



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – EAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Denise Cristina Carvalho de Souza

**CENSOS E INDICADORES DE SAÚDE DA DIRETORIA DE ABASTECIMENTO COMO
POSSIBILIDADES DE FOMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NA MARINHA**

Rio de Janeiro
2020

Denise Cristina Carvalho de Souza

**CENSOS E INDICADORES DE SAÚDE DA DIRETORIA DE ABASTECIMENTO COMO
POSSIBILIDADES DE FOMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NA MARINHA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial
no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientadora: Gisele Pinto de Oliveira

Rio de Janeiro

2020

Denise Cristina Carvalho de Souza

**CENSOS E INDICADORES DE SAÚDE DA DIRETORIA DE ABASTECIMENTO COMO
POSSIBILIDADES DE FOMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NA MARINHA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus por ter me permitido chegar até aqui.

Agradeço ao meu pai (*in memoriam*), minha mãe e minha irmã.

Aos meus colegas de turma pelas amistosas convivências, tanto a presencial como as virtuais, ao longo deste ano.

Agradeço, ainda, à minha orientadora Gisele Oliveira, pelos ensinamentos e profissionalismo.

RESUMO

Censos de saúde podem fornecer importantes informações sobre os seus participantes, com o potencial de produzir ações de promoção da saúde. Atualmente se reconhece a relevância da atenção básica para os Sistemas de Saúde, a qual é menos dispendiosa, devendo ser o mais resolutiva possível, sobretudo em se tratando de doenças crônicas não transmissíveis, tais como o diabetes e a hipertensão, cuja prevalência encontra-se numa crescente e cujas complicações podem ser incapacitantes e/ou fatais. A Marinha do Brasil possui desde o ano de 2000, em nível de atenção básica, seus Programas de Saúde (PSM) implantados, destacando-se, no caso, o Programa de Controle do Diabetes Mellitus e o Controle da Hipertensão Arterial. Considerando, então, que censos de saúde são realizados periodicamente por algumas Organizações Militares (OM), procurou-se investigar: Que problemas contribuem para a não utilização dos censos e indicadores de saúde, verificados anualmente numa OM, para a promoção da saúde dos seus militares e servidores civis usuários do Sistema de Saúde da Marinha? O objetivo deste projeto de intervenção, portanto, foi fazer com que os dados colhidos nos censos sejam utilizados para se conhecer o perfil de saúde da OM e, então possibilitar a promoção da saúde dos participantes. Mais especificamente, visou capacitar toda a equipe organizadora/executora dos censos no que tange aos PSM; elaborar um protocolo com diretriz (es) para ser seguido nestes censos; construir indicadores de saúde com os dados colhidos anualmente; e apresentar, ao fim de cada censo, os PSM pertinentes com base no perfil de saúde da OM. Em relação à metodologia, o projeto se apoiou na gestão baseada em evidências. A revisão da literatura abrangeu livros, artigos, publicações, periódicos, teses, monografias, trabalhos de conclusão de cursos e sites científicos de acesso livre. Utilizou-se, ainda, questionário e entrevista como instrumentos de coleta de informações. A pesquisa foi classificada como intervencionista, com uma abordagem qualitativa. A partir da identificação das causas do problema, desenhou-se o plano de intervenção com o propósito de resolvê-lo, esperando-se como resultado promover o fomento deste nível de atenção à saúde tão importante, que é a atenção básica, bem como possibilitar aos participantes dos censos maiores benefícios de saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica; Censos; Doenças crônicas não transmissíveis; Indicador de saúde; Programas de Saúde.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AMH - Assistência Médico Hospitalar

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DAbM - Diretoria de Abastecimento da Marinha

DCNT - Doenças Crônicas não transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

DSM - Diretoria de Saúde da Marinha

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GBE - Gestão baseada em evidências

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HCM - Hospital Central da Marinha

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

IMC - Índice de Massa Corporal

MB - Marinha do Brasil

MD – Médico (a)

OM - Organização Militar

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PA - Pressão Arterial

PASSM - Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

PSM - Programas de Saúde da Marinha

SC - Servidor (es) Civil (is)

SSM - Sistema de Saúde da Marinha

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
1.1OBJETIVOS.....	08
1.1.1 OBJETIVO GERAL.....	08
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	08
1.2 JUSTIFICATIVA.....	08
1.3 METODOLOGIA.....	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 OS SISTEMAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	10
2.2 INQUÉRITOS E INDICADORES DE SAÚDE.....	12
2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PROBLEMA MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA.....	13
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	15
3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	15
3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA.....	16
3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	18
3.4 GESTÃO DO PROJETO.....	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES.....	30

1 INTRODUÇÃO

Algumas Organizações Militares (OM) promovem campanhas, censos e atividades diversas a fim de incutir na sua tripulação¹ uma consciência de prevenção e cuidados com a saúde. Assim sendo, a Diretoria de Abastecimento da Marinha (DAbM) realiza anualmente censos de saúde, onde são obtidas medidas antropométricas e informações tais como glicemia, pressão arterial (PA), circunferência abdominal e Índice de Massa Corporal (IMC) dos seus militares e servidores civis (SC) participantes.

Analisando-as, observa-se alta prevalência de pressão alta e hiperglicemia no momento das aferições, elementos preditivos para o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM).

À luz da Epidemiologia, informações de saúde representam os conhecimentos obtidos a partir de dados. Dados, por sua vez, são valores quantitativos referentes a um fato ou ocorrência, os quais servem de base para decisões, formulação ou orientação de políticas públicas (CARVALHO; PINHO; GARCIA, 2017). Sendo assim, vislumbra-se utilizar as informações obtidas nos próximos censos para a promoção da saúde dos seus participantes, na medida em que possibilitam conhecer o perfil de saúde da OM.

Semelhantemente ao que ocorre no Sistema Único de Saúde (SUS), “a Marinha do Brasil (MB), por intermédio de uma Diretoria Especializada (Diretoria de Saúde da Marinha – DSM), acompanha os avanços dos modelos assistenciais e a crescente importância do enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT” (ARAÚJO, 2015, p.12) e, no ano de 2000, implementou os Programas de Saúde da Marinha (PSM), destacando-se aqui, o Programa de Controle do Diabetes Mellitus e o Controle da Hipertensão Arterial.

Considerando, então, que os referidos Programas “visam à prevenção de doenças, sua detecção precoce e seus agravos, proporcionando uma redução de encaminhamentos para os serviços de atenção especializada de saúde” (BRASIL, 2015a, p.1-1), observa-se uma boa chance de apresentá-los, por ocasião dos censos, aos servidores civis usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e aos militares da OM, os quais poderão beneficiar-se dos propósitos a que estes Programas se destinam.

Com base no exposto, identificou-se a oportunidade de estudar o seguinte tema: A utilização dos censos e indicadores de saúde da DAbM como possibilidades de fomento da atenção básica na Marinha.

¹ Tripulação consiste em toda a oficialidade mais a guarnição de uma OM. Ou seja, todos os militares da OM - oficialidade e praças, bem como os Servidores Civis nela lotados.

Este projeto de intervenção encontra-se estruturado em mais três seções que se seguem a presente introdução. A segunda seção apresenta o referencial teórico. A terceira descreve em que consiste o projeto de intervenção, contendo a descrição da situação-problema e sua explicação, a programação das ações e como ocorrerá a gestão do projeto. Por último, as considerações finais o encerram.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste projeto de intervenção é utilizar os dados colhidos nos censos para conhecer o perfil de saúde da OM e, então, possibilitar a promoção da saúde dos participantes.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) capacitar toda a equipe organizadora/executora dos censos anuais no que tange aos PSM;
- b) elaborar um protocolo com diretriz (es) para ser seguido nestes censos de saúde;
- c) construir indicadores de saúde com os dados colhidos anualmente nestes censos;
- d) apresentar, ao fim de cada censo, os PSM pertinentes com base no perfil de saúde da OM.

1.2 JUSTIFICATIVA

O problema é relevante na medida em que realizar censos e colher dados sem finalidade e processo definidos, traz pouco benefício de saúde para a OM, acarretando: desvalorização do censo de saúde pelos militares e SC, refletindo-se em uma baixa participação; perda de oportunidade de auxiliar na promoção da saúde e prevenção dos agravos; perda de oportunidade de fomentar a atenção básica na Marinha por meio da apresentação dos seus Programas de Saúde; aumento das comorbidades; agravamento dos problemas de saúde existentes; desenvolvimento de complicações, em longo prazo, oriundas dos problemas de saúde relacionados às DCNT, como a HAS e o DM; e maiores gastos com procedimentos e internações decorrentes de complicações destas DCNT não tratadas.

1.3 METODOLOGIA

Inicialmente faz-se necessário salientar que este projeto se apoiou na gestão baseada em evidências (GBE). A revisão da literatura abrangeu livros, artigos, publicações, periódicos, teses, monografias, trabalhos de conclusão de cursos e sites científicos de acesso livre.

Com a finalidade de entender um pouco mais sobre os PSM, realizou-se entrevista com profissional médica do Hospital Central da Marinha (HCM), haja vista que é a OM de saúde que presta assistência à DAbM, em decorrência da sua proximidade física (APÊNDICE A).

O início do processo de planejamento, constante deste projeto, deu-se com a identificação do problema e das suas causas (diagnóstico). As causas, por sua vez, subsidiaram a escolha das estratégias de intervenção.

O problema foi percebido em virtude da inserção do observador no processo e suas expectativas, assim como da sua possibilidade de mudar a condição que o incomodava. Mais especificamente, originou-se da reflexão acerca da ausência de uma finalidade real para coleta de dados de saúde dos militares e SC da DAbM, entendida como fundamental após estudo mais aprofundado sobre Epidemiologia. Daí, então, o problema transformou-se em objeto de estudo.

A pesquisa encontra-se classificada como de intervenção, pois tem como propósito interferir na realidade estudada para mudá-la, explicando o problema e propondo a sua solução, com um cunho prático.

Utilizou-se uma abordagem qualitativa, uma vez que o pesquisador não lançou mão de técnicas estatísticas e sim da análise dos dados observados à luz de um referencial teórico (DEMO, P. 2000).

Foram elencados dois grupos de descritores (quantificadores do problema), totalizando quatro, um dos quais foi obtido por meio de questionário *on-line* do *Google Forms*, enviado para os SC usuários do SSM e militares da DAbM (APÊNDICE B).

Após identificadas as causas, elegeram-se as críticas, sobre as quais haveria governabilidade no sentido de resolver o problema. Em seguida procedeu-se ao desenho do plano de intervenção, por meio da confecção das matrizes de programação de ações para cada uma dessas causas críticas, as quais serão apresentadas na subseção 3.3.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 OS SISTEMAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O SUS se sobressai mundialmente por ser um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde público que existe, englobando desde um simples atendimento para aferir a pressão arterial (atenção primária) até a realização de transplantes, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população. A gestão das ações e dos serviços de saúde é solidária e participativa entre União, Estados e Municípios. O Governo Federal é o principal financiador, arcando com metade dos recursos e a outra metade é financiada pelos Governos Estaduais e Municipais (BRASIL, 2015b).

Segundo Caldeira (2018), no que tange aos níveis de atenção oferecidos por esse Sistema de Saúde, estão inseridos os conceitos de atenção primária, secundária e terciária, oriundos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual os categoriza por níveis de complexidade. Grosso modo, o nível primário envolve os casos mais simples, ou seja, de mais baixa complexidade. É o existente, por exemplo, nas UBS (Unidades Básicas de Saúde) espalhadas pelo país. Estão compreendidos aí - consultas e exames simples como eletrocardiograma e radiografias; além de ações de promoção da saúde pública, como as campanhas de saúde. O nível secundário é encontrado basicamente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), incluindo, no caso, as especialidades médicas (cardiologistas, ortopedistas, oftalmologistas etc.). Esses especialistas contam com o suporte adequado para intervenções em doenças agudas ou crônicas e atendimentos emergenciais. Já o nível terciário corresponde ao mais alto nível de complexidade e é oferecido pelos grandes hospitais, envolvendo alta tecnologia.

Destaca-se aqui a importância da atenção básica (AB) ou atenção primária, definida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como “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 e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012b, p.19). Não se devendo inferir, no entanto, que por ser aquela de mais baixa complexidade, deva ser completamente desprovida de tecnologia.

Internacionalmente, evidências sugerem que os Sistemas de Saúde com ênfase na AB, trazem resultados de saúde melhores e mais equitativos, são mais eficientes, menos onerosos e podem obter maior satisfação dos usuários, em detrimento daqueles com fraca orientação à AB (OPAS/OMS, 2007).

De acordo com Lavras (2011), a AB funciona como porta de entrada para os Sistemas; oferece ações de saúde de cunho individual e coletivo; organiza o processo de trabalho de equipes multiprofissionais sob a ótica da abordagem integral do processo saúde-doença; e garante acesso às outras Unidades, ordenando, dessa forma, o funcionamento da rede.

No Brasil existe um importante programa relacionado à AB - a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que substituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994. Anos depois do seu surgimento, o PSF passou a ser visto definitivamente como uma estratégia, já que não se tratava de um programa novo, mas sim um meio de consolidar os princípios do SUS e, assim, recebeu o atual nome – ESF, cabendo a ela, a árdua tarefa de modificar o modelo brasileiro de assistência à saúde tradicional: medicamentoso, curativo, individual, hospitalocêntrico e baseado na centralização da figura do médico (BRITO; MENDES; NETO, 2018).

O referido programa, com suas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, visa diminuir “a pressão nos hospitais que não possuem estrutura suficiente para suportar prevenção e tratamento” (MV SAÚDE, 2018).

O SSM trata-se de um Sistema de Saúde, havendo similitudes e diferenças entre ele e o SUS. É definido como “o conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de saúde na Marinha do Brasil”; sendo composto pelos subsistemas: Assistencial, Médico-Pericial e de Medicina Operativa. O primeiro subsistema (Assistencial) é responsável pela assistência médico hospitalar (AMH) dos seus usuários, a qual é prestada segundo os três eixos de ações de saúde: prevenção e promoção de saúde; atenção básica; e atenção especializada (BRASIL, 2012a, p.2-1).

A Política Assistencial para o SSM (PASSM), da mesma forma, coloca a AB como a porta de entrada para o Sistema, devendo apresentar uma alta resolutividade (BRASIL, 2013). No SSM, à semelhança do SUS, também ocorreu a implantação de Programas de Saúde “com o propósito de desenvolver atividades voltadas à prevenção da doença, quer seja pela promoção de saúde, diagnóstico e tratamento precoce, quer seja pelas ações voltadas à limitação do dano e à reabilitação” (BRASIL, 2015a, p.1-1).

2.2 INQUÉRITOS E INDICADORES DE SAÚDE

De acordo com Chorny (1993, p.38):

[...] historicamente o diagnóstico era uma enorme tarefa, mediante a qual se pretendia compilar todo e qualquer material relacionado com a saúde. Assim, dados demográficos, epidemiológicos, administrativos (acerca dos recursos disponíveis), legais, financeiros e outros tantos eram coletados e apresentados [...] porém, com total ausência de uma teoria prévia que permitisse associar e interpretar os ditos dados, pouca ou nenhuma informação se obteria com eles. Deste modo, se conseguia acumular grande quantidade de dados que permaneciam virgens de contato com ao menos um neurônio pensante.

Hoje, contudo, o panorama é outro e no âmbito dos Sistemas de Saúde, “os inquéritos populacionais são instrumentos usados como subsídios à formulação e avaliação das políticas públicas, tornando-se crescente a sua utilização [...] como ferramenta de apoio ao planejamento em saúde”. Os inquéritos de saúde permitem, ainda, além da avaliação das políticas públicas implementadas e dos benefícios atingidos, a identificação de problemas menos graves ou pouco sintomáticos; bem como a identificação de grupos sociais e geográficos excluídos ou insuficientemente alcançados (MALTA *et al*, 2008, p.159-160).

Dessa forma, “as informações em saúde são [...] essenciais [...], principalmente quando se considera o contexto de mudanças do padrão epidemiológico, ampliação do conceito saúde-doença, bem como a incorporação das atividades de promoção da saúde” (MALTA *et al*, 2008, p.160).

Na maioria dos países, extensos inquéritos de saúde de base populacional, os quais podem prover indicadores, são feitos periodicamente e passam a integrar o sistema nacional de informação em saúde (BARROS, 2004).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), inquérito de saúde é um estudo epidemiológico bastante “útil para estimar taxas de prevalência de eventos autorrelatados ou medidos no momento da pesquisa, possibilitando colher dados que permitirão elaborar indicadores relacionados às doenças” (OPAS, 2016).

Se o objetivo for analisar a situação atual de saúde e fazer comparações ou avaliar mudanças ao longo do tempo, após a obtenção dos dados de saúde torna-se necessário transformá-los em indicadores (VAUGHAN e MORROW, 1992, *apud* Portal da Educação).

Bonita; Beaglehole; Kjellstrom (2010, p.32), mencionam que “indicador de saúde é uma variável que pode ser medida diretamente para refletir o estado de saúde das pessoas

dentro de uma comunidade. Anualmente, a OMS apresenta dados atualizados para 50 indicadores de saúde de todos os países membros”.

Os indicadores de saúde são produzidos por meio de razões (frequências relativas), sob forma de proporções ou coeficientes (SOARES, 2001; PEREIRA, 2006, *apud* Portal da Educação).

Um importante indicador que pode ser obtido é o de “prevalência”, que consiste em informações de quantos indivíduos contraíram a doença ou apresentaram o episódio estudado em determinado momento, dado por meio do seguinte cálculo:

Coeficiente de prevalência = números de casos existentes ÷ população (CABRAL, 2015).

Esse coeficiente “faz uma fotografia da situação existente num determinado momento e vai considerar todos os casos registrados, em acompanhamento e em tratamento” (MEDCURSO, 2018, p.10).

Medidas de prevalência são benéficas na avaliação das necessidades em saúde (curativas e preventivas) e no planejamento dos serviços de saúde. A taxa de prevalência é uma boa medida para condições cujo início é insidioso, gradual, como é o caso da DM, por exemplo (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010).

Na MB, algumas OM realizam pequenos censos de saúde periódicos, que embora não tenham a mesma dimensão de grandes inquéritos, podem fornecer indicadores de saúde importantes, como o de “prevalência”, supracitado, com potencial de produzir ações de promoção da saúde no campo da atenção básica para o público-alvo participante.

2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PROBLEMA MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA

A partir da década de 1960, iniciou-se uma mudança no perfil de morbimortalidade, com o aumento tanto de mortes, como de morbidades pelas doenças crônicas não transmissíveis, tendo como fator agravante o envelhecimento da população, também observado desde esse mesmo período. (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

Dentre estas doenças está a HAS, considerada como um grave problema de saúde pública mundial, “sendo um dos mais importantes fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais”. Existe uma correlação entre o aumento da PA e a mortalidade por doença cardiovascular, a qual tem sido o principal motivo de mortes no Brasil, bem como a causadora de um grande número de

internações, o que representa elevados gastos para os Sistemas de Saúde. Diante disso, torna-se clara a importância da AB com estratégias de controle da prevenção primária da HAS, por meio do diagnóstico precoce e controle frequente dos pacientes, dando-lhes as informações iniciais acerca da mudança de hábitos e procedendo ao tratamento medicamentoso se necessário (BRASIL, 2015a, p.3-1).

Mais uma DCNT de grande prevalência é o DM, também considerado outro grave problema de saúde pública. Adultos com DM “têm um risco 2 a 4 vezes maior de desenvolver doença cardiovascular e/ou Acidente Vascular Cerebral (AVC)”, amputações de membros inferiores, cegueira e insuficiência renal. Todas essas complicações, no entanto, podem ser controladas na vigência de detecção precoce e tratamento adequado, para os quais a AB é bastante eficaz (BRASIL, 2015a, p.4-1).

Em suma, como se trata de patologias responsáveis por um alto custo para os Sistemas de Saúde, bem como para a sociedade, famílias e indivíduos, torna-se imprescindível a sua prevenção, bem como a das suas complicações, o que deve ser considerada prioridade em saúde pública (CASTRO; SOUZA, 2015).

Lessa (2014) afirma que, ao mesmo tempo que as doenças cardiovasculares aparecem no pódio das causas de mortes e que a mortalidade por diabetes melitus venha aumentando excessivamente, ocorre a indesejável predominância da medicina curativa, já mencionada na subseção 2.1.

O autor assevera que programas com propostas de educação e controle da hipertensão e do diabetes ainda não conseguiram se enquadrar na prevenção primária, de baixo custo, desviando-se para a prática clínica, dispendiosa, de acesso restrito e baixa cobertura, havendo o predomínio das opções pela medicina curativa e pelo atendimento e tratamento das DCNT em serviços de urgência, emergência ou sob hospitalizações; e que "o custo elevado dessas opções, obviamente reconhecido, não favorece as mudanças desejáveis" (LESSA, 2004, p. 934).

A grande massa de idosos, portanto, que deixa de receber em momento oportuno a promoção e proteção para a saúde e/ou controle das DCNT, frequentemente iniciadas em idade precoce, estarão dependentes do SUS, ou seja, o seu envelhecimento dar-se-á com altas prevalências de simultâneas DCNT, parte delas cursando com incapacidade. A longevidade, dessa forma, seguirá desprovida de qualidade de vida, ficando a seguridade social cada vez mais sobrecarregada (LESSA, 2004).

A verdade é que tanto o paciente como alguns gestores públicos “ainda erram em interpretar o tratamento primário como menos importante, já que a prevenção, além das

vantagens já citadas [...], também pode ajudar na diminuição de gastos públicos” (MV SAÚDE, 2018).

E, embora possa-se dizer que a ESF tem avançado no Brasil, torna-se necessário promover continuamente, não só no SUS, mas em qualquer Sistema de Saúde, o fomento da atenção básica no que concerne às DCNT. O propósito é reverter cada vez mais o modelo assistencial hospitalocêntrico predominante e auferir efetivamente os benefícios que este nível de atenção à saúde proporciona.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção será executado na Diretoria de Abastecimento da Marinha (DAbM) situada na Praça Barão de Ladário, no Centro da Cidade do Rio de Janeiro. Essa Diretoria gerencia o Sistema de Abastecimento da Marinha, o qual é responsável por prover, até mesmo às mais longínquas OM em todo o Brasil, materiais diversos, tais como combustíveis, graxas, lubrificantes, sobressalentes para navios, gêneros alimentícios, material de limpeza, material de expediente, material de saúde, dentre outros, resultando num enorme esforço logístico.

Trata-se de uma OM que não possui nenhum tipo de serviço de saúde, contando com o apoio do HCM para um pronto atendimento, se necessário, e com as demais OM do SSM: Policlínicas e Hospital Naval.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A DAbM, conforme já mencionado, não possui nenhum tipo de serviço de saúde para os seus militares e SC, situação essa que a distancia, de certa forma, do SSM.

Por outro lado, censos de saúde são realizados anualmente, revelando uma alta incidência de alterações na saúde dos participantes. No último censo realizado, em 2018, 53% apresentaram alterações em um ou mais valores verificados, dentre glicemia, PA, circunferência abdominal e IMC. Destes 53%, 23% diziam respeito à glicemia e/ou PA no momento das suas aferições, preditivos para o diagnóstico da HAS e do DM.

Hoje, os dados obtidos são arquivados, não havendo nenhum protocolo/diretriz(es) a ser seguido e, portanto, poucos benefícios de saúde trazem para a OM.

O questionário *on-line* enviado aos militares e SC (usuários do SSM) da DAbM teve 146 respondentes e demonstrou que 94,5% destes não conhecem os PSM. O mesmo

percentual, 94,5%, manifestaram interesse, caso necessitassem, de ter acesso às ações de atenção básica, objeto dos PSM, o que tornou o problema ainda mais relevante. Analisando as respostas, sobretudo à terceira pergunta, observa-se que dos 5,5%, o que representa oito pessoas, que afirmaram conhecer os PSM, apenas cinco delas sabiam citar corretamente pelo menos um deles, reforçando que os PSM são pouco conhecidos pelos usuários do SSM (APÊNDICE B).

Diante disso, o problema: “a não utilização dos censos e indicadores de saúde verificados anualmente na DAbM para a promoção da saúde dos seus militares e SC” foi priorizado, pois dados de saúde não devem ser colhidos e depois arquivados, uma vez que apresentam potencial de trazerem benefícios de saúde para a OM, utilizando-se, neste caso, inclusive, de uma estrutura do SSM já existente.

O problema supracitado possui como descritores:

a) 0% dos dados coletados nos censos são trabalhados pela DAbM para promoção da saúde de seus militares e SC e não há protocolo com diretriz (es) que norteie os censos anuais de saúde realizados na DAbM;

b) 75 % da equipe organizadora/executora dos censos de saúde anuais não conhecem os PSM e 94,5% dos respondentes ao questionário *on-line* não conhecem os PSM.

Com base no exposto, formulou-se a seguinte indagação: Que problemas contribuem para a não utilização dos censos e indicadores de saúde verificados anualmente na DAbM para a promoção da saúde dos seus militares e SC?

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

As possíveis causas foram identificadas com base num *brainstorming* com profissionais de saúde:

a) falta de um protocolo/diretriz (es) que norteie os censos, de forma que os dados colhidos sejam trabalhados para auxiliar na promoção da saúde na OM;

b) desconhecimento acerca da existência dos PSM;

c) pouca divulgação da existência e da forma de ingresso nos PSM pelas OM de saúde;

d) desconhecimento de como utilizar indicadores de saúde.

Como causas críticas, ou seja, aquelas sobre as quais há uma governabilidade direta por meio de ações planejadas, pode-se destacar principalmente:

- a) desconhecimento acerca da existência dos PSM;
- b) falta de um protocolo/diretriz (es) que norteie os censos, de forma que os dados colhidos sejam trabalhados para auxiliar na promoção da saúde na OM.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Quadro 1 - Matriz de programação de ações 1

Problema a ser enfrentado	A não utilização dos censos e indicadores de saúde verificados anualmente na DAbM para a promoção da saúde dos seus militares e SC.
Causa crítica 1	Desconhecimento acerca da existência dos PSM.
Descritores	Descritor 1: 75 % da equipe organizadora/executora dos censos de saúde anuais não conhecem os PSM. Descritor 2: 94,5% dos respondentes (militares e SC da DAbM) à pesquisa realizada (questionário <i>on-line</i>) não conhecem os PSM.
Indicador	Indicador 1: Percentual da equipe organizadora/executora dos censos de saúde anuais que não conhecem os PSM. Indicador 2: Percentual dos respondentes (militares e SC da DAbM) à pesquisa realizada (questionário <i>on-line</i>) que não conhecem os PSM.
Meta	Meta 1: Apresentar os PSM aos 75% da equipe organizadora/executora, capacitando-a integralmente para que possam divulgá-los ao público participante no último dia de cada censo anual. Meta 2: Aumentar para 25%, em fevereiro de 2021 (mês previsto para o próximo censo), o percentual da tripulação da OM que conhecem os PSM.

Impacto a ser gerado	Conhecimento dos PSM por toda a equipe organizadora/executora, que poderá apresentá-los nos próximos censos aos participantes e estímulo do acesso da tripulação da DAbM à atenção básica na MB, refletindo-se em um benefício de saúde para OM.
----------------------	--

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2020.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados.	Prazo de conclusão	Responsável
Estudar sobre os PSM e o seu funcionamento.	Humanos. Materiais: publicação que rege os PSM, papel, caneta. Cognitivos.	PSM e seu funcionamento conhecidos pela coordenadora do censo.	AGO 2020	CC (S) Denise
Reunir equipe para apresentação do conteúdo estudado acerca dos PSM.	Humanos, Cognitivos, Organizacionais.	PSM apresentados à equipe.	AGO 2020	CC (S) Denise
Com base no perfil de saúde da OM, traçado a partir dos dados obtidos no censo, identificar quais PSM deverão ser apresentados.	Humanos, Materiais: papel, caneta. Cognitivos. Organizacionais.	Programas identificados.	FEV 2021	SG-ND Anadrielle

Apresentar os PSM nos quais os participantes do censo se encaixam, realizando explanação no auditório.	Humanos. Materiais: computador. Cognitivos. Organizacionais.	PSM apresentados.	FEV 2021	CC (S) Denise SG-ND Anadrielle SG-EF Andressa
Disponibilizar <i>cards</i> de divulgação com informações básicas sobre os PSM.	Materiais: computador. Cognitivos. Organizacionais.	<i>Cards</i> disponibilizados.	FEV 2021	

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2020.

Quadro 2 - Matriz de programação de ações 2

Problema a ser enfrentado	A não utilização dos censos e indicadores de saúde verificados anualmente na DAbM para a promoção da saúde dos seus militares e SC.
Causa crítica 2	Falta de um protocolo/diretriz (es) que norteie os censos, de forma que os dados colhidos sejam trabalhados para auxiliar na promoção da saúde de seus militares e SC.
Descritores	Descritor 1: 0% dos dados coletados nos censos são trabalhados pela DAbM para auxiliar na promoção da saúde de seus militares e SC. Descritor 2: Não há protocolo/diretriz (es) que norteie os censos anuais de saúde realizados na DAbM.

Indicador	Indicador 1: Percentual de dados coletados nos censos de saúde trabalhados pela DAbM para auxiliar na promoção da saúde dos seus militares e SC. Indicador 2: Número de protocolo/diretriz (s) elaborado que norteie os censos anuais de saúde realizados na DAbM.
Meta 1	Meta 1: Trabalhar 100% dos dados coletados pela DAbM até o último dia de cada censo anual, seguindo um protocolo/diretriz (es). Meta 2: Ter pelo menos um protocolo com diretriz (es) elaborado, o qual norteie os censos anuais de saúde realizados na DAbM.
Impacto a ser gerado	Conhecer o perfil de saúde da DAbM e, por conseguinte, apresentar os PSM pertinentes, agindo em prol da promoção da saúde da sua tripulação, por meio da atenção básica.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2020.

	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar <i>Brainstorming</i> com a equipe para minutar protocolo/diretriz (es) a ser utilizado nos	Humanos, Cognitivos, Materiais: papel, caneta.	<i>Brainstorming</i> realizado; minuta do documento feita.	OUT 2020	CC (S) Denise

próximos censos.				
Elaborar documento (protocolo e diretrizes).	Humanos, Organizacionais, Materiais: computador.	Protocolo/ diretriz (es) feitos.	NOV 2020	CC (S) Denise SG-EF Andressa SG-ND Anadrielle CB-GR Naiara
Treinar a equipe envolvida na coleta dos dados para que possam trabalhá-los pós censo.	Humanos, Cognitivos, Organizacionais.	Profissionais cientes da importância dos dados produzidos, finalidade e método de cálculo.	DEZ 2020	CC (S) Denise
Planejar o dia da realização do censo.	Humanos.	Planejamento realizado; dia marcado.	DEZ 2020	CC (S) Denise CMG (IM) Delmar
Produzir o material de divulgação e reservar o local para o censo.	Humanos, Financeiros, Cognitivos, Organizacionais.	Material produzido. Espaço reservado.	JAN 2021	SG-ND Anadrielle CB-GR Naiara
Solicitar apoio do Hospital Naval Marcilio Dias (HNMD) para coleta de sangue.	Humanos.	Solicitação realizada.	JAN 2021	SG-EF Andressa
Utilizar o protocolo no dia do censo.	Humanos.	Protocolo seguido.	FEV 2021	SG-ND Anadrielle CB-GR Naiara
Trabalhar os dados	Humanos e Cognitivos.	Indicadores produzidos.	FEV 2021	SG-ND Anadrielle

construindo os indicadores possíveis.	Materiais: computador			CB-GR Naiara
---------------------------------------	-----------------------	--	--	--------------

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2020

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto que consiste em monitoramento e revisão, será feita no âmbito do Departamento Técnico, pelas seguintes militares: CC (S) Denise e SG-ND Anadrielle, que acompanharão as ações propostas constantes das duas matrizes confeccionadas, com o objetivo principal de identificar falhas e fazer com que os resultados advindos das ações estejam dentro do esperado. Haverá reuniões mensais e as informações obtidas por meio do monitoramento irão orientar a revisão, o que encerra o ciclo do projeto.

No processo de monitoramento, a avaliação será contínua e, caso seja necessário, o plano poderá ser adaptado, haja vista sua flexibilidade. A cada censo anual serão realizadas avaliações a fim de verificar o alcance das metas.

Já foram atingidas duas metas estipuladas com base nos descritores, a que consiste no conhecimento dos PSM pelos 75% da equipe organizadora/executora; e a que se refere a ter pelo menos um protocolo elaborado que norteie os censos de saúde realizados na DAbM. As outras o serão no próximo censo (previsto para fevereiro de 2021) e a cada censo subsequente, não se vislumbrando dificuldades neste sentido.

Todas as ações propostas para o enfrentamento das causas críticas estão ocorrendo conforme o planejado, ou seja, os produtos a serem entregues foram ou estão caminhando no sentido de serem entregues dentro dos prazos previstos. Não foram identificadas falhas ou necessidade de adaptação até o momento.

A avaliação do aumento do conhecimento por parte da tripulação da OM acerca da existência dos PSM será feita por meio de novo questionário *on-line* após a realização de cada censo anual. Realizar-se-á também a avaliação do protocolo elaborado, a qual se dará no momento da sua efetiva utilização.

Segundo Donabedian (1990) eficácia se refere à capacidade de uma determinada intervenção causar um impacto potencial em uma situação ideal; efetividade é o grau de melhoria na saúde conquistado de fato; e eficiência é a capacidade de reduzir os custos sem afetar o nível atingível de melhoria da saúde. Sendo assim, a avaliação principal, dar-se-á acerca da eficácia deste projeto.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da revisão da literatura, constatam-se que dados de saúde de um grupo são importantes para produção de ações de saúde em seu benefício; e que a AB, quando efetiva, pode vir a resolver a maior parte dos problemas dos usuários dos Sistemas de Saúde, reduzindo, inclusive, o custo com hospitalização e complicações médicas, sobretudo em se tratando das DCNT, como o DM e a HAS.

Desse modo, é fundamental conferir a devida importância às informações de saúde obtidas de uma coletividade e privilegiar a AB em detrimento do modelo costumeiramente hospitalocêntrico, envidando todos os esforços no sentido de promovê-la.

O estudo, ao longo do curso, possibilitou a identificação de uma situação-problema, onde havia oportunidade de fazer algo para obter um maior benefício em termos de saúde, factível do ponto de vista econômico e político, uma vez que utilizar-se-á de uma estrutura já existente no SSM.

Trata-se de uma intervenção que, na verdade, visa otimizar os recursos dos quais se dispõe, situação bastante desejável para um Sistema de Saúde, qualquer que seja, haja vista que antes de se pensar em investir, é necessário considerar o que já existe e como vem funcionando. Entendendo-se, com isso, que muitas das vezes o cerne dos problemas não está na carência de recursos, mas sim na gestão daqueles que já estão disponíveis.

O protocolo que irá nortear as condutas nos censos de saúde daqui para diante, já está finalizado e acarretará, como resultado, um processo que entrará na rotina da OM, o que representa uma meta atingida. Os dados colhidos serão transformados em indicadores, o que traduzirá o perfil de saúde da OM, atrelando-se a esse perfil, os PSM pertinentes. Cabe destacar que toda a equipe executora/organizadora participou ativamente da produção do protocolo. Essa equipe é formada por esta pesquisadora e três militares, totalizando quatro pessoas, a qual, hoje, conhece os PSM, representando o alcance da meta: “apresentar os PSM aos 75% da equipe organizadora/executora”. Sendo assim, toda a equipe já se encontra capacitada para os próximos censos.

Conforme descrito na subseção anterior, as demais metas associadas aos descritores serão atingidas quando da realização do próximo censo e dos subsequentes que ocorrerão na OM objeto desta intervenção. Os produtos ainda não entregues, muito provavelmente, cumprirão o estipulado nas matrizes, já que não houve dificuldade nas ações programadas até o momento.

Com este projeto, espera-se incrementar o acesso da tripulação da DAbM aos PSM e contribuir, desse modo, para fomentar a AB na MB, uma vez que na estrutura do SSM já existem os referidos Programas com esse caráter de nível de atenção, os quais mostraram-se ainda bem pouco conhecidos.

O mais importante de tudo, entretanto, é que a produção deste projeto, mostrou aos alunos do Curso que a responsabilidade pela saúde de uma coletividade não deve ser algo de improviso e o quão importante é um Gestor em Saúde saber identificar um problema, suas causas, definir as estratégias, designar os responsáveis por cada uma das ações e os procedimentos de avaliação (monitoramento), significando, com isso, a capacidade de realizar efetivamente um correto planejamento em saúde, com a finalidade de alcançar o objetivo maior, que é tão somente a própria saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Carlos Eduardo de Loureiro. Escola de Guerra Naval. **A utilização da metodologia das Linhas de Cuidado no Programa de Controle da Hipertensão Arterial**. Monografia apresentada à Escola de Guerra Naval. Curso de Política e Estratégia Marítimas, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:
<http://www.redebim.dphdm.mar.mil.br/vinculos/00000f/00000f59.pdf>
<http://repositorio.mar.mil.br/handle/ripcmb/451599>. Acesso em 10 ago.2020.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. **A importância dos sistemas de informação e dos inquéritos de base populacional para avaliações de saúde**. 2004. Disponível em:
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400001.
 Acesso em 2 out. 2020.

BONITA, R; BEAGEHOLE, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª edição. São Paulo: Santos Editora, 2010.

BRASIL (2015a). Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2006: Manual de Programas de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL (2015b), Ministério da Saúde, 2020. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em:
<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 9 ago. 2020.

BRASIL (2012a). **Diretoria Geral do Pessoal da Marinha**. DGPM-401 (3a Revisão): **Normas para assistência médico-hospitalar**. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL (2012b), Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E, Legislação em Saúde. Brasília. 2012. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 7 set. 2020.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2013.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; NETO, Pedro Miguel dos Santos. **O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160672.pdf> . Acesso em 4 out. 2020.

CABRAL, Paloma. **Indicadores de saúde** (2015). Disponível em:
http://petdocs.ufc.br/index_artigo_id_563_desc_Bioestat%C3%ADstica_pagina__subtopico_13_busca. Acesso em 4 out 2020.

CALDEIRA, Helvio. **Entenda os níveis de atenção à saúde e estratégias de gestão**. 2018. Disponível em <https://cmtecnologia.com.br/blog/niveis-de-atencao-a-saude-e-estrategias-de-gestao>. Acesso em 7 set. 2020.

CARVALHO, Carolina Abreu de; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira; GARCIA, Paola Trindade. **Epidemiologia, Conceitos e Aplicabilidade no Sistema Único de Saúde**. São Luís: EDUFMA, 2017.

CASTRO, Jannaína Antônia de Alencar; SOUZA, Fabiana de Moura. Projeto de Intervenção para redução do número de hipertensos e diabéticos na área de abrangência UBS, Miguel Pereira Neto Município de Alegrete – PI. disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14629/1/08-JANA%C3%8DNA.pdf>. Acesso em 1 ago. 2020.

CHORNY, AH, Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Medico Sociales*. Argentina, 73: 23-44, 1993. Disponível em: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/chorny.pdf>. Acesso em 7 set. 2020.

DEMO, P. **Metodologia do Conhecimento Científico**. São Paulo. Atlas, 2000.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Archives of pathology and Laboratory medicine. Vol. 114, p. 1115-1119, 1990.

LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Soc.:** v.20, n.4. p.867-74, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em 3 out. 2020.

LESSA, Ines. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil:** um desafio para a complexa tarefa da vigilância. 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>. Acesso em 2 out. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho; LEAL, Maria do Carmo; COSTA, Maria Fernanda Lima; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de. **Inquéritos Nacionais de Saúde:** experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Revista Brasileira de Epidemiologia (2008). Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2008.v11suppl1/159-167/pt>. Acesso em 6 set. 2020.

MEDCURSO. **Medidas de saúde coletiva**. Coeficientes de prevalência. 2018

MV SAÚDE. S/autor. **Saúde da Família:** como funciona o programa de atenção primária. 2018. Disponível em <http://www.mv.com.br/pt/blog/saude-da-familia--como-funciona-o-programa-de-atencao-primaria>. Acesso em: 06 out. 2020.

OPAS, INDICADORES DE SAÚDE: **Elementos Conceituais e Práticos** (Capítulo 3). 2016. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14406:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-3&Itemid=0&showall=1&lang=pt Acesso em 6 out. 2020

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde** (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965. Acesso em: 19 set. 2020.

PEREIRA, Rafael Alves; ALVES-SOUZA, Rosani Aparecida; VALE, Jéssica de Sousa. O Processo de Transição Epidemiológica no Brasil: 99-108, jan-jun, 2015. Uma Revisão de

Literatura. FAEMA, **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, 2015. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322>. Acesso em 7 set. 2020.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. Indicadores de saúde no Brasil. 2013. Disponível em <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/indicadores-de-saude-no-brasil/44279>. Acesso em 4 out. 2020.

APÊNDICE A – Entrevista com a Primeiro-Tenente (MD) SABRINA Raposo de A. Pacheco

1) Enquanto médica, servindo no HCM, qual sua relação com os PSM?

Eu faço o encaminhamento dos pacientes que atendo na Divisão de Controle Médico Pericial, quando se apresentam com Diabetes ou HAS sem acompanhamento regular ou com queixa de dificuldade em agendar consultas.

2) A Sra. saberia poderia me dizer quais são os PSM que existem no HCM?

Aqui temos o de Diabetes, HAS, reabilitação cardíaca e fisioterapia.

3) Como usuário pode ter acesso aos PSM mencionados?

Normalmente (sem pandemia), fazendo agendamento no SAME.

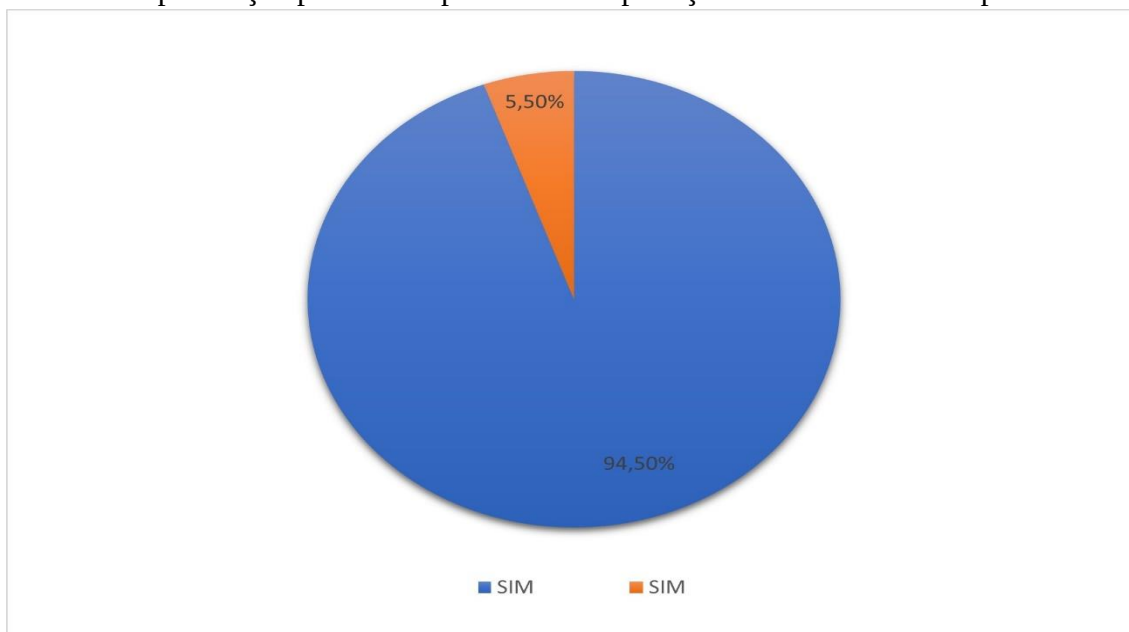
4) Na sua opinião qual o maior problema dos PSM?

São ótimos Programas, mas existe pouca informação sobre a sua existência e do quão fácil é seu agendamento.

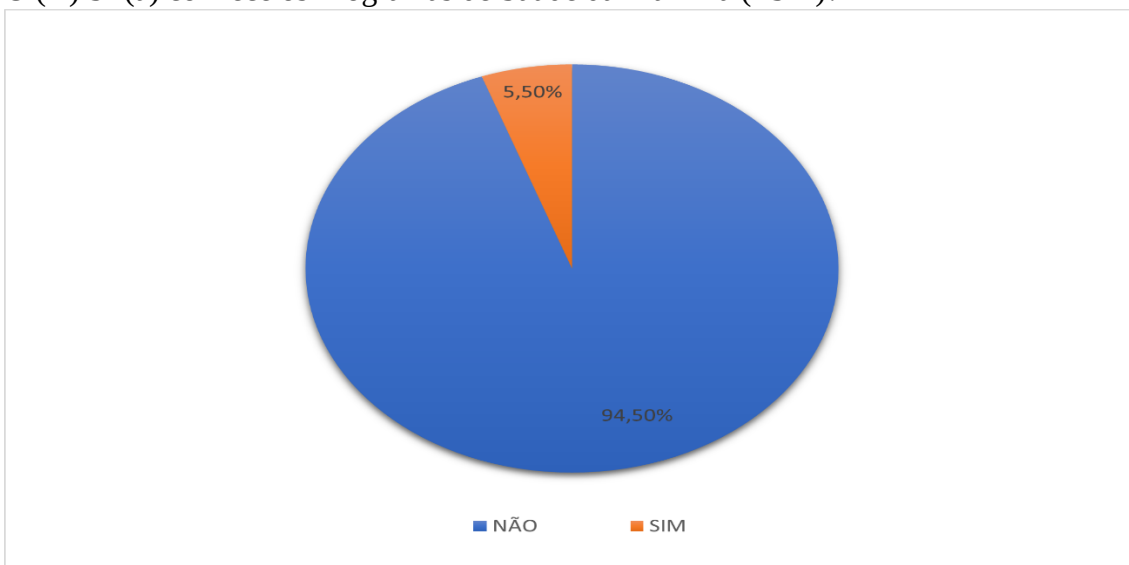
APÊNDICE B – Questionário *on-line* (Google Forms)

Para avaliar o grau de conhecimento da tripulação da DAbM acerca dos PSM e o seu grau de interesse por ações de atenção básica, foi feita uma pesquisa *on-line* por meio do *Google Forms* com as seguintes perguntas:

- 1) Supondo duas situações: a) que o (a) Sr (a) não tem plano de saúde e costuma utilizar o Sistema de Saúde da Marinha (SSM); e b) que o (a) Sr (a) tenha sido identificado (a) com pressão alta, por exemplo. Gostaria de fazer parte de um programa, no HCM, onde pudesse ter um diagnóstico precoce, consultas periódicas pré-marcadas e medidas de prevenção para evitar possíveis complicações associadas ao seu problema?



- 2) O (A) Sr (a) conhece os Programas de Saúde da Marinha (PSM)?



- 3) Se a resposta à pergunta 2 foi “sim”, poderia citar algum? Se a sua resposta foi “não”, responda “não conheço”.

Foram 146 respondentes ao questionário. Em relação a pergunta três, oito pessoas responderam que conheciam os PSM e citaram: Hospital Naval; NAN; Grupo de apoio ao antitabaco; Programa de Imunizações; Programa de Controle ao Diabetes; Programa de Hipertensão Arterial; GAAPE; Programa de DST/AIDS. 138 responderam “Não Conheço”.