




ESPAÇO VIVER BEM

**PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE
DOENÇAS CRÔNICAS**

Chapecó, SC
2021

SUMÁRIO

1. O PROGRAMA	3
2. PÚBLICO ALVO	4
3. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA.....	5
3.1 CAPTAÇÃO E INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS	7
3.2 EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO	7
3.3 DESLIGAMENTO	7
3.4 MONITORAMENTO.....	8
3.5 GERENCIAMENTO DE CASOS.....	8
3.6 CUIDADO PROATIVO E GERENCIADO	8
3.7 GESTÃO DO CUIDADO	9
3.8 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS	9
3.8.1 FREQUÊNCIA DO TELEMONTORAMENTO	10
3.9 GRUPOS OPERATIVOS	11
3.10 PROCESSO DE TRABALHO.....	11
4. LINHAS DE CUIDADO	13
4.1 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PRÉ-DIABETES MELLITUS (DM)	13
4.2 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS (DM).....	15
4.3 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	20
4.4 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO COM OBESIDADE.....	25
4.5 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS.....	32
4.6 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DOENÇA RENAL	35
4.7 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE NEOPLASIAS.....	37
5. RECURSOS PARA O GERENCIAMENTO DE BENEFICIÁRIOS PORTADORES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS	39
6. INDICADORES.....	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	44
Anexo I - Cálculo para classificação de risco beneficiários crônicos	44
Anexo II - QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA PARA PÓS-BARIÁTRICOS (a cada ano) ..	45
Anexo III - ENCAMINHAMENTO AO PROGRAMA	45

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

1. O PROGRAMA


O Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas da Unimed Chapecó é desenvolvido pelo Espaço Viver Bem. Um conjunto de estratégias de educação em saúde para o beneficiário Unimed que objetiva proporcionar melhoria das condições de risco e estabilização da doença crônica, por meio de ações diretas e indiretas realizadas por um profissional de saúde, de forma individualizada e proativa, seguindo os protocolos de monitoramento específicos e buscando o empoderamento, o autocuidado e a autonomia.

O Programa tem sua equipe composta por profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, educador físico, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e odontólogo. A participação do beneficiário no Programa não substitui o atendimento com o médico assistente, apenas complementa sua atuação. O programa atenderá toda a demanda do Complexo Unimed Chapecó e encaminhamentos ambulatoriais.

O beneficiário pode ingressar no Programa por encaminhamento (Rede Credenciada; Indicação dos Serviços da Unimed) do médico assistente, por busca ativa do Espaço Viver Bem ou por auto indicação. A participação no Programa é livre, ou seja, nenhum beneficiário é obrigado a participar. Da mesma forma, ele tem o direito de desligar-se do Programa quando considerar conveniente, basta entrar em contato com a equipe responsável no Espaço Viver Bem, de forma presencial ou através de contato telefônico, pelo número (49) 3361-1812 e preencher o termo de Desistência.

O gerenciamento do cliente não gerará qualquer custo adicional ao plano de saúde do beneficiário. A realização da consulta médica e dos demais serviços indicados pelo médico (exames laboratoriais, de imagem, etc.) serão cobrados conforme as normas previstas no contrato de plano de saúde.

Todos os beneficiários que aderirem ao programa, obrigatoriamente, passarão por uma avaliação da equipe de enfermagem do Programa. Nesta avaliação, a equipe explicará o funcionamento do Programa ao cliente (ou responsável) e se interesse em participar, coleta a assinatura do Termo de Adesão ao Programa.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

2. PÚBLICO ALVO

Beneficiários Unimed Chapecó portadores das seguintes condições crônicas:

- Cardiocerebrovascular;
- Pré-diabéticos;
- Diabetes Mellitus;
- Doenças respiratórias;
- Obesidade;
- Pós-bariátricos;
- Doença renal crônica;
- Neoplasias;
- Osteoporose.

3. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

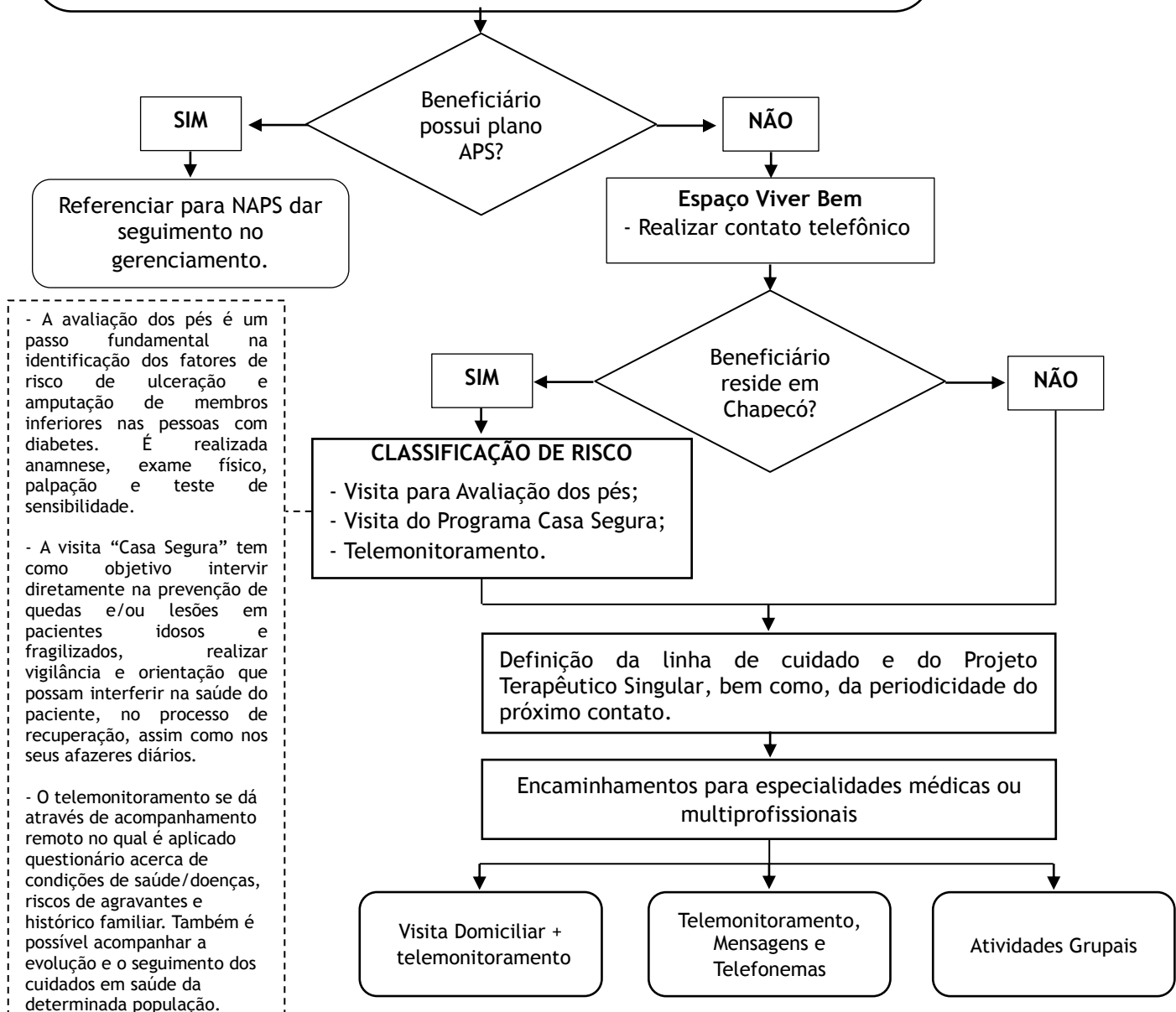
- Busca Ativa através do painel de gestão a vista (software MV) com informações referidas no contrato de adesão ao plano de saúde;
- Painéis com CIDs e códigos de procedimentos pré-definidos por linha de cuidado;
- Encaminhamento Médico pela rede credenciada;
- Autoindicação, através do preenchimento de formulário e envio para a gestão do Programa;
- Encaminhamento hospitalar, quando paciente internado no Hospital Próprio e eleito ao Programa pela aplicação da Escala Clínico Funcional.

LINHAS DE CUIDADO:

- Doenças Cardiovasculares;
- Doenças Respiratórias;
- Doença Renal;
- Obesidade;
- Pós-bariátrico;
- Pré-diabetes;
- Diabetes;
- Neoplasias.

LINHAS PREVENTIVAS:

- Saúde do Homem;
- Saúde da mulher.



- A avaliação dos pés é um passo fundamental na identificação dos fatores de risco de ulceração e amputação de membros inferiores nas pessoas com diabetes. É realizada anamnese, exame físico, palpação e teste de sensibilidade.

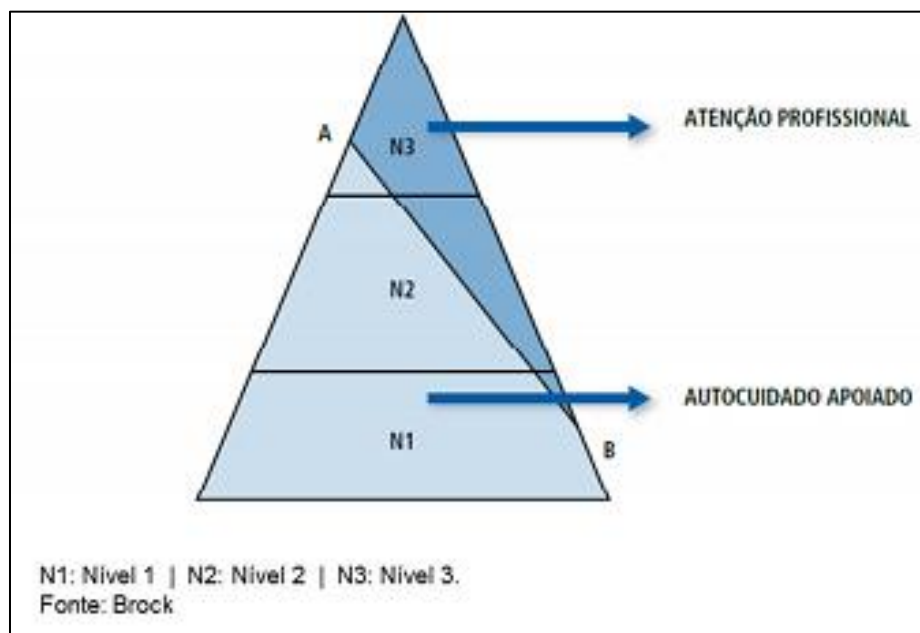
- A visita "Casa Segura" tem como objetivo intervir diretamente na prevenção de quedas e/ou lesões em pacientes idosos e fragilizados, realizar vigilância e orientação que possam interferir na saúde do paciente, no processo de recuperação, assim como nos seus afazeres diários.

- O telemonitoramento se dá através de acompanhamento remoto no qual é aplicado questionário acerca de condições de saúde/doenças, riscos de agravantes e histórico familiar. Também é possível acompanhar a evolução e o seguimento dos cuidados em saúde da determinada população.

A equipe poderá realizar encaminhamento para as especialidades médicas se:


- Beneficiário não possuir médico assistente;
- Apresentar Sinais vitais alterados;
- Não possuir exames de rotina do último ano.

Para a definição da classificação de riscos será utilizado o modelo da pirâmide de riscos (MPR) na qual as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.



Em N1, nível 1, está uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada e que apresenta um baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm uma capacidade para se auto cuidarem e constituem a grande maioria da população total portadora da condição crônica.

Em N2, nível 2, a subpopulação apresenta um risco maior porque tem um fator de risco biopsicológico ou uma condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para essa subpopulação, mas a

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nessa população, um alto uso de recursos de atenção à saúde.

Em N3, nível 3, está a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem um gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nessa subpopulação, um uso muito intensivo de recursos de atenção à saúde.

3.1 CAPTAÇÃO E INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Esta etapa condiz com:

- Confirmação da elegibilidade do beneficiário ao programa: Consulta, visita de enfermagem e ou/ teleatendimento;
- Apresentação do programa: objetivos, benefícios;
- Registro do aceite para participação.

3.2 EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO


Estabelece as premissas para o beneficiário que esteja passível de exclusão do programa por:

- Cancelamento do plano de saúde;
- Óbito.

3.3 DESLIGAMENTO

A participação no Programa é livre, ou seja, nenhum beneficiário é obrigado a participar. O beneficiário tem o direito de desligar-se do Programa quando considerar conveniente, basta entrar em contato com a equipe responsável no setor de Medicina Preventiva, de forma presencial ou através de contato telefônico, pelo número (49) 3361-1812. O desligamento poderá ocorrer por iniciativa da Operadora, quando:

- Não fidelização ao programa após, no mínimo, três contatos;
- Não adesão as ações do programa após a fase de fidelização, ou seja, não adesão aos cuidados e orientações de saúde prestadas;

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

- Comportamento não adequado com a equipe do programa, caracterizado por agressão verbal ou física com os profissionais.

3.4 MONITORAMENTO

O gerenciamento dos beneficiários do programa terá como ferramenta o telemonitoramento, é uma ação do projeto que possibilita o acompanhamento efetivo dos beneficiários de forma não presencial.

O telemonitoramento é a abordagem, por telefone, ao beneficiário elegível, com roteiro direcionado a atender os protocolos instituídos no programa, respeitando cada linha de cuidado, bem como, metas traçadas pelo Projeto Terapêutico Singular - TPS, realizado por profissional de saúde capacitado (técnico de enfermagem e enfermeiro), com duração e periodicidade preestabelecidas de acordo com a classificação da frequência de monitoramento. Realizada de forma padronizada e programada, considerando o diagnóstico de atenção à saúde. Todas as abordagens devem ser gravadas com o aceite do beneficiário ao programa e arquivadas de forma sigilosa.


Será pilar central para o gerenciamento dos beneficiários, bem como, fonte de indicadores de efetividade das intervenções.

3.5 GERENCIAMENTO DE CASOS

Processo interdisciplinar que aplica o Planejamento, Desenvolvimento, Controle e Avaliação (PDCA) para as condições de saúde de um beneficiário portador ou não de doença crônica em agudização clínica, que demandem atenção e monitoramento. As ações e os serviços direcionados são coordenados e têm a finalidade de promover resultados custo-efetivos e de qualidade. Pelas necessidades de sistemas de informação e comunicação interdisciplinares, o beneficiário nesse nível de atenção é gerenciado ao longo de diferentes pontos de cuidado, tais como: hospitais, ambulatórios especializados, atenção domiciliar, etc.

3.6 CUIDADO PROATIVO E GERENCIADO

Os cuidados a pacientes com doenças crônicas têm se mostrado tarefa complexa e cada vez mais difícil diante do número de cuidados preconizados e também do universo crescente de procedimentos e intervenções a que os pacientes são expostos muitas vezes sem a devida evidência científica ou sem custo-efetividade estudado, polimorbidade crescente, envelhecimento da população, etc. Dessa maneira, qualquer equipe que se proponha a atender

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

pacientes crônicos precisa incluir planejamento e processos de trabalho que antecipem os cuidados e as complicações, bem como incorporar estratégias de gerenciamento da lista de pacientes.

3.7 GESTÃO DO CUIDADO

Define-se a gestão do cuidado como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção à saúde de maneira que, independentemente do local onde seja prestado, esteja sincronizado e voltado ao alcance de um objetivo comum. Tal gestão possibilita que distintas intervenções sejam percebidas e vivenciadas pelo beneficiário como continuidade assistencial e que suas necessidades de atenção à saúde, além de suas expectativas pessoais, sejam adequadamente atendidas.


O gestor do cuidado do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas exerce um papel de facilitador da integração da atenção básica com a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas.

Compete ao gestor do cuidado a ordenação dos fluxos e contra-fluxos nos diversos níveis da rede de prestadores de serviço. Para tanto, torna-se essencial que o mesmo tenha fácil acesso às informações a respeito de problemas e atendimentos anteriores das pessoas com doenças crônicas, tendo em conta que este histórico está relacionado às necessidades para os atendimentos presentes.

Atualmente a gestão do cuidado compete às enfermeiras alocadas no setor de Medicina Preventiva, que estão à frente do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas e da execução de ações e programas de promoção de saúde.

3.8 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS

O Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta para qualificar o atendimento à pessoa com doença crônica, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade. Consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir do movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico, resultado da discussão coletiva da equipe multiprofissional com o usuário e sua rede de suporte social (OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2010). “O PTS objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários profissionais envolvidos no cuidado e das pessoas”

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

(CAMPOS; AMARAL, 2007). Como ele pode ser desenvolvido em diferentes pontos de atenção, é fundamental que as equipes dos diversos serviços compartilhem as informações e os planos estabelecidos.

O Projeto Terapêutico Singular será realizado com base na consulta ou monitoramento de enfermagem inicial de adesão ao programa, a periodicidade do próximo atendimento será definida pela equipe de enfermagem após analisar as respostas fornecidas pelos beneficiários, individualmente, considerando o estado de saúde e doença do mesmo no momento do atendimento. As metas clínicas de cada linha de cuidado serão norteadoras para a elaboração das ações e não únicas e definidoras da periodicidade do novo monitoramento ou visita domiciliar. Todos estes dados serão registrados no sistema de informação utilizado pela Unimed Chapecó.


3.8.1 FREQUÊNCIA DO TELEMONITORAMENTO

A frequência do telemonitoramento será definida através de PTS, sendo sempre reavaliada a cada novo contato. As linhas de cuidado e metas clínicas são norteadoras das ações, contudo a equipe tem a autonomia de decidir a frequência baseada nas condições de saúde/doença do indivíduo no momento da abordagem. O telemonitoramento intensivo é aplicado quando o contato é feito de forma mais frequente baseado nas comorbidades e aspectos individuais do paciente.

RECOMENDAÇÕES DE ALTA DO TELEMONITORAMENTO INTENSIVO

Pacientes que preencham os pré-requisitos abaixo podem deixar de receber intervenções intensivas de telemonitoramento e passar a serem monitorados com um intervalo maior, porém continuam sendo acompanhados de forma permanente e devem ter seus cuidados monitorados para que as equipes, tanto de APS quanto do Promoprev, detectem precocemente possíveis falhas de cuidados e atuem de maneira antecipatória:

- a) Estabilidade clínica - ausência de consultas em pronto-socorro e internação relacionadas à doença monitorada e não acionamento do Atendimento pré-hospitalar (APH) nos últimos seis meses de monitoramento;
- b) Empoderamento e autocuidado - estes hábitos estão atrelados ao cuidar de si, estar atento às próprias necessidades e buscar desenvolver hábitos que visam o próprio bem-estar.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

3.9 GRUPOS OPERATIVOS


Segundo o conceito *Pichoniano*, um grupo é um “conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade”. Essa teoria enfatiza o papel importante dos vínculos sociais, que são a base para esse processo de aprendizagem, assim, de forma geral, um grupo é um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica (PICHON, 2005; SOARES, 2007).

Os grupos operativos permitem consolidar uma concepção do homem em sua integralidade, para além do foco de entendimento do processo saúde-doença, ofertando uma formação em Saúde mais reflexiva, integrada e humanizada. Para possibilitar que se pense na saúde de modo mais contextualizado, sem dissociar a história da pessoa de seu processo saúde-doença (SILVEIRA, 2005).

O grupo operativo de caráter terapêutico será desenvolvido pela equipe multiprofissional com encontros bimestrais, associando diversos temas disparadores de reflexão e discussão. Tais grupos operativos englobam todos os pacientes das linhas de cuidado, por tratar de assuntos genéricos que atendem as necessidades de promoção de saúde e prevenção de riscos e agravos de modo geral, independente da cronicidade.

3.10 PROCESSO DE TRABALHO


- **Pré-plano de Cuidado:** serve para antecipar as necessidades do paciente que podemos conhecer previamente de acordo com seu perfil epidemiológico ou que já tenhamos registrado no seu Plano de Cuidado. Cada membro atuará dentro da divisão de tarefas pactuada na fase de Planejamento e deve deixar sinalizado no prontuário eletrônico do paciente (PEP), quais ações serão tomadas por cada membro no Dia do Atendimento. Exemplos: técnico de enfermagem verifica a planilha de cuidados de Diabetes Mellitus (DM) e identifica se o paciente tem cuidados faltantes. Enfermeiro verifica se o paciente necessita de exame dos pés ou se tem alguma falha no autocuidado, médico verifica o controle clínico do paciente ou se já possui alguma complicação do DM que necessite de intervenções intensivas.
- **Dia do Atendimento:** cada membro deverá executar as tarefas previamente planejadas. Nesse momento, é necessária boa comunicação na equipe para que o planejado seja executado sem falhas. A equipe fica livre para entender as possíveis novas demandas dos pacientes, por exemplo: se um paciente com DM vier queixando-se de enxaqueca a equipe poderá dedicar

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

atenção a isso, e não negligenciará os cuidados faltantes do DM, pois já foram planejados previamente. Os cuidados serão entregues também baseados nas divisões de tarefas, então o técnico de enfermagem deverá mensurar a CA (circunferência abdominal) e entregará o pedido dos exames faltantes; o paciente realizará a consulta com a enfermeira, focando no autocuidado, adesão medicamentosa e realizando o exame dos pés; e o médico poderá focar no controle clínico, reavaliando sua estratégia de tratamento medicamentoso e estar atento a sintomas de lesão de órgão-alvo.

- **Pós-atendimento:** a equipe deve certificar-se de que os cuidados planejados e os possíveis novos cuidados solicitados pelo médico sejam realizados e o paciente seja claramente orientado sobre os mesmos. O ideal seria se todos os passos a seguir fossem executados no mesmo local, como consultas com especialistas agendadas pela recepção e exames laboratoriais colhidos na própria clínica. Se houvesse acesso aos procedimentos efetuados por todos os beneficiários, seria possível monitorar se os exames indicados foram realmente realizados para que não houvesse atraso no cumprimento dessas tarefas (atuando como um gestor do cuidado durante o percurso assistencial do paciente). Com a estrutura que a operadora dispõe atualmente ainda não é possível essa unificação dos serviços, entretanto a centralização e ampliação da Medicina Preventiva são melhorias que poderão ser executadas no futuro. Outra particularidade da Unimed Chapecó que dificulta esse processo de gerenciamento presencial, forçando o telemonitoramento, é que grande parte da nossa carteira está espalhada em outros estados como Paraná, São Paulo, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, etc., podendo ser realizados fora da rede credenciada, dificultando o acompanhamento por meio da verificação dos procedimentos indicados.

- **Continuidade do cuidado:** nesse momento, o paciente não está no serviço e a equipe poderá, por exemplo, estudar as planilhas de pacientes com DM, atualizar os dados sobre seus cuidados e se reunir para elaborar o PTS de pacientes que precisem de intervenções. A busca ativa é muito utilizada para convocar os pacientes a atualizarem seus cuidados em saúde, é realizada a partir de telemonitoramento, retomando as orientações prestadas em contato anteriores e verificando as dificuldades encontradas, caso houverem, pensando em adequá-las as necessidades e capacidades dos clientes. E as ações do PTS deverão ser registradas no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para que todos os membros saibam o que devem fazer e acompanhar seus resultados. Por exemplo, um paciente com DM e que esteja passando por conflitos familiares que desorganizam seu autocuidado, não terá como plano de cuidado apenas o protocolo de DM e sim terá adicionado ao seu plano de cuidado ações específicas para

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

receber o suporte a este momento da sua vida.

4. LINHAS DE CUIDADO

Linha de cuidado é uma forma de articulação de práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, para a condução oportuna, ágil e singular dos beneficiários. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas.

4.1 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PRÉ-DIABETES MELLITUS (DM)

O pré-diabetes corresponde a níveis de glicemia acima do normal, porém abaixo dos níveis definidores de diabetes. Esse conjunto de pacientes apresenta pré-diabetes, condição que não caracteriza uma patologia em si, mas uma condição de alto risco para o desenvolvimento de DM tipo 2. Embora a história natural da pré-diabetes seja variável, aproximadamente 25% dos indivíduos com qualquer uma dessas alterações supracitadas desenvolverão diabetes em três a cinco anos. A hiperglicemia, na ausência de Diabetes, também foi associada ao aumento de risco de doenças cardiovasculares.


De acordo com a preferência e as possibilidades do paciente, intervenções baseadas em tecnologia podem ser efetivas na prevenção do DM2 e devem ser consideradas.

As medidas de prevenção do DM2 envolvem intervenções farmacológicas e não farmacológicas; as últimas devem ser implementadas sempre e podem ser, eventualmente, associadas a terapias farmacológicas, principalmente nos casos de maior risco ou HbA1c mais elevada (< 6%).

As mudanças do estilo de vida propostas nos estudos ocidentais foram semelhantes e consistiram em dieta alimentar para perda de, em média, 7% do peso inicial ao longo de 6 meses, ao ritmo de 0,5 a 1,0 kg/mês. O cálculo da dieta prescrita considerou um déficit entre 500 e 1.000 calorias/dia em relação ao total necessário para manter-se o peso, com retirada preferencial das gorduras saturadas.

Estudos observacionais apontam que alguns alimentos como nozes, iogurte, frutas vermelhas, café ou chá estão associados a um menor risco de desenvolver diabetes tipo 2, enquanto outros como carnes vermelhas e refrigerantes adoçados estão associados a um risco maior.

Em associação com a dieta, tem-se a recomendação de atividade física aeróbica moderada (tipicamente, caminhar rápido) por 150 minutos/semana, distribuída em pelo menos

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

três sessões. Cada sessão de exercício deve durar mais que 10 minutos e não passar de 75 minutos.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES COM PRÉ-DIABETES MELLITUS		
Glicemia de jejum	Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga	HbA1c
100 e 125 mg/dL	140 e 200 mg/dL	5,7 e 6,5%

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020


METAS CLÍNICAS PARA MONITORAMENTO E PERÍODO DE VERIFICAÇÃO		
Parâmetro	Metas clínicas	Periodicidade de verificação do dado
Hemoglobina glicosada -HbA1c	<5,7%	Bianual
Glicemia de jejum	<100 mg/dL	Bianual

Fonte: Equipe Medicina Preventiva - Unimed Chapecó

O rastreamento do DM2 em pacientes adultos assintomáticos consiste em um conjunto de procedimentos cujo objetivo é diagnosticar o DM2 ou a condição de pré-diabetes. Ele está diretamente ligado à possibilidade de diagnóstico e tratamento precoces, minimizando os riscos de desenvolvimento de complicações, principalmente microvasculares.

Apesar da recomendação da Diretriz Clínica da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 ser de rastrear anualmente os pacientes pré-diabéticos, a Unimed Chapecó, entendendo os inúmeros riscos associados à condição, tentando minimizar os possíveis agravos de saúde adotou a medida de rastreamento desta população a cada seis meses.

AÇÕES DE MONITORAMENTO				
Periodicidade	Ação	Executor	Meta	Metodologia
1º contato	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar questionário de elegibilidade; • Coletar assinatura/registrar aceite Termo de adesão; • Apresentar programa; • Realizar consulta de enfermagem. 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
Anualmente	<ul style="list-style-type: none"> • Checar realização atividade física • Orientação nutricional • Avaliar uso de medicamentos • Data de última coleta de exames laboratoriais 	Técnico de enfermagem	Concluir no contato nível de envolvimento	TLM

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

	• Data da última avaliação médica			
A cada seis meses	Envio de mensagens orientando sobre importância de coleta de hemoglobina glicada	Técnico de enfermagem	Envio de orientações	Mensagem

Fonte: Baseada na Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.

4.2 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS (DM)


O Diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina que é produzido no pâncreas. A hiperglicemia crônica do diabetes está associada a lesões de longo prazo, disfunções e falências, em especial dos sistemas cardiovascular, nervoso, ocular e renal. É uma condição que requer cuidado médico contínuo, educação para o autocuidado permanente e suporte para a prevenção das complicações agudas e crônicas.

O diagnóstico, seguido de tratamento do diabetes, é formado de ações multiprofissionais, mudança comportamental alimentar e de qualidade de vida, gerenciamento de saúde e adesão ao tratamento médico prescrito.

Durante o gerenciamento do beneficiário portador de diabetes, os parâmetros clínicos devem ser coletados, pois possibilitam a especificidade da complexidade clínica do diabético e auxiliam no controle da doença. A seguir, seguem parâmetros de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes da condição clínica relacionada aos valores medidos de hemoglobina glicada e glicemia de jejum:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM A COMPLEXIDADE CLÍNICA PARA DM		
Classificação	Condição clínica	Parâmetros
A	Controle metabólico bom	HB Glicada <7% Glicemia de jejum <130 mg/dL
B	Controle metabólico regular	HB Glicada entre 7% e 9% Glicemia de jejum entre 130 e 200 mg/dL
C	Controle metabólico ruim	HB Glicada >9% Glicemia de jejum >200 mg/dL

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC	MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021
---	---	---

PARÂMETROS DE ACOMPANHAMENTO DO DM


Estimativa de necessidades anuais de exames por pessoa com DM.

Categoria Exame/ procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média de exames por paciente ao ano) – Estrato de Risco			
		Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
Exames de patologia clínica	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	1	1	2	2
	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	0,5	1	1	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	0,5	1	1	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	0,5	1	1	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	0,5	1	1	1
	02.02.01.050-3 - Dosagem de hemoglobina glicosilada	2	2	4	4
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	1	1	2	4
	02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1	1	1	2
	02.02.05.009-2 - Dosagem de microalbumina na urina*	1	1	1	1
Oftalmológicos**	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	1	1	1	1
	02.11.06.017-8 – Retinografia colorida binocular	1	1	1	1
	04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser	0,2	0,2	0,2	0,4
Diagnose em cardiologia	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	1	1	1	2

Fonte: Linha de cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus, 2018.

PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NORTEANDO AS AÇÕES

A classificação de risco de acordo com o controle metabólico é um dos critérios fundamentais para o norteamento do processo de trabalho das equipes. No modelo de Atenção Primária a Saúde (APS) a equipe deve se reunir regularmente (periodicidade a ser definida pelo serviço, por exemplo: 1 a 2 linhas de cuidado/semana), para discutir a planilha dos pacientes crônicos. De posse da classificação de risco, a equipe deve focar sua atenção nos pacientes mais descompensados clinicamente. Todos os membros deverão entender mais profundamente


	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

as questões do paciente em questão, com os diversos fatores que possam estar determinando aquela descompensação clínica montando um Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou seja, estabelecer estratégias que serão providenciadas por cada membro da equipe de acordo com seu rol de atribuições e com objetivos que devem ser alcançados com essas estratégias. Na construção do PTS, o olhar da equipe deve estar atento às condições clínicas e psicológicas, ao contexto da dinâmica familiar, à comunidade em que vive (trabalho e moradia), à situação socioeconômica, etc. Outro critério para se usar nas reuniões de equipe ao analisar a lista de pacientes com diabetes mellitus, seria olhar para os pacientes com falhas nos cuidados, ou seja, aqueles pacientes que ainda não receberam os cuidados dentro da periodicidade estabelecida pela evidência científica. Nesse caso, a análise da equipe deve passar por dois campos: Barreiras ao cuidado e Autocuidado falhos.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO BASEADA NO EXAME COMPLETO DOS PÉS			
Categoria de risco	Definição	Tratamento	Seguimento
0	Sem PSPP*, DAP** e deformidade	Educação do paciente com aconselhamento de uso de sapatos adequados	Anual
1	PSPP com ou sem deformidades	Considerar uso de calçado apropriado, cirurgia profilática em casos indicado. Dar continuidade na educação do paciente	Trimestral a semestral
2	DAP com ou sem PSPP	Utilizar calçados apropriados. Avaliação vascular para acompanhamento combinado	Bimestral
3	História de úlcera ou amputação e presença de ulceração	Considerar uso de calçado adequado, cirurgia profilática em casos indicados. Avaliação vascular para acompanhamento combinado se DAP presente	Mensal e bimestral

*PSPP - perda da sensação de proteção dos pés **DAP - doença arterial periférica

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---


METAS CLÍNICAS PARA MONITORAMENTO E PERÍODO DE VERIFICAÇÃO

Durante o gerenciamento, o profissional de saúde responsável pelo beneficiário monitorado deve atentar-se para os parâmetros elencados a seguir, considerando as metas clínicas e a periodicidade da verificação de dosagem do exame ou realização do procedimento. As planilhas com os cuidados preconizados devem ser checadas e atualizadas mensalmente pelas equipes. Com olhar de Gestão Populacional, todos os meses as equipes saberão o status dos cuidados da sua lista de pacientes.

Parâmetro	Metas clínicas	Periodicidade de verificação do dado
Consulta médica - Usuários de insulina	3 consultas/ano	Quadrimestral
Consulta médica - Não usuários de insulina	2 consultas/ano	Semestral
Consulta com oftalmologista	Anual	Anual
Consulta com nefrologista	Anual	Anual
Hemoglobina glicada - HbA1c	<7	Trimestral até controle Sob controle frequência semestral
Glicemia de jejum	70 -130 mg/dL	A cada contato TLM ou presencial - Registrar valores
Colesterol LDL	<100 mg/dL: sem doença cardiovascular <70 mg/dL: com doença cardiovascular	A cada contato TLM ou presencial - Registrar valores
Colesterol LDL	>40 mg/dL homens >50 mg/dL mulheres	A cada contato TLM ou presencial - Registrar valores
Triglicerídeos	<150 mg/dL	A cada contato TLM ou presencial - Registrar valores
Pressão arterial	<140/80 mm Hg	A cada contato TLM ou presencial - Registrar valores
Creatinina	0,4 a 1,4 mg/dL	A cada contato TLM ou presencial - Registrar valores
Microalbuminúria	≤ 18.0 µg/min	A cada contato TLM ou presencial - Registrar valores
Relação albumina/creatinina	≥30 µg/min	A cada contato TLM ou presencial - Registrar valores
Exame dos pés	Ausência da perda de sensibilidade	Anual

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

AÇÕES PARA MONITORAMENTO				
Periodicidade	Ação	Executor	Meta	Metodologia
1º contato	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar questionário de elegibilidade; • Coletar assinatura/registrar aceite Termo de adesão; • Apresentar programa; • Realizar consulta de enfermagem. 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
2º contato	Comunicar frequência, modalidade e horário de monitoramento	Técnico de enfermagem	Tratativa com o cliente	TLM
Bimestral	Aplicar avaliação do uso de medicamento	Técnico de enfermagem	Concluir e registrar disciplina no tratamento	TLM
Semestral	Aplicar avaliação do tabagista*	Técnico de enfermagem	Concluir no contato nível de envolvimento / ofertar TTO	TLM
Semestral	Aplicar avaliação de alcoolismo	Técnico de enfermagem	Concluir no contato nível de envolvimento / ofertar TTO	TLM
De acordo com o plano terapêutico singular	Aplicar avaliação e orientação nutricional	Nutricionista	Concluir no contato perfil nutricional e orientar	TLM ou presencial
De acordo com o plano terapêutico singular	Aplicar avaliação e orientação atividade física	Educador Físico	Concluir contato - expor benefícios da atividade física - convite MOVA-SE	TLM ou presencial
A cada contato	Verificar internamentos e intercorrências no último período	Técnico de enfermagem	Concluir contato - registrar, orientar, gerenciar internamento	TLM
Mensal	Orientar e checar controle glicêmico domiciliar	Enfermeiro	Concluir contato - instruir controle glicêmico e instruir conforme resultado	TLM
1 vez ano	Orientar sobre imunizações	Enfermeiro	Plano vacinal em dia	TLM
Mensal	Orientar sobre autoexame pé DM	Enfermeiro	Concluir contato - Orientar autoexame pé DM	TLM
Mensal	Checar realização atividade física	Técnico de enfermagem	Concluir contato - Convidar para MOVA-SE	TLM
Em rotina ou em avaliação técnica	Realizar triagem psicológica	Técnico de enfermagem	Concluir contato - Registrar, informar enfermeiro	TLM
Mensal	Orientar para evitar complicações decorrentes do DM	Técnico de enfermagem	Concluir contato - Instruir controle glicêmico	TLM
Semestral	Orientar participação em grupos operativos	Técnico de enfermagem	Participação em dois grupos de ações coletivas/ano	TLM

	PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC	MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021
---	---	---

A cada contato	Orientar aferição de PA em residência	Técnico de enfermagem	Orientar passo a passo	TLM
Se necessário	Contato receptivo de agudização - identificar complexidade da queixa	Enfermeiro	Identificar complexidade da queixa e seguir orientações em casos de queixas	TLM ou presencial
Conforme demanda	Monitoramento presencial	Equipe multiprofissional	Reversão de agudização	Presencial

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

4.3 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares compreendem o grupo de doenças que afetam o funcionamento do sistema circulatório. São doenças do coração e dos vasos sanguíneos, incluindo as condições decorrentes da diminuição de suprimento sanguíneo a diversos órgãos do corpo. As doenças cardiovasculares (infarto, angina, arritmias cardíacas e outras) afetam o coração e as artérias relacionadas e estão, fortemente, associadas à presença de aterosclerose que é a formação e o acúmulo das placas de gorduras nas artérias ao longo dos anos. Esse acúmulo de gorduras juntamente com o processo inflamatório pode bloquear parcial ou totalmente a passagem do sangue. Segundo dados do Ministério da Saúde (2017), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% de todas as mortes registradas no País em um ano.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM A COMPLEXIDADE CLÍNICA		
Baixo risco/Intermediário	Alto Risco	
Tabagismo HAS (Hipertensão) Obesidade Sedentarismo Sexo Masculino Idade >65 anos Histórico familiar (Homens <55 a; Mulheres <65 a) Evento Cardiovascular Prévio	AVC (Acidente Vascular Cerebral) previamente	
	IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) previamente	
	Lesão Periférica LOA (Lesão de Órgão-Alvo)	IAT (Ataque Sistêmico Transitório) HVE (Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo) Nefropatia Retinopatia Aneurisma de Aorta Abdominal Estenose de Carótida Sintomática
	Diabetes Mellitus	

Fonte: Ministério da Saúde

Escore de Framingham

Através desse Escore é possível medir o risco cardiovascular, cerebrovascular e renal crônico além de avaliar e classificar o risco de ocorrer um evento cardiovascular nos próximos

dez anos.

Grau de Risco Cardiovascular	Risco em 10 anos
Baixo	<10%
Intermediário (Moderado)	10-20%
Alto	>20%

Regra: No **Quadro I**, calcule o número de pontos dos fatores de risco e, com a soma, encontre o escore total de risco. No **Quadro II**, cruze esse dado de modo obter a projeção do risco em 10 anos.

Quadro I: Framingham – projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos

HOMENS						MULHERES					
Idade			Pontos			Idade			Pontos		
20-34			-9			20-34			-7		
35-39			-4			35-39			-3		
40-44			0			40-44			0		
45-49			3			45-49			3		
50-54			6			50-54			6		
55-59			8			55-59			8		
60-64			10			60-64			10		
65-69			11			65-69			12		
70-74			12			70-74			14		
75-79			13			75-79			16		

	Idade		Idade		Idade		Idade		Idade		Idade	
	20-39		40-49		50-59		60-69		70-79		Idade	
2	Colesterol total		Idade		Idade		Idade		Idade		Colesterol total	
	<160		0		0		0		0		<160	
	160-199		4		3		2		1		160-199	
	200-239		7		5		3		1		200-239	
	240-279		9		6		4		2		240-279	
	≥280		11		8		5		3		≥280	

	Idade		Idade		Idade		Idade		Idade		Idade	
	20-39		40-49		50-59		60-69		70-79		Idade	
3	Não fumantes		0		0		0		0		Não fumantes	
	Fumantes		8		5		3		1		Fumantes	

	HDL		Pontos		HDL		Pontos	
	Idade		Idade		Idade		Idade	
4	≥60		-1		≥60		-1	
	50-59		0		50-59		0	
	40-49		1		40-49		1	
	<40		2		<40		2	

	PA Sistólica		Não Tratada		Tratada		PA Sistólica		Não Tratada		Tratada	
	Idade		Idade		Idade		Idade		Idade		Idade	
5	<120		0		0		<120		0		0	
	120-129		0		1		120-129		1		3	
	130-139		1		2		130-139		2		4	
	140-159		1		2		140-159		3		5	
	≥160		2		3		≥160		4		6	

Fonte: Current, 2007; Medical Diagnosis & Treatment.

Na presença de situações de diferentes graus, considera-se aquela que caracteriza o maior grau. Por exemplo: pessoa tabagista (grau 1), com hipertensão fora da meta pressórica (grau 3): considera-se grau 3 de severidade.


Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

Quadro II: Framingham – Tabela para determinação de risco em 10 anos de DAC

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	1
5	2	14	2
6	2	15	2
7	3	16	3
8	4	17	4
9	5	18	5
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥25	≥30
≥17	≥30		

Fonte: Current, 2007; Medical Diagnosis&Treatment.

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC	MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021
---	---	---

METAS CLÍNICAS PARA MONITORAMENTO E PERÍODO DE VERIFICAÇÃO


Durante o gerenciamento, o profissional de saúde, responsável pelo beneficiário monitorado, deve atentar para os parâmetros elencados a seguir e considerar as metas clínicas e a periodicidade de verificação.

Parâmetro	Meta do monitoramento	Período da verificação
Consulta médica	Se não foi possível classificação de complexidade clínica: 1 consulta/ano Se foi possível classificação de complexidade clínica: Risco baixo: 2 consultas/ano Risco intermediário: 2 consultas/ano Risco alto: 3 a 4 consultas/ano	Anual Semestral Semestral Quadrimestral
Pressão arterial	Se não foi possível classificação de complexidade clínica: Doença isolada <140/90 Doença associada a DM ou IRC <130/85 Se foi possível classificação de complexidade clínica: Risco baixo: <115 mg/dL Risco intermediário: <115 mg/dL Risco alto: <100 mg/dL	A cada abordagem
Glicemia de Jejum	<99 mg/dL	A cada abordagem
HDL	Se não foi possível classificação de complexidade clínica: >40 mg/dL Se foi possível classificação de complexidade clínica: Risco baixo: <60 mg/dL Risco intermediário: <50 mg/dL Risco alto: <40 mg/dL	
Triglicerídeos	<150mg/dL	
Creatinina	0,4 - 1,4 g/dL	
Ácido úrico	2,5 - 8,0 mg/dL	
Potássio	3,5 - 5,5 mmol/L	

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

AÇÕES DE MONITORAMENTO				
Periodicidade	Ação	Executor	Meta	Metodologia
1º contato	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar questionário de elegibilidade; • Coletar assinatura/registrar aceite Termo de adesão; • Apresentar programa; • Realizar consulta de enfermagem. 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
2º contato	Comunicar frequência, modalidade e horário de monitoramento	Técnico de enfermagem	Tratativa com o cliente	TLM
Bimestral	Aplicar avaliação do uso de medicamento	Técnico de enfermagem	Concluir e registrar disciplina no tratamento	TLM
Semestral	Aplicar avaliação do tabagista*	Técnico de enfermagem	Concluir no contato nível de envolvimento / ofertar TTO	TLM
Semestral	Aplicar avaliação de alcoolismo	Técnico de enfermagem	Concluir no contato nível de envolvimento / ofertar TTO	TLM
De acordo com o plano terapêutico singular	Aplicar avaliação e orientação nutricional	Nutricionista	Concluir no contato perfil nutricional e orientar	TLM ou presencial
De acordo com o plano terapêutico singular	Aplicar avaliação e orientação atividade física	Educador Físico	Concluir contato - expor benefícios da atividade física - convite MOVA-SE	TLM ou presencial
A cada contato	Verificar internamentos e intercorrências no último período	Técnico de enfermagem	Concluir contato - registrar, orientar, gerenciar internamento	TLM
A cada contato	Orientar aferição de PA em residência	Técnico de enfermagem	Orientar passo a passo	TLM
1 vez ano	Orientar sobre imunizações	Enfermeiro??	Plano vacinal em dia	TLM
Mensal	Checar realização atividade física	Técnico de enfermagem	Concluir contato - Convidar para MOVA-SE	TLM
Em rotina ou em avaliação técnica	Realizar triagem psicológica	Técnico de enfermagem	Concluir contato - Registrar, informar enfermeiro	TLM
Mensal	Orientar para evitar complicações decorrentes do HAS	Técnico de enfermagem	Concluir contato - Instruir controle glicêmico	TLM
Semestral	Orientar participação em grupos operativos	Técnico de enfermagem	Participação em dois grupos de ações coletivas/ano	TLM
Se necessário	Contato receptivo de agudização - identificar complexidade da queixa	Enfermeiro	Identificar complexidade da queixa e seguir orientações em casos de queixas	TLM ou presencial
Conforme demanda	Monitoramento presencial	Equipe multiprofissional	Reversão de agudização	Presencial

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

4.4 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO COM OBESIDADE


A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz repercussões negativas à saúde. Portanto, é categorizada pela 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como doença endócrina, nutricional e metabólica. A OMS também estabelece o conceito de obesidade simultaneamente como doença e um dos fatores de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, tais como: doenças cardiovasculares e Diabetes mellitus. (DIAS, 2017). A agência reguladora (ANS, 2017) corrobora com essa definição e considera o sobrepeso e a obesidade como segundo fator de risco para a prevalência dessas doenças.

METAS CLÍNICAS PARA O MONITORAMENTO E PERÍODOS DE VERIFICAÇÃO		
Parâmetro	Meta do monitoramento	Período da verificação
Consulta psicológica	1 consulta ano/ ou necessidade	Anual
Acompanhamento nutricional	1 consultas mês	Mensal
Consulta médica	2 consultas/ano	Semestral
Pressão arterial	<p>Se não foi possível classificação de complexidade clínica: Doença isolada <140/90 Doença associada a DM ou IRC <130/85</p> <p>Se foi possível classificação de complexidade clínica: Risco baixo: <115 mg/dL Risco intermediário: <115 mg/dL Risco alto: <100 mg/dL</p>	A cada abordagem
Glicemia de Jejum	<99 mg/dL	A cada abordagem
HDL	<p>Se não foi possível classificação de complexidade clínica: >40 mg/dL</p>	A cada abordagem
Triglicerídeos	<150mg/dL	A cada abordagem
Atividade Física	Pratica atividade física regularmente	A cada Abordagem

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

Tabela de classificação do IMC		
Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco da doença
Baixo peso / Magro	< 18,5	Normal ou elevado
Peso normal / Eutrófico	18,5 a 24,9	Normal
Sobrepeso / Pré-obeso	25 a 29,9	Pouco elevado
Obesidade Grau I	30,0 a 34,9	Elevado
Obesidade Grau II	35,0 a 39,9	Muito elevado
Obesidade Grau III	≥ 40	Muitíssimo elevado

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC	MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021
---	---	---

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL		
Risco de complicação metabólicas	Homem	Mulher
Aumentado	≥ 94	≥ 80

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

AÇÕES DE MONITORAMENTO NA OBESIDADE				
Periodicidade	Ação	Executor	Meta	Metodologia
1º contato	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar questionário de elegibilidade; • Coletar assinatura/registrar aceite Termo de adesão; • Apresentar programa; • Realizar consulta de enfermagem. 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
2º contato	Identificação de risco Comunicar frequência do monitoramento e horário.	Técnico de enfermagem	Tratativa com o cliente	TLM
Mensal	<ul style="list-style-type: none"> • Checar realização de atividade física • Instruir controle Glicêmico 	Técnico de enfermagem	Concluir e registrar	TLM
De acordo com o plano de monitoramento individual	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação nutricional e atividade física. • Verificar periodicidade de acompanhante médico • Verificar internações e idas ao Pronto Atendimento 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
Se necessário	Contato receptivo de agudização ou monitoramento presencial	Equipe multidisciplinar	Reversão da agudização	A critério da equipe


Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

A cirurgia bariátrica e metabólica reúne técnicas com respaldo científico, destinadas ao tratamento da obesidade mórbida e/ou obesidade grave. (SOCIEDADE BRASILEIRA CIRURGIA BARIÁTRICA METABÓLICA, 2017).

Pacientes com idade entre 18 e 65 anos, de acordo com os critérios a seguir:

a) Portadores de obesidade mórbida com IMC (índice de massa corpórea), igual ou maior que 40 kg/m², com ou sem comorbidades e que não responderam ao tratamento conservador (dieta,

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

psicoterapia, atividade física, etc.) realizado no período de dois anos.

b) Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade

Nos idosos com mais de 65 anos, é importante a realização de uma avaliação específica, considerando o risco cirúrgico e anestésico, a presença de comorbidades, a expectativa de vida, os benefícios da perda de peso e as limitações da idade.

De acordo com o Formulário I-D da Portaria N° 492 de 31 de agosto de 2007, o acompanhamento pós-operatório se dá através de retornos com a equipe multiprofissional seguintes momentos:

METAS CLÍNICAS PARA O MONITORAMENTO E PERÍODOS DE VERIFICAÇÃO		
Parâmetro	Meta do monitoramento	Período da verificação
Consulta psicológica	1 consulta aos 6-12-18-24-36-48 e 60 meses	Semestral até 24 meses e anual entre 24 e 60 meses
Acompanhamento nutricional Consulta com cirurgião Consulta com clínico Exames laboratoriais	1 consulta aos 1-3-6-9-12-18-24-36-48 e 60 meses após procedimento	Trimestral nos primeiros 12 meses Semestral dos 12 aos 24 meses Anual dos 24 a 60 meses
Suplementação vitamínica	Mensal	Mensal a partir do procedimento

Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

Nestas ocasiões, conforme prevê o Formulário I-E da Portaria 492 de 31 de agosto de 2007, o paciente deve realizar os seguintes exames:

- Hemograma;
- Sódio, potássio;
- Proteinograma;
- Zinco;
- Cálcio, magnésio, fósforo;
- Vitamina B12;
- Ácido fólico;
- Ferritina;
- Colesterol total e frações, triglicérides;
- Vitamina A;

- Vitamina D (25-hidroxi);

O paciente deverá ainda fazer uso de suplementos nutricionais fundamentais no período pós-operatório, especialmente após Gastroplastia com Derivação Intestinal ou de Gastrectomia com ou sem Desvio Duodenal. São recomendados os seguintes nutrientes:

- Vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K);
- Complexo B oral, ou Vitamina B12 intramuscular;
- Oligoelementos com Zinco;
- Ferro (quelato) e ácido fólico oral, ou Ferro injetável;
- Cálcio (quelato ou citrato);
- Proteína (pó ou líquido) oral.

Tipos de cirurgia

Existem três tipos de cirurgia e diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento:

- Restritivos: diminuem a capacidade que o estômago é capaz de comportar;
- Disabsortivos: reduzem a capacidade de absorção intestinal;
- Técnicas mistas: associa um pequeno grau de restrição a um curto desvio intestinal.

A escolha do procedimento cirúrgico deve respeitar a decisão do cirurgião, avaliada conforme as características exclusivas de cada paciente.

Técnicas cirúrgicas

- **By-pass gástrico (derivação gástrica em “Y de Roux” - DGYR)**


Atualmente é a técnica bariátrica mais realizada. O procedimento consiste no grampeamento de parte do estômago e um desvio do intestino inicial. Dessa forma, como efeito principal, leva a sensação de saciedade mais rápida, sendo a perda do excesso de peso de, aproximadamente, 70%.

- **Banda gástrica ajustável**

Refere-se a uma técnica, teoricamente, reversível que consiste na instalação de uma cinta ao redor do estômago. Apresenta bons resultados de perda e manutenção de peso, porém esse resultado é menor que na derivação gástrica em Y de Roux, sendo a perda do excesso de peso um pouco menor que 50%.

- **Gastrectomia vertical (ou em manga, sleeve)**

Podem existir algumas variações nessa técnica, mas, em geral, aproximadamente, 80% da curvatura maior do estômago é removida, reduzindo a capacidade total para 60 a 100 mililitros (ml). A perda de peso é superior quando comparada ao procedimento de banda gástrica

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

ajustável, no entanto, a perda de peso é semelhante se comparada ao by-pass gástrico.

• **Derivação biliopancreática com Duodenal Switch (DBP/DS)**

Esse procedimento é proveniente da técnica Gastrectomia Vertical, em que é realizado um desvio de grande parte do intestino. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento. A perda do excesso de peso estimada é de 75% a 80%.


• **Derivação biliopancreática com Duodenal Switch (DBP/DS)**

Nesse procedimento, ocorre a retirada de todo o jejuno e parte do íleo e cria-se uma alça intestinal comum. Essa técnica cirúrgica apresenta grande incidência de efeitos adversos, como por exemplo: diarreia e flatos. A perda do excesso de peso varia em torno de 80%.


• **Balão intragástrico (BIG)**

Procedimento endoscópico (não cirúrgico) que pode ser utilizado como método auxiliar para a perda de peso no pré-operatório. O balão é utilizado por até seis meses e, havendo necessidade de recolocá-lo, é preciso aguardar um intervalo de 30 dias. Apesar de ser um procedimento de baixo risco, após a retirada do balão muitos pacientes podem obter ganho de peso. Boa parte dos casos apresentaram uma perda de 20-40% do excesso de peso. Entretanto de 5 a 10% dos pacientes não perderam peso e a mesma porcentagem não suportaram o BIG, devido a efeitos adversos, sendo necessária a remoção do balão.


AÇÕES DE MONITORAMENTO PÓS-CIRÚRGICO				
Periodicidade	Ação	Executor	Meta	Metodologia
1 mês de PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião e clínico). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física.	Enfermeiro/tec. enfermagem	Pergunta direta	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.
3 meses PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião e clínico). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física.	Enfermeiro/tec. enfermagem	Pergunta direta	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

6 meses PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física.	Enfermeiro/ tec. enfermagem	Pergunta direta	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.
9 meses PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião e clínico). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física.	Enfermeiro/ tec. enfermagem	Pergunta direta	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.
12 meses PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física Questionário de qualidade de vida.	Enfermeiro/ tec. enfermagem	Pergunta direta Aplicação questionário de qualidade de vida	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.
18 meses PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física.	Enfermeiro/ tec. enfermagem	Pergunta direta	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.
24 meses PO	Questionar como está a	Enfermeiro/	Pergunta direta	Concluir no contato -

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

	adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física Questionário de qualidade de vida.	tec. enfermagem	Aplicação questionário de qualidade de vida	registrar, orientar de acordo com o relato.
36 meses PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física Questionário de qualidade de vida.	Enfermeiro/tec. enfermagem	Pergunta direta Aplicação questionário de qualidade de vida	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.
48 meses PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade física Questionário de qualidade de vida.	Enfermeiro/tec. enfermagem	Pergunta direta Aplicação questionário de qualidade de vida	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.
60 meses PO	Questionar como está a adaptação; Verificar acompanhamento com a equipe multiprofissional (nutricionista, cirurgião, clínico e psicólogo). Realização de exames Uso de suplementos Realização de atividade	Enfermeiro/tec. enfermagem	Pergunta direta Aplicação questionário de qualidade de vida	Concluir no contato - registrar, orientar de acordo com o relato.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

	física Questionário de qualidade de vida.			
--	---	--	--	--

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.


4.5 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma moléstia respiratória prevenível e tratável, caracterizada por limitação progressiva ao fluxo aéreo, não totalmente reversível, associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou a gases nocivos, principalmente, pela fumaça do cigarro. (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT, 2004).

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores. Clinicamente, caracteriza-se por aumento da responsividade das vias aéreas a variados estímulos, com consequente obstrução ao fluxo aéreo, de caráter recorrente e tipicamente reversível. (SBPT, 2012).

Classificação da DPOC pela gravidade em pacientes com VEF1/CVF* < 0,70		
Gold 1	Leve	VEF1 ≥ 80% do predito
Gold 2	Moderado	50% ≤ VEF1 < 80% do predito
Gold 3	Grave	30% ≤ VEF1 < 50% do predito
Gold 4	Muito grave	VEF1 < 30% do predito

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC	MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021
---	---	---

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA

Manifestações clínicas	Gravidade ¹			
	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas	2x/semana ou menos	Mais de 2x/ semana, mas não diariamente.	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	2x/semana ou menos	3-4x/mês	Mais de 1x/semana	Quase diários
Necessidade de β_2 -agonista inalado para alívio	2x/semana ou menos	Menos de 2x/ semana.	Diários	Diária
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente nas exacerbações.	Presente nas exacerbações.	Contínua
Exacerbações	Igual 1/ano ou nenhuma/ano.	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ ano.	Igual ou mais de 2/ ano.
VEF1 ou PFE	Igual ou maior que 80% previsto.	Igual ou maior que 80% previsto	60%-80% previsto.	Igual ou menor que 60% previsto.
Variação VEF1 ou PFE	Menor que 20%	20%-30%	Maior que 30%	Maior que 30%


Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

DPOC - Metas clínicas para o monitoramento e períodos de verificação		
Parâmetro	Meta do monitoramento	Período da verificação
Consulta médica	1 consultas/ano	Quadrimestral
Avaliação e monitorização	A cada contato	Conforme complexidade
Redução dos fatores de risco	A cada contato	Conforme complexidade
Orientar condutas em exacerbações e na estabilidade	A cada contato	Conforme complexidade
Espirometria	Início do seguimento e para reavaliação do tratamento.	Checar se foi realizada ao menos a primeira vez.

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

AÇÕES DE MONITORAMENTO				
Periodicidade	Ação	Executor	Meta	Metodologia
1º contato	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar questionário de elegibilidade; Coletar assinatura/registrar aceite Termo de adesão; Apresentar programa; Realizar consulta de enfermagem. 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
2º contato	Identificação de risco Comunicar frequência do monitoramento e horário.	Técnico de enfermagem	Tratativa com o cliente	TLM
Semestral	<ul style="list-style-type: none"> Aplicação avaliação tabagista 	Técnico de enfermagem	Concluir e registrar	TLM
De acordo com o plano de monitoramento individual	<ul style="list-style-type: none"> Orientação atividade física. Verificar periodicidade de acompanhante médico Verificar internações e idas ao Pronto Atendimento 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
Se necessário	Contato receptivo de agudização ou monitoramento presencial	Equipe multidisciplinar	Reversão da agudização	A critério da equipe

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC	MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021
---	---	---

4.6 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DOENÇA RENAL


Doença renal crônica (DRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica - IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. A DRC está sendo considerada uma doença epidêmica no mundo moderno, pois, principalmente, com o aumento da idade e o sedentarismo, estão aumentando muito em idosos a incidência de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, que são as principais causas de DRC. (ROMÃO, 2004).

METAS CLÍNICAS PARA O MONITORAMENTO E PERÍODOS DE VERIFICAÇÃO		
Parâmetro	Meta do monitoramento	Período da verificação
Consulta médica	3 consultas/ano	Trimestral
Plano Alimentar / nutricionista	1 consulta	Conforme Necessidade
Atividade Física	<ul style="list-style-type: none"> Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e Tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25. 	3 x na semana
Hematócrito Hemoglobina Ureia Potássio Cálcio Colesterol Triglicerídeos Creatinina Proteinúria Pressão Arterial	Verificação dos resultados	Trimestral, se tratamento conservador. Mensal, se tratamento Dialítico.
Imunização	Pacientes com DRC devem ser vacinados precocemente, porque a redução da TFG está associada à redução da capacidade de soroconversão. Seguir o calendário do Programa Nacional de Imunização para o adulto.	Orientação anual e de 'revisão.
Pressão arterial	<130/85 mmHg	Mensal

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

AÇÕES DE MONITORAMENTO				
Periodicidade	Ação	Executor	Meta	Metodologia
1º contato	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar questionário de elegibilidade; • Coletar assinatura/registrar aceite Termo de adesão; • Apresentar programa; • Realizar consulta de enfermagem. 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
2º contato	Identificação de risco Comunicar frequência do monitoramento e horário.	Técnico de enfermagem	Tratativa com o cliente	TLM
Semestral	• Aplicação avaliação tabagista	Técnico de enfermagem	Concluir e registrar	TLM
De acordo com o plano de monitoramento individual	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação atividade física. • Verificar periodicidade de acompanhante médico • Verificar internações e idas ao Pronto Atendimento • Avaliação tabagista 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
Se necessário	Contato receptivo de agudização ou monitoramento presencial	Equipe multidisciplinar	Reversão da agudização	A critério da equipe

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

4.7 GERENCIAMENTO DO BENEFICIÁRIO PORTADOR DE NEOPLASIAS

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), caracteriza as neoplasias como um conjunto de mais de 200 doenças que têm em comum o crescimento descontrolado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Esse crescimento desordenado de células dá origem aos tumores, que serão definidos como malignos ou benignos de acordo com suas características de crescimento, vascularização, margens, diferenciação, capacidade de recorrência e metástases à distância:

- a) Malignos: carcinomas, adenocarcinomas, sarcomas, melanomas, teratomas malignos e tumores malignos do sistema nervoso (exemplos: astrocitoma, neuroblastoma)
- b) Benignos: adenoma, papiloma, tumores de tecidos conjuntivo (exemplos: fibroma, lipoma, leiomioma), nevus, teratomas benignos e tumores benignos do sistema nervoso (exemplo: ganglioneuroma).

Devido à especificidade da doença oncológica sugere-se a seguinte classificação da temporalidade de acompanhamento, conforme perfil terapêutico do paciente:


- Hormonioterapia via oral ou subcutânea para paciente com baixa e média complexidade - Acompanhamento trimestral;
- Tratamento com quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, radioterapia, braquiterapia e radiocirurgia - Acompanhamento mensal;
- Transplante de células tronco hematopoiéticas ou transplante de medula - Acompanhamento quinzenal.

Metas clínicas para o monitoramento e períodos de verificação		
Parâmetro	Meta do monitoramento	Período da verificação
Consulta médica	De acordo com a complexidade clínica e o tratamento terapêutico	A cada abordagem
HAS associado a patologia oncológica Glicemia Plaquetas Hemoglobina Leucócitos	Análise dos resultados de exames	A cada abordagem
Rastreamento de ansiedade/ depressão	Aplicar as duas primeiras perguntas dos questionários PHQ9 (Anexo 9) e GAD7 (Anexo 10). Se rastreamento positivo, aplicar o questionário inteiro***.	Trimestral
Escala de Dor		A cada Abordagem

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

AÇÕES DE MONITORAMENTO				
Periodicidade	Ação	Executor	Meta	Metodologia
1º contato	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar questionário de elegibilidade; • Coletar assinatura/registrar aceite Termo de adesão; • Apresentar programa; • Realizar consulta de enfermagem. 	Enfermeiro	Questionário de elegibilidade; Termo de adesão; Classificação de risco; Consulta de enfermagem; Plano terapêutico singular.	Preferencialmente presencial ou TLM
2º contato	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de risco; • Comunicar frequência do monitoramento e horário; • Aplicar escala de dor. 	Técnico de enfermagem	Tratativa com o cliente	TLM
De acordo com o plano de monitoramento individual	<ul style="list-style-type: none"> • Checar efeitos colaterais de quimioterapia; • Orientações nutricionais; • Monitorar realização de exames; • Aplicar escala de dor. 	Enfermeiro	Concluir e registrar	TLM
Se necessário	• Contato receptivo de agudização ou monitoramento presencial.	Equipe multidisciplinar	Reversão da agudização	A critério da equipe
Se tratamento oncológico ativo	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar reações e manejo quanto a episódio de diarreia, náusea e vômito; • Orientar avaliação da temperatura e sinais de infecção. 	Enfermeiro	Orientar manejo após tratamento medicamentoso.	Presencial

Fonte: Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed, 2019.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

5. RECURSOS PARA O GERENCIAMENTO DE BENEFICIÁRIOS PORTADORES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

Os recursos necessários podem variar de acordo com a massa elegível e sua classificação da frequência de monitoramento. Apresentamos os recursos materiais para o telemonitoramento, visitas e recursos humanos.

Recursos materiais para monitoramento


- a) Estação de trabalho composta por computador e *headphone* unilateral;
- b) Linha telefônica;
- c) Sistema de gravação das ligações;
- d) Sistema de informação (Software ou Excel);
- e) Material administrativo;
- f) Material de comunicação.

Recursos materiais para as visitas

- a) Transporte;
- b) Esfignomamômetro;
- c) Estetoscópio;
- d) Glicosímetro - fita;
- e) Balança;
- f) Fita métrica;
- g) Caixa para descarte de material perfurocortante;
- h) Materiais administrativos necessários para realizar a avaliação;
- i) Monofilamento;
- j) Algodão;
- k) EPIs.

Recursos humanos - escala para estrutura mínima

- a) Responsável técnico - médico
 - Um médico - carga horária: 4 horas/dia;
- b) Gestor técnico - enfermeiro
 - Um enfermeiro - carga horária: 8 horas/dia;
- c) Apoio administrativo
 - Um apoio administrativo - carga horária: 8 horas/dia;
- d) Visitador - para as UnimedS que vão praticar os produtos 2 e 3

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---


- Uma visita com duração média de 2 horas (deslocamento e avaliação presencial)
- Um visitador - carga horária: 8 horas/dia com capacidade total de quatro visitas/dia - 20 visitas/semana - 80 visitas/mês;
- e) Telemonitor - carga horária: 6 horas com 2 intervalos de descanso com duração de 15 minutos cada
- Telemonitoramento com duração média de 20 minutos o contato
- Um telemonitor - carga horária: 6 horas/dia com capacidade total de 16 beneficiários/dia - 80 beneficiários/semana - 320 beneficiários/mês.

Profissionais de saúde habilitados para o telemonitoramento e para a visita (avaliar conselhos de classe locais):

- a) Enfermeiro;
- b) Técnico de enfermagem;
- c) Nutricionista;
- d) Fisioterapeuta;
- e) Farmacêutico.

Profissionais especiais para visita


- a) Médico;
- b) Assistente social;
- c) Psicóloga.

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="center">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

6. INDICADORES

Indicador	Indicador	Cálculo	Verificação	Meta
Indicador ANS obrigatório	Taxa de inscritos que participaram de ao menos uma atividade programática no período de avaliação	Total de inscritos que participaram de ao menos uma atividade programática no período em avaliação / total de inscritos no programa no período de avaliação X100	Mensal	95%
Indicador ANS obrigatório	Taxa de inscritos com perfil de risco conhecido	Todos os inscritos com perfil de risco conhecido / total de inscritos no programa X 100	Mensal	80%
Indicador de processo	Taxa de adesão dos beneficiários	Número de indivíduos que aderiram ao programa / Número de indivíduos indicados X 100	Mensal	20%
Indicador de resultado	Taxa de satisfação com o programa	Total de beneficiários que consideram o programa ótimo / total de beneficiários da amostra entrevistada X 100	Mensal	80%
LINHA DE CUIDADO PRÉ DIABÉTICO				
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com hemoglobina Glicada $\leq 5,7\%$	Total de beneficiários com hemoglobina Glicada $\leq 5,7\%$ / total de participantes no programa X 100	Semestral	80%
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com Glicemia de Jejum ≤ 100 mg/dL	Total de beneficiários com Glicemia de Jejum ≤ 100 mg/dL / total de participantes no programa X 100	Semestral	80%
LINHA DE CUIDADO DIABÉTICOS				
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com hemoglobina Glicada $\leq 7\%$	Total de beneficiários com hemoglobina Glicada $\leq 7\%$ / total de participantes no programa X 100	Semestral	80%
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com 1 consulta ano na especialidade de oftalmologia	Total de beneficiários que realizaram uma consulta anual com oftalmologista / total de participantes no programa X 100	Semestral	60%
LINHA DE CUIDADO DOENÇAS CARDÍACAS				
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com 1 consulta/ano com médico assistente	Total de beneficiários que realizaram uma consulta anual com médico assistente / total de participantes no programa X 100	Semestral	90%
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com pressão arterial $< 140/90$ mmHg	Total de beneficiários com pressão arterial $< 140/90$ mmHg / total de participantes no programa X 100	Semestral	80%
LINHA DE CUIDADO OBESIDADE				
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários que praticam exercício físico regularmente	Total de beneficiários que praticam exercício físico regularmente / total de participantes no programa X 100	Semestral	90%
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários que reduziram peso	Total de beneficiários que reduziram peso / total de participantes no programa X 100	Semestral	70%
LINHA DE CUIDADO PÓS-BARIÁTRICO				
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários em uso de suplementação vitamínica	Total de beneficiários em uso de suplemento vitamínico / Total de participantes no programa x 100	Semestral	95%
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários que reduziram IMC	Total de beneficiários que reduziram IMC / Total de	Semestral	85%

		participantes no programa x 100		
LINHA DE CUIDADO DOENÇA RESPIRATÓRIA				
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários que realizaram vacina pneumo 23	Total de beneficiários que realizaram vacina pneumo 23 / Total de participantes no programa x 100	Semestral	90%
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com 1 consulta ano com médico assistente	Total de beneficiários que realizaram uma consulta anual com médico assistente / total de participantes no programa X 100	Semestral	90%
LINHA DE CUIDADO DOENÇA RENAL				
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com pressão arterial <130/85mmHg	Total de beneficiários com pressão arterial <130/85mmHg / total de participantes no programa X 100	Semestral	85%
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários que realizam exames de função renal periodicamente (ureia, potássio, cálcio, creatinina, proteinúria, microalbuminúria)	Total de beneficiários que realizam exames de função renal periodicamente (ureia, potássio, cálcio, creatinina, proteinúria, microalbuminúria) / total de participantes no programa X 100	Semestral	95%
LINHA DE CUIDADO NEOPLASIA				
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários com 1 consulta ano com médico assistente	Total de beneficiários que realizaram uma consulta anual com médico assistente / total de participantes no programa X 100	Semestral	100%
Indicador de resultado	Taxa de beneficiários que melhoraram percepção de dor	Total de beneficiários que melhoraram percepção de dor / total de participantes que relataram dor X 100	Semestral	50%

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Data do acesso: 20 de junho de 2020

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2020

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. - 5. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 2 de dezembro de 2020.

Manual de Atenção Integral à Saúde do sistema Unimed. 2a edição. Revisada e atualizada. Unimed do Brasil, 2019.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007, Brasília, 2007 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_comp.html Acesso em 23/11/2020

Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Interface Comunicacao Saude Educ. 2005;16(16):91-104. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100008>.

Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc Anna Nery R Enferm. 2007;11(1):52-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000100007>

ANEXOS

Anexo I - Cálculo para classificação de risco de beneficiários crônicos

- Apoio Social

Alternativas	Peso	Situação
	1	Possui - tem vínculo familiar ou de amigos presentes
	7	Possui parcialmente - relata sentir-se sozinho
	14	Não possui apoio social

- Autopercepção da Saúde

Alternativas	Peso	Situação
	1	Boa - entende ter a doença e a necessidade de se cuidar
	7	Média - entende ter a doença, mas não vê necessidade de se cuidar
	50	Ruim - não entende ter a doença e não vê necessidade de se cuidar

- Hospitalização relacionada a doença relacionada crônica monitorável nos últimos 12 meses

Alternativas	Peso	Situação
	1	Não
	7	=1
	50	>2

- Atendimento em pronto socorro relacionado a doença crônica monitorável nos últimos 12 meses

Alternativas	Peso	Situação
	1	Não
	7	=1
	50	>2

- Uso de medicamento relacionado a doença crônica monitorável

Alternativas	Peso	Situação
	1	Contínuo
	7	Descontínuo
	50	Descontínuo


- Acompanhamento médico relacionada a doença crônica monitorável

Alternativas	Peso	Situação
	1	Sim
	7	Não
	50	Não

Risco Baixo: Entre 1 e 6

Risco Médio: Entre 7 e 49

Risco Alto: Maior que 50

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

Anexo II - QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA PARA PÓS-BARIÁTRICOS (a cada ano)

1) Comparado com a época anterior ao tratamento para perda de peso eu me sinto:

() Muito pior () Pior () O mesmo () Melhor () Muito melhor

2) Eu me sinto capaz de participar fisicamente em atividades:

() Muito pior () Pior () O mesmo () Melhor () Muito melhor

3) Eu estou me relacionando socialmente:

() Muito pior () Pior () O mesmo () Melhor () Muito melhor

4) Agora sou capaz de trabalhar:

() Muito pior () Pior () O mesmo () Melhor () Muito melhor

5) Atualmente me interessa por sexo:

() Muito pior () Pior () O mesmo () Melhor () Muito melhor

Anexo III - ENCAMINHAMENTO AO PROGRAMA

Identificação

Nome do beneficiário

Data de Nascimento

Idade

Código do cartão Unimed

Profissional solicitante

Avaliação/ Diagnóstico da Internação:

História Clínica

Medicamentos em uso

Comorbidades

() HAS () IRC () DPOC/ ASMA () DM () NEOPLASIA () CARDIOVASCULARES () TABAGISMO

() OUTROS

Crterios para encaminhamento:

Score Index lace:

Crterios para PGCC:

Crterios para PGDC:

Indicação médica:


Justificativa clínica para inclusão no PGCC:

Justificativa clínica para inclusão no PGDC:

Encaminhamento multiprofissional e periodicidade requerida:

() Enfermagem: _____

() Nutricionista: _____

	<p align="center">PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS PGDC</p>	<p align="right">MAN.EVB.0004/05 Implantação: 06/2017 5ª Revisão: 03/2021</p>
---	---	---

- () Psicóloga: _____
- () Educador Físico: _____
- () Farmacêutico: _____
- () Fisioterapeuta: _____
- () Fonoaudióloga: _____
- () Odontologia: _____
- () Terapia ocupacional: _____
- () Médico: _____

Data:

Carimbo e Assinatura:

Data provável da alta:

Referência de atendimento:

Cartão de encaminhamentos

Frente padrão - Medicina preventiva

Verso- Data do encaminhamento/ Especialidade