

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) PAULO DE MORAES MATTOS JÚNIOR

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MARINHA:

Análise e oportunidades de melhoria na captação dos usuários do Sistema de
Saúde da Marinha

Rio de Janeiro

2019

CMG (Md) PAULO DE MORAES MATTOS JÚNIOR

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MARINHA:

Análise e oportunidades de melhoria na captação dos usuários do Sistema de
Saúde da Marinha

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

Orientador: CMG (RM1) Antonio José Neves
de Souza

Rio de Janeiro
Escola de Guerra Naval

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha esposa Zenaide e ao meu filho João Pedro, pelo incentivo, paciência, compreensão e apoio durante todo o tempo dedicado à confecção deste trabalho.

Ao CMG (RM1) Antônio José Neves de Souza, pelas orientações seguras e sugestões sempre pertinentes e oportunas, que me conduziram de forma tranquila e eficiente no desenvolvimento desta tese.

RESUMO

Diante do cenário atual de sérias restrições orçamentárias associadas aos grandes avanços tecnológicos na área médica, o crescimento demográfico, o aumento das doenças crônicas e a preponderância da medicina curativa em detrimento da medicina preventiva, tem-se observado uma elevação considerável dos custos com a saúde. Para a sobrevivência dos sistemas de saúde é extremamente necessário o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Nesse escopo, a Diretoria de Saúde da Marinha, responsável por gerenciar o Sistema de Saúde da Marinha, tem aplicado desde o ano 2000, os Programas de Saúde da Marinha. As ações propostas nesses programas têm como características principais o baixo custo e a não dependência de tecnologia. O presente trabalho tem o propósito de analisar e identificar oportunidades de melhoria de todos os PSM, no que tange ao aspecto do quantitativo de usuários cadastrados, apresentando propostas que possam concorrer para a ampliação desse número. Com isso, espera-se contribuir para um incremento da eficiência e eficácia dos PSM, com reflexos positivos para a prevenção de doenças e promoção da saúde, como também para a economia de recursos.

Palavras-chave: Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. Sistema de Saúde da Marinha. Programas de Saúde da Marinha.

ABSTRACT

Given the current scenario of serious budgetary constraints associated with major technological advances in the medical field, demographic growth, the increase in chronic diseases and the preponderance of curative medicine to the detriment of preventive medicine, considerable increase in health costs has been observed. For the survival of health systems, it is extremely necessary to develop actions aimed at disease prevention and health promotion. In this scope, the Marine Health Directorate, responsible for managing the marine health system, has applied since the year 2000, the Navy Health Programs. The actions proposed in these programs have as main features the low cost and non-dependence of technology. The present work has the purpose of analyzing and identifying opportunities for improvement of all PSM, regarding the aspect of the number of registered users, presenting proposals that may compete for the expansion of this issue. With this, it is expected to contribute to an increase in the efficiency and efficacy of PSM, with positive reflexes for disease prevention and Health promotion, as well as for resource economics.

Keywords: Brazilian Navy. Navy Health Board. Navy Health System. Marine health programs.

LISTA DE FIGURAS

1 – Aplicação do PM Hotel por finalidades de despesas em 2018	75
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

1 – Proporção de indivíduos de faixa etária maior ou igual a 18 anos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por regiões do Brasil.....	72
2 – Custos com OSE por centros de consumo em 2018	76
3 – Evolução dos custos com OSE 2006-2018	77
4 – Quantitativo de usuários cadastrados nos PSM e não cadastrados, em relação ao total de usuários do SSM em fev. 2019	86
5 – Comparativo entre o número estimado de usuários do SSM portadores de HAS de acordo com a pesquisa do IBGE e o número de usuários cadastrados no PSM de HAS, por região	87
6 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, na área do 1º DN, correspondente à Região Sudeste	88
7 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, nas áreas do 2º e 3ºDN, correspondente à Região Nordeste	89
8 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, no HNSa	90
9 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, correspondente à Região Norte (4º e 9ºDN)	91
10 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, correspondente à Região Sul (5ºDN).....	92
11 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, correspondente à Região Centro-Oeste (6º e 7ºDN)	93
12 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, no HNLa.....	94

LISTA DE TABELAS

- 1 – Número total de inscritos nos Programas de Saúde da Marinha em fev. 2019 73
- 2 – Quantitativo de usuários do SSM, por Distritos Navais e faixas etárias, em fev. 2019 74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS –	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMH –	Assistência Médico-Hospitalar
AMP –	Agentes Médico-Periciais
ANEMAR –	Anuário Estatístico da Marinha
ANP –	Ambulatório Naval da Penha
AVC –	Acidente Vascular Cerebral
BONO –	Boletim de Ordens e Notícias
CCSM –	Centro de Comunicação Social da Marinha
CMAM –	Centro Médico Assistencial da Marinha
ComSoc –	Comunicação Social
CPMM –	Centro de Perícias Médicas da Marinha
CSM –	Corpo de Saúde da Marinha
CVM –	Calendário de Vacinação Militar
C-EXP-PSM-OF –	Curso Expedito de Programas de Saúde da Marinha para Oficiais
C-EXP-PSM-PR –	Curso Expedito de Programas de Saúde da Marinha para Praças
DCV –	Doença Cardiovascular
DCNT –	Doença Crônica Não Transmissível
DEnsM –	Diretoria de Ensino da Marinha
DGPM –	Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha
DM –	Diabetes Mellitus
DN –	Distrito Naval
DPC –	Diretoria de Portos e Costas
DPOC –	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
DSM –	Diretoria de Saúde da Marinha
DST –	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAMCE –	Escola de Aprendizizes-Marinheiros do Ceará
EAMES –	Escola de Aprendizizes-Marinheiros do Espírito Santo
EAMSC –	Escola de Aprendizizes-Marinheiros de Santa Catarina
EAD –	Ensino a Distância
ECC –	Espaço Consciência e Cuidado
ESM –	Escola de Saúde da Marinha

FUSMA –	Fundo de Saúde da Marinha
GT –	Grupo de Trabalho
HAS –	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCM –	Hospital Central da Marinha
HIV –	Vírus da Imunodeficiência Humana
HNBe –	Hospital Naval de Belém
HNBra –	Hospital Naval de Brasília
HNLa –	Hospital Naval de Ladário
HNMD –	Hospital Naval Marcílio Dias
HNNa –	Hospital Naval de Natal
HNRe –	Hospital Naval de Recife
HNSa –	Hospital Naval de Salvador
HPB –	Hipertrofia Prostática Benigna
HPV –	Papilomavírus Humano
IAM –	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMH –	Indenização Médico-hospitalar
INCA –	Instituto Nacional do Câncer
IS –	Inspeções de Saúde
JRS –	Juntas Regulares de Saúde
MB –	Marinha do Brasil
MD –	Ministério da Defesa
MS –	Ministério da Saúde
COM –	Odontoclínica Central da Marinha
ODE –	Órgão de Direção Especializada
OM –	Organização Militar
OMH –	Organização Militar Hospitalar
OMFM –	Organização Militares com Facilidades Médicas
OMPH –	Organizações Militares Para-Hospitalares
OMS –	Organização Mundial de Saúde
OSE –	Organizações de Saúde Extra-MB
OTE –	Órgãos Técnicos de Execução
PASSM –	Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha
PM –	Pano de Metas

PMI –	Prontuário Médico Individual
PNCG –	Policlínica Naval de Campo Grande
PNMa –	Policlínica Naval de Manaus
PNN –	Policlínica Naval de Niterói
PNNSG –	Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória
PNRG –	Policlínica Naval de Rio Grande
PNSPA –	Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia
PNS –	Pesquisa Nacional de Saúde
PSM –	Programas de Saúde da Marinha
SC –	Servidor Civil
SINAIS –	Sistema Naval de Inspeções de Saúde
SN –	Projeto Saúde Naval
SNNF –	Sanatório Naval de Nova Friburgo
SSM –	Sistema de Saúde da Marinha
SVS –	Secretaria de Vigilância em Saúde
TIS –	Termo de Inspeção de Saúde
TTC –	Tarefa por Tempo Certo
UFF –	Universidade Federal Fluminense
UISM –	Unidade Integrada de Saúde Mental
UMEsq –	Unidade Médica da Esquadra
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA E SUA POLÍTICA ASSISTENCIAL	17
3	OS PROGRAMAS DE SAÚDE DA MARINHA (PSM)	24
3.1	PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	26
3.2	PROGRAMA DE CONTROLE DO DIABETES MELLITUS (DM)	28
3.3	PROGRAMA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)	30
3.4	PROGRAMA DE DERMATOLOGIA – CONTROLE DA HANSENÍASE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE	31
3.4.1	Controle da hanseníase.....	31
3.4.2	Prevenção do câncer de pele	32
3.5	PROGRAMA DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA	33
3.5.1	Tuberculose pulmonar	33
3.5.2	Tabagismo	35
3.6	PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO	36
3.7	PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER.....	37
3.8	PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM	38
3.9	PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES	40
3.10	PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL	40
3.11	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	41
3.12	PROGRAMA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	41
3.13	PROGRAMA DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS OCUPACIONAIS.....	42
3.14	PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	42
3.15	PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL.....	42
3.16	PROJETOS E OFICINAS	43
3.17	CAPTAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SSM E INDICADORES DE SAÚDE DOS PSM	44
4	ANÁLISE DOS PSM E OPORTUNIDADES DE MELHORIA NA CAPTAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SSM.....	46
4.1	REGIÃO SUDESTE.....	50
4.2	REGIÃO NORDESTE	51
4.3	REGIÃO NORTE	52
4.4	REGIÃO SUL.....	53
4.5	REGIÃO CENTRO-OESTE	53
5	CONCLUSÃO	62
	REFERÊNCIAS.....	67
	ANEXOS.....	71
	APÊNDICES	86

1 INTRODUÇÃO

O grande desafio enfrentado pelos gestores de saúde atualmente é o de desenvolver estratégias que consigam oferecer uma assistência de saúde de qualidade aliada à redução dos custos. As altas tecnologias da área de saúde associadas ao aparecimento de diversas subespecialidades médicas trouxeram, inegavelmente, um ganho considerável no portfólio de produtos que são oferecidos aos pacientes. Houve um aumento da expectativa de vida, com crescimento significativo da parcela de idosos e, conseqüentemente, trazendo consigo a necessidade de mais cuidados. Com isto, o custo tem-se apresentado extremamente alto e muitas vezes inacessível à maioria da população.

O aumento demográfico, a inflação médica¹ e o aumento da incidência das doenças crônicas, como por exemplo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as Doenças Cardiovasculares² (DCV), têm trazido muitas dificuldades para a gestão dos serviços de saúde.

O objetivo principal deste trabalho será aperfeiçoar os Programas de Saúde da Marinha (PSM), apresentando sugestões para o crescimento da captação dos usuários do SSM e assim contribuir para uma maior efetividade dos PSM, com reflexos positivos para a prevenção de doenças e promoção da saúde, como também para a economia de recursos.

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM), apresentado no capítulo 2, tem a missão de enfrentar este desafio, reunindo todos os recursos necessários para prover as atividades de saúde da Marinha do Brasil (MB). Em sua estrutura é subdividido em Subsistema Assistencial, Subsistema Médico-Pericial e Subsistema de Medicina Operativa. A Diretoria de

¹ Inflação médica representa o índice de variação do custo médico hospitalar (VCMH) e expressa as alterações anuais do custo das operadoras de saúde com procedimentos médicos, como consultas, exames e internações. No ano de 2018 o índice foi de 17,3%. (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil, 2019, não paginado).

² Doenças cardiovasculares são as que acometem o coração e os vasos sanguíneos, como por exemplo as doenças das artérias coronárias, as doenças cerebrovasculares e a doença arterial periférica (Nota nossa).

Saúde da Marinha (DSM), como órgão normatizador do SSM, emana as diretrizes que irão nortear as ações dos três Subsistemas.

No tocante a este trabalho, principalmente no aspecto de prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo como foco os PSM, serão concentradas as atenções no Subsistema Assistencial, que é responsável pela prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos usuários dos SSM em seus três eixos de ações de saúde, quais sejam: 1º Eixo: Prevenção e Promoção de Saúde; 2º Eixo: Atenção Básica; e 3º Eixo: Atenção Especializada.

Para a execução das atividades assistenciais existem os Órgãos Técnicos de Execução (OTE): As Organizações Militares Hospitalares (OMH) representadas pelo Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) (também exerce a atividade de executor por meio do Ambulatório Naval da Penha (ANP), Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG), Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), Sanatório Naval de Nova Friburgo (SNNF), Policlínica Naval de Niterói (PNN), Policlínica Naval de Campo Grande (PNCG), Hospital Central da Marinha (HCM), Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia (PNSPA), Policlínica Naval de Rio Grande (PNRG), Policlínica Naval de Manaus (PNMa) e Hospitais Distritais (Hospital Naval de Salvador (HNSa), Hospital Naval de Brasília (HNBra), Hospital Naval de Belém (HNBe), Hospital Naval de Natal (HNNa) e Hospital Naval de Recife (HNRe)); a Odontoclínica Central da Marinha (OCM); as Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM); e os Ambulatórios Navais, Departamentos, Divisões, Seções e Serviços de Saúde, consideradas Organizações Militares Para-Hospitalares (OMPH) (BRASIL, 2012).

O gerenciamento das atividades assistenciais é de responsabilidade do CMAM. Como parte integrante da prestação da AMH encontram-se as atividades voltadas para a

prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde³, que compõem o 1º Eixo de ações de saúde. Esse Eixo tem como características muito relevantes o baixo custo das ações de saúde e a não dependência de tecnologias.

Nesse contexto, será verificada a importância da valorização do exame clínico dos pacientes para uma adequada abordagem dos casos no que se refere racionalização da solicitação de exames complementares e, conseqüentemente, colaborando para a redução de custos.

Ainda no capítulo 2, serão apresentados os usuários do SSM, representados pelos titulares (militares da ativa, veteranos, pensionistas e usuários especiais), dependentes diretos e dependentes indiretos e a forma de contribuição para o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), que é similar a um plano de saúde com sistema de coparticipação, isto é, em que os beneficiários têm participação no pagamento da despesa assistencial após realização do atendimento, por meio da Indenização Médico-Hospitalar (IMH).

Outrossim, serão apresentadas as fontes de recursos para a prestação da AMH, oriundas, em sua grande maioria, pelo fator de custos, proveniente da participação da União, de acordo com o quantitativo de militares e dependentes, e pela contribuição para o FUSMA e IMH (BRASIL, 2012).

A Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PASSM) 2018-2020, também inserida no capítulo 2, define as diretrizes do modelo assistencial a ser implantado no atendimento aos usuários do SSM. O atendimento nas Organizações Militares Hospitalares (OMH) e Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM) pode ocorrer por demanda espontânea ou oferta programada, sendo que esta necessita ter um conhecimento da epidemiologia das doenças de determinada região, o que facilita planejamento das ações (BRASIL, 2018a).

³ Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

Inseridos no contexto da PASSM, no que se refere ao 1º Eixo de atenção de saúde, serão apresentados no capítulo 3, os 15 PSM, implantados a partir do ano 2000 por orientação da DSM, com o propósito de desenvolver ações de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoces e evitar a ocorrência de complicações. São eles: Programa de Imunizações, Programa de Controle da Hipertensão Arterial, Programa de Controle do Diabetes Mellitus (DM), Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), Programa de Dermatologia – Controle da Hanseníase e prevenção do Câncer de Pele, Programa de Pneumologia Sanitária, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Saúde Mental, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde do Homem, Programa de Atenção Farmacêutica, Programa de Atenção às Doenças Ocupacionais, Programa de Reabilitação e Programa de Saúde Bucal (BRASIL, 2018a).

Em paralelo, com a concreta implementação das medidas preventivas contempladas nos PSM, espera-se a redução dos encaminhamentos dos usuários do SSM para níveis de atendimento especializados (3º Eixo de atenção de saúde), redução de solicitação de exames complementares, redução de internações hospitalares, principalmente as internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e redução dos gastos na área da saúde.

Ainda no capítulo 3, será enfatizada a importância dos indicadores de saúde dos PSM, principalmente o número de usuários cadastrados nos diversos programas, bem como a utilidade do registro destas informações no Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR).

No capítulo 4 será realizada uma análise quantitativa dos PSM, comparando-se o número de usuários do SSM com o número de usuários cadastrados nos diversos programas, com enfoque no Programa de Controle da Hipertensão Arterial, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria no quantitativo de usuários cadastrados pelas Organizações Militares (OM) Executoras dos Programas. Dessa forma, será possível mensurar se estes

programas estão cumprindo o seu propósito com eficiência.

Foi escolhida a HAS por tratar-se de uma Doença Crônica Não Transmissível⁴ (DCNT) de grande importância epidemiológica e estatística, que atua como fator predisponente para as Doenças Cardiovasculares (DCV), como por exemplo, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Para a análise do PSM de Controle da HAS será utilizada a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Esta pesquisa, entre outros aspectos, procurou verificar as condições de saúde da população brasileira e, mais especificamente, no que interessa a este trabalho, estudar a prevalência⁵ da HAS nas regiões do Brasil.

Outro ponto importante que será abordado no capítulo 4 se refere ao custo que é dispendido para a prestação da AMH aos usuários do SSM e sua relação direta com a necessidade de medidas médicas preventivas que contribuam para sua redução.

Após a análise realizada no capítulo 4, serão sugeridas três ações de intervenção visando incrementar a captação dos usuários do SSM nos PSM. Essas ações envolvem a utilização de ferramenta de comunicação digital, a capacitação de pessoal e as inspeções de saúde na MB.

⁴ Trata-se de um conjunto de patologias de curso lento e muitas vezes progressivo, que apresentam um grau elevado de morbidade e letalidade e não são transmitidas de pessoa para pessoa (Nota nossa).

⁵ Número de casos de uma doença em uma população, durante um período específico (Nota nossa).

2 O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA E SUA POLÍTICA ASSISTENCIAL

Neste capítulo será apresentada uma visão geral do SSM, com enfoque no Subsistema Assistencial, abordando os eixos de atenção de saúde, os beneficiários da AMH, os desafios enfrentados, a origem dos recursos financeiros e a busca de uma solução centrada na medicina preventiva.

O SSM é definido como um conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de saúde da MB. Encontra-se subdividido em três subsistemas: Subsistema Assistencial, Subsistema Médico-Pericial e Subsistema de Medicina Operativa. Também fazem parte do rol de atividades do SSM, a pesquisa e o ensino, a produção de medicamentos e a obtenção e catalogação (BRASIL, 2012).

Na estrutura do SSM, a DSM, como Órgão de Direção Especializada (ODE), é incumbida das tarefas de planejar, organizar, coordenar e controlar as atividades técnicas e gerenciais dos três subsistemas.

O Subsistema Assistencial é diretamente responsável pela prestação da AMH aos usuários do SSM, que deverá ser feita de forma regional, hierarquizada e integral, com os objetivos de prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde. Cabe ao CMAM, como Órgão de Coordenação de Subsistema, assessorar a DSM no que se refere ao planejamento, à coordenação e ao controle da AMH prestada aos usuários do SSM, em seus três eixos de ações de saúde, quais sejam: Prevenção e Promoção de Saúde, Atenção Básica e Atenção Especializada (até média complexidade) (BRASIL, 2012).

No que diz respeito aos eixos de ações de saúde, será apresentado a seguir as suas conceituações:

1º Eixo – Prevenção e Promoção de Saúde: é a base da pirâmide assistencial, que

deveria predominar sobre os demais eixos de ações de saúde. Deve funcionar como um alicerce firme onde serão planejadas e aplicadas as ações voltadas a prevenir as doenças e promover a saúde dos indivíduos. Tem como características muito importantes o baixo custo das ações de saúde e a não dependência de tecnologias. É onde se situam os PSM, tema principal deste trabalho.

2º Eixo – Atenção Básica: compreende, em linhas gerais, um atendimento assistencial em nível ambulatorial, envolvendo baixo custo e baixa tecnologia, prestado por meio de especialidades médicas básicas (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia), dispondo de uma estrutura simples para exames laboratoriais e de imagem.

3º Eixo – Atenção Especializada: subdividida em média e alta complexidade, trata-se um apoio assistencial de maior vulto, envolvendo tecnologias cada vez mais desenvolvidas, com um custo crescente e necessidade de pessoal qualificado, exigindo atendimento especializado e hospitalização (BRASIL, 2012).

Pode-se inferir, da análise dos eixos de atenção de saúde apresentados, que é possível intervir neste processo saúde-doença evitando-se uma escalada de níveis. Cabe aos gestores de saúde a missão de encontrar soluções, desenvolvendo uma mentalidade que valorize a medicina preventiva, num momento em que se observam grandes avanços tecnológicos, com diversas subespecialidades médicas, mas que certamente estão pressionando os sistemas de saúde de maneira geral.

Nos últimos anos foi observado na área de tecnologia médica o aparecimento de uma gama enorme de recursos que possibilitaram um diagnóstico mais rápido e preciso, como também, o desenvolvimento de procedimentos terapêuticos, sejam eles a inclusão de novos medicamentos ou de avançadas técnicas cirúrgicas. Tal fato trouxe muitos benefícios para os pacientes e proporcionou aos médicos maior segurança no que tange à definição de condutas a serem instituídas.

Todavia, este extraordinário progresso teve um lado obscuro, que foi a degradação da relação médico-paciente. Ao mesmo tempo que o médico se beneficiou com a qualificação profissional, com os recursos diagnósticos e terapêuticos, o exame clínico ficou negligenciado. Os motivos principais são a pressa no atendimento e a confiança de que a alta tecnologia irá sobrepor-se a essa negligência. As queixas dos pacientes deixaram de ser ouvidas atentamente, bem como a falta de um exame físico adequado, que necessita basicamente da palpação e da ausculta. O médico passou a se escorar na solicitação indiscriminada de exames complementares para se autoprotger. Como exemplo, tem-se verificado um aumento considerável de solicitação de exames de imagem, dentre eles a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Isso tem colaborado para a elevação dos custos da AMH. Os exames complementares só deveriam ser solicitados após uma avaliação clínica criteriosa do paciente, incluindo uma boa anamnese⁶ e exame físico, servindo para auxiliar o médico na confirmação da hipótese diagnóstica aventada para o caso (REZENDE, 2002).

A complexidade da medicina gerou a necessidade de muitas especialidades médicas, fazendo com que as instituições de saúde e a sociedade passassem a priorizar o atendimento pelos especialistas no lugar do médico clínico generalista. O médico clínico na avaliação inicial do paciente pode solucionar diversos casos sem a necessidade de encaminhamento para especialistas (REZENDE, 2002).

O avanço da tecnologia médica vai continuar a acontecer de forma inexorável. Os médicos não devem prescindir destes recursos, mas precisam estar bem preparados para sua utilização, com o perfeito conhecimento de suas indicações, limitações e custo-benefício para o paciente. Em paralelo tem que se valorizar o exame clínico na formação médica (REZENDE, 2002).

⁶ Informações colhidas junto ao paciente que irão contribuir para a elucidação diagnóstica (Nota nossa).

Em complemento, entende-se que a responsabilidade de prestar uma assistência de saúde de qualidade ao paciente não é prerrogativa somente do médico. Todos os profissionais de saúde devem estar engajados nesse objetivo. É necessário que haja uma preocupação em investir nos níveis de atenção de saúde de menor complexidade.

Quanto aos beneficiários da AMH, os usuários do SSM estão devidamente registrados no Cadastro Geral dos Usuários do SSM, que é formado pela compilação dos dados dos órgãos controladores de pessoal. Cabe à Diretoria do Pessoal Militar da Marinha manter atualizado o cadastro dos militares da ativa, veteranos, ex-combatentes militares e seus dependentes. Ao Serviço de Veteranos e Pensionistas da Marinha compete controlar o cadastro dos pensionistas, ex-combatentes civis e seus dependentes. A Diretoria do Pessoal Civil da Marinha responde pelo cadastro dos servidores civis em atividade e aposentados, pensionistas de servidores civis e seus dependentes. O Comando de Pessoal do Corpo de Fuzileiros Navais controla o cadastro do pessoal do Corpo de Fuzileiros Navais para militares da ativa, militares inativos e seus dependentes.

A DSM é a OM responsável por fazer a integração de todos os cadastros descritos, formando e gerenciando o Cadastro Geral dos Usuários do SSM (BRASIL, 2012).

Os usuários do SSM são representados pelos contribuintes e seus dependentes incluídos no FUSMA, aprovado pela Portaria nº 330/MB, de 25 de setembro de 2009, do Comandante da Marinha e de acordo com a Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980 – Estatuto dos Militares – (BRASIL, 1980, 2009a) e são divididos em três categorias: a) usuários beneficiários da AMH e do FUSMA, que são os titulares e dependentes diretos e que indenizam 20% da AMH prestada; b) usuários beneficiários da AMH, que são os dependentes indiretos e indenizam 100% da AMH prestada (BRASIL, 2012, p.4-1) e c) usuários especiais, que estão isentos de contribuição mensal para o FUSMA. São exemplos de usuários especiais os marinheiros-recrutas, os alunos do Colégio Naval e os aspirantes da Escola Naval. A IMH

é calculada de acordo com os valores dos atos médicos, paramédicos e serviços afins, com base na tabela do Catálogo de Indenização de Serviços de Saúde das Forças Armadas. A tabela é reajustada toda vez que ocorre um aumento do soldo dos militares. Tem como fração monetária de valor padrão a Unidade de Serviço Médico (BRASIL, 2015b).

Acerca dos recursos financeiros para a prestação da AMH aos usuários do SSM, o FUSMA conta com duas principais fontes de receitas⁷: a) as dotações oriundas do Orçamento da União, representadas pelo fator de custos do atendimento médico-hospitalar pelo quantitativo total de usuários; recursos financeiros para pagamento de convênios e contratos; e recursos ligados diretamente à AMH; e b) recursos extraorçamentários, representados pela contribuição mensal para o FUSMA; as receitas provenientes da IMH e receitas decorrentes de contratos e convênios diversos.

A DSM, por meio do Plano de Metas (PM) Hotel, é quem tem a responsabilidade de controlar, fiscalizar e gerenciar os recursos de modo que sejam aplicados para atendimento integral das necessidades dos usuários do SSM.

É importante destacar que se vive um momento de sérias restrições orçamentárias, gerando dificuldades e necessidade de estabelecimento de prioridades e a racionalização de recursos para a prestação da AMH aos usuários.

Após ter sido apresentada a estrutura, os usuários, os eixos de atenção de saúde e origem dos recursos financeiros do SSM, para este trabalho torna-se importante abordar a forma como está implantado o modelo assistencial, de acordo com as diretrizes emanadas na PASSM, 2018-2020.

A aplicação da Política Assistencial no SSM visa, essencialmente, incorporar ao processo saúde-doença tradicional o conceito de bem-estar físico pleno, **consideradas as condições epidemiológicas da população assistida na área de abrangência de cada Distrito Naval**. Busca, também, otimizar as ações assistenciais para adequar a capacidade instalada nas OMH e OMFM às necessidades dos usuários (BRASIL, 2018a, p. 1-2, grifo nosso)

⁷ No ano de 2018, 42,75% das receitas foram provenientes do FUSMA e 41,10% das receitas foram provenientes do fator de custos. Palestra proferida na DSM em jan. 2019.

O atendimento aos usuários pelas OMH e OMFM se dá por dois tipos de demanda. O primeiro é a demanda espontânea, que ocorre quando o paciente que está doente procura o serviço de saúde. Este tipo requer um planejamento mais simplificado envolvendo recursos humanos e materiais e é calculado pela demanda existente em determinada região. O segundo de tipo demanda é a programação da oferta, que leva em consideração a epidemiologia daquela região, conhecendo melhor as patologias que afetam aquela população, permitindo uma abordagem técnica mais eficiente. O ideal é que os dois tipos sejam desenvolvidos ao mesmo tempo (BRASIL,2018a). Mas, sem sombra de dúvidas, o planejamento do atendimento de saúde que observa com atenção as características epidemiológicas da região, como, por exemplo, a prevalência de determinadas doenças, mostrar-se-á muito mais efetivo na medida em que consegue priorizar e antecipar as ações.

A produtividade da assistência de saúde prestada aos usuários do SSM é mensurada tanto nos serviços próprios quanto nos realizados pelas Organizações de Saúde Extra-MB (OSE), utilizando-se as informações do Boletim de Serviços Produzidos (BRASIL, 2011a). Considerando as consultas médicas, odontológicas ou da área de apoio (fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e nutrição), exames complementares, cirurgias e internações hospitalares, realizados no período de 2014 a 2016, foi observado um dado que corrobora o 1º tipo de perfil de demanda exposto acima, qual seja, de que a maioria dos usuários procura a emergência e os atendimentos especializados, o que tende a elevar os gastos em virtude da gama de exames complementares que são solicitados naquelas consultas. A Atenção Básica com suas ações preventivas, muitas vezes resolutivas e de baixo custo, não é devidamente aplicada. Sobre a questão da resolutividade, estudos demonstraram que a atuação no nível primário de atenção de saúde tem a capacidade de resolver 85% das demandas por serviços médicos (STARFIELD, 1994, p. 1129).

A Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, o 1º Eixo de atenção de saúde, no

contexto da PASSM, deve aparecer com grande destaque no cuidado a ser dispensado aos pacientes porque é capaz de fazer uma enorme diferença a partir do momento em que se consegue prevenir o surgimento de uma doença ou suas graves complicações. Isso reverte para uma melhor qualidade de vida e incorporação de hábitos saudáveis, e não menos importante, para a redução dos gastos com a saúde (BRASIL, 2018a).

Os PSM foram criados em decorrência da necessidade de uma atuação mais profunda e abrangente no 1º Eixo de atenção de saúde. Devem funcionar como um conjunto de ações integradas de prevenção de doenças, vigilância epidemiológica, promoção da saúde e diagnóstico precoce destinados ao acolhimento e condução adequada dos casos visando beneficiar os usuários do SSM. São compostos de vários grupos, de diferentes faixas etárias, gêneros, portadores ou não de patologias e envolvendo o emprego de equipes multidisciplinares (BRASIL, 2018a).

Neste capítulo foram conhecidas a estrutura do SSM, seus usuários, a origem dos recursos para a prestação da AMH e, de forma mais expressiva, como é aplicada sua política assistencial, destacando que a medicina preventiva, a ser empreendida pelos PSM, é imprescindível diante dos desafios apresentados. Essas informações fornecem o arcabouço que irá permitir um melhor entendimento do que será apresentado na sequência deste trabalho.

3 OS PROGRAMAS DE SAÚDE DA MARINHA (PSM)

Neste capítulo serão apresentados os PSM, componentes fundamentais para o empreendimento das ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde, baseando-se no cuidado individual e coletivo, com a preocupação de prestar uma assistência de saúde integrada e multiprofissional que esteja atenta à necessidade de intervenção tempestiva e oportuna em uma série de ameaças silenciosas, que respondem pelos nomes de várias doenças, que estão à espreita, ceifando vidas e causando graves sequelas. Os PSM se notabilizam por serem instrumentos capazes de produzir uma extraordinária contribuição para a saúde dos indivíduos sem, no entanto, utilizarem tecnologias avançadas ou requererem grande aporte de recursos financeiros para sua aplicação.

Os PSM foram implantados a partir do ano 2000 e estão ancorados na Atenção Básica com o propósito de desenvolver as ações preventivas, diagnóstico e tratamento precoces e evitando os agravos. Outro aspecto importante esperado do desenvolvimento destas ações está na esfera orçamentária, ou seja, a redução do impacto financeiro quando se consegue evitar o encaminhamento dos pacientes para atendimentos especializados envolvendo exames, cirurgias e procedimentos de alto custo.

Em 2015, a DSM publicou a versão atual do chamado Manual dos Programas de Saúde da Marinha (DSM – 2006), em consonância com a política assistencial adotada pelo SSM (BRASIL, 2015a).

Os PSM são desenvolvidos pelas OM executoras por meio de equipes de profissionais de saúde multidisciplinares, envolvendo médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. Cabe destacar que não há a necessidade exclusiva da participação do médico especialista nos programas, pois muitas atividades e projetos podem ser desenvolvidos por outros profissionais, como por exemplo o trabalho das denominadas

oficinas e as palestras em salas de espera. Outro aspecto muito importante da participação dessa diversidade de profissionais está relacionado à possibilidade de incrementar a captação e cadastramento dos usuários do SSM nos programas (BRASIL, 2015a).

No curso das ações, o usuário deve ser acolhido e orientado para a adoção de hábitos de vida saudáveis, além da condução apropriada da sua enfermidade, caso haja, evitando as complicações e melhorando a qualidade de vida.

A estrutura administrativa dos PSM tem em sua composição a DSM, responsável por definir as diretrizes, o CMAM, no papel de coordenação, supervisão e avaliação da sua aplicação e as OM Executoras, que efetivamente realizam as ações junto aos usuários do SSM.

Os oficiais e praças da área de saúde são os responsáveis pela efetiva aplicação dos PSM, seguindo as orientações emanadas pelos Consultores Técnicos, que são os profissionais de saúde que detêm um grande conhecimento dos assuntos específicos de cada programa. O Supervisor dos PSM das OM funciona como elemento de ligação entre os Executores dos PSM e os Consultores Técnicos. Compete aos Supervisores coordenar e supervisionar o funcionamento dos vários PSM, manter atualizado o cadastro dos usuários do SSM inscritos e promover ações de motivação dos profissionais de saúde da OM, no sentido de estimular o desenvolvimento dos programas (BRASIL, 2015a).

Ressalta-se que tem grande importância para o desenvolvimento dos PSM que os profissionais de saúde estejam atentos para a captação dos usuários. O modelo da Ficha de Captação e Encaminhamento para os PSM está contemplado no Manual dos PSM (ANEXO A). Não podemos prescindir desta oportunidade ao identificarmos a necessidade de acompanhamento de um paciente por um PSM por ocasião de um atendimento assistencial, independentemente se esse profissional responsável pelo atendimento é ou não executor de um programa. Neste último caso, o profissional deve preencher a ficha encaminhando o

usuário para o executor de um PSM específico. Quando a patologia apresentada pelo paciente é de caráter crônico e requer um acompanhamento permanente, como é o caso da HAS e do DM, o executor do PSM deverá proceder ao cadastro do usuário, que será entregue ao Supervisor dos PSM da OM, onde deverá constar as informações necessárias que possibilitem uma busca ativa visando manter a sua adesão ao programa.

Atualmente estão sendo executados na MB 15 Programas de Saúde. São eles: Programa de Imunizações, Programa de Controle da HAS, Programa de Controle do DM, Programa de DST/AIDS, Programa de Dermatologia, Programa de Pneumologia Sanitária, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Saúde Mental, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde do Homem, Programa de Atenção Farmacêutica, Programa de Atenção às Doenças Ocupacionais, Programa de Reabilitação e Programa de Saúde Bucal (BRASIL, 2015a, p. IX).

Será efetuada a seguir uma descrição dos PSM, destacando em primeiro lugar os principais Programas – Controle da HAS, Controle do DM, DST/AIDS, Dermatologia, Pneumologia Sanitária, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e Saúde do Homem –, de acordo com o propósito deste trabalho, englobando as doenças de caráter crônico, com alto grau de mortalidade e capacidade de provocar sequelas, como também por serem responsáveis por consumir vultosos recursos financeiros. Na sequência, serão descritos brevemente os outros PSM (BRASIL, 2015a).

3.1 PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A HAS representa atualmente um sério problema de saúde para a população brasileira, pois tem alta prevalência em todo o território nacional e é um importante fator de risco para o aparecimento das DCV, que são a principal causa de morte no Brasil (MANSUR;

FAVARATO, 2016). Além disto, representa um fator preponderante de morbidade, tendendo a aumentar a frequência de internações hospitalares, elevando sobremaneira os custos da saúde.

A HAS é diagnosticada quando a aferição da pressão arterial encontra valores de pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e valores de pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, verificada em pelo menos três medições em dias diferentes, em indivíduos que não estão fazendo uso de qualquer medicação anti-hipertensiva⁸. O cuidado de se fazer três medições distintas reside no fato de que pode ocorrer a chamada hipertensão do avental branco ante a presença do profissional de saúde. No conjunto inicial da avaliação do paciente com alteração dos níveis pressóricos, além da confirmação do diagnóstico da HAS, é necessário avaliar se já há lesões em órgãos-alvo (coração, cérebro e rins) e identificar os fatores de risco para DCV.

A estratificação do risco cardiovascular procura estabelecer o prognóstico para o paciente e orientar a conduta terapêutica. A pesquisa dos fatores de risco para HAS e DCV baseiam-se em informações como sexo, idade, história clínica de eventos vasculares, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura (índice de massa corporal) e uma avaliação clínica voltada para identificação de aterosclerose⁹. Fatores de risco baixo são encontrados em homens com idade até 45 anos e mulheres até 55 anos, sem manifestação de doença e sem nenhuma história pregressa de lesão em órgão-alvo, como por exemplo: IAM prévio, AVC prévio e doença arterial periférica; ou indicadores de risco intermediário: história familiar de IAM, diagnóstico prévio de DM, obesidade, tabagismo, entre outros (BRASIL, 2015a, p. F-6).

O tratamento da HAS inclui o uso de medicamentos e medidas não farmacológicas (controle de peso, adoção de hábitos saudáveis de vida, como a alimentação saudável, abandono do tabagismo e prática regular de atividade física).

O Programa de Controle da HAS está voltado para os usuários do SSM com idade

⁸ Avaliação técnica deste autor, decorrente de experiência na prática médica.

⁹ Aterosclerose – é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial, que acomete as artérias de médio e grande calibre, com formação de placas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

superior a dezoito anos, com prioridade para os indivíduos acima dos trinta anos de idade.

Dentre os objetivos do programa destacam-se: reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares; realizar busca ativa e captações de usuários; capacitar a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos etc.) no sentido de motivar o paciente a continuar no programa e fomentar a ideia da prática de hábitos saudáveis de vida; e criar facilidades para o tratamento especializado de pacientes que apresentem lesões de órgãos-alvo (BRASIL, 2015a).

Por se tratar de uma patologia de caráter crônico, exigindo acompanhamento permanente, no momento da captação dos pacientes portadores de HAS deverá se ter o cuidado de realizar o devido cadastramento do usuário e manter este cadastrado atualizado na OM conforme descrito anteriormente (BRASIL, 2015a).

3.2 PROGRAMA DE CONTROLE DO DIABETES MELLITUS (DM)

Da mesma forma que a HAS, o DM representa um grave problema de saúde no País e no mundo. O estilo de vida sedentário, os maus hábitos alimentares e a obesidade têm contribuído de maneira radical para o incremento da incidência e prevalência do DM. As consequências são devastadoras para a saúde dos indivíduos, comprometendo a qualidade e expectativa de vida. Sequelas irreversíveis podem advir do descontrole do DM, como, por exemplo, a cegueira, amputações de membros inferiores e insuficiência renal crônica. Tem que ser ressaltado também que o DM influencia diretamente no desencadeamento de lesões dos vasos sanguíneos que irão resultar em DCV, como o IAM e o AVC.

O mais importante de tudo é que estas complicações podem ser prevenidas se houver um diagnóstico precoce e um acompanhamento adequado.

O diagnóstico do DM é feito quando o exame de glicemia em jejum for igual ou

superior a 200mg/dl ou duas glicemias de jejum maiores ou iguais a 126mg/dl¹⁰.

Concomitantemente ao diagnóstico laboratorial podem estar presentes os sintomas clássicos de excesso de fome, de sede, de urina e perda de peso. Durante a avaliação inicial deve ser verificado o tipo de DM, se encontram-se presentes fatores de risco para DCV e se já se evidencia alguma complicação. Quanto ao tipo, o DM é dividido em tipo 1, que costuma acometer pacientes mais jovens, com um comportamento mais agressivo e dependente do medicamento insulina para o seu controle; e o tipo 2, que acomete geralmente indivíduos adultos, com excesso de peso, com evolução mais lenta e sintomatologia leve¹¹.

O DM cursa muitas vezes de modo insidioso, provocando lesões nervosas nas extremidades, sobretudo nos membros inferiores, causando a neuropatia periférica, também entendida como “pé diabético”, que gera uma perda de sensibilidade e ferimentos que passam despercebidos. Este fato dificulta o tratamento podendo ocasionar as amputações.

Como estratégia para enfrentar esse grande desafio, o SSM possui nos PSM uma ferramenta poderosa capaz de derrotar este inimigo nefasto. Para tanto, os profissionais de saúde que labutam diariamente em nossas OM de saúde devem estar preparados para desenvolver as ações pertinentes.

Nesse ínterim, destacam-se como objetivos principais do programa promover ações objetivando um estilo de vida saudável buscando manter a adesão ao programa, reduzir a incidência de complicações por meio de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, entre outros) e criar condições para que o paciente diabético que venha a desenvolver complicações possa ter um atendimento especializado com prioridade (BRASIL, 2015a).

¹⁰ Critérios diagnósticos estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

¹¹ Avaliação técnica deste autor, decorrente de experiência na prática médica.

3.3 PROGRAMA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) provoca no organismo a destruição das células responsáveis pela defesa, predispondo o aparecimento de doenças oportunistas. Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS – 2018, da Secretaria de Vigilâncias em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), desde o início da epidemia de AIDS em 1980 até 31 de dezembro de 2017, ocorreram no Brasil 327.655 óbitos por causa do HIV (BRASIL, 2018i, p. 20).

O advento das terapias de combate ao HIV possibilitou que os pacientes que aderem ao tratamento não desenvolvam a doença, permanecendo como portadores assintomáticos. Por outro lado, ainda de acordo com a publicação citada acima, o número de casos de contaminação por HIV aumentou entre 2007 e 2017 na faixa etária de 15 a 19 anos, de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos (BRASIL, 2018i, FIG. 10). Isso pode significar que os jovens não têm se preocupado muito com a prevenção. Talvez o motivo seja que não se observam mais as imagens impactantes e dramáticas de pacientes em estágio terminal da doença. Pelo enquadramento da faixa etária de aumento das taxas de infecção pelo HIV, os militares não devem ficar vulneráveis a esta ameaça. Diante desse quadro é imprescindível que se trate o assunto com a maior atenção, desenvolvendo ações que produzam os efeitos de reduzir os casos de DST e infecções pelo HIV. As campanhas de conscientização sobre as doenças e do uso de preservativos, a realização de palestras sobre esta temática e a interação com os órgãos públicos de saúde são estratégias importantes no combate a essas doenças. Sobre a questão da interação, convém salientar que este programa está intimamente ligado ao Programa de Prevenção e Controle das DST/AIDS das Forças Armadas (BRASIL, 2009b), e ambos atuam em sintonia com o que é preconizado pelo Programa Nacional DST/AIDS do MS (BRASIL, 1999).

Além da redução do número de novos casos de infecção pelo HIV e de DST, também são objetivos do programa prestar assistência médica especializada aos portadores destas patologias e aperfeiçoar a vigilância epidemiológica relacionada a esse problema (BRASIL, 1999).

Outras DST, como a Hepatite B, infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), cancro mole, linfogranuloma venéreo, herpes simples, gonorreia e sífilis, também merecem atenção. Dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis, publicado em novembro de 2018 pelo MS, alertam sobre o aumento do número de casos de Sífilis adquirida por relações sexuais no Brasil. Entre os anos de 2010 e 2017 houve um crescimento de 2.900%¹² de casos de sífilis adquirida (BRASIL, 2018l).

A sífilis se não tratada em suas fases iniciais pode trazer graves sequelas cardíacas e neurológicas em seu estágio terciário. Preocupante também são os casos de sífilis congênita, que acomete o feto provocando abortos ou sequelas graves nos recém-natos (BRASIL, 2015a).

3.4 PROGRAMA DE DERMATOLOGIA – CONTROLE DA HANSENÍASE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE

Este programa destina-se, de forma geral, a propor linhas de cuidado voltadas para o desenvolvimento de ações preventivas, diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase e do câncer de pele, com uma abordagem de caráter multidisciplinar (BRASIL, 2015a).

3.4.1 Controle da hanseníase

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada por um bacilo denominado

¹² O estudo citado, obtido do Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018, do MS, relata que entre 2010 e 2017 houve aumento do número de casos de sífilis adquirida de 2,0 casos por 100 mil habitantes para 58,1 casos por 100 mil habitantes, ou seja, um crescimento aproximado de 2900%.

mycobacterium leprae que ataca os nervos periféricos. A doença se não diagnosticada e tratada a tempo pode acarretar graves sequelas incapacitantes. Segundo o Boletim Epidemiológico número quatro, de 2018 do MS (BRASIL, 2018j, p. 1), em 2016 foram diagnosticados no Brasil 25.218 casos, o que colocou o País, nesse ano, no segundo lugar no mundo com o maior número de casos novos registrados.

Essa doença gerou, num passado não tão distante, muito preconceito em relação aos seus portadores, quando eram isolados de toda a sociedade e não havia um tratamento eficaz. Essa realidade mudou com o advento de terapias que proporcionaram o controle e a cura desta enfermidade. Ainda assim, nos tempos atuais, ainda se observa este estigma que deve ser combatido com a finalidade de promover a inclusão social de seus portadores.

Os objetivos do programa estão alicerçados em realizar ações educativas que permitam a identificação dos sinais e sintomas da doença e conscientização para evitar a discriminação. O diagnóstico da hanseníase é iminentemente clínico, portanto, é necessário capacitar adequadamente os profissionais de saúde que labutam na Atenção Básica para que possam reconhecer a apresentação clínica da doença (sinais e sintomas) e possibilitar a correta condução dos casos. As lesões aparecem na pele, mais comumente como manchas e nódulos associadas a alterações da sensibilidade à dor ou térmica (calor ou frio). O comprometimento nervoso inclui a diminuição ou perda da força muscular do membro acometido (BRASIL, 2015a).

3.4.2 Prevenção do câncer de pele

Os três principais tipos de câncer de pele são o melanoma, o carcinoma epidermoide e o carcinoma basocelular. De acordo com dados obtidos na Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil, do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (BRASIL, 2018h) o

câncer de pele é o mais comum no mundo e o tumor mais incidente no Brasil entre homens e mulheres. A exposição à radiação solar ultravioleta de forma excessiva representa a principal causa para o surgimento da doença. O câncer de pele, sobretudo o melanoma, pode levar ao óbito caso não seja diagnosticado e tratado precocemente.

São objetivos desse programa a propagação de medidas educativas que orientem os usuários do SSM para o risco da exposição solar em horários de maior incidência dos raios ultravioleta (entre as dez da manhã e dezesseis horas), uso de protetores solares, bem como ajudar na identificação de lesões suspeitas. A fotoproteção adequada realizada na infância e adolescência pode reduzir em até 80% os riscos de câncer de pele não melanoma na idade adulta. Além disto, é esperado que o profissional de saúde saiba reconhecer estas lesões e contribuir para a redução da morbiletalidade do câncer de pele por meio do diagnóstico precoce (BRASIL, 2015a, p. 6-3).

3.5 PROGRAMA DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA

Certas patologias pulmonares têm-se apresentado como um sério problema de saúde pública. O desenvolvimento de estratégias para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento é fundamental para o controle e erradicação destes males. Este programa contempla a abordagem utilizada contra a tuberculose pulmonar e o tabagismo que serão apresentadas a seguir (BRASIL, 2015a).

3.5.1 Tuberculose pulmonar

A tuberculose pulmonar é uma doença infecciosa crônica e contagiosa, que acomete principalmente os pulmões, transmitida por via aérea quando uma pessoa tosse

expelindo gotículas contendo o bacilo causador da doença. Os sintomas incluem tosse com expectoração, febre vespertina e emagrecimento. O diagnóstico de confirmação é feito pela detecção do bacilo presente no escarro por meio de exame laboratorial acompanhado de exame radiológico do tórax. As baixas condições sanitárias da população aliadas ao tabagismo contribuem para aumentar a prevalência da doença.

Segundo o Boletim Epidemiológico de março de 2019, do MS, a tuberculose foi responsável pela morte de cerca de 1.3 milhão de pessoas no mundo em 2017. No Brasil foram diagnosticados em 2018 aproximadamente 72.788 novos casos da doença (BRASIL, 2019b, p. 3, tabela 1).

Em virtude de o tratamento preconizado para a tuberculose ser longo, normalmente seis meses, ocorre com relativa frequência o abandono do tratamento pelo paciente. Isso ocorre porque o paciente tende a apresentar uma melhora considerável da sintomatologia ao final do segundo mês de tratamento, levando-o a acreditar que já estaria curado e não necessitaria mais continuar com as medicações. As consequências podem ser muito graves, com retorno dos sintomas de forma mais intensa e necessidade de uso de drogas mais potentes, pois medicamentos usados anteriormente não surtem mais efeito devido à resistência bacteriana. Os profissionais de saúde devem atuar para orientar e evitar este tipo de comportamento.

Os objetivos do programa consistem na elaboração de campanhas educativas e de prevenção para os usuários do SSM, buscando o diagnóstico e tratamento precoces, com consequente redução da morbimortalidade da doença (BRASIL, 2015a).

É importante reforçar a vigilância epidemiológica para detecção de novos casos, investigação de pessoas que tenham contato próximo com o paciente, bem como realizar a busca ativa daqueles pacientes que abandonam o tratamento (BRASIL, 2015a).

3.5.2 Tabagismo

O tabagismo é um hábito extremamente maléfico ao organismo. Além dos danos causados ao pulmão, incluindo as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) e o câncer, também contribui consideravelmente para o aparecimento de patologias cardiovasculares, como, por exemplo, o IAM e o AVC. Do mesmo modo, outros tipos de câncer são decorrentes do fumo, como os cânceres de boca, laringe, rim, esôfago, bexiga, entre outros. Dados do INCA de 2018 referem 428 óbitos por dia no Brasil por causa do tabagismo e são gastos aproximadamente R\$ 56,9 bilhões por ano com despesas médicas, principalmente com o tratamento do câncer, DCV e DPOC (BRASIL, 2018d, não paginado).

Pelo exposto, cabe salientar que o tabagismo trata-se de um grave problema de saúde pública, consumindo uma enormidade de recursos financeiros e comprometendo de maneira drástica a capacidade produtiva e a qualidade de vida da população.

O programa tem como objetivos realizar ações de prevenção do hábito de fumar e incentivar sua interrupção, reduzindo com isso a incidência de casos de doenças associadas ao fumo. Quanto ao aspecto epidemiológico, é importante o acompanhamento dos casos de tabagismo na MB, o que permite analisar a efetividade das ações preventivas. Dentre essas ações destacam-se a elaboração de campanhas contra o tabagismo, a realização de palestras e a disponibilização de atendimento especializado aos usuários que manifestarem a vontade de parar de fumar (BRASIL, 2015a).

É estimulado o desenvolvimento de parcerias com os órgãos públicos de saúde objetivando a inclusão de usuários do SSM no Programa Nacional de Controle do Tabagismo, em localidades que não disponham deste programa na OMH (BRASIL, 2015a).

3.6 PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO

Tem-se observado ao longo dos últimos anos um aumento significativo da parcela da população chamada de “terceira idade”. Os indivíduos com 60 anos ou mais somaram cerca de 30,2 milhões em 2017, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Amostras de domicílios contínua, do IBGE. Houve um aumento de 4,8 milhões de idosos entre 2012 e 2017, ou seja, de 18% em cinco anos (PARADELLA, 2018, não paginado). Este aumento na expectativa de vida pode ser explicado, em parte, pela melhoria das condições sanitárias no Brasil. Em consonância com esse crescimento, tem-se verificado um aumento da demanda dos serviços de saúde da MB por esta parcela de usuários, que invariavelmente apresentam algum tipo de doença crônica, principalmente HAS, DM, DCV e doenças degenerativas dos ossos e articulações.

Para balizar os objetivos deste programa (BRASIL, 2015a), qual seja, o estabelecimento de medidas voltadas à promoção da saúde do idoso, segue-se o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994, 2003). As ações a serem desenvolvidas incluem o rastreamento de doenças e direcionamento para o tratamento com a devida prioridade; realização de palestras com orientações sobre prevenção de doenças, e alimentação saudável; e promoção de um atendimento multidisciplinar envolvendo não só ações de profissionais de saúde, mas também de outros profissionais para trabalhar atividades físicas, lúdicas, recreativas e de inclusão social, como dança de salão, oficinas de memória etc. Para a consecução destes objetivos existe a utilização dos Centros de Convivência de Idosos e Centros de Atenção à Terceira Idade nas OMH. O acompanhamento nestes Centros por uma equipe multiprofissional tem-se mostrado uma ferramenta valiosa na detecção precoce e intervenção tempestiva em uma série de problemas de saúde, sejam eles físicos ou de ordem psicológica/cognitiva, neste caso, as depressões e doenças degenerativas cerebrais (BRASIL, 2015a).

Todas estas medidas têm o poder de gerar um impacto altamente positivo na vida do idoso, colaborando para sua autonomia, independência e bem-estar físico-mental.

O público alvo deste programa são todos os usuários do SSM com idade maior ou igual a 60 anos.

Tem que se ter atenção especial para a identificação de patologias com alto grau de morbidade e promover o devido encaminhamento aos PSM afetos a essas doenças, destacando-se a HAS e o DM (BRASIL, 2015a).

3.7 PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER

Este programa se propõe a apresentar uma visão ampla da assistência à mulher, tanto nos aspectos relacionados à saúde física, englobando as DST/AIDS, gestação, prevenção do câncer de mama e do colo do útero, como também uma abordagem que inclua a questão da sexualidade e violência doméstica (BRASIL, 2015a).

Tem como objetivo principal o desenvolvimento de ações de saúde de cunho preventivo, por meio de campanhas educativas e palestras, com o intuito de contribuir para o diagnóstico e tratamento precoces de doenças, além de oferecer um acompanhamento adequado de todas as demandas relacionadas à saúde de todas as usuárias do SSM, desde a adolescência, passando pela assistência pré-natal até o climatério (BRASIL, 2015a).

No tocante à gravidez, convém destacar alguns pontos relevantes do acompanhamento pré-natal. O ideal é que a gestação seja acompanhada desde o início, com o objetivo de identificar precocemente e tratar patologias que geram riscos para a saúde da mulher e o feto. Para tanto, recomenda-se à gestante adotar hábitos de vida saudáveis, manter a assiduidade às consultas, evitar o uso de substâncias psicoativas (drogas lícitas e ilícitas) e incentivar o aleitamento materno. A HAS deve ser bem controlada, pois caso contrário

configura a gravidez de alto risco, podendo acarretar complicações graves e o abortamento.

Por sua importância e gravidade, cumpre tecer algumas considerações sobre o câncer de mama e o câncer do colo do útero. Algumas mulheres apresentam uma maior predisposição para o desenvolvimento do câncer de mama, sendo que a história familiar da doença tem um papel preponderante nesse aspecto. As medidas visando à detecção precoce do tumor como o autoexame das mamas devem ser incentivadas, assim como a realização de mamografia para todas as mulheres a partir dos 40 anos (BRASIL, 2015a).

O câncer de colo uterino é relativamente fácil de ser diagnosticado precocemente pelo exame preventivo ginecológico anual, mudando radicalmente o prognóstico e o tratamento da doença. No caso de o diagnóstico ser realizado nos estágios iniciais são altas as chances de cura. Observa-se que este tipo de câncer incide com mais frequência nos grupos da população que apresenta baixo nível socioeconômico, desinformação sobre prevenção e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Isto contribui para que este tipo de câncer seja o terceiro mais comum entre as mulheres no Brasil e responde pela quarta maior causa de mortes nesse gênero, segundo dados do INCA (BRASIL, 2018g, não paginado).

3.8 PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM

Historicamente verifica-se que o homem tem um comportamento um pouco arremido no que diz respeito aos cuidados com a sua saúde. Diferentemente das mulheres, os homens não costumam buscar serviços de saúde preocupados com a prevenção de doenças e somente o fazem quando estão doentes.

Neste contexto, este programa, sabedor desta característica, procura desenvolver ações que tenham como resultado a conscientização e inclusão dos homens nesse ambiente, com o objetivo de diagnosticar e tratar precocemente o câncer de próstata, o câncer de bexiga, a Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) e a disfunção erétil (BRASIL, 2015a).

Entre as ações propostas deve-se realizar campanhas educativas sobre aquelas doenças, motivar os homens a partir dos 45 anos a procurar o urologista e reduzir o preconceito em relação ao toque retal para o exame da próstata e capacitar profissionais de saúde para a identificação de fatores de risco e encaminhamento para intervenção diagnóstica precoce.

A HPB é definida como um aumento do volume da próstata de origem benigna. Este aumento traz como consequências a dificuldade de urinar e acomete os homens na faixa etária acima dos 40 anos.

Já o câncer de próstata ocorre com mais frequência entre os homens acima de 50 anos e de acordo com o INCA é o segundo mais comum entre os homens no Brasil, perdendo somente para o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2018f, não paginado). Devido ao seu alto potencial de mortalidade é fundamental que seja feito um rastreamento da doença durante a consulta médica, procurando identificar fatores de risco, como a história familiar de câncer de próstata, tabagismo e sintomas urinários, além de proceder o exame clínico da próstata, por meio do toque retal e solicitação de exames complementares, incluindo a dosagem do antígeno prostático específico e, caso necessário, exames de imagem, como a ultrassonografia da próstata.

O câncer de bexiga costuma afetar os homens a partir dos 60 anos e tem como fatores predisponentes o uso do fumo e alterações genéticas decorrentes de exposição a algumas substâncias reconhecidamente cancerígenas. Segundo dados do INCA, trata-se do tumor maligno que ocupa a nona posição entre todos os tipos de cânceres no mundo (BRASIL, 2018e). Em geral, apresenta como manifestação clínica o sangramento evidenciado na urina, sem apresentar dor ou outros sintomas. Esse sangramento pode ser visível ou ser evidenciado microscopicamente em exames de urina. Quando for constatado este sangramento é necessário que o paciente seja encaminhado para o acompanhamento médico

especializado do urologista (BRASIL, 2015a).

A disfunção erétil afeta mais comumente os homens a partir da quarta década de vida e decorre da dificuldade de ter uma ereção peniana que permita uma atividade sexual adequada. Este programa ajuda a orientar a pesquisa da causa do problema, que pode ser de ordem psicológica, física ou mista (BRASIL, 2015a).

3.9 PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES

O objetivo principal deste programa é o de contribuir para o controle e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2015a).

O Calendário de Vacinação Militar (CVM) foi criado em 2009, pelo Ministério da Defesa (MD), devendo ser utilizado por todos os militares da ativa para registro das imunizações (BRASIL, 2009c).

Levando-se em consideração a característica operativa inerente à carreira do militar, é importante estarem com o calendário vacinal em dia, em virtude dos deslocamentos em missões para áreas endêmicas de certas doenças, tanto no território nacional, quanto no exterior.

3.10 PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

No decorrer das últimas décadas tem-se observado um aumento significativo da incidência de doenças mentais, principalmente a depressão, a ansiedade e o uso nocivo de substâncias psicoativas/dependência química. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicados em 2017, a depressão figura como a maior causa de incapacidade

no mundo. A taxa de crescimento da depressão no mundo entre os anos de 2005 e 2015 ficou na ordem de 18% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017, não paginado).

As estratégias adotadas pelo programa visam, primordialmente, à prevenção do surgimento de casos novos e o aprimoramento da abordagem e tratamento dos pacientes no Espaço Consciência e Cuidado do HCM ou nas OMH (Hospitais Distritais) (BRASIL, 2015a).

3.11 PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Este programa tem como objetivos principais realizar ações para imunização das crianças e adolescentes, incentivar o aleitamento materno, diagnóstico precoce e tratamento de enfermidades próprias dessa faixa etária, como as doenças congênitas, respiratórias e atrasos no desenvolvimento psicomotor. Além disso, é necessário desenvolver ações para reduzir a obesidade infantil que tem crescido, fruto da falta de uma alimentação saudável e do sedentarismo (BRASIL, 2015a).

3.12 PROGRAMA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A atenção farmacêutica vem contribuir para a adesão ao tratamento, orientando o uso correto das medicações no intuito de reduzir efeitos adversos, evitar descompensações do quadro clínico do paciente, e com isso diminuir a ocorrência de internações hospitalares e reduzir custos para o SSM.

São objetivos deste programa conduzir o tratamento do paciente de forma a

produzir resultados benéficos para sua saúde e apoiar outros programas de saúde, como os Programas de HAS e DM, que exigem o uso contínuo de medicamentos (BRASIL, 2015a).

3.13 PROGRAMA DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS OCUPACIONAIS

Este Programa busca identificar fatores de risco e prevenção de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais, como por exemplo as atividades que impliquem em exposições a níveis muito elevados de ruídos ou lesões por esforço repetitivo (BRASIL, 2015a).

3.14 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Este programa propõe ações voltadas para a prevenção das lesões do aparelho musculoesquelético, por meio de orientações para a prática de atividades físicas e postura corporal, incluindo exercícios de alongamento, fortalecimento muscular, bem como a realização de palestras educativas sobre o tema (BRASIL, 2015a).

3.15 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

Este programa procura desenvolver uma série de ações de caráter preventivo, conscientizando os usuários do SSM das medidas para se ter uma boa saúde oral, realizando campanhas e palestras educativas.

A prevenção do câncer bucal, a prevenção e tratamento da cárie e doença periodontal, e a prevenção e controle da má oclusão dental são objetivos principais do programa (BRASIL, 2015a).

3.16 PROJETOS E OFICINAS

Além das consultas individualizadas, os projetos e as oficinas, dentro da proposta dos PSM, funcionam como ferramentas de suporte de grande utilidade para facilitar a compreensão das mensagens transmitidas e, ao mesmo tempo, de forma lúdica, conseguir conscientizar e motivar os usuários do SSM da importância da prevenção. São atividades desenvolvidas em grupo, onde são estimulados o autocuidado e o fortalecimento do compromisso com o seu tratamento. De acordo com o previsto no Manual dos Programas de Saúde da Marinha DSM – 2006, os eventos devem ser programados nas OM, devendo contemplar a divulgação por cartazes, *folders* e *banners*, a realização de palestras multidisciplinares e o cadastramento dos usuários nos PSM (BRASIL, 2015a).

Foram criados diversos projetos e oficinas ligados aos PSM, como por exemplo: o Projeto “Sassarico” (BRASIL, 2018c), inserido no PSM do Idoso, visando incentivar a prevenção, estimular atividades físicas e de memória e a socialização; o Projeto de Combate ao Diabetes Mellitus, com ações educativas, incluindo temas como a alimentação saudável e o uso correto das medicações, com o objetivo de reduzir os atendimentos emergenciais advindos de descompensações e complicações; o Projeto de Combate à Hipertensão Arterial, com orientações sobre a doença e troca de experiências, por intermédio de dinâmica de grupo, estimulando a adesão ao PSM, bem como oficinas alertando para os riscos do consumo exagerado do sal e do sedentarismo; o Projeto Mulher que se Ama se Cuida – Saúde da Mulher, com ações educativas envolvendo a prevenção, e o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e câncer de colo uterino; e o Projeto Clube do Bolinha, desenvolvendo palestras e oficinas referentes ao propósito de reduzir o preconceito e a resistência dos homens em relação ao exame de toque retal, tão importante para a detecção do câncer de próstata (BRASIL, 2015a).

3.17 CAPTAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SSM E INDICADORES DE SAÚDE DOS PSM

A captação do usuário normalmente se dá na Atenção Básica, durante uma consulta médica ou de enfermagem, ou no decorrer de campanhas de promoção da saúde. Para tanto, os profissionais de saúde têm que estar atentos para efetuar as ações pertinentes.

A mensuração da eficiência da aplicação do programa (BRASIL, 2015a) é realizada por meio de indicadores de saúde. Para a análise deste índice são avaliados em todos os programas, como dado principal, o número de usuários cadastrados. Em alguns programas que envolvem doenças crônicas, como o PSM de Controle da HAS e DM, são analisados também, o número de usuários excluídos (ausentes por período igual ou superior a um ano) e o número de usuários que apresentaram alguma complicação da HAS, como por exemplo IAM, AVC e doença arterial periférica, bem como o número de pacientes que precisaram de atendimento de emergência nos últimos seis meses e o número de pacientes que necessitaram ser encaminhados para especialistas. Outro programa, como por exemplo o *Programa de Pneumologia Sanitária*, no que se refere à tuberculose pulmonar, apresenta também como indicadores, o número de casos de recidiva e o índice de mortalidade (BRASIL, 2017b).

Aliás, é imperativa para a sobrevivência de um Programa de Saúde a análise de seus indicadores de modo a mensurar a sua efetividade. Portanto, é de extrema importância o número de pacientes inscritos nos PSM e o que fazer para aumentar a captação.

Neste capítulo foram apresentados os PSM, principal estratégia do SSM para o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde, incluídas no 1º Eixo de atenção de saúde, em consonância com sua política assistencial. Ademais, foram acrescentadas informações recentes em alguns programas, que servem de alerta a todos os profissionais de saúde, sobretudo os gestores de OMH, sobre a gravidade dos dados apresentados e a necessidade de intervenção, por intermédio da medicina preventiva,

visando eliminar as ameaças ou mitigar seus efeitos.

Indubitavelmente, não se pode desprezar a formidável capacidade destes programas de transformar a vida das pessoas, trazendo enormes benefícios, com um custo muito baixo.

Destacou-se, em especial, o PSM de Controle da HAS, pelo seu grande potencial de contribuir para a redução dos casos de óbito e sequelas decorrentes das DCV, as quais são fortemente induzidas pelo aumento da pressão arterial.

Por fim, foram realizadas pesquisas no Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR), publicação divulgada anualmente pela Diretoria de Administração da Marinha, que contempla uma série de informações estatísticas de atividades produzidas por grande número de OM. Em sua 45^a edição, de 2017, nas informações referentes às atividades de saúde, fornecidas pela DSM, não consta nenhum lançamento atinente aos PSM (BRASIL, 2017a). Considera-se que seria importante ter registrado o número de usuários cadastrados nos diversos PSM, além de outros indicadores de saúde referentes aos programas, o que permitiria realizar uma análise comparativa das informações na linha do tempo, acompanhando sua evolução e fornecendo subsídios para orientar a tomada de decisões.

4 ANÁLISE DOS PSM E OPORTUNIDADES DE MELHORIA NA CAPTAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SSM

Neste capítulo será apresentada uma análise dos PSM, buscando identificar oportunidades de melhorias a fim de contribuir para o aumento da participação dos usuários nos PSM e, conseqüentemente, para a prevenção de doenças e agravos de saúde.

Todos os PSM serão analisados observando o quantitativo de usuários inscritos em relação ao quantitativo total de usuários do SSM. Será analisado mais detalhadamente o PSM de HAS, tendo em vista tratar-se de uma DCNT com um grande potencial de morbiletalidade.

Neste sentido, deve ser estabelecido um parâmetro para conhecer a prevalência desta patologia pelas regiões do Brasil. Assim, foi escolhida para consulta a última pesquisa de grande abrangência feita sobre este tema no País, que foi a *Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*, realizada pelo IBGE em 2013, em convênio com o MS. Essa pesquisa, entre outros aspectos, procurou verificar as condições de saúde da população brasileira e, mais especificamente, no que interessa a este trabalho, investigar a prevalência da HAS nas regiões do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A periodicidade prevista para esta pesquisa seria de cinco em cinco anos, tendo sido realizadas nos anos de 1998, 2003 e 2008. Entretanto, de acordo com informações do MS e do IBGE, não foi realizada em 2018 e a coleta dos dados da nova pesquisa deverá ser iniciada a partir do 2º semestre de 2019 (BRASIL, 2016b, não paginado).

A pesquisa de 2013, maior e mais abrangente do Brasil na área da saúde, abarcando todas as regiões do País, ainda serve de referência para o Sistema Único de Saúde como instrumento importantíssimo para orientar a criação de políticas públicas de saúde

voltadas para a prevenção, sobretudo, nesse aspecto, colaborando para a definição das estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, no período de 2011 a 2022 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Esse Plano do MS tem o objetivo de desenvolver e implementar políticas públicas voltadas para a prevenção e controle das DCNT. Além do monitoramento das DCNT, devem ser realizadas ações incentivando a atividade física, alimentação saudável, o abandono do hábito de fumar e do uso abusivo do álcool (BRASIL, 2011b).

A PNS 2013 foi realizada nos domicílios, no sistema de amostragem, na qual um indivíduo maior de 18 anos era selecionado pelo agente para uma entrevista, com coleta de informações. Na pesquisa sobre a HAS não houve aferição da pressão arterial. O entrevistado era contabilizado quando referia ter o diagnóstico dessa enfermidade. O resultado da pesquisa apontou que no ano de 2013 a média do número de pessoas que se referiram hipertensas no Brasil era de 21,4% do total da população com idade igual ou superior a 18 anos. A Região Sudeste apresentou o percentual mais elevado, com 23,3%, a Região Sul com 22,9%, a Região Centro-Oeste 21,2%, seguidos pela Região Nordeste com 19,4% e a Região Norte com 14,5% (GRAF. 1, ANEXO B) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014, p. 35-36).

É importante ressaltar que a faixa etária a ser estudada na análise sobre HAS pelo PSM compreende os usuários do SSM com idade a partir dos 18 anos, igual à faixa etária estabelecida para a elaboração da PNS 2013.

A HAS, como já foi dito, faz parte das DCNT, em conjunto com o AVC, IAM, DM, câncer de mama, câncer do colo uterino e doenças respiratórias crônicas. As DCNT foram responsáveis por 56% das mortes prematuras (30 a 69 anos) no Brasil em 2016, conforme dados do MS. (BRASIL, 2018k, não numerado).

Em uma breve análise das internações por DCNT no HNMD entre junho de 2014 e maio de 2015, observou-se que 229 casos (33,53%) foram ocasionados por AVC; 187 casos (27,38%) por IAM; 153 casos (22,40%) por câncer de mama; 87 casos (12,74%) por HAS; 19 casos (2,78%) por câncer de colo uterino; e 8 casos (1,17%) por DM. No mesmo período, foram registrados 943 óbitos, sendo que aproximadamente 26% dos óbitos ocorreram exclusivamente por DCNT. As principais causas de morte foram o IAM e o AVC. Um dado que despertou a atenção foi que dos 943 óbitos registrados, 624 (66%) pacientes falecidos apresentavam HAS, 308 (32%) DM e 196 (20%) AVC agudo ou crônico. Foi verificado que em alguns casos um mesmo paciente apresentava mais de uma DCNT (BRASIL, 2016a, p.1-8; 1-11).

No campo financeiro, com o objetivo de contextualizar e dimensionar a quantidade de recursos financeiros necessários para o custeio das despesas decorrentes da AMH prestada aos usuários do SSM, serão apresentados a seguir alguns dados para melhor entendimento da grandeza e complexidade da assistência de saúde, que inclui os gastos com a rede própria da MB e também os gastos com o encaminhamento para as Organizações de Saúde Extra-MB. Estas últimas consistem em hospitais e clínicas credenciadas com a finalidade de complementar a AMH para atender a alta demanda ou em localidades em que a MB não disponha de determinados tipos de serviços médicos.

Segundo informações constantes no Plano de Ações para o Enfrentamento das DCNT na MB (2016-2020), um estudo realizado pelo Fórum Econômico Mundial revelou que a estimativa de gastos com as DCNT no mundo entre 2011 e 2030 será de 47 trilhões de dólares (BRASIL, 2016a, p. 1-3).

O pagamento de todas as atividades desenvolvidas pelo SSM é realizado por meio de créditos orçamentários alocados no PM Hotel, responsável por distribuir os recursos para o custeio das despesas com a prestação da AMH em todos os níveis de atendimento. O PM

Hotel é estruturado em Ações Internas (AI) de custeio com a atividade-fim (incluindo gastos com OSE e despesas de manutenção e funcionamento das OMH) e AI de investimento. De acordo com a FIG. 1, ANEXO E, os gastos com a área de saúde em 2018 somaram R\$ 666 milhões. Estratificando os custos com OSE, que somaram R\$ 211,707 milhões, verifica-se que os gastos com internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), internações não UTI e exames e procedimentos cardiológicos contabilizaram juntos cerca de 86 milhões de reais em 2018 (GRAF. 2, ANEXO F). As DCNT, devido ao seu alto grau de morbidade, principalmente as DCV, podem ser citadas como causas que contribuem para atingir altos valores de recursos despendidos nestes centros de custos.

Para se enfatizar a grandeza do crescimento dos custos com OSE, o GRAF. 3, ANEXO G mostra sua evolução nos últimos 12 anos.

Segundo a revista Exame, de 4 de setembro de 2018, um estudo realizado em 34 países, pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, mostrou que pode-se economizar quatro dólares em serviços de saúde investindo um dólar na prevenção (DINO, 2018, não paginado).

Exemplo bastante interessante de economia de recursos com a prevenção é o caso da *General Electric do Brasil*, em 2014. A empresa conseguiu reduzir a despesa com o plano de saúde para cerca de 7.000 funcionários em R\$ 1 milhão, investindo R\$ 378 mil em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, incentivando hábitos de vida saudáveis (KOIKE, 2014a, p. 64). O saldo positivo desta conta para a empresa ficou em R\$ 622 mil (Custo de plano de saúde diminui com prevenção) (KOIKE, 2014b, p. 50).

Verifica-se então, na prática, que é possível reduzir os custos com a saúde desenvolvendo ações na área da Atenção Básica e prevenção.

Passando para a análise dos PSM propriamente dita, contemplando todos os Distritos Navais (DN) e as respectivas regiões do País, foi adotada a seguinte abordagem para

obtenção dos resultados:

a) analisar os PSM sob o enfoque do que é preconizado pelo manual dos PSM, verificando o quantitativo total de usuários inscritos nos diversos PSM pelas OM executoras (TAB. 1, ANEXO C) e quanto esse número representa percentualmente sobre o total dos usuários do SSM (TAB. 2, ANEXO D);

b) verificar o quantitativo de usuários cadastrados atualmente nos PSM de HAS pelas OM executoras destes programas em relação ao total de usuários a partir de 18 anos de idade nos DN, comparando com a prevalência dessas patologias pelas regiões do País apresentada pela PNS/IBGE.

Na análise da alínea a verifica-se que apenas 15,7% do total de usuários do SSM estão cadastrados em algum PSM (GRAF. 4, APÊNDICE A).

A análise indicada na alínea b possibilitará visualizar o número estimado de usuários do SSM hipertensos numa determinada região e compará-los com o número de usuários cadastrados no PSM de HAS nas OM executoras, considerando os DN em cada região do País.

4.1 REGIÃO SUDESTE

Na área do 1º DN, que envolve os estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo, correspondente à Região Sudeste da PNS, as OM executoras dos PSM de Controle da HAS estão situadas nas cidades do Rio de Janeiro, Niterói, Nova Friburgo, São Pedro da Aldeia e Vitória – ES e são as seguintes: HNMD, HCM, CMAM (ANP), PNNSG, PNN, SNNE, PNSPA, PNCG, UISM e a Escola de Aprendizes-Marinheiros do Espírito Santo (EAMES).

Tendo como referência a TAB. 1, ANEXO C, o somatório de todos os usuários

cadastrados no Programa de HAS nestas OM perfaz o total de 5.424. O total dos usuários do SSM, a partir dos 18 anos de idade, na área do 1º DN foi de 188.971, de acordo com o somatório dos números da TAB. 2, ANEXO D.

A PNS/IBGE apresenta como prevalência da HAS para a Região Sudeste a taxa de 23,3%. Esta porcentagem aplicada ao total de usuários do SSM com idade igual ou maior a 18 anos na área do 1º DN, chega ao número aproximado de 44.030 pessoas com potencial estatístico de serem hipertensas (GRAF. 5, APÊNDICE B). Quando se compara este número com o número de usuários cadastrados no PSM de HAS nas OM executoras da área do 1º DN, verifica-se que ele representa somente 12,3% do que seria esperado, ou seja, uma defasagem de 87,7% (GRAF. 6, APÊNDICE C).

4.2 REGIÃO NORDESTE

O 2º e 3º DN, representados pelos estados da Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará, serão contabilizados juntos por estarem inseridos na Região Nordeste. As OM executoras do PSM de HAS na área, localizadas nas cidades de Salvador – BA, Recife – PE, Natal – RN e Fortaleza – CE são as seguintes: HNSa, HNRe, HNNa e a Escola de Aprendizes-Marinheiros do Ceará (EAMCE). Utilizando-se a mesma metodologia, com os gráficos e tabelas citados acima durante a avaliação referente ao 1º DN, observa-se os seguintes resultados:

- Total de usuários do SSM com idade a partir de 18 anos (2º DN + e 3º DN): 41.015 (TAB. 2, ANEXO D),
- Taxa de prevalência de HAS na Região Nordeste: 19,4% (GRAF. 1, ANEXO C),
- Número estimado de casos de HAS em relação ao quantitativo total de usuários: 7.956 (GRAF. 5, APÊNDICE B),

– Número de usuários cadastrados no PSM de HAS: 6.575 (TAB. 1, ANEXO C).

Este número corresponde a aproximadamente 82,6% do número estimado de casos de usuários portadores de HAS na Região Nordeste (GRAF. 7, APÊNDICE D). Registra-se que a EAMCE e o HNNa respondem juntos pela maioria dos usuários cadastrados no PSM de HAS na Região Nordeste.

Nota-se, observando a TAB. 1, que o HNSa, com um total de 12.034 usuários com 18 anos ou mais, possui uma estimativa de ter aproximadamente 2.334 usuários potencialmente hipertensos e tem 419 pacientes cadastrados no programa, cerca de 18% do esperado (GRAF. 8, APÊNDICE E). Isto demonstra que há uma disparidade de quantitativos de usuários cadastrados no PSM de HAS entre as OM executoras no Nordeste, apesar de ter apresentado um índice muito representativo no total (82,6%).

4.3 REGIÃO NORTE

O 4º DN, representado pelo estado do Pará, e o 9º DN, representado pelo estado do Amazonas, serão analisados em conjunto por estarem inseridos na Região Norte do País. As OM executoras do PSM de HAS são o HNBe e a PNMa, localizadas nas cidades de Belém – PA e Manaus – AM. Os resultados obtidos foram os seguintes:

– Total de usuários do SSM com idade a partir de 18 anos (4º DN e 9º DN): 19.906,

– Taxa de prevalência de HAS na Região Norte: 14,5%,

– Número estimado de casos de HAS em relação ao quantitativo total de usuários: 2.886,

– Número de usuários cadastrados no PSM de HAS: 438. Este número corresponde a aproximadamente 15% do número estimado de casos de usuários do SSM

portadores de HAS na Região Norte (GRAF. 9, APÊNDICE F).

4.4 REGIÃO SUL

O 5º DN, representado pelos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, tem sua correlação estabelecida com a Região Sul. As OM executoras do PSM de HAS são PNRG e a Escola de Aprendizes-Marinheiros de Santa Catarina (EAMSC), localizadas nas cidades de Rio Grande – RS e Florianópolis – SC. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- Total de usuários do SSM com idade a partir de 18 anos: 10.681,
- Taxa de prevalência de HAS na Região Sul: 22,9%,
- Número estimado de casos de HAS em relação ao quantitativo total de usuários: 2.445,
- Número de usuários cadastrados no PSM de HAS: 322. Este número corresponde a aproximadamente 13% do número estimado de casos de usuários do SSM portadores de HAS na Região Sul (GRAF. 10, APÊNDICE G).

4.5 REGIÃO CENTRO-OESTE

O 6º DN e o 7º DN, representados, respectivamente, pelo estado do Mato Grosso do Sul e pelo Distrito Federal, serão analisados em conjunto por estarem inseridos na Região Centro-Oeste do País. As OM executoras do PSM de HAS são o HNBra e o Hospital Naval de Ladário (HNLa), localizados nas cidades de Brasília – DF e Ladário – MS. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- Total de usuários do SSM com idade a partir de 18 anos (6º DN + e 7º DN): 20.124,

- Taxa de prevalência de HAS na Região Centro-Oeste: 21,2%,
- Número estimado de casos de HAS em relação ao quantitativo total de usuários: 4.266,
- Número de usuários cadastrados no PSM de HAS: 1878. Este número corresponde a aproximadamente 44% do número estimado de casos de usuários hipertensos do SSM na Região Centro-Oeste (GRAF. 11, APÊNDICE H).

Registra-se que o HNBra, observando a TAB. 1, ANEXO C, responde pela maioria dos usuários cadastrados no PSM de HAS na Região Centro-Oeste. O HNLa, com um total de 7.368 usuários com 18 anos ou mais, possui uma estimativa de ter aproximadamente 1.562 usuários hipertensos e tem 191 pacientes cadastrados no programa, ou seja, 12,2% do número estimado de usuários do SSM portadores de HAS. Isto indica que pode haver um número abaixo do esperado de usuários cadastrados (GRAF. 12, APÊNDICE I).

Diante da análise realizada cumpre destacar que os resultados apurados permitem confirmar a tese de que existem oportunidades de melhoria na captação dos usuários do SSM nos PSM e, em especial, no PSM de HAS.

Cabe registrar que não significa que existam exatamente estes quantitativos de usuários hipertensos ou, que caso existam, não estejam em tratamento no próprio SSM, na rede pública ou particular. Entretanto, tal estimativa detém uma enorme importância epidemiológica, no sentido de orientar o SSM sobre as estratégias a serem empregadas para o acompanhamento efetivo dos pacientes hipertensos e na prevenção de complicações, como o AVC e o IAM. Para atingir os objetivos propostos, alinhados com o planejamento dos níveis de atenção de saúde, torna-se fundamental trazer para o conhecimento do SSM esses possíveis pacientes hipertensos, ou seja, identificá-los. Para tal, há a necessidade premente de implementar ações para incrementar a captação dos usuários não somente no Programa de Controle da HAS, mas em todos os PSM.

Após realizada a análise dos PSM, sob o enfoque do quantitativo de usuários do SSM, em especial os usuários cadastrados no PSM de HAS, o impacto das DCNT e sua relação com a necessidade de aplicação dos PSM para prevenção de doenças e complicações decorrentes, assim como a redução de gastos na área de saúde, ficou evidente a importância do desenvolvimento de ações para aumentar a captação e acompanhamento dos usuários do SSM nos diversos programas, entre eles o PSM de HAS, que foi objeto de estudo mais detalhado deste trabalho.

Serão apresentadas a seguir algumas sugestões para melhorar a captação dos usuários do SSM nos PSM:

1 – Melhorar a divulgação dos PSM por meio do Projeto Saúde Naval visando incrementar a captação dos usuários do SSM

Foi realizada entrevista com a Capitão de Mar e Guerra (RM1-S) Ana Lúcia da Silva Castilhioni, Encarregada do Projeto Saúde Naval na MB (CASTILHIONI, 2019, ANEXO H).

O Projeto Saúde Naval (SN) foi desenvolvido pela MB em parceria com o Grupo Vitamina, da área de Comunicação Social da Universidade Federal Fluminense, liderada pela professora LÍlian Ribeiro. Pode ser definido como um canal de informação e integração entre o SSM e os seus usuários. São veiculadas informações da Atenção Básica de saúde, alinhadas com as Campanhas do MS e OMS e informações operacionais de disponibilidades de serviços médicos, incluindo marcações de consulta e resultados de exames.

O SN surgiu em 2015, fruto de proposta decorrente de um Grupo de Trabalho (GT) criado pela Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha (DGPM) com o objetivo de aprimorar o SSM. O foco do GT estava concentrado em estudar maneiras de aperfeiçoar a

divulgação dos serviços de saúde prestados pelos Ambulatórios e Policlínicas Navais aos usuários, visando reduzir a demanda do HNMD por níveis de atenção de saúde de baixa e média complexidades, bem como, diminuir os encaminhamentos para as OSE.

Foram realizadas várias ações ligadas à área de Comunicação Social buscando entender o que levava os usuários a procurarem o atendimento no HNMD em detrimento dos Ambulatórios e Policlínicas. Pesquisas quantitativas e qualitativas com os profissionais de saúde e usuários identificaram que era necessário o aprimoramento da informação que era disponibilizada aos usuários. Além disso, foi visto que o usuário tinha um descrédito em relação aos atendimentos prestados por aqueles serviços de Atenção Básica, considerando que eles eram de baixa qualidade e pouco resolutivos. Como causas desse problema foram apontadas a possível fragilidade da relação do profissional de saúde com o usuário, o desconhecimento do usuário em relação às capacidades resolutivas na área da Atenção Básica e a questão da formação dos profissionais de saúde, normalmente alicerçadas em atendimentos de maior complexidade, gerando dificuldades de assimilação de conceitos e práticas voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde.

A Atenção Básica, com toda a sua amplitude, abarca uma grande gama de ações individuais e coletivas, incluindo a prevenção, diagnóstico, tratamento e redução de agravos, com baixo custo de execução e que tem o poder de interferir muito positivamente no processo saúde-doença. Logo, havia a necessidade de transmitir adequadamente esta mensagem aos usuários e consolidá-las junto aos profissionais de saúde, no intuito de proporcionar um ajuste no direcionamento dos usuários, reduzindo a sobrecarga do HNMD e racionalização de recursos.

O trabalho realizado pelo GT foi desenvolvido em etapas que resultaram numa nova identidade visual para o SSM, a partir da padronização de todos os documentos (pedido de exames, receituários médicos, entre outros) utilizados pelas OMH, reforçando a ideia de

que o SSM é único e todas as OMH possuem o mesmo padrão de atendimento; criação de *folders*, *banners* e cartazes com a marca SN; produção de vídeos sobre o projeto; e criação de um *website*, o SN.

Devido à importância dos PSM no tocante à prevenção de doenças e promoção da saúde, o SN poderia ser utilizado como ferramenta para incrementar a divulgação e melhorar a captação de usuários para os programas. Para tanto, é necessário que os PSM estejam bem estruturados e indiquem quais seriam as demandas e de que forma devem ser abordadas no SN. Sempre houve a ideia de integrar as ações dos PSM com o SN. No momento, após contato do SN, os coordenadores dos PSM estão atualizando as informações do *site*, de maneira que fiquem em conformidade com os PSM.

2 – Melhorar a capacitação dos profissionais de saúde para atuar nos PSM

No que tange ao aspecto da capacitação, esta sugestão não questiona a formação dos profissionais de saúde de nível superior ou técnico em suas diversas áreas de atuação e suas competências, mas, sim, vislumbra a necessidade de orientar melhor esses profissionais para atuação na Atenção Básica, no intuito de contribuírem para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Atualmente, os avanços tecnológicos e o advento de subespecialidades, não só da área médica, mas na área de saúde de forma geral, têm, de certa maneira, direcionado a atenção dos profissionais de saúde para atuarem nos níveis mais elevados da assistência, ou seja, na alta complexidade. Este fato tem concorrido para relegar a um segundo plano a Atenção Básica. Precisa-se então, resgatar nos profissionais de saúde a mentalidade da prevenção de doenças, reduzindo os agravos e as demandas de internações hospitalares e, consequentemente, reduzindo os custos.

Logo após o ingresso no Corpo de Saúde da Marinha (CSM), os oficiais médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos e de apoio à saúde – que engloba a enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional – realizam o Curso de Formação de Oficiais e passam por um estágio na Escola de Saúde da Marinha (ESM), situada no complexo do HNMD.

De forma semelhante, os praças realizam o Curso de Especialização em Enfermagem na ESM.

Ambos os cursos se constituem em cursos de carreira, isto é, de caráter regular.

A ideia seria a criação, tanto para oficiais quanto para praças, em seus respectivos cursos, de um módulo ou disciplina dos PSM, por meio de proposta de alteração de currículo a ser feita pela ESM à Diretoria de Ensino da Marinha (DEnsM), de acordo com o previsto no item 4.4 da publicação DGPM 101 – Normas para o Sistema de Ensino Naval – 8ª Revisão – 2018.

Outra sugestão seria a criação de Cursos Expeditos, de caráter transitório, que teriam o propósito de complementar a capacitação técnica dos oficiais e praças até que sejam incluídos nos cursos de carreira.

A competência para a criação de Cursos Expeditos pertence à DEnsM mediante solicitação pela OM proponente, via comando superior e OM responsável pela sua execução (BRASIL, 2018b).

Poderiam, assim, ser criados o Curso de Programas de Saúde da Marinha para Oficiais – C-EXP-PSM-OF e o Curso Expedito de Programas de Saúde da Marinha para Praças – C-EXP-PSM-PR.

Considerando as peculiaridades das carreiras dos oficiais e praças da MB, que implica em movimentação para diversas OM, sejam elas da área de saúde ou não, o que se pretende, numa visão macro, é que os profissionais de saúde melhor capacitados sejam

instrumentos de uma maior capilaridade para disseminação da mentalidade da prevenção, levando estas ações para locais distantes das OM Executoras nos DN, colaborando para a captação e efetiva aplicação dos PSM, dentro das suas possibilidades. Neste caso, a OM Executora da área poderia contabilizar os novos pacientes e atuar como orientadora, auxiliando na condução dos programas.

Ainda no escopo do ensino, considera-se interessante a realização de Cursos de Capacitação para os Gerentes dos PSM, presencial e *on-line* (OMH fora de sede, nos moldes do Ensino a Distância – EAD), sob a coordenação do CMAM, com a finalidade de padronização de condutas clínicas e ações administrativas dos Programas.

3 – Utilização das Inspeções de Saúde (IS) como ferramenta para aumentar a captação nos PSM

As IS na MB têm o propósito de verificar se o militar ou servidor civil (SC) preenche os padrões estabelecidos de higidez psicofísica para ingresso e permanência no Serviço Ativo da MB ou Serviço Público Geral.

Como parte integrante do SSM, o Subsistema Médico-Pericial tem a incumbência de realizar todas as IS na MB, desde as IS de ingresso na Força até as IS para a transferência para a Reserva. Os Agentes Médico-Periciais (AMP) são responsáveis por proceder estas IS, podendo fazê-las individualmente, no caso dos Médicos Peritos Isolados ou compondo as Juntas de Saúde. As Juntas são compostas por três membros, no caso das Juntas Regulares de Saúde (JRS) ou cinco membros, nas Juntas Superiores Distritais, nas Juntas Superiores de Atividades Especiais e na Junta Superior de Saúde, esta última presidida pelo Diretor do Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM). Essa estrutura hierarquizada permite o escalonamento dos casos, em virtude de suas complexidades (BRASIL, 2019a).

Para a efetivação da IS é confeccionado pelo AMP um Termo de Inspeção de Saúde (TIS), onde serão lançados, consolidados e analisados todos os dados com o objetivo de concluir se o militar ou SC encontra-se apto para a finalidade a que se destina a IS. O registro das informações é feito por meio de uma ferramenta eletrônica chamada Sistema Naval de Inspeções de Saúde (SINAIS), totalmente informatizado e de abrangência em todos os DN.

O registro das IS e de outras informações relevantes também são lançados no Prontuário Médico Individual (PMI), que fica de posse do militar.

Acerca dos procedimentos médico-periciais para as IS pós-admissionais, identificam-se as IS de rotina para Controle Periódico de Saúde do Pessoal Militar e as IS de Controle Periódico do SC (DGPM 406 – 8ª Revisão) (BRASIL, 2019a).

Mais especificamente, a IS Controle Periódico do Pessoal Militar tem o objetivo de verificar o estado de higidez dos militares da MB e se estão capacitados para o pleno exercício de suas funções.

Como o próprio nome diz, este tipo de IS é realizada em intervalos de tempo que estão regulamentados, dependendo da atividade exercida pelo militar, podendo ser semestral, anual, bienal ou trienal. Durante a realização destas IS, extremamente importante é a possibilidade de diagnosticar precocemente uma determinada patologia ou observar fatores de risco que requeiram uma abordagem de cunho preventivo. Vale lembrar que os militares veteranos quando exercendo funções na MB são enquadrados como Tarefa por Tempo Certo (TTC), com sua respectiva IS, de periodicidade bienal.

Em que pese os militares da ativa se encontrarem, em sua maioria, numa faixa etária de jovens e adultos, eles não estão imunes aos aparecimentos de patologias, que podem ter causas multifatoriais, como por exemplo a hereditariedade, o fumo, o álcool e a obesidade.

Dependendo do grau de acometimento de uma enfermidade, o militar poderá ser

afastado temporariamente do Serviço Ativo da Marinha ou ficar apto com restrições para o exercício de determinadas atividades.

Muitos militares podem ser beneficiados com a sua captação imediata ou encaminhamento para um PSM, aproveitando a facilidade proporcionada pelo sistema informatizado, de alcance nacional. Várias situações podem ser identificadas, como por exemplo, HAS, DM, DST, tuberculose, tabagismo, doenças ocupacionais, entre outras.

Portanto, sugere-se incluir no TIS, em campo próprio, o encaminhamento para o PSM específico, além do lançamento no PMI com as devidas observações. Isto reforça a captação nos programas e o efetivo monitoramento e continuidade das ações preventivas, que poderão ser acompanhadas em suas OM mesmo que o militar seja transferido dentro do Território Nacional.

5 CONCLUSÃO

No que tange à realidade contemporânea, tem-se observado um crescimento tecnológico e científico extremamente acelerado, que possibilitou o aparecimento de inúmeros avanços na área de saúde. Essa velocidade se observa a todo instante com o desenvolvimento de novos medicamentos, capazes de tratar eficazmente diversas enfermidades, até equipamentos médico-cirúrgicos altamente sofisticados, permitindo novas abordagens diagnósticas e terapêuticas. Houve ganhos consideráveis na qualidade de vida dos pacientes e no crescimento da expectativa de vida. Em contrapartida, verifica-se a elevação dos custos trazendo dificuldades para o gerenciamento do SSM neste cenário de restrições orçamentárias.

Ficou evidenciado o grande desafio para a área de saúde, com origem no aumento das doenças crônicas, no envelhecimento populacional, na inflação médica, na aquisição de altas tecnologias e no predomínio da medicina curativa em detrimento da medicina preventiva.

Em que pesem os benefícios advindos dos grandes avanços tecnológicos, observou-se que houve um empobrecimento da relação médico-paciente, a partir do momento em que se privilegiou a solicitação de exames complementares no lugar do exame clínico do paciente. Com isso, verifica-se um prejuízo no nível de atenção de saúde de menor complexidade, que só depende de ouvir e tocar o paciente, mas que tem alto poder de resolatividade.

Para alcançar o objetivo deste trabalho de aperfeiçoar os PSM, foi apresentado o SSM, englobando todas as atividades de saúde da MB e, particularmente, o Subsistema Assistencial que é responsável pela prestação da AMH a todos os usuários, com cobertura nacional por meio do FUSMA. Nesse aspecto, pela sua grande abrangência, vislumbra-se o

quão importante é o emprego de medidas que reduzam o impacto das doenças preveníveis para a autossustentabilidade do SSM.

Especificamente, no que diz respeito a essas ações preventivas, foi verificado que há um alinhamento, não só do que é praticado internacionalmente, mas também com o que é preconizado pelo Subsistema Assistencial com a PASSM, destacando-se a relevância da epidemiologia e a necessidade de atuação no 1º Eixo de Atenção de Saúde.

A criação dos PSM, a partir do ano 2000, trouxe uma enorme contribuição para orientar o desenvolvimento efetivo das ações de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoces e redução de agravos. Os PSM são instrumentos adequados para realizar a coleta de dados de caráter epidemiológico dos usuários do SSM e esses dados podem contribuir para a distribuição racional dos recursos humanos e dos materiais de saúde para o atendimento das demandas do Subsistema Assistencial, no âmbito do Território Nacional. Constitui-se numa valiosa ferramenta, com grande potencial de proporcionar melhoria das condições de saúde e maior qualidade de vida dos usuários e, concomitantemente, a redução de custos para o SSM.

Para que se tenha a noção da grande abrangência dos PSM, estes foram apresentados, com suas características, seus objetivos, a magnitude do seu público alvo e, fundamentalmente, que esses programas sirvam como um modelo a todos os profissionais de saúde para incorporarem seus conhecimentos e aplicarem nos seus cotidianos em todas as OM, não somente nas OM Executoras. A construção desta mentalidade traz consigo a grande virtude de poder fazer o melhor com dispêndio de menos recursos. Foram acrescentadas em diversos programas informações recentes com base nos boletins epidemiológicos do MS. São dados bastante relevantes que servem de alerta para a adoção de medidas preventivas.

O PSM de Controle da HAS ganhou um destaque especial em decorrência de seu potencial elevado de morbiletalidade. A HAS é uma doença insidiosa capaz de desencadear

graves complicações, como por exemplo, o IAM e o AVC. Incluída no contexto das DCNT, a HAS se apresenta como um dos principais fatores de risco para o surgimento das DCV, que detêm a taxa de mortalidade mais elevada por doenças no Brasil. O programa busca também combater o sedentarismo, a obesidade e o tabagismo, assim como, estimular a prática de atividades físicas e uma alimentação saudável, medidas não farmacológicas essenciais para o sucesso do tratamento.

Foi observado que os PSM podem e devem ser mensurados com relação à sua efetividade. Para isto, existem vários indicadores de saúde que vão fazer parte desta avaliação e cada PSM com as suas particularidades. Um indicador que é imprescindível para a análise dos PSM é o de quantitativo de usuários inscritos. Sem este dado não é possível aferir o desempenho e o controle da eficiência da aplicação dos programas.

Na intenção de facilitar a realização de análises comparativas e o acompanhamento da sua evolução, recomenda-se que os dados referentes aos PSM sejam incluídos nas informações de saúde constantes no ANEMAR.

A análise dos PSM foi realizada e os resultados apresentados revelaram que apenas 15,7% de todos os usuários do SSM estão cadastrados em algum PSM, incluídos os militares da ativa, veteranos, dependentes, pensionistas e ex-combatentes.

No caso específico da HAS foram verificados percentuais muito baixos de captação de usuários em relação ao número estimado de pacientes hipertensos na Região Sudeste (1ºDN), na Região Norte (4º e 9ºDN) e na Região Sul (5ºDN). Os melhores resultados foram obtidos pela Região Nordeste (2º e 3ºDN) e pela Região Centro-Oeste (6º e 7º DN).

Reforça-se que esta análise tem um valor epidemiológico muito importante, com o poder de orientar políticas assistenciais do SSM e sobretudo apontando a necessidade de uma maior efetividade dos PSM.

No aspecto financeiro, foram dimensionados os custos para a prestação da AMH aos usuários do SSM. No ano de 2018 foram gastos no total R\$ 666 milhões, sendo que R\$ 211 milhões foram destinados para pagamento de OSE. Verificou-se, nesse caso, os elevados gastos com internações e exames cardiológicos, decorrentes, muitas vezes, de complicações de DCNT, com destaque para as DCV.

Com os resultados obtidos pela análise dos PSM foi possível comprovar a tese de que existem oportunidades de melhoria na captação dos usuários do SSM nos PSM. Diante dessa constatação foram apresentadas sugestões que podem contribuir para o crescimento deste número.

Inicialmente apresentou-se a sugestão de melhorar a divulgação dos PSM por meio do Projeto Saúde Naval visando incrementar a captação dos usuários. Por meio de entrevista com a Encarregada do Projeto SN na MB, foi verificado que existe um grande potencial a ser aproveitado na utilização desta formidável ferramenta eletrônica, um meio capaz de dialogar com os nossos usuários nesta época de conectividade e interatividade. Falta alinhar os PSM com o SN, o que já está em andamento.

Posteriormente, orientou-se melhorar a capacitação dos profissionais de saúde para atuar nos PSM. A intenção é que o profissional de saúde desenvolva melhor a sua habilidade de atuar na área preventiva, assim como tem atuado muito bem na área curativa. A MB, por tradição, realiza cursos de formação de alto nível. Foi visualizada, então, a possibilidade de aproveitar estes cursos na área de saúde para incluir os PSM, por meio de disciplinas/módulos, cursos expeditos e cursos de capacitação. Com essa capacitação surgiu também a ideia da “interiorização” dos PSM, realizados por outras OM sob supervisão de uma OM Executora, o que daria capilaridade e consequente aumento da captação de usuários, moradores de cidades mais distantes.

E finalmente, foi levantada a possibilidade de utilização das IS como ferramenta para aumentar a captação nos PSM. Como todos os militares (ativos e veteranos em TTC são submetidos periodicamente a IS, poderia ser o momento ideal para realizar a captação em um determinado PSM. A facilidade proporcionada pelo SINAIS e o registro no PMI (para os militares da ativa) traria um benefício adicional para a salvaguarda das informações e disponibilização em todo o Brasil, colaborando para a adesão e monitoramento pelos PSM.

Com a certeza de que é possível aperfeiçoar os PSM, tornando-os mais efetivos nesta nobre missão de prevenir doenças e promover a saúde, encerra-se este trabalho sugerindo a realização de estudos que possam apontar outras abordagens e possíveis soluções.

Como diz um célebre ditado da sabedoria popular: “É melhor prevenir do que remediar”.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Comando da Marinha. Portaria nº 330 de 25 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 17, 01 out. 2009a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/894744/pg-17-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-01-10-2009>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980. Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 24777, 11 dez. 1980. Publicação original.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 77, 5 jan. 1994. Publicação original.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 3 out. 2003. Publicação original.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria de Administração da Marinha. **Anuário estatístico da Marinha**. 45ª ed. Rio de Janeiro: DAdM, 2017a.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2006 - Manual dos programas de saúde da Marinha**. Rio de Janeiro: DSM, 2015a.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2007 - Plano de ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis**. Rio de Janeiro: DSM, 2016a.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. **Política assistencial para o sistema de saúde da Marinha**. Rio de Janeiro: DSM, 2018a.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. **Programa de Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro: DSM, 2017b. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/content/programa-de-pneumologia-sanitaria-tuberculose>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-101 - Normas para o sistema de ensino naval**. Rev. 8. Rio de Janeiro: DGPM, 2018b.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401 - Normas para atendimento médico-hospitalar**. Rev. 3. Mod. 1 Rio de Janeiro: DGPM, 2012.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-404 - Normas sobre dados estatísticos e auditoria de contas médicas**. Rev. 3. Rio de Janeiro: DGPM, 2011a.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral de Pessoal da Marinha. **DGPM-406 - Normas reguladoras para inspeções de saúde na Marinha**. Rev. 8. Rio de Janeiro: DGPM, 2019a.

BRASIL. Marinha do Brasil. **Diretor-Geral do Pessoal da Marinha inaugura novas instalações do Projeto “Sassarico”**. Rio de Janeiro: MB, 07 out. 2018c. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/noticias/diretor-geral-do-pessoal-da-marinha-inaugura-novas-instalacoes-do-projeto-sassarico>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria Normativa nº 431, de 2 de abril de 2009. Aprova a criação do Programa de Prevenção e Controle das DST/AIDS das Forças Armadas no âmbito do Ministério da Defesa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 26, 07 abr. 2009b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/587760/pg-26-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-07-04-2009>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria Normativa nº 657, de 19 de maio de 2009. Institui o Calendário de Vacinação Militar. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 maio 2009c. Disponível em: https://www.defesa.gov.br/arquivos/File/doutrinamilitar/Portarias/657_2009.pdf. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria Normativa nº 2.509/MD, de 20 de novembro de 2015. Aprova o Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 23, 23 nov. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo**: causas e prevenção. Brasília, DF: INCA, 24 out. 2018d. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer**: câncer de bexiga. Brasília, DF: INCA, 26 nov. 2018e. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-bexiga>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer**: câncer de próstata. Brasília, DF: INCA, 21 nov. 2018f. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer**: câncer do colo do útero. Brasília, DF: INCA, 06 nov. 2018g. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Brasília, DF: INCA, 2018h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**. Brasília, DF: MS, 2016b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude-pns>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS, 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Nota informativa:** aspectos metodológicos do coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis. Brasília, DF: MS, 2018k. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/Nota-informativan-final.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim epidemiológico**, Brasília, DF, v. 50, n. 9, mar. 2019b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: MS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. HIV AIDS 2018. **Boletim epidemiológico**, Brasília, DF, v. 49, n. 53, jul. 2017/jun. 2018i. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66196/boletim_hiv_aids_12_2018.pdf?file=1&type=node&id=66196&force=1. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase. **Boletim epidemiológico de Hanseníase**, Brasília, DF, v. 49, n. 4, 2018j. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseníase-publicacao.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2018. **Boletim epidemiológico**, Brasília, DF, v. 49, n. 45, out. 2018l. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66163/boletim_sifilis_04122018.pdf?file=1&type=node&id=66163&force=1. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. **Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro. Marinha do Brasil. Palestra proferida na Diretoria de Saúde da Marinha em janeiro de 2019.

CASTILHIONI, Ana Lúcia da Silva. **O projeto saúde naval**. [Entrevista concedida a Paulo de Moraes Mattos Júnior]. Rio de Janeiro, 15 abr. 2019.

DINO. **Segundo estudo, para cada dólar investido na prevenção, 4 dólares seriam economizados em serviços de saúde**. [S. l.]: Exame, 04 set. 2018. *Press release* de divulgação comercial da Empresa DINO. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/negocios/dino/segundo-estudo-para-cada-dolar-investido-na-prevencao-4-dolares-seriam-economizados-em-servicos-de-saude/>. Acesso em: 29 maio 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2019.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Custos médico-hospitalares sobem 17,3% em 2018**. São Paulo: IESS, 2019. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=imprensa&categoria=noticia&id=229>. Acesso em: 28 jun. 2019.

KOIKE, Beth. Ação preventiva corta custo de planos de saúde [Valor Econômico BR Capa], 02 jun. 2014. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na mídia: clipping** da imprensa. Brasília, DF: MS. Assessoria de Comunicação Social, 02 jun. 2014a. p. 64. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/03/clipping-020614.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

KOIKE, Beth. Custo de plano de saúde diminui com prevenção [Valor Econômico BR Empresas]. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na mídia: clipping** da imprensa. Brasília, DF: MS. Assessoria de Comunicação Social, 02 jun. 2014b. p. 50. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/03/clipping-020614.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

MANSUR, A. de P.; FAVARATO, D. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. **Arq Bras Cardiol.**, [s. l.], não paginado, 2016. Cópia preliminar. DOI: 10.5935/abc.20160077. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf. Acesso em: 23 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”**. Brasília, DF: OPAS-OMS, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839. Acesso em: 01 abr. 2019.

PARADELLA, Rodrigo (ed.). **PNAD contínua**: número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Rio de Janeiro: Agência IBGE Notícias, 26 abr. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 29 mar. 2019.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Brasília, DF: MS, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 23 maio 2019.

REZENDE, J. M. **O uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas consequências**. História da Medicina e Linguagem Médica, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. **Doença aterosclerótica**. Rio de Janeiro: SBC, 2019. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/doencas/doenca-aterosclerotica.asp>. Acesso em: 23 maio 2019.

STARFIELD, B. Is primary-care essential? **The Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Oct. 22, 1994.

ANEXO A
Ficha para utilização dos Programas de Saúde da MB

ANEXO A
MARINHA DO BRASIL
DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA
CENTRO MÉDICO ASSISTENCIAL DA MARINHA

OM: _____

FICHA DE CAPTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA OS PROGRAMAS DE SAÚDE

Informação pessoal, nos termos da Lei 12.527/2011

NOME: _____ **NIP:** _____

IDADE: _____ **TELEFONE:** _____

E-mail: _____ **DIAGNÓSTICO:** _____

ENCAMINHADO PARA O PROGRAMA DE:

☐	Imunizações	☐	Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente
☐	Controle da Hipertensão Arterial	☐	Saúde da Mulher
☐	Controle da Diabetes Mellitus	☐	Saúde do Homem
☐	DST/AIDS	☐	Saúde Bucal
☐	Dermatologia Sanitária e Prevenção do Câncer de Pele	☐	Atenção às Doenças Profissionais
☐	Pneumologia Sanitária	☐	Reabilitação
☐	Saúde do Idoso	☐	Atenção Farmacêutica
☐	Saúde Mental	☐	Projetos e Oficinas

Fonte: Diretoria de Saúde da Marinha. Manual dos Programas de Saúde da Marinha, DSM – 2006.

ANEXO B
Gráfico de prevalência da HAS por regiões do Brasil

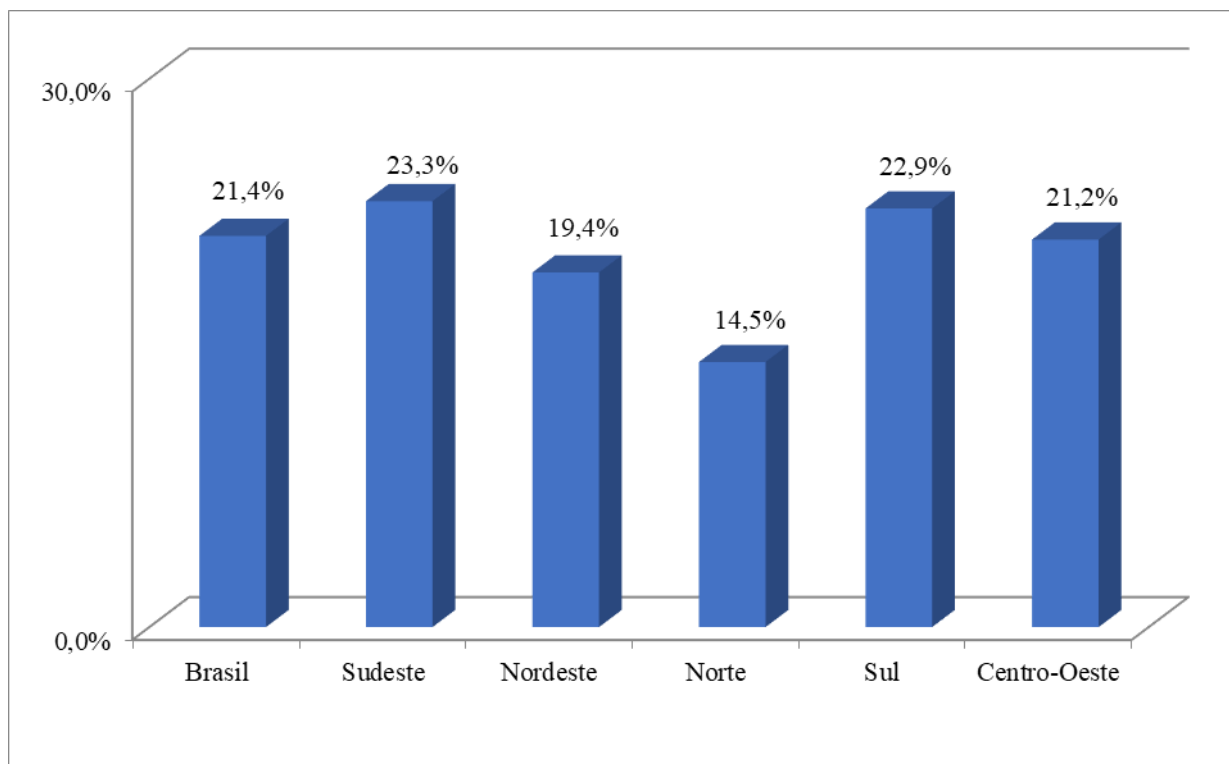


GRÁFICO 1 – Proporção de indivíduos de faixa etária maior ou igual a 18 anos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por regiões do Brasil

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014).

ANEXO C

Número de inscritos nos PSM

TABELA 1
Número total de inscritos nos Programas de Saúde da Marinha em fev. 2019

DISTRITOS	ORGANIZAÇÃO MILITAR	IMUNIZAÇÃO	HAS	SAÚDE IDOSO	ATENÇÃO FARMAC	DM	SAÚDE BUCAL	SAÚDE DA MULHER	SAÚDE DO HOMEM	SAÚDE MENTAL	REABILITAÇÃO	SAÚDE DA CRIANÇA	DERMATOLOGIA SANITÁRIA	DST/AIDS	PNEUMOLOGIA SANITÁRIA	DOENÇAS PROFISSIONAIS
1º	ANP	X	478	583	91	112	132	147	105	X	34	4	X	X	X	X
1º	EAMES	X	115	21	200	56	38	21	13	67	3	9	4	3	28	X
1º	HCM	X	2	X	291	1	42	X	X	70	806	X	X	X		X
1º	HNMD	X	526	X	X	X	X	1381	X	X	X	X	X	X	X	X
1º	OCM	X	X	X	X	X	870	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1º	PNCG	X	434	336	221	246	464	665	1865	392	131	104	54	3	11	10
1º	PNN	X	516	790	1517	336	228	251	18	322	3	413	120	X	5	X
1º	PNNSG	X	3155	5344	635	2193	278	860	385	X	13	134	2	97	X	X
1º	PNSPA	X	82	14	21	18	8	21	14	45	7	90	X	X	X	X
1º	SNNF	X	71	72	199	41	144	63	68	26	65	X	X	X	12	5
1º	UISM	X	45	26	3	23	45	29	32	68	6	X	X	X	X	X
2º	HNSA	X	419	572	1711	60	1667	12	116	24	12	18	37	12	23	24
3º	EAMCE	X	2188	245	377	1301	92	42	X	X	X	18	5	15	3	X
3º	HNNA	X	3022	42	128	268	5	25	1	36	53	1	30	X	X	X
3º	HNRE	X	946	80	946	521	100	5	4	426	15	30	96	25	X	X
4º	HNBE	X	338	95	188	90	1061	146	68	11	122	17	41	33	8	24
5º	EAMSC	X	43	198	X	134	39	X	X	X	6	X	X	X	X	X
5º	PNRG	X	279	X	37	X	102	X	X	4	11	X	6	X	X	X
6º	HNLA	X	191	223	101	106	72	116	75	253	X	123		X	X	X
7º	HNBRA	X	1687	X	177	1248	206	X	X	X	95	X	X	12	X	X
8º	8ºDN	X	8	X	X	8	280	X	X	14	70	X	X	2	X	X
9º	PNMA	X	100	70	120	21	234	165	61	16	43	59	20	X	11	X
TOTAIS			14645	8711	6963	6783	6107	3949	2825	1774	1495	1020	415	202	101	63
TOTAIS (%)			26,60 %	15,82%	12,65%	12,32%	11,09%	7,17%	5,13%	3,22%	2,72%	1,85%	0,75%	0,37%	0,18%	0,11%

Fonte: Centro Médico Assistencial da Marinha.

ANEXO D
Quantitativo de usuários do SSM por DN

TABELA 2
 Quantitativo de usuários do SSM, por Distritos Navais e faixas etárias, em fev. 2019

DISTRITOS	FAIXA ETÁRIA			
	De 0 a 17 anos	De 18 a 59 anos	60 anos ou mais	Não Informado
1º	37.156	136.013	52.958	29
2º	2.225	7.738	4.296	1
3º	4.360	16.947	12.034	-00
4º	2.935	9.579	3.265	-00
5º	2.156	7.743	2.938	16
6º	2.143	5.783	1.585	1
7º	3.186	9.844	2.912	1
8º	1.548	5.328	2.399	21
9º	2.412	6.428	634	2
NÃO INFORMADO	-00	3.372	270	-00
TOTAL	58121	208775	83291	71

TOTAL GERAL: 350.258

Fonte: Diretoria de Saúde da Marinha.

ANEXO E

Aplicação do PM Hotel

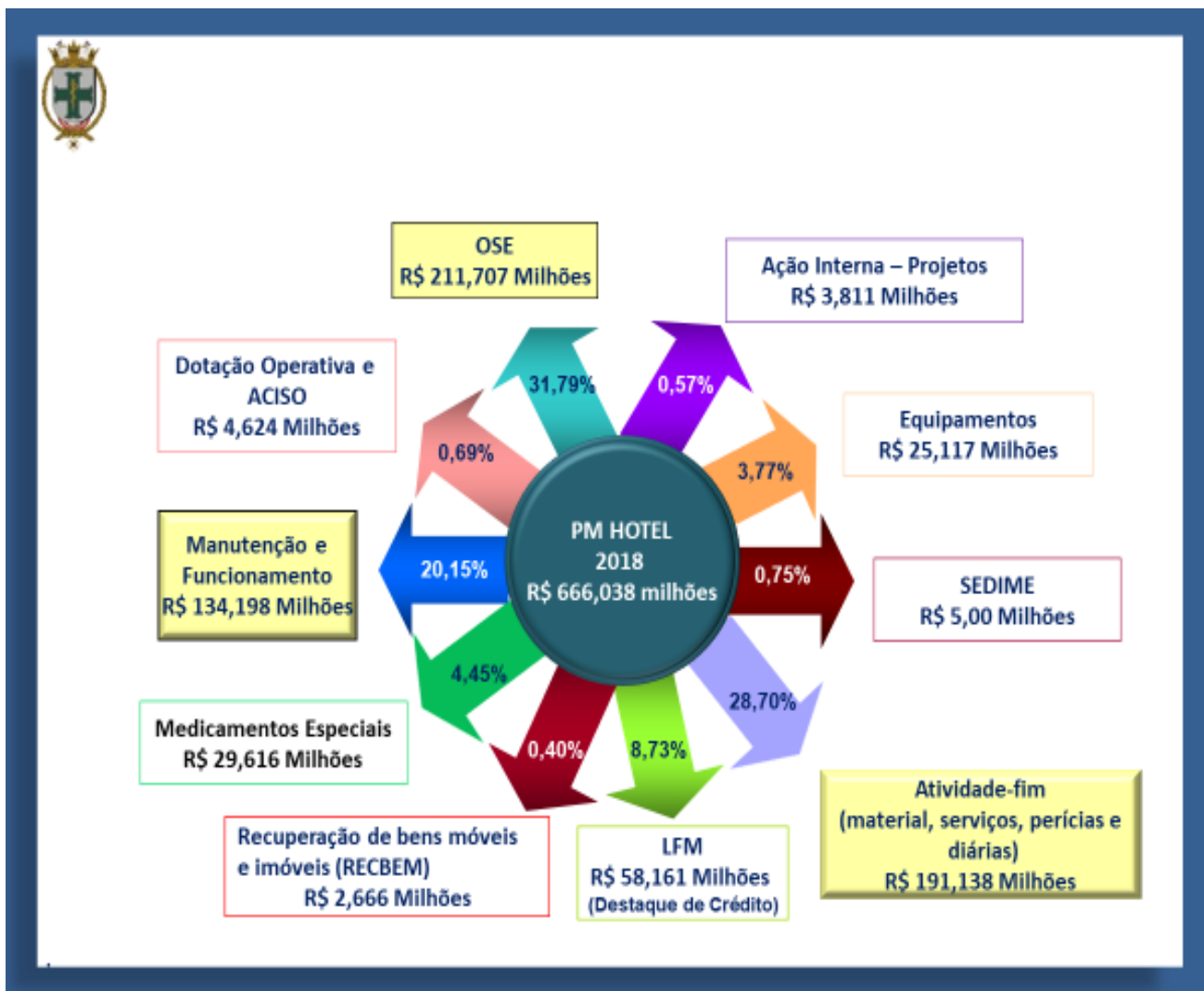


FIGURA1 – Aplicação do PM Hotel por finalidades de despesas em 2018

Fonte: Posição SIPLAD 31DEZ2018 – COFAMAR-4/2018. Palestra na DSM em JAN/2019.

ANEXO F

Gráfico de custos com OSE

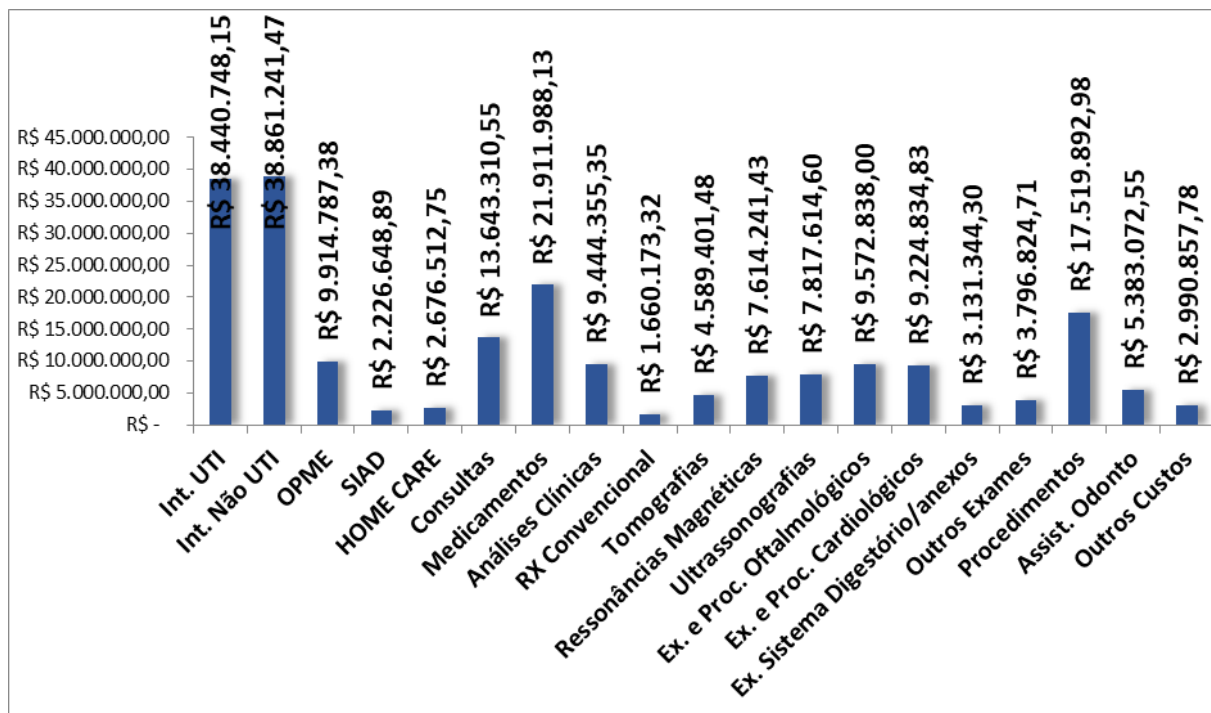


GRÁFICO 2 – Custos com OSE por centros de consumo em 2018

Fonte: Diretoria de Saúde da Marinha.

ANEXO G
Gráfico de evolução de custos com OSE

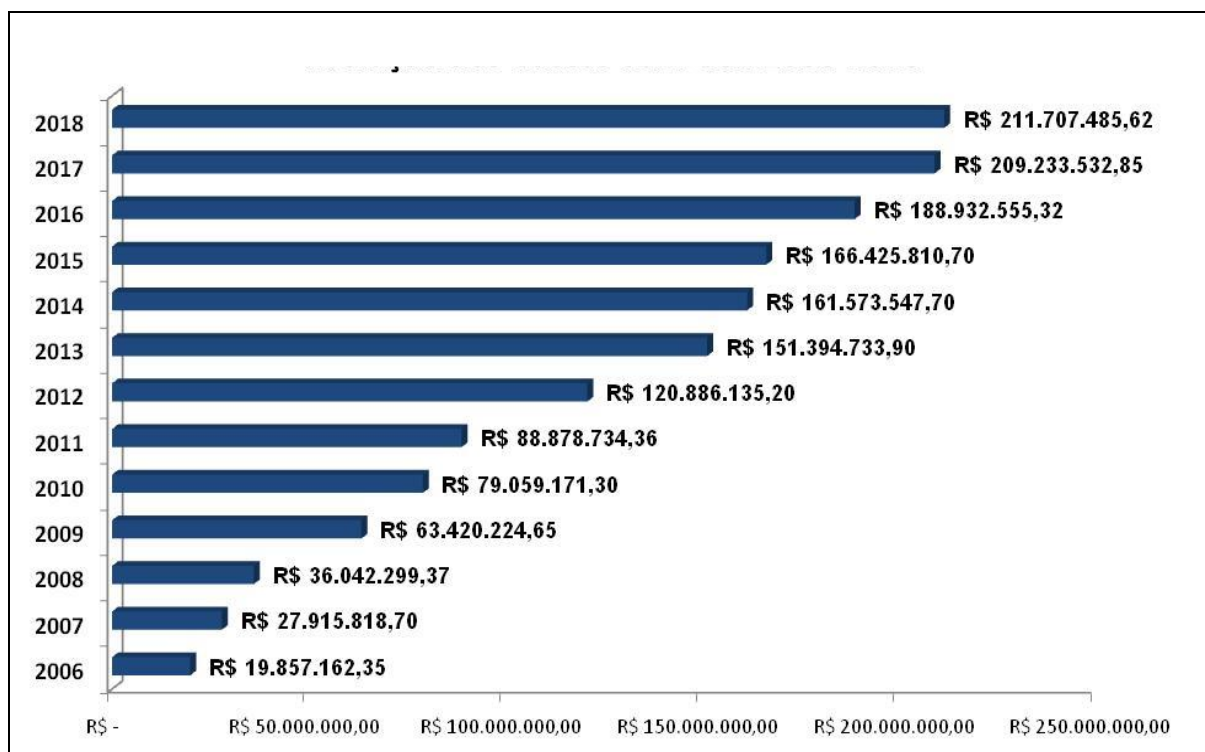


GRÁFICO 3 – Evolução dos custos com OSE 2006-2018

Fonte: Diretoria de Saúde da Marinha.

ANEXO H

Entrevista com a Encarregada do Projeto Saúde Naval

Entrevista realizada em 15/04/2019 com a Capitão de Mar e Guerra (RM1-S) Ana Lúcia da Silva Castilhioni, Encarregada do Projeto Saúde Naval na MB (CASTILHIONI, 2019):

1 O que é o Saúde Naval?

Inserido nos Projetos Estratégicos de Saúde Integrada, o Projeto Saúde Naval é compreendido como o canal de informação e integração entre o SSM e os seus usuários.

2 Quem são os idealizadores e construtores do projeto?

Marinha do Brasil em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF), por meio do Projeto Vitamina UFF.

3 Como e quando foi desenvolvido na MB e quais são as suas atribuições e objetivos?

Em 16 de março de 2015, foi constituído um Grupo de Trabalho pela Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha, nomeado pela Portaria nº 25/DGPM, visando aprimorar o Sistema de Saúde da Marinha (SSM). Dentre os temas propostos, o intitulado **BRAVO** tinha como tarefa *divulgar no âmbito da Marinha as especialidades médico-odontológicas oferecidas pelo Ambulatório e Policlínicas Navais, bem como pela Odontoclínica Central da Marinha (OCM), visando diminuir a demanda do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) quanto aos procedimentos de menor complexidade e consequentemente diminuir as consultas de serviços de Atenção Especializada no próprio HNMD e nos Órgãos de Saúde Extra-MB (OSE).*

Para o cumprimento da tarefa foram propostas várias ações de Comunicação Social. Dentre as ações, destacou-se a realização de pesquisas qualitativas e quantitativas com os usuários e profissionais de saúde visando compreender os motivos que levam os usuários a buscarem o atendimento no HNMD, o fomento à publicação de matérias informativas no Boletim de Ordens e Notícias (BONO), nos periódicos da MB e na TV Marinha, a criação de um *site* único com conteúdo de saúde na internet, ampliação da divulgação de postagens sobre a saúde na

página da Marinha no *Facebook*, *Tweeter* e *Instagram*, produção de vídeos curtos sobre os temas mais relevantes, além da reformulação de materiais como o “Manual do Usuário”, cartilhas e *folders*, divulgando-os *online*.

A partir das pesquisas de campo, percebeu-se que o problema envolvia não só o aprimoramento da informação a ser disponibilizada aos usuários, mas, principalmente, uma mudança de paradigma. Foi constatado que a Atenção Básica oferecida pelas Policlínicas e Ambulatório Naval é, muitas vezes, percebida pelos usuários como uma forma de atendimento de baixa qualidade e resolutividade, não conseguindo constituir-se na porta de entrada preferencial do SSM.

Esta percepção, por parte dos usuários, poderia ser resultado do pouco vínculo estabelecido com os profissionais de saúde e do desconhecimento de alternativas resolutivas na esfera da Atenção Básica, aliada à questão da formação dos profissionais de saúde, culturalmente centrada nas práticas curativas e hospitalares, com consequente dificuldade na adesão às práticas mais integrais e resolutivas de cuidado, assim como ao trabalho em equipe nas atividades de promoção e prevenção em saúde.

Tais fatos gerariam uma busca demasiada por serviços de média e alta complexidade oferecidos pelo HNMD, dificultando o acesso daqueles que realmente necessitam de um atendimento especializado, além de aumentar os custos com a assistência à saúde.

Porém, ao considerar a definição de Atenção Básica encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde – *primeiro nível de atenção em saúde, se caracterizando por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades* – não se observa a obrigatoriedade de exames invasivos ou de tecnologia moderna, nem a atuação de especialistas para o seu alcance.

Esse conceito necessita ser transmitido adequadamente aos usuários e consolidado junto aos profissionais de saúde, principalmente no momento atual onde as restrições orçamentárias acarretam, sem dúvida, uma impossibilidade de ofertar todos os serviços necessários, se não houver uma racionalização de sua oferta.

Sendo assim, concluiu-se que as estratégias de comunicação propostas no tema **BRAVO**

se ajustavam às necessidades do SSM, sendo o profissional de Comunicação Social, por possuir os conhecimentos necessários para desenvolver esta linguagem, o mais adequado para a condução da tarefa.

Diante desse contexto, foi proposta uma parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF), por meio da Equipe Vitamina, grupo de alunos do curso de Comunicação Social – Publicidade, coordenados pela Professora Lilian Ribeiro, **para executar, a partir de um Plano de Comunicação Total, uma campanha de conscientização sobre o fluxo de referência e contrarreferência, visando** promover a melhoria da compreensão dos **profissionais e usuários** sobre a dinâmica da assistência prevista pelo SSM.

Tal proposta de parceria foi baseada na expertise demonstrada por aquele ente federal, em especial na área de comunicação, por intermédio do trabalho desenvolvido pelo Vitamina-UFF, na — *Operação Verão* — junto à Diretoria de Portos e Costas (DPC) e ao Centro de Comunicação Social da Marinha (CCSM).

A experiência anterior da equipe do Vitamina-UFF junto à MB, aliada à *expertise* daqueles profissionais, ao ser aplicada durante a fase inicial de planejamento do trabalho, mostrou-se extremamente relevante para a agilização dos processos e para a consecução da tarefa de forma mais eficaz. Sendo assim foram propostas as seguintes etapas para alcance dos objetivos do tema **BRAVO**:

1ª Etapa

- Análise do *Briefing* apresentado pelo GT;
- Compreensão do cenário a partir de uma análise de “fora para dentro” por meio de visitas às Unidades de Saúde, visando compreender a dinâmica do trabalho das equipes de saúde e o comportamento dos usuários do SSM;
- Apresentação de uma proposta de identidade visual, desenvolvimento do tom e do conceito de comunicação; e
- Apresentação de uma proposta de unificação e padronização da comunicação sobre o SSM, com a identificação de Saúde Naval.

2ª Etapa

a) Fase A

- Levantamento de todos os modelos de documentos utilizados nas OM de Saúde, durante assistência aos pacientes, visando à padronização dos mesmos em todas as unidades assistenciais;

- Criação de um padrão único de *layout* de documentos assistenciais, a partir da proposta de alinhamento da percepção de que o SSM é único e todas as Unidades possuem o mesmo padrão de qualidade do atendimento; e
- Criação de um padrão único de *folders* e cartilhas para cada tema, para utilização por todas as OM de Saúde do SSM.

b) Fase B

- Desenvolvimento de peças para divulgação do Projeto (faixa, *banners* e cartazes);
- Desenvolvimento de papelaria única para todo o SSM: blocos, pastas, capas de CD, envelopes, etc.; e
- Produção de vídeos institucionais sobre o Projeto (roteiro, execução e edição).

3ª Etapa

- Criação (*design* e conteúdo) de *website* único para o SSM.

4ª Etapa

- Apresentação da proposta de comunicação a partir do objetivo de padronizar e unificar todos os processos de comunicação a todos os profissionais de saúde, a fim de estimular o engajamento das equipes.

5ª Etapa

- Apresentação dos novos modelos de formulários e *folders*;
- Desenvolvimento de *e-mail marketing*; e
- Divulgação do Projeto, via postagem na página do *Facebook*, *Twitter* e *Instagram* da MB.

6ª Etapa

- Acompanhamento da produção do material para o lançamento do Projeto;
- Desenvolvimento de novos vídeos (roteiro, direção e edição) para o lançamento de temas julgados pertinentes;
- Desenvolvimento de material para os eventos institucionais da MB; e
- Integração com as equipes de saúde, a fim de alinhar a proposta do tema à realidade dos profissionais.

Pós-Lançamento do Projeto

- Realização de nova pesquisa para avaliação;
- Realização dos ajustes necessários;
- Produção de vídeos;

- Operacionalização do *website*;
- Desenvolvimento de novos materiais (*banner, folders, cartilhas, etc.*) mantendo a premissa da padronização e unificação; e
- Monitoramento e avaliação do Projeto.

Firmado o contrato entre a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e a UFF, em 2016, foi criado o Comitê do Projeto, incluindo representantes das duas organizações, bem como foram definidos por Portaria os representantes do Projeto em cada OM no âmbito da DGPM, denominados Coordenadores Internos.

Em 2017, o Projeto foi transferido para a subordinação direta do Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM). De forma a otimizar o fluxo de informações aos usuários, foi criado o Conselho Editorial, com representantes de diversas áreas da saúde.

Objetivos

A partir da padronização de toda a comunicação, o Projeto Saúde Naval visa maximizar a informação disseminada pelo SSM, nos seus aspectos organizacionais e técnicos, facilitando a compreensão pelos seus servidores, colaboradores e usuários, além de reforçar a percepção do Sistema como um todo.

Para tal, é necessário que a informação difundida seja padronizada, objetiva, com linguagem e formatos compreensíveis e disponíveis para todos os usuários, formando-se, assim, uma identidade visual definida e única do SSM.

Público-alvo

Todos os usuários e servidores do SSM.

4 Que ações têm sido planejadas e executadas atualmente e de que forma o CPMM vem conduzindo estas ações?

Ações realizadas em 2018:

1 – Dados do *site* em 2018:

- Total de acessos: 854.358
- Acesso em, pelo menos, uma página secundária à página principal do *site*: 570.904
- Média de acessos diários: 5.190.

2 – Campanhas para setores da Saúde em 2018:

- Banco de Sangue do HNMD

- Espaço Consciência e Cuidado (ECC) no HCM.
- 3 – Eventos para a Família Naval em 2018:
 - Festival “Âncora Social”
 - “Dia do Hidrógrafo”
 - “Comemore com a Esquadra”
- 4 – Lançamento do Aplicativo do Saúde Naval;
- 5 – Palestra do Saúde Naval na UMEsq
- 6 – Desenvolvimento da Pesquisa de Satisfação *online*
- 7 – Desmarcação de consulta pelo *site* e pelo Aplicativo do Saúde Naval
- 8 – Ações de Comunicação:
 - 2 anúncios em Bilhetes de Pagamento
 - 59 notas divulgadas em BONO
 - 58 notas divulgadas em Plano do Dia das OM participantes do Projeto Saúde Naval
 - 8 anúncios em periódicos da MB
 - 18 peças divulgadas nas Redes Sociais da MB
 - 91 textos publicados no *site* com imagens e *slides shows*
 - 13 *newsletter*
 - 13 *E-mails marketing*
 - 44 peças enviadas para *mobile*
 - Registros fotográficos no *site* de, aproximadamente, 750 bebês recém-nascidos no HNMD, com encaminhamento da foto para os pais solicitantes
 - Áudios do momento Saúde Naval para o *site* e para a Rádio Marinha.

Ações planejadas para 2019:

- Implementar no aplicativo para celular: - Pesquisa de Satisfação (já realizada), Busca Laudo e *Chat*.
- Ações de comunicação: - Campanha da Semana do Alcoolismo com a participação do 1º Distrito Naval (já realizada)
- Campanha de prevenção e combate à Hipertensão Arterial Sistêmica (em andamento)
- Campanha de valorização do Técnico em Saúde (em andamento)
- Palestras nas OM de ensino sobre o Projeto Saúde Naval, com atividades voltadas à tripulação,

alunos e aos profissionais da área de saúde

- Desenvolvimento de campanha de comunicação institucional do Saúde Naval nas OM, com material a ser aplicado nos aparelhos de televisão e computadores
- Manter a comunicação com o desenvolvimento dos temas de saúde, com foco em prevenção, por meio de BONO, Plano do Dia, *E-mail marketing*, *newsletter* e *mobile*
- Ampliar a atividade junto ao CCSM
- Aumentar a divulgação do Projeto Saúde Naval em Bilhete de Pagamento
- Estreitar relacionamento com os profissionais de comunicação que atuam em OM do Rio de Janeiro
- Produção de um vídeo, de curta duração, sobre a importância dos rótulos dos alimentos (já realizada)
- Ampliar a divulgação de anúncios nos canais de comunicação das OM
- Incentivar a participação ativa dos militares da Saúde, Educação Física e ComSoc nas ações do Saúde Naval
- Ampliar a participação em eventos para a Família Naval.

O apoio dado pelo CPMM e de organizações da alta administração naval tem sido fundamental para o desenvolvimento das ações pelo Projeto.

5 São divulgadas informações ou executadas ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde? Exemplifique.

Âmbito de atuação (Proposta DGPM 407)

As informações de saúde são voltadas, principalmente, para a prevenção, promoção de saúde e Atenção Básica, incluindo as campanhas e eventos do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde.

As informações organizacionais também abrangem a disponibilidade de serviços nos outros níveis de atuação do SSM – média complexidade e alta complexidade, incluindo resultados de exames, desmarcação de consultas e pesquisa de satisfação *online*.

6 Tendo em vista a importância dos Programas de Saúde da Marinha no tocante à prevenção de doenças e promoção da saúde, de que maneira o Saúde Naval pode contribuir, além das ações que já estiverem em curso, como ferramenta para incrementar a divulgação e melhorar a captação de usuários do SSM para os PSM?

O SN, como um canal de comunicação deveria, sim, trabalhar de forma alinhada com o PSM, desde que esses programas estejam bem estruturados em termos e diretrizes e ações e, principalmente, apontem as demandas e abordagens a serem trabalhadas pelo SN.

A ideia sempre foi de alinhar essas ações utilizando as bases do SN (*site*, *app*, campanhas, para divulgar, engajar, acompanhar, estimular, etc.).

Atualmente, por solicitação do SN, os coordenadores dos Programas estão atualizando as cartilhas do *site*, de forma que fiquem em conformidade com o PSM.

7 Outras informações consideradas relevantes e que possam contribuir para o trabalho.

O SN procura divulgar informações sobre prevenção e promoção da saúde, com base nas datas estabelecidas pelo MS e OMS.

Demandas específicas de clínicas, setores e serviços também são incluídas, tais como campanhas, divulgação mensal de agendas nas OM de eventos, cursos e palestras.

As campanhas são idealizadas pelo SN e, aprovadas pelo solicitante, devem ser desenvolvidas pelas OM solicitantes.

Caso haja necessidade de mais esclarecimentos, estamos à disposição.

APÊNDICE A
Gráfico do quantitativo de usuários cadastrados e não cadastrados nos PSM

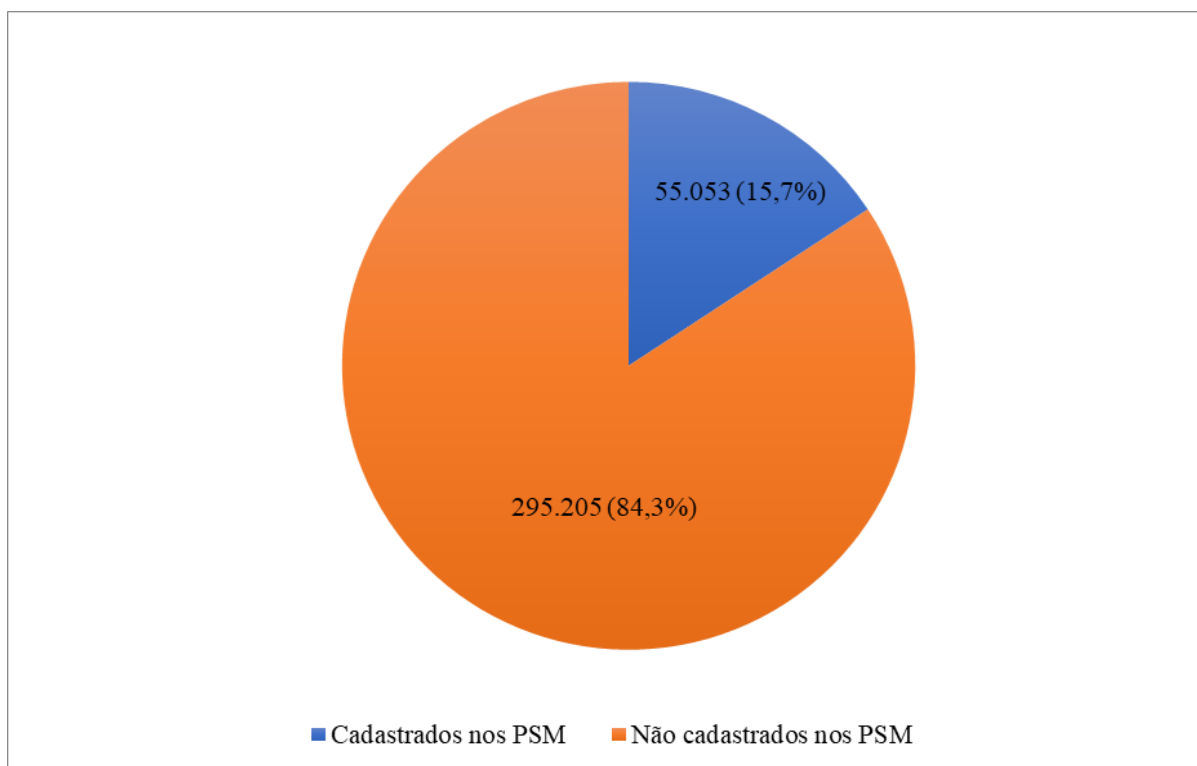


GRÁFICO 4 – Quantitativo de usuários cadastrados nos PSM e não cadastrados, em relação ao total de usuários do SSM em fev. 2019

Fonte: o autor (2019).

APÊNDICE B

Gráfico comparativo entre o número estimado e o número de usuários hipertensos cadastrados no PSM por região

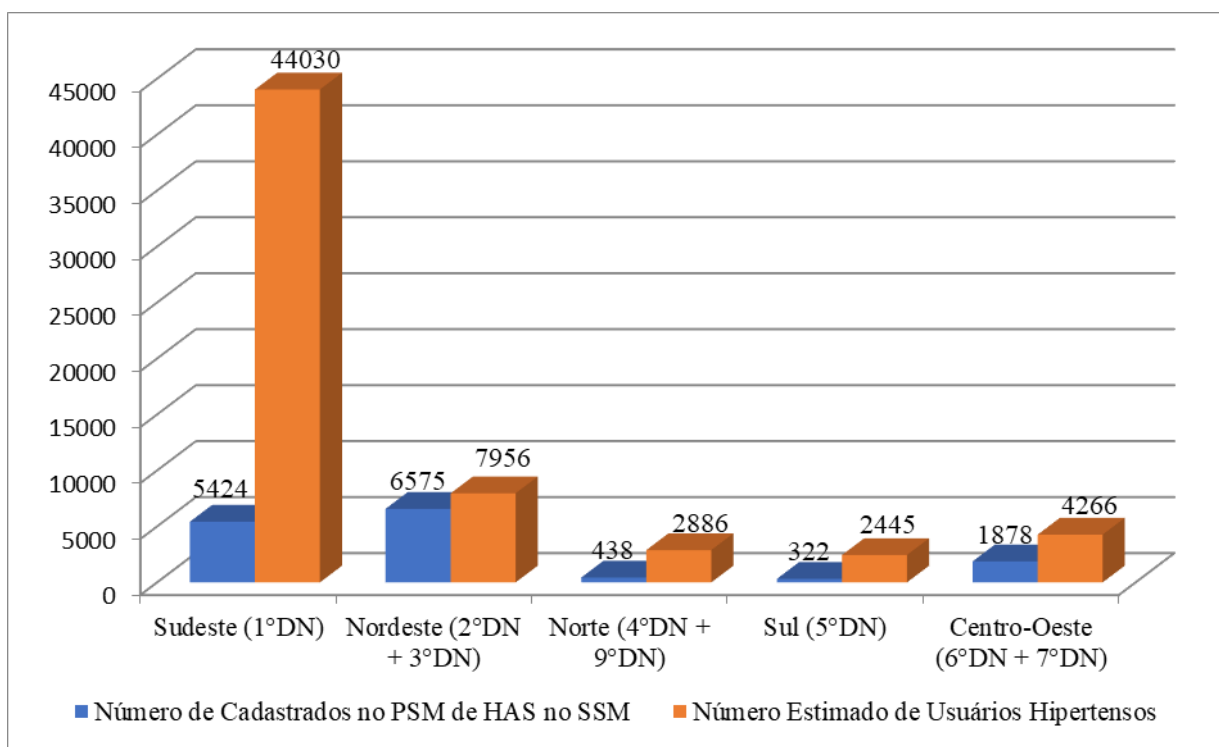


GRÁFICO 5 – Comparativo entre o número estimado de usuários do SSM portadores de HAS de acordo com a pesquisa do IBGE e o número de usuários cadastrados no PSM de HAS, por região

Fonte: o autor (2019).

APÊNDICE C
Gráfico comparativo de usuários cadastrados no PSM de HAS na área do 1ºDN

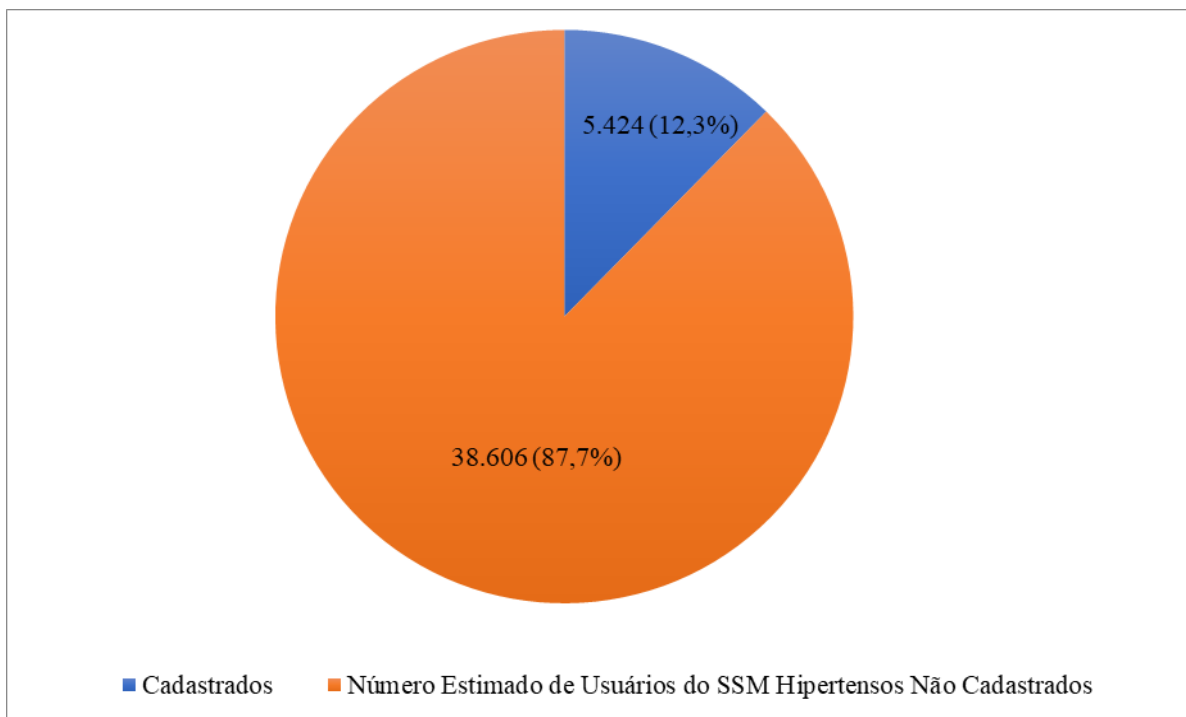


GRÁFICO 6 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, na área do 1º Distrito Naval, correspondente à Região Sudeste
Fonte: o autor (2019).

APÊNDICE D
Gráfico comparativo de usuários cadastrados no PSM de HAS na Região Nordeste

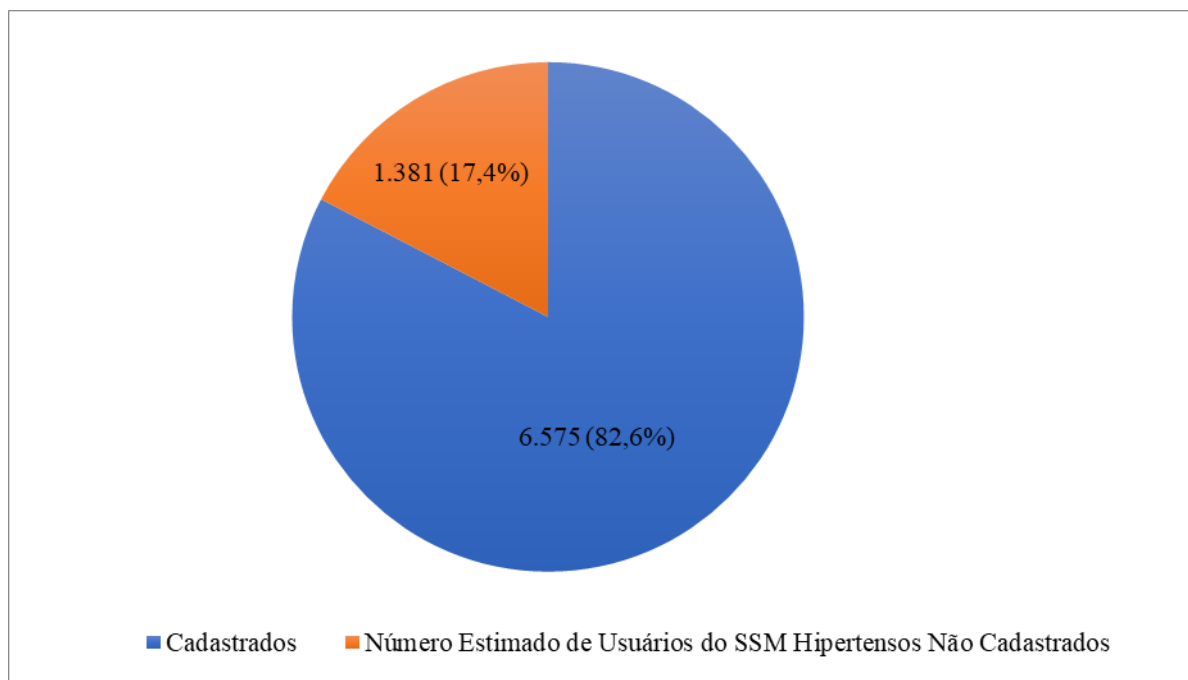


GRÁFICO 7 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, correspondente à Região Nordeste (2º e 3ºDN)
Fonte: o autor (2019).

APÊNDICE E
Gráfico comparativo de usuários cadastrados no PSM de HAS no HNSa

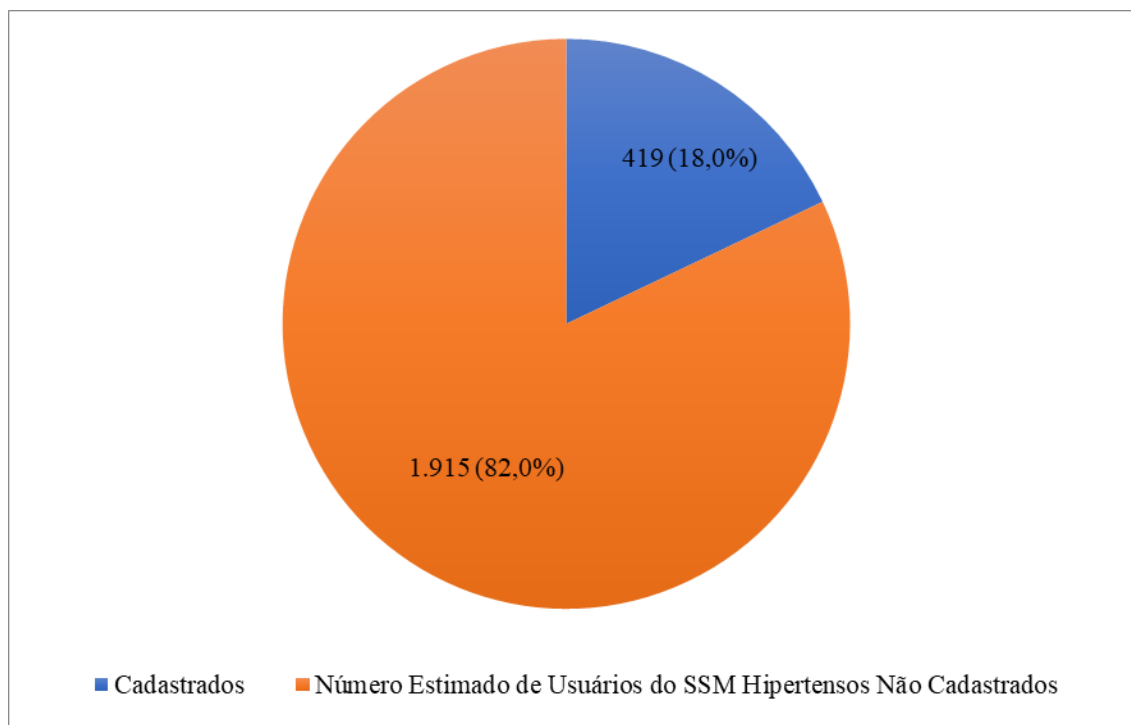


GRÁFICO 8 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, no HNSa

Fonte: o autor (2019).

APÊNDICE F
Gráfico comparativo de usuários cadastrados no PSM de HAS na Região Norte

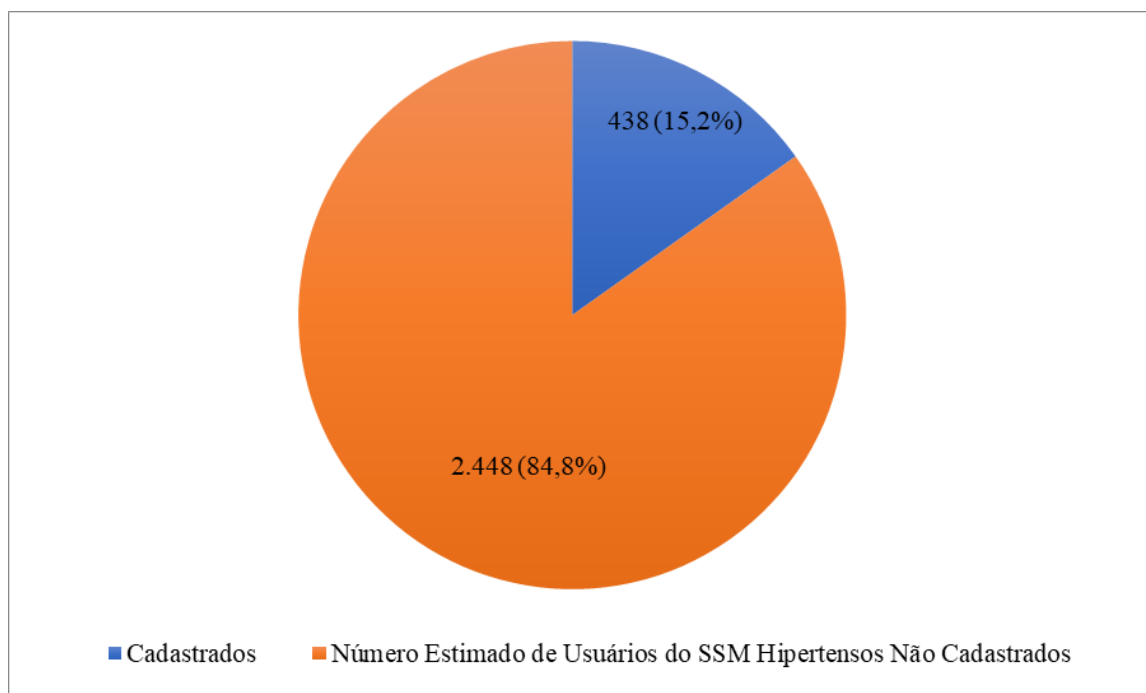


GRÁFICO 9 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, correspondente à Região Norte (4° e 9°DN)

Fonte: o autor (2019).

APÊNDICE G
Gráfico comparativo de usuários cadastrados no PSM de HAS na Região Sul

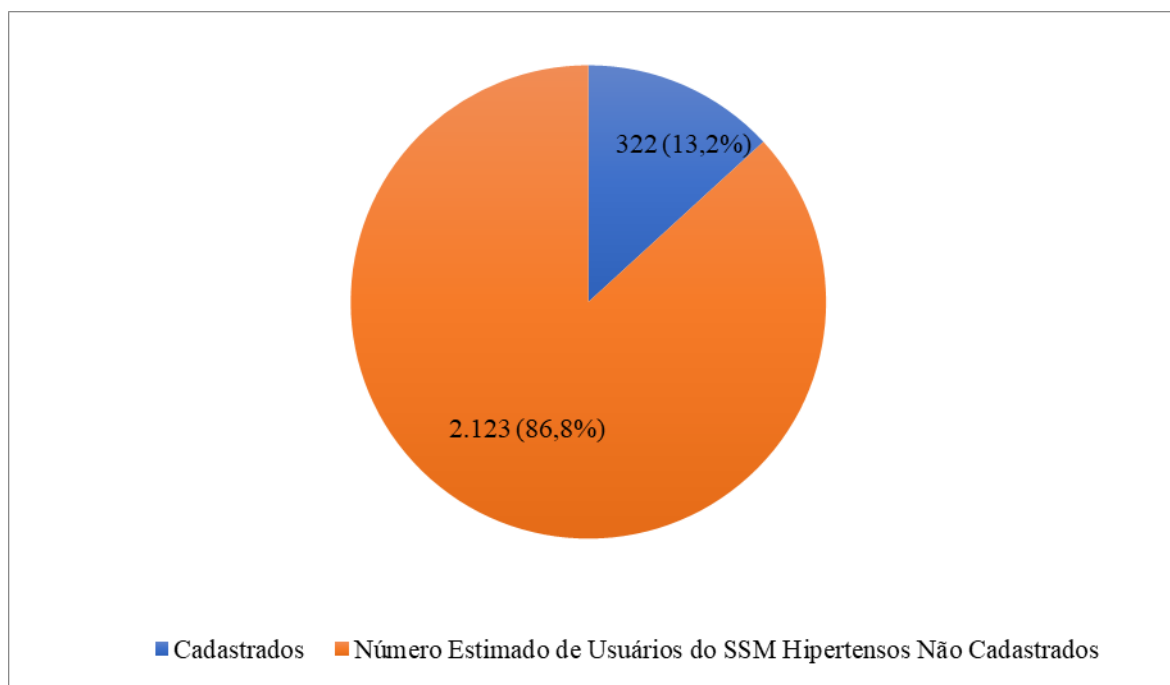


GRÁFICO 10 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, correspondente à Região Sul (5ºDN).

Fonte: o autor (2019).

APÊNDICE H
Gráfico comparativo de usuários cadastrados no PSM de HAS na Região Centro-Oeste

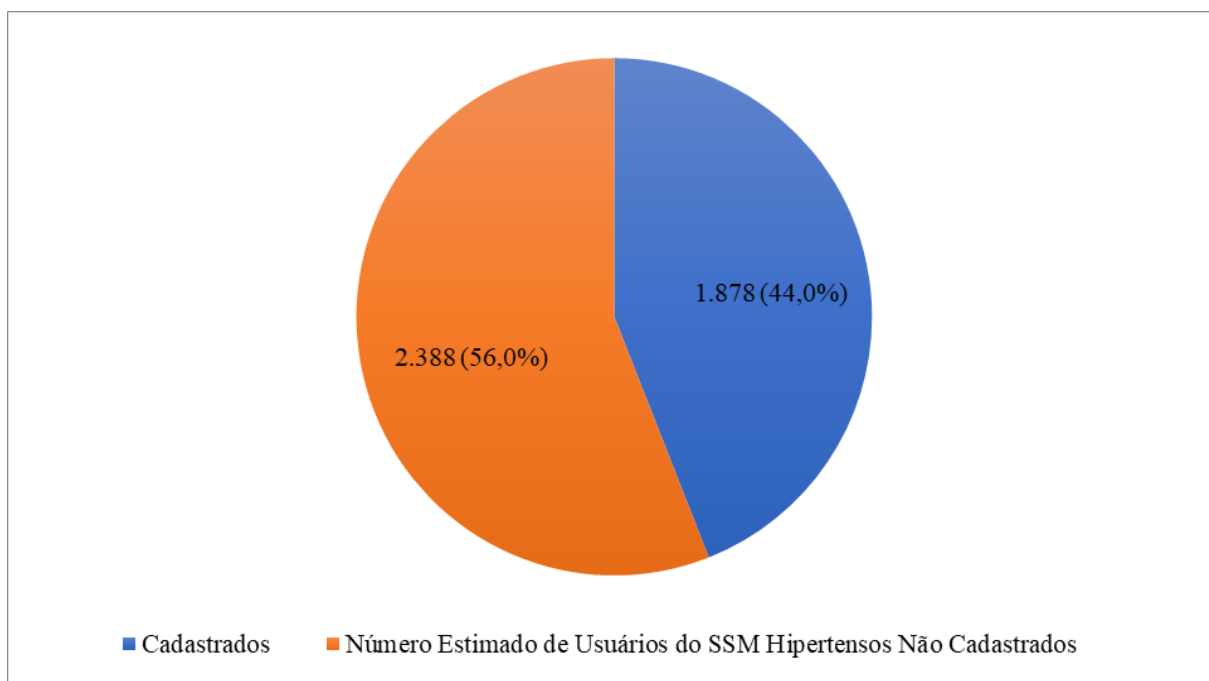


GRÁFICO 11 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários do SSM hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, correspondente à Região Centro-Oeste (6° e 7°DN)

Fonte: o autor (2019).

APÊNDICE I
Gráfico comparativo de usuários cadastrados no PSM de HAS no HNLa

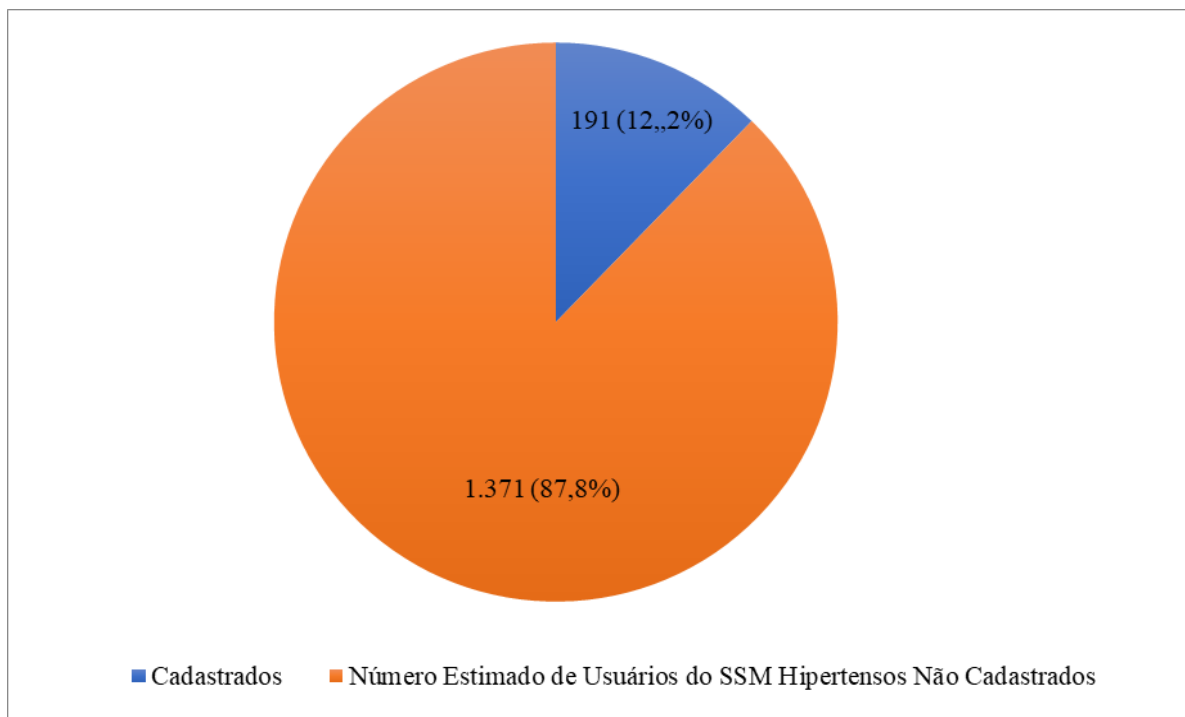


GRÁFICO 12 – Comparativo entre o número de usuários cadastrados no PSM de HAS em relação ao número estimado de usuários hipertensos de acordo com a pesquisa do IBGE, no HNLa

Fonte: o autor (2019).