultados pesquisados mais fidedignos, afastando-se o risco do subjetivismo na análise e interpretação dos dados;

✚ Aplicação de Questionários com perguntas abertas e fechadas com os policiais militares sediados nesses batalhões. Cabe conceituar o questionário a partir da concepção de Barros, Lehfeld (2007, p. 106) “o questionário é instrumento mais usado para o levantamento de informações. Não está restrito a uma quantidade de questões, porém aconselha-se que não seja muito exaustivo, para que não desanime o pesquisado”.

O universo da amostra da pesquisa foi composto por 330 policiais militares. O tipo de amostragem foi aleatória simples que segundo Gil (1999, p. 101) “a amostragem aleatória simples é o procedimento básico da amostragem científica [...]. Consiste em atribuir a cada elemento da população um número único para depois selecionar alguns desses elementos de forma casual”.

✚ Pesquisa e análise documental, visando mapear o efetivo de profissionais da saúde da polícia do Estado, estrutura, recursos, dentre outras questões.

✚ Elaboração e registro no Diário de Campo – no qual foram registrados todos os procedimentos realizados na pesquisa de campo, instrumento no qual recorreremos em qualquer momento da rotina do trabalho realizado. Nele se constrói detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Quanto mais ricas forem as anotações no Diário, maior será o auxílio que este oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado.

A análise e interpretação dos dados foram de cunho qualitativo e quantitativo, visando responder aos objetivos propostos no estudo, pois, na opinião de Gil (1999), o pesquisador realiza a pesquisa com o objetivo de obter o material necessário à investigação.

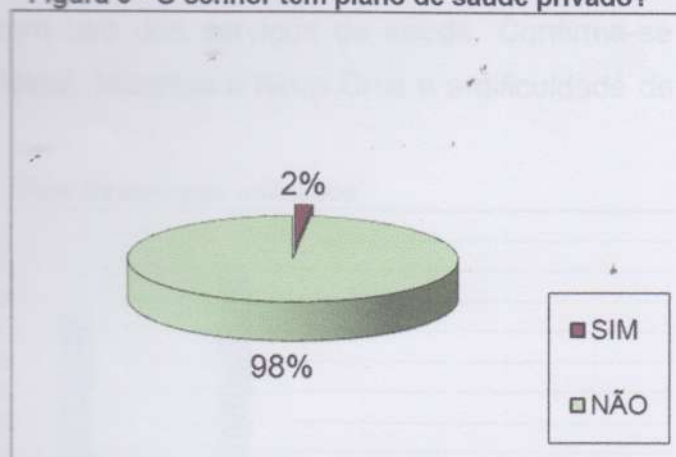
Nesse sentido, o capítulo seguinte irá apresentar a pesquisa de campo, que analisou a importância da viabilidade de implantação e expansão das Unidades Básicas de Saúde da Diretoria de Saúde da Polícia Militar no Interior do Rio Grande do Norte nas sedes dos Batalhões de Polícia Militar em Caicó, Pau dos Ferros, João Câmara e Assú.

4. A VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA DIRETORIA DE SAÚDE DA POLÍCIA MILITAR NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE

Este capítulo tem por objetivo apresentar os resultados da pesquisa de campo mostrando a importância da viabilidade e expansão das Unidades Básicas de Saúde da Diretoria de Saúde da Polícia Militar no Interior do Rio Grande do Norte na sede dos Batalhões de Polícia Militar em Caicó (6º BPM), Pau dos Ferros (7º BPM), Assú (11º BPM) e na 2ª Companhia Independente localizada na cidade de João Câmara mostrando a delimitação e definindo a área de abrangência territorial de atuação, apresentar a infraestrutura básica necessária, os recursos humanos (quantidade, qualificação e disponibilidade), os recursos financeiros, as instalações físicas, os equipamentos, os materiais de consumo e os programas e atividades de saúde a serem executadas e desenvolvidas, visando assim à expansão da descentralização dos atendimentos em Natal, Mossoró e Nova Cruz.

4.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Figura 5 - O senhor tem plano de saúde privado?

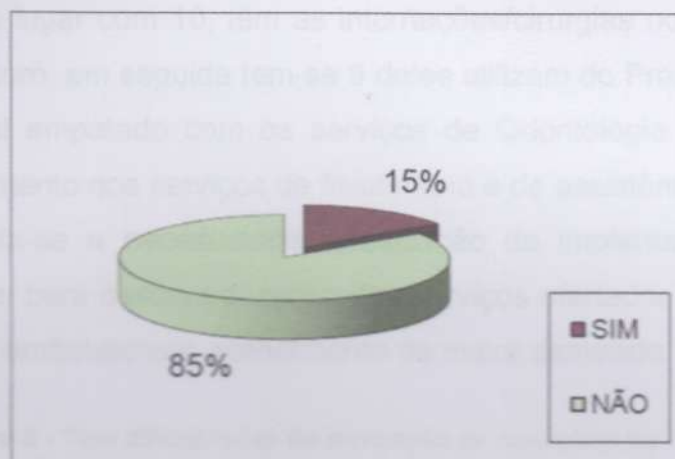


Fonte: Aplicação de questionários para policiais militares, março de 2012

De acordo com os dados apresentados, observou-se que a maioria do contingente militar (98%) não dispõe de cobertura de plano de saúde privado. Apenas 2% possuem, confirmando-se assim uma realidade que é dependente dos

meios de saúde ofertados na rede pública e dos serviços oferecidos pela Diretoria de Saúde Militar.

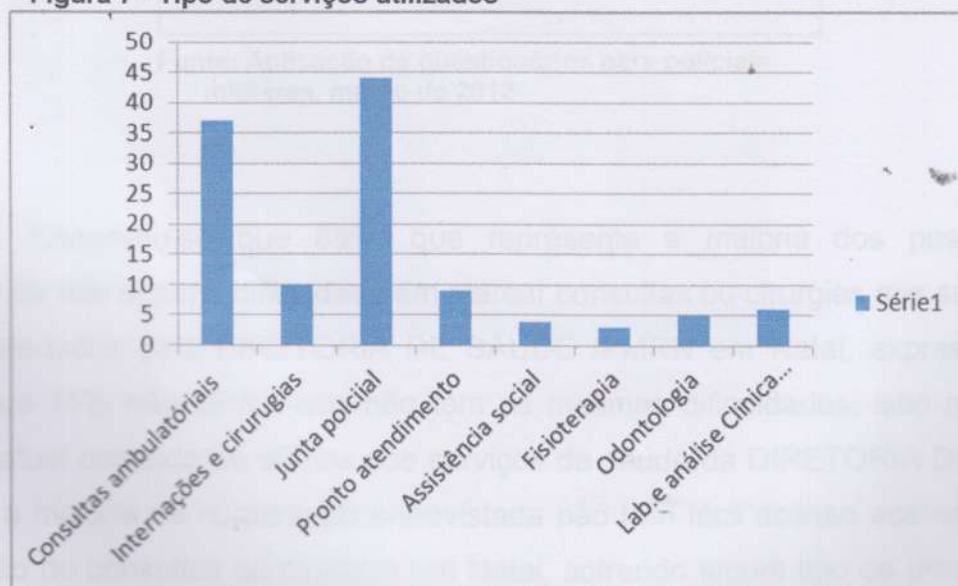
Figura 6 - O senhor ou dependentes já usou os serviços da PMRN?



Fonte: Aplicação de questionários para policiais militares, março de 2012

Conforme observação dos dados expostos percebe-se que a maioria do contingente militar (85%) não utilizou qualquer serviço de saúde ofertado pela Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Rio Grande do Norte; 15% dos pesquisados afirmam que fizeram uso dos serviços de saúde. Confirma-se o difícil acesso, a centralização em Natal, Mossoró e Nova Cruz e a dificuldade de deslocamento pela distância.

Figura 7 - Tipo de serviços utilizados

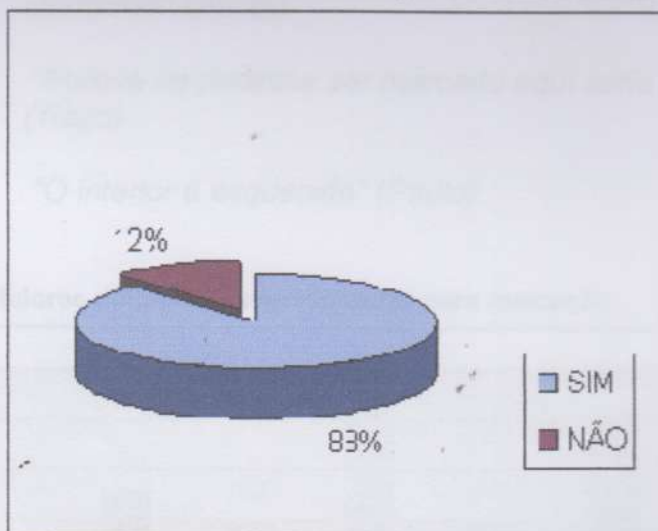


Fonte: Aplicação de questionários para policiais militares, março de 2012

Observou-se que dos serviços de saúde disponibilizados, 37 dos militares pesquisados aponta as consultas ambulatoriais efetuadas no Centro Clínico da PMRN em Natal e Mossoró; em segundo lugar, 44 têm a utilização da JPMS em Natal, em terceiro lugar com 10, têm as internações/cirurgias no HCCPG em Natal ou HRM em Mossoró; em seguida tem-se 9 deles utilizam do Pronto Atendimento no HCCPG em Natal empatado com os serviços de Odontologia em Natal. Não há registro de atendimento nos serviços de fisioterapia e de assistência social.

Constata-se a necessidade viabilização da implantação das Unidades Básicas de Saúde, para descentralização dos serviços ofertados e atenção especial para as consultas ambulatoriais, atendimento de maior demanda.

Figura 8 - Tem dificuldades de marcação de consultas na PMRN?



Fonte: Aplicação de questionários para policiais militares, março de 2012

Observou-se que 88%, que representa a maioria dos pesquisados, afirmam ter tido alguma dificuldade em marcar consultas ou cirurgias nos serviços de saúde ofertados pela DIRETORIA DE SAÚDE /PMRN em Natal, expressando-se ainda que 15% não afirma que não têm as mesmas dificuldades, isso representa que no atual contexto de ofertas dos serviços de saúde da DIRETORIA DE SAÚDE /PMRN a maioria da corporação entrevistada não tem fácil acesso aos serviços de marcação de consultas ou cirurgias em Natal, sofrendo algum tipo de dificuldade, o

que impede a resolução dos problemas clínicos ambulatoriais e de cirurgia; concluindo-se que essa oferta é não eficiente e suficiente.

Cabe ressaltar que quando lhes perguntado os motivos dessas dificuldades, obtivemos os seguintes depoimentos:

"Porque é mais difícil para chegar a Natal e marcar a consulta"(Carlos)

"A longa distância entre Natal e a minha cidade" (José)

"Apenas a distância impede" (João)

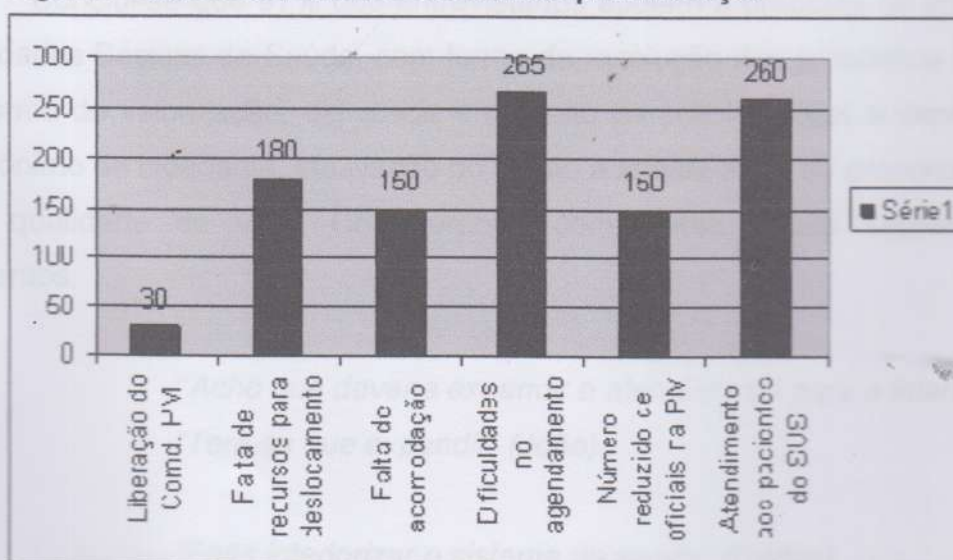
"O deslocamento e o horário de marcação de consulta" (Batista)

"Distante entre Caicó e Natal, número de pessoas a serem atendidas" (Jonas)

"Porque se pudesse ser marcado aqui seria melhor e mais fácil" (Tiago)

"O interior é esquecido" (Paulo)

Figura 9 - Maiores dificuldades encontradas para marcação

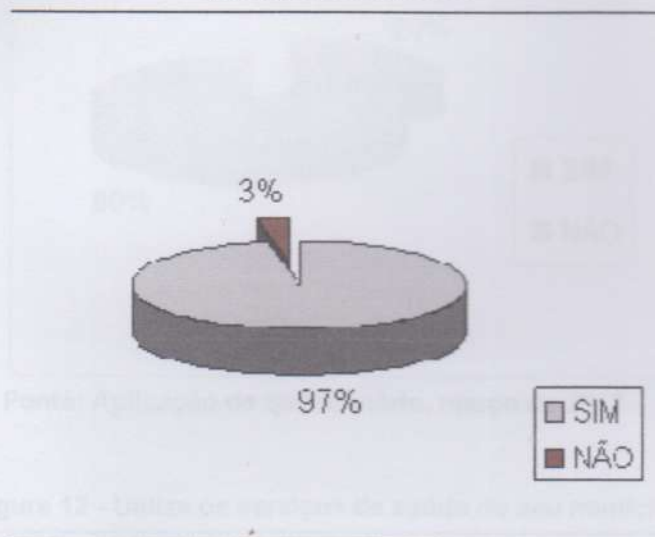


Fonte: Aplicação de questionários para policiais militares, março de 2012

Observou-se que a maior dificuldade está no processo de agendamento, em seguida tem a questão dos atendimentos aos pacientes do SUS, outro dado importante é em relação as questões sobre acomodação e recursos para se deslocar da sua cidade para poder utilizar os serviços de saúde ofertados pela

PMRN, isso é uma realidade preocupante tendo em vista que a saúde é um direito de todos como já exposto no capítulo um deste estudo.

Figura 10 - Concorda que a PM deveria expandir os serviços de saúde para a sede dos Batalhões dos interiores do RN?



Fonte: Aplicação de questionários para policiais militares

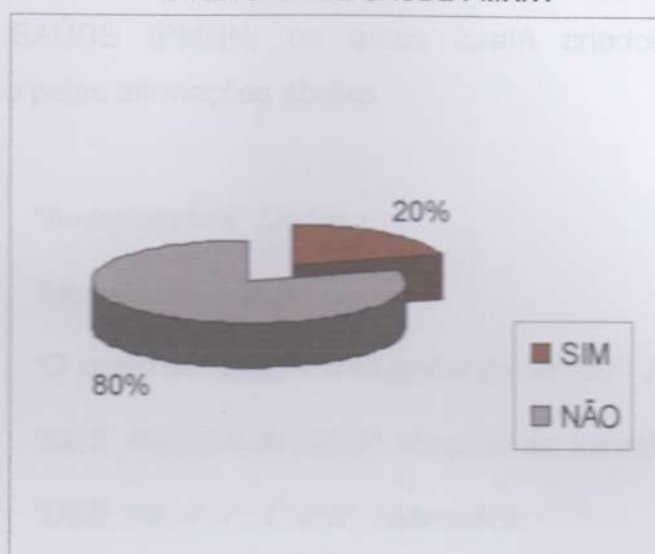
Conclui-se que 97% dos entrevistados apoiam a proposta de implantação das Unidades Básicas de Saúde, com forma de resolução dos problemas de saúde, como forma de valorização, dignidade e respeito ao policial militar e dependente e com sinônimo de cidadania, efetivação do direito à saúde, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida. Corroborando com esses dados seguem alguns depoimentos:

"Acho que deveria expandir o atendimento para o interior" (José)

"Tem-se que expandir" (João)

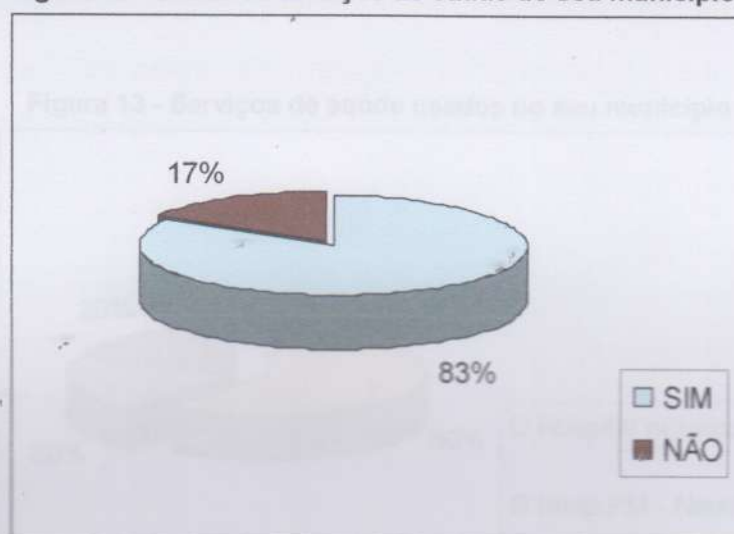
"Falta interiorizar o sistema de saúde" (Carlos)

Figura 11 - Está satisfeito com a assistência à saúde oferecida pela DIRETORIA DE SAÚDE PMRN?



Fonte: Aplicação de questionário, março de 2012

Figura 12 - Utiliza os serviços de saúde do seu município?



Fonte: Aplicação de questionário, março de 2012

Com base nos dados apresentados percebe-se que 83% dos pesquisados afirmam utilizar os serviços de saúde existentes em cada município de lotação como postos de saúde e hospitais públicos, demonstrando uma dependência quase em sua totalidade dos serviços de saúde municipal, por inexistência de Unidades Básicas de saúde da DIRETORIA DE SAÚDE PM/RN e pela falta de acesso aos serviços ofertados em natal e Mossoró. Conclui-se assim que existe uma grande

demanda reprimida nas diversas especialidades da medicina, odontologia, enfermagem dentre outros no interior do Estado sem o suporte dos serviços da DIRETORIA DE SAÚDE /PMRN, os quais foram criados para atendê-los, confirmando-se isso pelas afirmações abaixo:

"Ambulatoriais" (João)

"Hospital Regional". (José)

"O posto do bairro e o Hospital do Seridó". (Carlos)

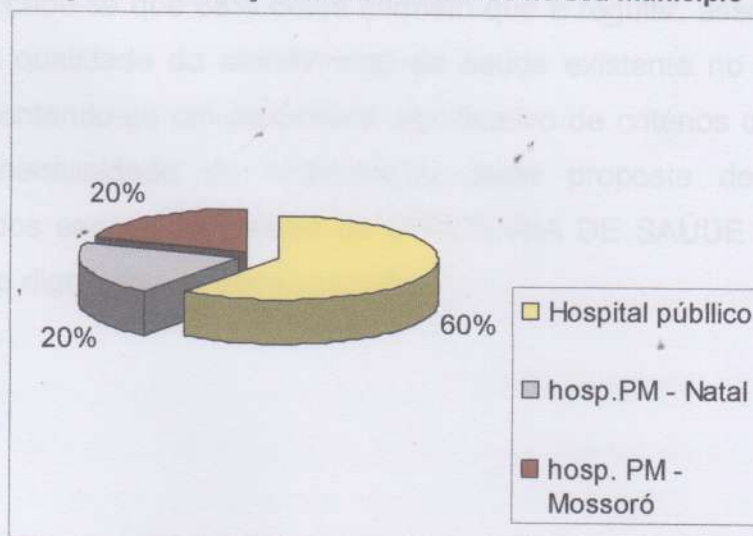
"SUS, Hospital do SESP, Hospital do Seridó". (Hugo)

"UBS, Paulo VI, Caicó". (Abraão)

"Atendimento odontológico" (Batista)

"Clínica Geral, ortopédica". (Jonas)

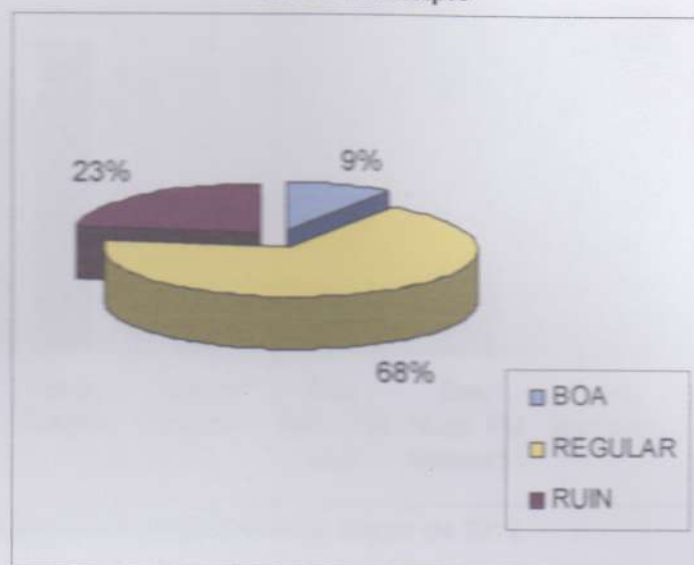
Figura 13 - Serviços de saúde usados no seu município



Fonte: Aplicação de questionário, março de 2012

Conforme os dados expressos pode-se observar que a maioria com 60% dos policiais militares usam o hospital público quando precisa de atendimentos de saúde, e 20% deles estão se dirigindo para natal e a outra parte com 20% também estão indo para Mossoró conforme sua localização.

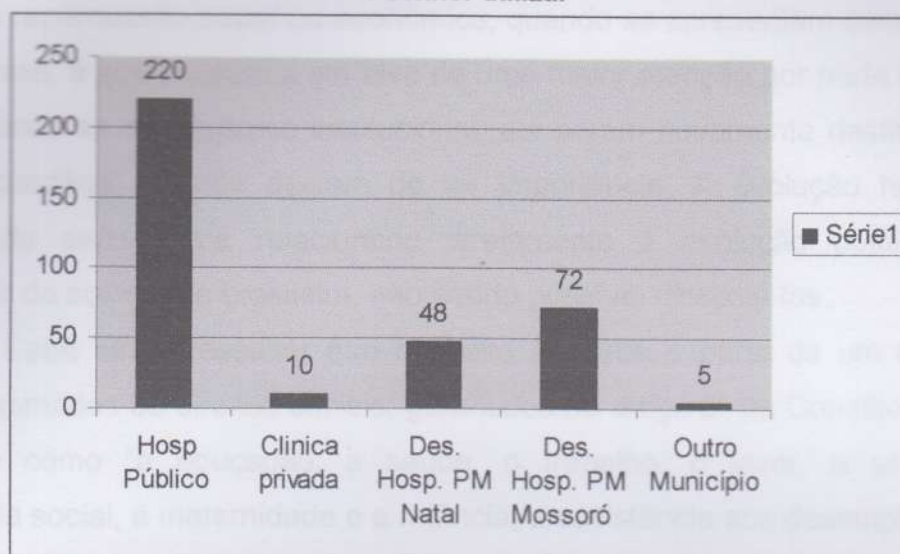
Figura 14 - Nível de qualidade desses serviços de saúde do seu município



Fonte: Aplicação de questionário, março de 2012

Quando indagados em relação a qualidades dos serviços destes municípios, percebe-se que 68% deles afirmam que é regular, assim, a maioria dos pesquisados a qualidade do atendimento de saúde existente no município é não satisfatória, apontando-se um percentual significativo de critérios desfavoráveis, no que urge a necessidade de implantação desta proposta de implantação e interiorização dos serviços de saúde da DIRETORIA DE SAÚDE /PMRN, visando oferecer acesso digno àquela população-alvo.

Figura 15 Na ausência do atendimento de saúde da PM em seu município, o senhor utiliza:



Fonte: Aplicação de questionário, março de 2012

Como os dados mostram que a ausência dos serviços de saúde no seu município os policiais acabam outras formas para cuidar, prevenir e/ou combater algum problema de saúde, então 220 deles se submetem a procurar o setor público o qual se sabe que na realidade do Brasil se encontra cada vez mais com sérios problemas, os quais geram a superlotação, as longas filas de espera e o agravamento dos problemas de saúde em muitos casos.

O sistema de saúde no Brasil vive uma crise rotineira, podendo ser observada através de fatos amplamente divulgados e conhecidos pela mídia como: 1º) Filas intermináveis e freqüentes de pacientes nos serviços de saúde; 2º) Falta de leitos hospitalares para atender a demanda carente da população; 3º) Escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; 4º) Atraso no repasse dos pagamentos feitos pelo Ministério da Saúde aos serviços conveniados; 5º) Baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médico-hospitalares; 6º) Aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; 7º) Denúncias de abuso cometido pelos planos privados de saúde e pelos seguros de saúde.

Nesse contexto, a saúde nunca ocupou um plano central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada em segundo plano, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação dos recursos direcionados ao setor saúde.

Somente nos momentos em que os problemas de saúde se tornam foco de grande repercussão social ou econômica, quando se apresentam como endemias ou epidemias, é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se em discurso institucional, até serem novamente destinados a um plano secundário, quando deixam de ter importância. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los.

Cabe ainda ressaltar que o direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, garantidos no artigo 6º da Constituição, o qual os define como "a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, à maternidade e a Infância, a assistência aos desamparados, [...]" e que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas.

No entanto, no Brasil o direito a saúde só foi reconhecido com a Constituição de 1988 em seu artigo 196. Antes disso o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, as outras pessoas tendo acesso a esses serviços como favor e não como um direito.

4.2 A PROPOSTA DE EXPANSÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA DIRETORIA DE SAÚDE DA POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE

Diante dessa realidade exposta, surge a proposta é a implantação das Unidades Básicas de saúde, visando melhorar a assistência à saúde de forma integral, possibilitando a resolução dos problemas de saúde com mais celeridade e agilidade, mais próximo dos policiais militares e seus dependentes, evitando deslocamentos desnecessários, com ações preventivas de custo baixo e um sistema de referência e contra referência que possam ser encaminhados os casos mais complexos.

a) Unidade Básica de Saúde Cel Josmar de Castro Alves - Município Sede-Caicó, com área de Abrangência 6º Batalhão de Polícia Militar, 3ª Companhia Independente de Polícia Militar, 5ª Companhia Independente de Polícia Militar, 4ª Companhia Independente de Polícia Militar. Seu público alvo seria Militares (1.357) e seus Dependentes e Pensionistas (10.856), que atingi um total de 12.213, Municípios Abrangidos- 42 (quarenta e dois), conforme quadro a seguir:

Quadro 1: Área de abrangência dos atendimentos da Unidade Básica de Saúde Cel Josmar de Castro Alves

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	MUNICIPIOS
6º Batalhão de Polícia Militar	Caicó, Cruzeta, Jardim do Seridó, Ouro Branco, São José do Seridó, Jucurutu, Florânia, Tenente Laurentino Cruz e Santana do Mato.
3ª Companhia Independente de Polícia Militar	Currais Novos, Parelhas, Acari, Bodó, Carnaúba dos Dantas, Cerro Corá, Equador, Lagoa Nova, Santana do Seridó e São Vicente.
5ª Companhia Independente de Polícia Militar	Jardim de Piranhas, Serra Negra do Norte, São João do Sabugi, Ipueira, São Fernando e Timbaúba dos Batistas
4ª Companhia Independente de Polícia Militar	Santa Cruz, Tangará, Campo Redondo, Cel Ezequiel, Jaçana, Japi, Lajes Pintada, São Bento do Traíri, Sítio Novo, Barcelona, Bom Jesus, Lagoa de Velhos, Rui Barbosa, São Pedro, São Tomé, São Paulo do Potengi, Senador Elói de Souza e Serra Caiada.

Fonte: Pesquisa de campo, março de 2012.

b) Unidade Básica de Saúde Cel Cleanto Carlos Rêgo, Município Sede- Pau dos ferros, com área de Abrangência do 7º Batalhão de Polícia Militar, população atendida Militares (665), Dependentes e Pensionistas- 5.320 que totaliza-se 5.985, os municípios abrangidos seriam trinta e cinco, com base no quadro a seguir:

Quadro 2: Área de abrangência dos atendimentos da Unidade Básica de Saúde Cel Cleanto Carlos Rêgo

ÁREA DE ABRANGÊNCIA	MUNICIPIOS
7º Batalhão de Polícia Militar	Pau dos ferros, Água Nova, Cel João Pessoa, Doutor Severiano, Encanto, Francisco Dantas, José da Penha, Luiz Gomes, Major Sales, Paraná, Portalegre, Rafael Fernandes, Riacho da Cruz, Riacho de Santana, São Francisco do Oeste, São Miguel, Tabuleiro Grande, Venha Ver, Viçosa, Patu, Almino Afonso, Umarizal, Frutuoso Gomes, Lucrecia, Martins, Messias Targino, Olho D'água dos Borges, Rafael Godeiro, Serrinha dos Pintos, Alexandria, Antônio Martins, João Dias, Marcelino Vieira, Pilões e Tenente Ananias.

Fonte: Pesquisa de campo, março de 2012.

c) Unidade Básica de Saúde Cel Marcos Dias Leão, município Sede – Assú, com área de Abrangência do 10º Batalhão de Polícia Militar, 1ª Companhia Independente de Polícia Militar, sua população atendia Militares (847) e seus dependentes e

pensionistas (6.776) que seu total é de 7.623, os municípios Abrangidos Vinte e um, conforme quadro a seguir.

Quadro 3: Área de abrangência dos atendimentos na Unidade Básica de Saúde Cel Marcos Dias Leão

ÁREA DE ABRAGÊNCIA	MUNICIPIOS
10º Batalhão de Polícia Militar	Assu, Alto do Rodrigues, Carnaubais, Ipanguaçu, Itajá, Porto do Mangue, São Rafael, Angicos, Lajes, Afonso Bezerra, Fernando Pedrosa, Pedro Avelino, Campo Grande, Janduis, Paraú e Triunfo Potiguar.
1ª Companhia Independente de Polícia Militar	Macau, Pendências, Guamaré, Galinhos e Jandaíra.

Fonte: Pesquisa de campo, março de 2012.

d) Unidade Básica de Saúde Cel Antônio Cabral - Município Sede- João Câmara, com área de Abrangência da 2ª Companhia Independente de Polícia Militar, atendidos Militares (728), dependentes e pensionistas (5.824) seu total seria de 6.552, os municípios abrangidos dezenove, com base no quadro a seguir.

Quadro 4: Área de abrangência dos atendimentos na Unidade Básica de Saúde Cel Antônio Cabral

ÁREA DE ABRAGÊNCIA	MUNICIPIOS
2ª Companhia Independente de Polícia Militar	João Câmara, Bento Fernandes, Caiçara do Norte, Caiçara do Rio dos Ventos, Ielmo Marinho, Jardim de Angicos, Maxaramanguape, Parazinho, Pedra Grande, Pedra Preta, Poço Branco, Pureza, Riachuelo, Rio do Fogo, Santa Maria, São Bento do Norte, São Miguel do Gostoso, Taipú e Touros.

Fonte: Pesquisa de campo, março de 2012.

Cabe ressaltar que a missão das Unidades Básicas de Saúde se constitui em fomentar e desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo saúde-doença, através de ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde em defesa da qualidade de vida do policial militar e seus dependentes, tendo em vista que as Unidades Básicas de Saúde realizam atendimento de caráter primário, atendendo de forma programada, ou não, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), podendo oferecer assistência odontológica, farmacêutica e de outros profissionais de saúde de nível superior.

Para o Ministério da Saúde (1990, p.8), a Unidade Básica de Saúde - UBS é

Destinada a prestar assistência à saúde a uma população determinada contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente composta por médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros e assistentes sociais, pessoal auxiliar e pessoal administrativo.

A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas e outros profissionais de saúde, caracterizando-se como porta de entrada regular de um sistema hierarquizado e local de saúde, por ter território definido, com uma população delimitada, sob sua responsabilidade, por intervenção sobre os fatores de risco que a corporação militar e seus familiares está exposta, assistência permanente e de qualidade, por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Cabe ressaltar que a implantação das Unidades Básicas de Saúde é baseada em critérios geográficos, demográficos e políticos englobando aspectos econômicos, sociais e culturais, tendo em vista que suas áreas prioritárias, desenvolvidas por estas Unidades são 1) saúde da mulher; 2) saúde bucal; 3) saúde do trabalhador; 4) saúde mental; 5) doenças sexualmente transmissíveis/AIDS; 6) saúde do idoso.

Quando as atribuições da equipe multiprofissional nas unidades básicas de saúde está baseada em funções que envolve a assistência nas Unidades Básicas de Saúde deve ser pautada pelo contato humano de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano.

A postura de acolhimento é de atender a todos os policiais militares e seus dependentes, assumindo a postura de escutar e dar resposta adequada a cada usuário. Uma relação cidadã, humanizada e harmoniosa. Há, portanto, o estabelecimento de responsabilidade pela saúde dos indivíduos e a constituição de vínculos entre os profissionais e os pacientes.

Dessa forma, fica definida que a formatação do trabalho será a partir da instituição de equipes multiprofissionais, efetivando o trabalho solidário e compartilhado com profissionais dentro do perfil e jornada de trabalho, que atendam

as necessidades de saúde com qualidade e resolutividade, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe. As equipes inseridas nas Unidades Básicas de Saúde deverão ser compostas no mínimo por um médico, um dentista e um enfermeiro, além do pessoal de apoio. Poderá haver uma proposta de rediscussão das equipes e ampliá-las onde se fizer necessário, após uma avaliação adequada, promovendo a inserção de psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e farmacêuticos.

Nesse sentido, para promover a organização dos grupos de trabalhos é fundamental definir as atribuições dos diversos profissionais de saúde e diversas especialidades dentro das Unidades Básicas de Saúde, levando-se em consideração as diversas realidades locais.

a) Atribuições do Médico

- Realizar consultas e procedimentos, quando indicado ou necessário nas unidades de saúde ou domicílio do usuário.
- Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia, cardiologia, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos para fins de diagnósticos.
- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde).
- Encaminhar, quando necessário, os pacientes a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referências, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico, proposto pela referência.
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar.
- Participar das atividades de educação permanente.
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade básica de saúde.
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.
- Manter registro dos pacientes examinados e tratados.

b) Atribuições do Dentista

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para planejamento e programação de saúde bucal.
- Realizar os procedimentos clínicos (Exames clínicos, radiografias, exodontias, restaurações em amálgama e resinas fotopolimerizadas, raspagem de tártaro e remoção de placa bacteriana, aplicações tópicas de flúor), inclusive atendimentos de urgências.
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todos os policiais militares e dependentes e a grupos específicos (diabéticos, cardiopatas, gestantes e idosos).
- Encaminhar e orientar os usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência.
- Coordenar e participar de ações coletivas e palestras educativas em saúde bucal.
- Contribuir e participar da educação continuada do THD e ACD.
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários ao adequado funcionamento da odontologia.
- Prescrever e administrar medicamentos, determinando a via, para tratar ou prevenir afecções dos dentes e da boca.
- Manter registro dos pacientes examinados e tratados.
- Fazer perícia odonto-administrativas, a fim de fornecer atestados de capacidade física para admissão de pessoal na corporação policial militar.
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.

c) Atribuições do Enfermeiro

- Desenvolve ações de programação e avaliação das atividades de enfermagem.
- Delega e distribui tarefas para os funcionários.
- Supervisiona a equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) e as atividades realizadas.
- Responsável pela provisão e previsão de material e equipamentos necessários às ações de enfermagem.
- Elabora e atualiza procedimentos, rotinas e normas de enfermagem.
- Revisa periodicamente o registro de dados e os sistemas de comunicação.
- Avalia a assistência prestada ao policial militar e seus dependentes.
- Responsável pela capacitação das equipes de enfermagem.
- Promove ações educativas com os usuários durante as consultas.
- Realiza visitas domiciliares e trabalhos de grupos.
- Participa das equipes de vigilância epidemiológica.
- Promove a vigilância à saúde supervisionando a convocação de usuários com agravos, de acordo com a necessidade de saúde identificada(crianças desnutridas com baixo desenvolvimento, que faltaram a vacinação, diabético que não retornou para tratamento).

d) Atribuições do Fisioterapeuta

- Realizar atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas, pacientes acamados ou impossibilitados, encaminhando-os para os serviços de maior complexidade quando necessário.
- Integrar a equipe de vigilância sanitária.
- Realizar condicionamento físico, exercícios de relaxamento e orientações de como a gestante deve proceder no pré e pós parto para que ela possa retornar as atividades normalmente.
- Desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade, para que o idoso consiga realizar suas atividades de forma independente.

- Promover ações terapêuticas preventivas a instalações de processos que levam a incapacidade laborativa.

e) Atribuições do Fonoaudiólogo

- Triagem para identificação e acompanhamento de pacientes com gagueira, deslexia, deficiência auditiva.
- seleciona e adapta aparelhos para corrigir a função auditiva e pode habilitar ou reabilitar deficientes auditivos.
- Soluciona problemas relacionados á: sucção, mastigação, deglutição, respiração, posicionamento da língua de modo errado, dificuldade ou impossibilidade de deglutir alimentos de forma segura que são chamadas de disfagias.

f) Atribuições do Psicólogo

- Atendimento clínico individual.
- Palestras e atividades educativas.
- Terapias de grupo.
- Atendimento domiciliar.
- e) Tratamento de depressivos e ansiosos.

g) Atribuições do Assistente Social

- Encaminhar providências, prestar orientações e informações aos policiais militares e dependentes.
- Desenvolver ações sócio-educativas e culturais, através de oficinas, palestras, dinâmicas de grupo. Há também a realização de atividades como eventos com idosos, planejamento familiar, grupos de diabéticos e hipertensos, adolescentes etc.
- Realizar atendimento individual de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de saúde.
- Emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço social.
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social para subsidiar as ações da Unidade Básica de Saúde.

- Avaliar as condições de moradia, saneamento básico, educação, lazer, segurança, transporte, trabalho, entre outros aspectos relacionados as condições de vida dos policiais militares e seus dependentes.

h) Atribuições do Nutricionista

- Prestar assistência e educação nutricional coletiva ou individual a pacientes sadios ou enfermos, visando à prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde.
- Palestras educativas de práticas alimentares saudáveis.
- Consultas clínicas.

i) Atribuições do Farmacêutico

- Participam no processo de aquisição, recebimento, controle de estoque e dispensação de medicamentos.
- Faz levantamento mensal dos usuários dos programas de hipertensos e diabéticos.
- Faz levantamento dos usuários que não compareceram ao último retorno agendado.
- Padroniza a lista de medicamentos usados nas Unidades Básicas de Saúde.
- Fiscaliza a coleta de exames laboratoriais.

j) Atribuições do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem

- Realizar todos os procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão nas Unidades Básicas de Saúde e, quando necessário, no domicílio do paciente.
- Ajudar na fiscalização do consumo dos insumos e solicitá-los quando necessário.

l) Atribuições do Técnico de Higiene Bucal

- Realizar a conservação e a manutenção dos equipamentos odontológicos.
- Fiscalizar o consumo dos insumos para solicitá-los quando necessário.

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais.

m) Atribuições do Auxiliar de Consultório Dentário

- Proceder à desinfecção e a esterilização de materiais e instrumentais utilizados.
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários usados nos atendimentos.
- Organizar a agenda clínica.
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.

Nesse sentido, as unidades Básicas de Saúde a serem implantadas nos Batalhões de Polícia do Interior do Estado do Rio Grande do Norte nos municípios de Caicó, Pau dos Ferros, João Câmara e Assú serão de atendimento exclusivo ao policial militar e seus dependentes, onde deverá ser resolvida a maioria dos problemas de saúde, com qualidade. Tendo em vista que o atendimento será de atenção primária de saúde, portanto, prioritário, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento dos serviços de média e alta complexidade. Estas Unidades Básicas de Saúde estando bem estruturadas reduzirá as filas nos Centros Clínicos e Hospitais da polícia Militar em Natal e Mossoró, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia.

Os problemas mais comuns de saúde passam a ser resolvido nas UBS, deixando os ambulatorios especializados dos Centros clínicos e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação do usuário e utilização mais racional dos recursos existentes. Pois, Cada Unidade Básica de Saúde implantada é responsável pela saúde de todos os policiais militares e dependentes de uma determinada região, chamada área de abrangência. Todo o planejamento das ações de saúde será voltado para esta comunidade, entendendo as situações demográficas e socioeconômicas.

Cabe considerar que será o primeiro local de atendimento, é mais rápido, mais próximo de sua localidade e o que tem condições de resolver a maioria das suas necessidades. Quando necessitar de atendimento especializado, o paciente será encaminhado para Natal e/ou Mossoró. O atendimento é realizado com

agendamento prévio e na possibilidade de cada serviço oferecido. Em casos agudos como febre, dor, falta de ar, o atendimento é no dia.

A atenção básica é entendida como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, bem como as ações clínicas de tratamento e reabilitação dos problemas de saúde, fundamentais para a resolutividade deste nível de atenção. Os principais serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde são:

- Consultas médicas (clínica médica, pediatria, ginecologia, cardiologia); Odontologia (exames clínicos, exodontias, restaurações em amálgama e resinas fotopolimerizadas, limpeza de tártaro e remoção de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, atendimentos de urgências dentre elas pulpites, hemorragias dentárias, palestras educativas e visitas domiciliares).
- Consultas em enfermagem; atendimento de fisioterapia, através da aplicação de meios terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem, na promoção e na educação à saúde, atendimento domiciliar em pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas, pacientes acamados ou impossibilitados para verificação das limitações físicas e a partir daí proceder os encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso ou até mesmo encaminhamentos para serviços de maior complexidade, quando julgar necessário;
- Consultas em psicologia; Acompanhamento dos pacientes através das assistentes sociais;
- Avaliação nutricional;
- Consultas e acompanhamentos com fonoaudiólogos; (motricidade orofacial-amamentação, triagem auditiva e palestras educativas);
- Consultas de pré-natal;
- Realização de coleta de sangue para exames laboratoriais (glicemia, vdrl, triglicerídeos, colesterol, hemograma completo, uréia, creatinina), urina e parasitológico de fezes e posteriormente encaminhados para laboratórios credenciados; prevenção do colo do útero e mama;
- Planejamento familiar (palestras, disponibilização à população feminina contraceptivos orais e palestras sobre laqueadura e vasectomia para posterior encaminhamento dos pacientes interessados) e o climatério;

- Encaminhamentos dos recém nascidos para realização dos teste do pezinho, importante no diagnóstico de doenças congênitas assintomáticas a tempo de interferir no curso da doença;
- Informações sobre o aleitamento materno, melhor alimento para o bebê;
- Programa de imunização - (visando ampla cobertura vacinal da população contra doenças transmissíveis); atuar na prevenção da gravidez na adolescência; Programa de atenção ao diabético e ao hipertenso; Programa de assistência farmacêutica; Programa de atenção integral a saúde da pessoa idosa; programa da oftalmologia social;
- Consultas em psicologia; Avaliar e encaminhar pacientes para atenção secundária ou terciária e até internações; encaminhamento de pacientes alcoólatras, dependentes químicos e tabagistas a serviços especializados; inalacões, curativos e Medição da pressão arterial.

Dessa forma, para atender a tais demandas e serviços é preciso uma estrutura física e equipamentos mínimos para as unidades básicas de saúde que pelas características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais que deverão atuar nas Unidades Básicas de Saúde, é necessária a projeção de espaços compatíveis com as atividades que serão realizadas. Os espaços físicos destinados às instituições prestadoras de serviços de saúde, em especial àquelas destinadas ao atendimento ambulatorial, sempre foram construídos ou adaptados para atender o modelo sanitário dominante, focado na doença em detrimento das ações de promoção à saúde. Historicamente a maioria dos serviços de saúde possui infraestrutura deficiente e funciona em prédios adaptados. A construção desses espaços é um grande desafio para a Diretoria de Saúde da Polícia Militar, na implantação dessas Unidades Básicas de Saúde.

A conversão do modelo da doença para o da produção social da saúde exige nova concepção do fazer saúde, em que a infra-estrutura física adequada é fundamental para acolher o cidadão com dignidade e respeito e com condições de salubridade e de biossegurança para os trabalhadores da saúde. No intuito de contribuir e orientar a Diretoria de Saúde da Polícia Militar na construção e implantação das Unidades Básicas de Saúde dentro de uma nova organização do processo de trabalho em saúde, visando atividades de promoção, prevenção e mesmo das assistenciais, faz-se necessário elaborar um padrão mais uniforme de projetos arquitetônicos para as Unidades Básicas de Saúde com vistas a uniformizar

e valorizar os espaços físicos, além dos equipamentos e mobiliários mínimos necessários à execução das referidas atividades.

As Unidades Básicas de Saúde a serem construídas deverão atender as especificações sugeridas pela Secretaria de Infra Estrutura e Conselho Regional de Engenharia (CREA-RN), a fim de garantir a segurança dos trabalhadores, bem como a dos usuários que freqüentam a unidade. Os projetos arquitetônicos serão elaborados por engenheiros e arquitetos. A área estimada das Unidades Básicas de Saúde entre 80 e 160 m², conforme as ações de saúde a serem disponibilizadas em cada unidade.

A construção das Unidades Básicas de Saúde nas sedes dos Batalhões de Polícia Militar no interior do Estado representa o resgate de um direito de cidadania, partindo da premissa de que o policial militar e seus dependentes merecem respeito e valorização, com atendimento exclusivo, encontrando nas Unidades Básicas de Saúde um dos componentes de qualidade de vida e de credibilidade dos serviços de saúde prestados com segurança e qualidade, com resolução da maioria dos seus problemas e com facilidade de acesso.

LOCAL	DESTINAÇÕES	INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS	ÁREA (m ²)
Sala de Espera para pacientes e acompanhantes	Ambiente destinado à espera dos usuários para as diferentes atividades disponibilizadas pela Unidade de Saúde. Pode ser utilizada também para pequenas reuniões educativas e apresentações de vídeos educativos.	- bancos com cadeiras acopladas. - TV de LCD ou Plasma de 32 polegadas. - Suporte para TV e vídeo. - Ar condicionado Splint de 22.000 Btus. - Bebedouro. - aparelho de DVD. - Cesto de lixo. - Quadro de vidro de 1,20 cm x 2,10 para murais.	20 m ²
Recepção/ Registro de Pacientes/ Administração. (anexa à sala de espera).	Ambiente destinado à recepção, registro dos pacientes e preenchimentos de prontuários.	- mesas tipo escritório com gavetas. - arquivos de aço para pasta suspensa. - cadeiras. - armário de aço fechado com 02 portas. - computador com impressora. - /computador e impressora. - linha telefônica e i/ intranet	9 m ²

LOCAL	DESTINAÇÃO	INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS	ÁREA (m²)
Sala de cuidados básicos e de observação	Ambiente destinado a procedimentos de enfermagem, tais como nebulizações, injeções, aferição de dados vitais e antropométricos etc. Destinada também a manutenção de usuários em observação, infusões venosas etc.	- camas, biombo duplo. - suportes para soro, escadas com dois degraus. - baldes cilíndricos porta- detritos com pedal. - nebulizadores. foco de haste flexível. - glicosímetro. -cadeiras para acompanhantes e pacientes em nebulização. - armário vitrine. quadro de vidro de 1,20 cm x 2,10 cm para mural. bancada em granito ou inox com duas pias. - mesa para exame clínico. - cubas rim e bandeja inox retangular de 30 cm. mesa Mayo auxiliar. Ar Condicionado de 18.000 Btus.	16 m²
Sala de reuniões	Ambiente utilizado para reuniões de grupos de pacientes e da equipe multiprofissional de saúde de acordo com a agenda da unidade.	- Ar condicionado splitter de 18.000 Btus. - mesa de reunião com 12 cadeiras. - TV LCD ou PLASMA de 32 polegadas. - frigobar. - quadro branco. - sistema de som. - computador com impressora. - mesa para computador/ impressora - nobreak - estabilizador -Internet/ Intranet. - retro projetor. - tela de projeção.	20 m²

LOCAL	DESTINAÇÃO	INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS	ÁREA (m²)
Consultório Odontológico	Destinados a consultas e procedimentos odontológicos.	- cadeira odontológica. - equipo multcart com 04 pontas (Ar/água, Aspiração/sucção, alta e baixa rotação. - cuspeira em porcelana (unidade auxiliar). - refletor odontológico de 20.000 lumens. - aparelho de raio X odontológico. - Fotopolimerizador - aparelho de ultra som com jato de bicarbonato e removedor de tártaro. - compressor odontológico com válvula de segurança. - câmara escura - mesa com duas cadeiras. - frigobar. - amalgamador. - armário vitrine. - bancada com duas pias. - mochos. -autoclave. - negatoscópio. - filtro compressor. - filtro para cadeira.	9 m²
Sala - de Vacinação	Ambiente destinado ao serviço de imunizações. (esquema básico e vacinas especiais como anti rábica e outras)	- refrigerador de 260 litros. - termômetro de registro de temperatura máxima e mínima para controle da temperatura da geladeira. - caixas térmicas de 12 litros. - termômetros com cabo extensor. - mesa tipo escritório com gavetas. - cadeiras. - mesa clínica. - toesas. -armários de mesa (20 cm x 30 cm) - balança pediátrica. - bancada com pia e armário. - armário vitrine.	9 m²

LOCAL	DESTINAÇÃO	INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS	ÁREA (m²)
Consultório Ginecológico	Ambiente destinado a consultas na área de atenção à saúde da mulher realizadas por médicos e enfermeiros, provido de sanitário anexo com área e dimensões mínimas de 1.6 m² x 1,2 m², dispoendo de lavatório e bacia sanitária.	- fita métrica comum inelástica. - mesa tipo escritório com gavetas. - cadeiras. - mesa ginecológica. - mesa auxiliar com bandeja inox. - escada com dois degraus. - banqueta giratória cromada. - biombo duplo. - balde cilíndrico com pedal. - foco com haste flexível. - armário vitrine. - esfigmomanômetro com estetoscópio adulto e infantil. - estetoscópio de pinard. - detector ultrassônico (fetal). - lanterna clínica. - otoscópio. - pinça jacaré para retirada do DIU. - histerômetros. - tesouras (ponta fina e ponta romba). - negatoscópio. - balança antropométrica. - ar condicionado split de 10.000 btus.	9 m²
Consultório Clínico (Multiprofissional) em sistema de rodízio.	Ambiente destinado a consultas médicas. (cardiologia, pediatria, reumatologia, pneumologia, ortopedia, clínica médica, dermatologia, urologia e proctologia), de enfermagem, psicologia, nutrição, assistente social e fonoaudiologia.	- mesa tipo escritório com gavetas. - cadeiras. - mesa clínica. - escada com dois degraus. - armário fechado de aço com duas portas. - negatoscópio. - oftalmoscópio com otoscópio. - lanterna clínica. - esfigmomanômetro com estetoscópio adulto e um infantil. - balança adulta. - balança infantil. - Ar condicionado de 12.000 Btus.	9 m²

LOCAL	DESTINAÇÃO	INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS	ÁREA (m²)
Sala de curativos	Ambiente destinado à realização de curativos, retirada de pontos e as orientações concernentes a esses procedimentos.	- cuba rim. - cubas redondas. - cabos de bisturi. - pinças anatômicas 16 cm. - pinças hemostáticas de 16 cm - pinças de dissecação dente de rato. - tesouras retas de 14 cm de pontas finas e rombas. - tesouras curvas de ponta fina e romba. - mesa clínica. - escada com dois degraus. - foco com haste flexível. - Suporte de soro. - mesa tipo escritório com gavetas. - bancada com pia. - cadeiras. - baldes cilíndrico com tampa e pedal. - mesa auxiliar com bandeja inox.	9 m²
Sala de expurgo	Ambiente destinado a lavagem e desinfecção de material usado na unidade.	- bancada com pia. - pia de despejo.	4,8 m² e dimensão mínima de 1,5 m.
Sala de esterilização	Ambiente destinado ao empacotamento, esterilização, armazenamento e dispensação de material.	- lavatório. - bancada seca. - armários vitrine. - autoclave de 75 litros.	4,8 m² e dimensão de 1,5 m.
Depósito de material limpeza	Destinado a guarda de materiais e produtos de limpeza	- tanque	2,0 m²
Sala de resíduos sólidos	Ambiente reservado para armazenamento de lixo.	- recipientes coletores.	2,0 m²
Copa	Destinada ao uso dos funcionários da unidade.	- fogão. - geladeira. - sanduicheira. - botijão de gás. - forno de microondas. - mesa com cadeiras. - bancada com pia. - quadro de aviso.	4 m²

LOCAL	DESTINAÇÃO	INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS	ÁREA (m ²)
Posto de coleta	Destinado a realização de procedimentos de auxílio de diagnóstico.	- cadeira. - braçadeira. - armário com prateleiras. - bancada com pia. - mesa clínica.	4,0 m ²
Banheiros para funcionários	Ambiente destinado a troca de roupas, guarda de pertences e realização de necessidades fisiológicas.	- diferenciados por sexo providos de lavatório, chuveiro, bacia sanitária e armários para guarda dos pertences.	4,0 m ²
Sanitários para usuários	Ambiente destinado aos usuários inclusive deficientes físicos temporários e/ou deficientes.	-diferenciados por sexo provido de lavatório, bacia sanitária e porta com abertura no sentido de fuga, dispondo de área e dimensão mínima que permita o acesso de pacientes deficientes.	1,6 m ² e dimensão mínima de 1,2 m.
Almoxarifado	Ambiente destinado a depósito de materiais.	- armários - estantes	3,0 m ²
Farmácia	Ambiente destinado ao recebimento, armazenamento, controle de estoque e distribuição interna de medicamentos.	- armário de aço. - estantes moduladas. - escada. - cadeiras. - mesa de escritório.	9,0 m ²
Gerenciamento da unidade	Ambiente destinado ao gestor da unidade. Sala de fácil acesso a funcionários e acesso controlado aos usuários.	- cadeiras, mesa tipo escritório com gavetas, computador e impressora, mesa para computador e impressora, arquivo, quadro de aviso, telefone, ar condicionado 9.000 btus.	9,0 m ²

Quanto aos recursos financeiros, a Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Rio Grande do Norte dispõem hoje de recursos financeiros muito superiores àqueles que dispunham no passado, com uma autonomia e, portanto, responsabilidades muito maiores. Por isso, a administração financeira tornou-se mais complexa, sendo necessários uma preparação, acompanhamento e execução do orçamento.

Sabe-se que existem recursos financeiros disponíveis no Orçamento Geral do Estado para obras e instalações (construção e ampliação de unidades hospitalares) e aquisição de equipamentos e material permanente das Unidades Básicas de Saúde a serem implantadas em Caicó, Pau dos Ferros, Assú e João Câmara.

5. CO - Dessa forma, os insumos utilizados na implantação das Unidades Básicas de saúde incluem recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los; eles têm necessariamente um custo. Esse custo precisa ser ressarcido de alguma forma, ou quando da entrega do serviço ao usuário, ou é arcado em última instância pela população ou financiado por impostos ou contribuições arrecadados pelo poder público. Em saúde todos os recursos são escassos, e deve-se fazer o melhor uso possível deles.

Do ponto de vista e de maneira simplificada, as fontes de financiamento são as seguintes: Repasses Federais provenientes da remuneração de serviços prestados originários do atendimento ambulatorial e remuneração de serviços hospitalares através da emissão e cobrança de AIHS (Autorização de Internação Hospitalar), repasse feito através da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Natal e os valores disponibilizados no Orçamento Geral do Estado.

Nessa dimensão, no processo de Implantação das Unidades Básicas de Saúde estão consideradas e concluídas as etapas de construção (terraplenagem em terra), fundação, estrutura de concreto, cobertura, pavimentação, impermeabilização de laje, paredes, esquadrias e ferragens, revestimentos, pintura, instalações (elétricas, hidráulicas, contra incêndio e telefones), isolamento térmico, louças e metais, além da aquisição dos equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos, materiais de consumo e materiais de expediente.

Portanto, com a viabilidade da proposta de implantação dos serviços de saúde da DIRETORIA DE SAÚDE /PMN, com certeza haverá um desdobramento nos atendimentos do Centro clínico em Natal e Mossoró, com a ampliação do número de consultas, evita-se o deslocamento desnecessário e consequentemente gastos financeiros com passagem, alimentação e acomodação, facilita o trabalho da Junta Policial Médica de Saúde, aumenta a satisfação e o auto-estima do policial militar e sua dependente, pela maior possibilidade de acesso aos serviços de saúde, garantindo a qualidade do atendimento, sem prejuízos ao sistema de saúde, o que é uma grande vantagem para a população e para o Estado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise da necessidade de assistência a Saúde para o efetivo militar lotado no interior do Estado, utilizando como parâmetro questionários de pesquisa e entrevistas, obtendo assim informações sobre as dificuldades do efetivo para ter acesso ao serviço de Saúde da Polícia Militar, bem como saber qual a análise que os mesmos possuem do trabalho hoje oferecido pela Diretoria de Saúde da Polícia Militar.

Desenvolvemos um estudo de viabilidade para implantação de Unidades Básicas de Saúde no interior do estado, como forma de descentralização do serviço de Saúde da Polícia, e assim, favorecer todo o controle de Saúde do efetivo do interior bem como de seus dependentes, em atendimento médico e odontológico.

O presente estudo pode se constituir em uma fonte de consulta, para todos os comandantes que tenham interesse em viabilizar um atendimento de Saúde adequado ao seu efetivo, através da implantação de uma Unidade Básica de Saúde no seu domicílio.

Cabe observar que no processo de investigação de campo, foram observadas muitas particularidades da população miliciana do interior, como suas reais necessidades e seus anseios, bem como todas as suas dificuldades em conseguir um atendimento digno de saúde, os quais vêem claramente que a atual estrutura e o efetivo da Diretoria de saúde é insuficiente para suprir as necessidades reais dos mesmos, demonstrando assim total interesse em tão importante projeto, que se implantado, promoverá um extraordinário salto na qualidade do serviço prestado pela Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Rio Grande do Norte.

Portanto, com a viabilidade da proposta de interiorização dos serviços de saúde da DIRETORIA DE SAÚDE /PMRN, com certeza haverá um desafogamento nos atendimentos do Centro clínico em Natal e Mossoró, com a ampliação do número de consultas, evita-se o deslocamento desnecessário e conseqüentemente gastos financeiros com passagens, alimentação e acomodação. Facilita o trabalho da Junta Policial Médica de Saúde, aumenta a satisfação e a auto-estima do policial militar e seus dependentes, pela maior possibilidade de acesso aos serviços de saúde, garantindo a equidade de atendimento, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a integridade, onde a pessoa é tratada como um todo, devendo

as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades. Assim, é possível ter um controle maior na marcação das consultas.

Em suma, fica o desafio de aumentar a capacidade instalada das unidades de saúde da DIRETORIA DE SAÚDE /PMRN em Caicó e Pau dos Ferros. Sem investimentos para homogeneizar a oferta, no quer for possível fazê-lo, as desigualdades persistirão.

Obstáculos e problemas há e sempre haverá. O que se pode esperar com certeza é compromisso, envolvimento e vontade política para concretização de um sonho: os serviços de assistência à saúde indo até todos os policiais militares do Estado independente da localização.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. 18 ed. Atualizada e ampliada. São Paulo: Rideel, 2010. (Coleção de Leis Rideel - série compacta).

_____. A Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990. Sistema Único de Saúde.

BARROS, Jesus de S.; LEHFELD, Neide Aparecida de S. Fundamentos da metodologia científica. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BRUNO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária. Uma análise a prática profissional. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Políticas de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde. 2 ed. São Paulo: OPAS/OMS, Núcleo de Saúde, 2007.

COMO, Amélia; NUNES, Edilson; (et al). A saúde como direito e como serviço. 3 ed. - São Paulo: Cortez, 2002.

ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003.

GL, Arlindo C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO JÚNIOR, João Marcello de. **Cidadania não é favor**: reflexões político-criminais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1995.

ALMEIDA, Fernando Barcellos de. **Teoria Geral dos Direitos Humanos**. Porto Alegre: Sérgio A. Fabris Editor. 1996.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**, n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

_____. **Constituição da República Federativa do**: promulgada em 5 de outubro de 1998. 16 ed. Atualizada e ampliada. São Paulo: Rideel. 2010, (Coleção de Leis Rideel – série compacta).

_____. **A Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990**, Sistema Único de Saúde.

BARROS, Jesus da S, LEHFELD, Neide Aparecida de S. **Fundamentos da metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde. 2 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

COHN, Amélia; NUNES, edilson; (et al). **A saúde como direito e como serviço**. 3 ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

_____, ELIAS, Paulo. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed.- São Paulo: Atlas, 1999.

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. **Normas da ABNT**. 2. ed. Revista e ampliada. Curitiba: Juruá Editora, 2004.

LAKATOS, Eva M^a; MARCONI, Marina A. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Política de Saúde no Brasil**: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.87, p. 58-75, set. 2006.

MEDICI, André Cezar. **Uma década de SUS (1988-1998)**: progressos e desafios. In:

NATAL. **Plano Municipal de Saúde: 2006-2009**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

SERRA, José. **SUS O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. Vol. II, Associação Paulista de Medicina. São Paulo, 2001.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO

Este questionário tem o escopo de analisar a viabilidade de implantação das unidades básicas de saúde nos Batalhões de Polícia Militar no interior do Estado do Rio Grande do Norte, tendo em vista a construção do trabalho de conclusão do Curso Superior de Bombeiro Militar. OBS: Não é necessário se identificar.

1. O senhor tem cobertura de plano privado de saúde?

() Sim () Não

1.1 Se Sim, qual; _____

2. O senhor e/ ou dependentes já utilizaram os serviços de saúde da PMRN?

() Sim () Não

2.1 Se sim, indique com o X os serviços de saúde utilizados:

- a) () Consultas ambulatoriais no Centro Clínico da PM em Natal ou Mossoró;
- b) () Internações e cirurgias no HCCPG (Natal) ou HRM (Mossoró);
- c) () Laboratório de análises clínicas do HCCPG (Natal) ou hospital Regional de Mossoró
- d) () Odontologia (Centro Clínico em Natal) e centro clínico de Mossoró
- e) () Fisioterapia (Centro Clínico em Natal);
- f) () Junta Policial Médica de Saúde (Centro Clínico em Natal);
- g) () Pronto Atendimento do HCCPG (Centro Clínico em Natal);
- h) () Serviço de Assistência Social (Centro Clínico em Natal);

3. O senhor tem dificuldades em marcar consultas ou cirurgias nos serviços de saúde da PM em Natal?

() Sim () Não

3.1 Se sim, qual: _____

4. Dos itens abaixo marque aqueles que dificultam o seu acesso e de seus familiares aos serviços de saúde da PMRN em Natal e Mossoró:

- a) () Liberação do Comandante da Organização Policial Militar;
- b) () Falta de recursos financeiros para o deslocamento (interior – capital – interior);
- c) () Falta de acomodação;
- d) () Dificuldade de agendamento;
- e) () Número reduzido de Oficiais de saúde;
- f) () Atendimento aos pacientes do SUS, tornando o atendimento com demanda reprimida para o interior;
- g) () Distância da área de circunscrição territorial do Batalhão no qual está lotado para capital.
- h) () Outro: QUAL _____

5. O senhor considera que o comando geral da Polícia Militar através da Diretoria de Saúde deveria interiorizar e expandir os serviços de saúde para a sede dos Batalhões do interior, para realização do atendimento primário de saúde em clínica médica, cardiologia, pediatria, ginecologia, odontologia, farmácia em caráter

exclusivo para o Policial Militar e seus dependentes legais previsto no estatuto dos Policiais Militares?

() Sim () Não

6. Atualmente o senhor está satisfeito com a assistência à saúde oferecida pela DIRETORIA DE SAÚDE /PMRN?

() Sim () Não

6.1 Se não, por quê? _____

7. O senhor acha que com a implantação das Unidades Básicas de Saúde melhoraria na qualidade dos atendimentos prestados pela DS/PMRN?

() Sim () Não

8. O senhor utiliza os serviços de saúde existentes no seu município como posto de saúde, hospitais?

() Sim () Não

8.1 Se sim, qual _____

8.2 se sim, quantas vezes por ano: _____

8.3 Qual a qualidade desses atendimentos?

() Ótima () Boa () Regular () Ruim

9. Na ausência do atendimento de saúde pela PM em seu município, o que o senhor usa:

() Hospital privado () hospital público () clinica particular

() deslocamento para outro município () deslocamento hospital da PM em Natal

() deslocamento para hospitais de Mossoró.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Il n'est en effet que l'un d'eux pour
convenir à l'existence à son tour à
quelque chose d'autre (ARTHUR
SCHOENHAUER)

"O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem" (ARTHUR SCHOPENHAUER).