



PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO

Subsídios para acompanhamento
de diabéticos e hipertensos pelo
Programa de Assistência à Saúde dos
Servidores do Banco Central

Laura Soares Tupinambá
Helder Henrique Costa Pinheiro

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE

**SUBSÍDIOS PARA ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS
PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
DO BANCO CENTRAL**

Belém – PA
Novembro/2018

Informações:

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Diretoria de Ensino e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação Gestão e Saúde na Amazônia

Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde

Rua Oliveira Belo, 395 – Umarizal

66050-380 Belém – Pará

Tel.: (91) 4009-0325

e-mail: mestradosantacasa2012@gmail.com

Home Page: www.mestradosantacasapara.com.br

Elaboração

Laura Soares Tupinambá

Helder Henrique Costa Pinheiro



O trabalho PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO: Subsídios para acompanhamento de diabéticos e hipertensos pelo Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central de Laura Soares Tupinambá e Helder Henrique Costa Pinheiro está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Declaração de possíveis conflitos de interesse

Nenhum dos autores recebeu qualquer patrocínio da indústria ou de qualquer entidade de especialidade ou pacientes que possam ser caracterizados conflitos.

RESUMO EXECUTIVO

1. Tecnologia

Acompanhamento de diabéticos e/ou hipertensos.

2. Caracterização da Tecnologia

Subsídios para acompanhamento de diabéticos e/ou hipertensos no contexto da Saúde Suplementar, mais especificamente pelo Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central inscritos no programa de doentes crônicos (VemSer).

3. Pergunta

Quais as estratégias mais efetivas para acompanhamento de diabéticos e/ou hipertensos no contexto da Saúde Suplementar?

4. Busca de evidências científicas

Foram utilizadas como parâmetro as “Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

As bases de dados consultadas foram: Cochrane, CRD, Evidence, Guideline, Pubmed, Scielo, SISREBRATS e Trip Data Base e a estratégia de busca foi orientada por uma pergunta formulada através do acrônimo PICO – População, Intervenção, Comparação, *Outcome* (desfecho) – com os termos “diabetes” ou “hypertension”, “prevention” ou “promotion” e “hospitalization” ou “quality of life”.

5. Recomendações

- Conhecer e acompanhar as condições de saúde dos beneficiários do PASBC, especialmente dos doentes crônicos;
- Oferecer cuidado, suporte e tratamento coordenados e personalizados;
- Capacitar os beneficiários para viver de forma independente e satisfatória;
- Apoiar a autogestão de doenças crônicas;
- Perceber o que importa para o beneficiário em vez de tratar apenas a doença crônica;
- Apoio de pares, familiares e colegas de trabalho;

- Planejamento individual com fixação de metas flexíveis;
- Capacitar o beneficiário a lidar com as intercorrências das doenças crônicas, inclusive legalmente;
- Suporte psicológico e emocional;
- Realizar *benchmarking* com outros programas de saúde e operadoras de planos de saúde acerca de suas experiências no acompanhamento de doentes crônicos;
- Definir um ponto de contato (apoio) a cada beneficiário para consultas e quaisquer dúvidas sobre sua condição de saúde;
- Proporcionar a cada beneficiário acesso aos registros de saúde através de sistema eletrônico de informações;
- Implementar a tomada de decisão compartilhada;
- Desestimular a dependência desnecessária aos profissionais de saúde fora do ponto de contato;
- Informar sobre intervenções não farmacológicas;
- Verificar possibilidade de subsidiar (mesmo que em parte) a vacina PPV23 em idosos diabéticos;
- Elaborar Plano Individual de Serviços quando houver necessidade de gerir casos específicos de beneficiários.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA AVALIADA	8
3. BASES DE DADOS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....	8
3.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS	9
4. RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS	9
5. RECOMENDAÇÕES	25
REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública, respondendo por mais de 70% das causas de morte no Brasil, onde quase 40% da população apresenta pelo menos uma doença crônica. Destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, com uma proporção de 21,4% e 6,2%, respectivamente, de indivíduos com mais de 18 anos que autorreferiram o diagnóstico em uma pesquisa realizada em 2013 ¹.

Para reduzir a carga dessas doenças há necessidade de realizar “ações coordenadas e mutuamente reforçadas”², tendo em vista que as DCNT provocam diminuição da qualidade de vida, geram incapacidades e limitações no trabalho e no lazer ¹.

Indivíduos portadores de condições crônicas, muitas vezes, recebem assistência apenas em episódios agudos de suas patologias, sem acompanhamento de seu quadro geral de saúde/doença. Desta forma, rever paradigmas e adaptar os processos em saúde às necessidades dos beneficiários – inclusive quanto à utilização de equipamentos, materiais, medicamentos e formas de cuidado – mostra-se indispensável.

Sendo assim, com o aumento da prevalência das DCNT, devido, também, ao envelhecimento das populações assistidas, pressiona as operadoras a mudarem o modelo de atenção de forma a acompanhar efetivamente os doentes crônicos sob risco de diminuir drasticamente os recursos em outras áreas de cuidado³.

Inserido neste cenário, o Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central (PASBC), que possui 40% de seus beneficiários com mais de 60 anos de idade, necessita rever a forma de acompanhamento de diabéticos e/ou hipertensos, a fim de possibilitar cuidado efetivo à sua população e equilíbrio econômico-financeiro ao PASBC.

Para isto, o PASBC lançou em 2010 o Programa VemSer – com adesão espontânea e voluntária pelos beneficiários - objetivando prevenir complicações de saúde e melhorar a qualidade de vida dos participantes com doenças crônicas, onde 80,20% estão inscritos nas patologias Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

2. DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA AVALIADA

Este Parecer Técnico Científico busca subsidiar o Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central (bem como outras organizações no contexto da saúde suplementar) nas ações de acompanhamento de diabéticos e/ou hipertensos.

Desde 2010, com o objetivo de identificar os beneficiários portadores de doenças crônicas, realizar o acompanhamento e garantir a constância e continuidade de tratamento, o PASBC lançou o Programa VemSer, com adesão espontânea e voluntária.

O beneficiário interessado em participar entra em contato por telefone com empresa contratada pelo Banco Central para o gerenciamento do programa, informa as patologias que possui, agenda visita domiciliar com enfermeira (análise do quadro clínico, apresentação de documento comprobatório da patologia coberta pelo VemSer e assinatura do Termo de Adesão, se for o caso) e aguarda homologação pelo setor competente no BCB.

Aos participantes inscritos na patologia Hipertensão Arterial Sistêmica há cobertura específica, sob a forma de auxílio, para a medicação necessária ao tratamento; e na patologia Diabetes há cobertura específica, também sob a forma de auxílio, para insulina, lancetas, glicofitas e seringas, bem como os medicamentos hipoglicemiantes orais, sempre observados os critérios do Regulamento do PASBC.

3. BASES DE DADOS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Para a elaboração deste Parecer Técnico-Científico, foi utilizada como parâmetro a obra “Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos” do Ministério da Saúde⁴.

As bases de dados consultadas foram: Cochrane, CRD, Evidence, Guideline, Pubmed, Scielo, SISREBRATS e Trip Data Base. Enquanto que a estratégia de busca foi orientada por uma pergunta formulada através do acrônimo PICO – População, Intervenção, Comparação, *Outcome* (desfecho) – e os termos utilizados foram Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Acrônimo PICO que baseou a elaboração do Parecer Técnico-Científico.

	População	Intervenção	Comparação	Outcome (desfecho)
	Portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica	Acompanhamento específico para diabéticos e/ou hipertensos	Sem acompanhamento específico	<ul style="list-style-type: none">• Qualidade de Vida• Taxa de internação
DeCS	“diabetes” ou “hypertension”	“prevention” ou “promotion”	-	“hospitalization” ou “quality of life”

3.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS

Os critérios de inclusão de documentos foram:

- Documentos publicados no período de 01/01/2008 a 19/05/2018;
- Publicação nos idiomas Português, Espanhol ou Inglês;
- Ações com aplicabilidade na gestão de planos ou programas na Saúde Suplementar.

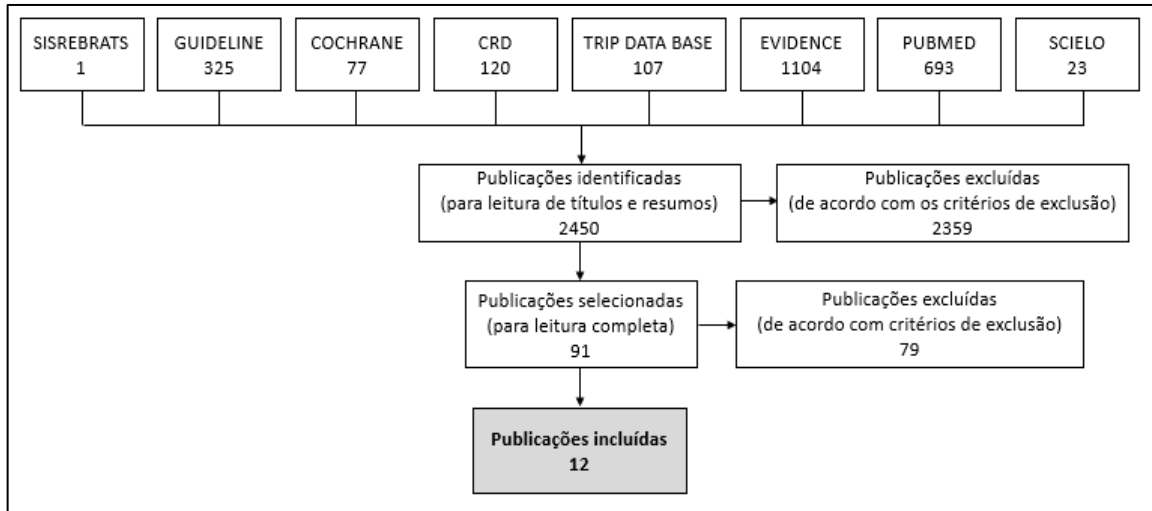
Foram excluídos documentos que tratavam exclusiva ou preponderantemente de:

- Diagnóstico;
- Prevenção primária de diabetes e/ou hipertensão;
- Diabetes gestacional;
- Eclampsia;
- Crianças e Adolescentes;
- Terapias;
- Diretrizes clínicas;
- Estudos não concluídos.

4. RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

A seguir, a descrição dos artigos utilizados para as recomendações contidas neste Parecer, após seleção de artigos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxo de seleção e exclusão de artigos/documentos.



4.1. CHIP LIFESTYLE PROGRAM AT VANDERBILT UNIVERSITY DEMONSTRATES AN EARLY ROI FOR A DIABETIC COHORT IN A WORKPLACE SETTING: A CASE STUDY⁵

- Base de Dados: CRD

- Objetivo:

Examinar a viabilidade de um programa de treinamento em estilo de vida, baseado no local de trabalho, para ajudar diabéticos tipo 2 a modificar o curso da doença e verificar se houve redução de custos com saúde.

- Método:

A população de estudo foi composta por 21 funcionários de uma organização (18 do sexo feminino e 3 do sexo masculino), com idades variando de 36 a 64 anos. A intervenção durou 8 semanas com sessões de 2 horas, 2 vezes por semana, sendo realizadas sessões de treinamento em educação em saúde, instrucional e experimental, através de discussões, palestras estruturadas, vídeos de estilo de vida e informações nutricionais e demonstrações de culinária em um ambiente de sala de aula no local de trabalho. Embora o estudo fosse composto apenas por diabéticos tipo 2, a maior parte da educação e treinamento não era específica para a educação em diabetes.

- Resultados:

Entre os participantes intervencionados, houve redução de custos com saúde no primeiro e no segundo trimestre após o programa – quando comparadas aos diabéticos não

intervencionados e membros do plano como um todo.

Em relação aos resultados laboratoriais, houve redução significativa no grupo intervencionado tanto nos valores de Hemoglobina Glicada (HBA1C) quanto na média de LDL. No entanto, sugere-se que a atividade em grupo contínua ou o treinamento rigoroso no estilo de vida podem ser necessários para sustentar as mudanças comportamentais observadas no início do programa. A perda de peso, ou ganho, não foi estatisticamente significativa, porém uma proporção ligeiramente maior de participantes perdeu peso em vez de ganhar.

Em relação à utilização de medicamentos, os resultados mostraram mudanças favoráveis, tendo em vista que, após 26 semanas, cerca de 23,8% dos participantes do grupo de intervenção conseguiram eliminar um ou mais dos seus medicamentos desde o início da intervenção do programa.

A maior parte das mudanças na redução de custos veio da menor utilização, que resultou em menores despesas médicas e custos com medicamentos (redução de 32,7%, em média, nos dois trimestres). Se o grupo intervencionado tivesse experimentado uma tendência semelhante ao grupo não intervencionados, estima-se que o custo esperado com assistência médica (médica + prescrição) para os participantes intervencionados teria sido 45,3% maior. O resultado final é um retorno estimado do investimento de 1,38: 1 dentro de um período de seis meses.

- Conclusão:

Houve incerteza no início do programa em torno da capacidade de envolver ativamente os funcionários em um ambiente de trabalho. As descobertas deste estudo sugerem que é possível este engajamento e que um programa de estilo de vida intensivo e abrangente é capaz de gerar economias mensuráveis com um significativo retorno do investimento dentro de um período relativamente curto de tempo.

- Implicações no contexto do PASBC:

Necessidade de realizar levantamento epidemiológico para acompanhar a saúde dos beneficiários, especialmente de doentes crônicos.

4.2. A PRACTICAL GUIDE TO SELF-MANAGEMENT SUPPORT: KEY COMPONENTES FOR SUCCESSFUL IMPLEMENTATION⁶

- Base de Dados: Evidence

- Objetivo:

Fornecer um guia com visão geral do suporte ao autogerenciamento e dos principais componentes para uma implementação eficaz, visando alcançar pessoas que podem apoiar a autogestão, como profissionais de saúde, gerentes de serviços, pessoas em grupos voluntários ou comunitários e líderes de pacientes – tanto os que estão iniciando sua jornada quanto os que desejam desenvolver e melhorar o suporte que já fornecem.

- Diretrizes:

O apoio à autogestão é um componente importante do cuidado centrado na pessoa, que tem quatro princípios: 1) Proporcionar às pessoas dignidade, compaixão e respeito; 2) Oferecer cuidado, suporte ou tratamento coordenados; 3) Oferecer cuidado, suporte ou tratamento personalizados; 4) Apoiar as pessoas a reconhecer e desenvolver suas próprias forças e habilidades para capacitá-las a viver de forma independente e satisfatória.

- Orientações:

O apoio eficaz ao autogerenciamento requer mudanças em todo o sistema, desde como os serviços são regulamentados, planejados, comissionados e fornecidos, como os profissionais de saúde e pessoas com condições de saúde de longo prazo se relacionam, até como é realizado o apoio entre as consultas, exigindo trabalho em equipe (inclusive apoio de pares e familiares). Os novos modelos de cuidado devem se basear em "o que importa para você?" e não "qual é o problema que você tem?"

Para incorporar a tomada de decisão compartilhada e o suporte à autogestão nos cuidados gerais há necessidade de reconhecer que as pessoas são diferentes e, conseqüentemente, adaptar as intervenções, modificar papéis, comportamentos e mentalidades, treinar equipes e não apenas indivíduos, envolver profissionais de saúde como agentes de mudança, adaptar a intervenção ao contexto local, usar uma abordagem sistêmica para implementar mudanças, fixar metas claras desde o início (mas flexíveis), trabalhar de forma sustentável, avaliar e realizar feedback e oferecer às pessoas várias

opções de suporte.

- Implicações no contexto do PASBC

Reformular a forma de acompanhamento de doentes crônicos, incorporando conceitos de capacitação em saúde, autogestão apoiada e empoderamento num sistema coordenado com prestação de serviços personalizados.

4.3. CO-CREATING HEALTH: ENGAGING COMMUNITIES WITH SELF MANAGEMENT (REPORT AND RECOMMENDATIONS)⁷

- Base de Dados: Evidence

- Objetivo:

Explorar métodos eficazes de engajar comunidades com apoio ao autogerenciamento, fornecendo exemplos de como esse suporte já foi integrado em outros grupos e oferecendo recomendações de como o aprendizado desses locais pode ser aplicado.

- Método:

Reúne trabalhos de revisão de pesquisa e prática (composta por cinco estudos de caso) e também desfechos e comentários de dois grupos focais.

- Resultados:

Entre os benefícios físicos: pressão arterial e frequência cardíaca em repouso diminuíram e permaneceram estáveis, melhoria da circulação sanguínea, eficiência do sistema respiratório gerenciável (a eventual falta de ar durante a realização de tarefas diárias reduz a recorrência de ataques de pânico), aumento da força nos membros inferiores melhorando a caminhada (menos tropeços e quedas, com redução do risco de acidentes e lesões), maior autossuficiência, aumento da flexibilidade, melhoria nas atividades diárias, modificações na dieta e caminhada ao ar livre (fortalecendo a densidade óssea, demonstrada em exame).

Quanto aos benefícios cognitivos e sociais: aumento da autoestima e confiança para fazer escolhas mais saudáveis, redução da depressão, melhoria das habilidades de comunicação interpessoal, encorajando o desenvolvimento de habilidades existentes e melhoria da qualidade de vida.

Grupos menos engajados são compostos por pessoas com baixos níveis de alfabetização em saúde, baixo status socioeconômico e com diversidade cultural e linguística.

- **Recomendações:**

O engajamento de cuidadores e familiares é importante para os que apoiam idosos frágeis, com ou sem comprometimento cognitivo, ou aqueles que são dependentes para suas atividades diárias.

Estruturas de saúde multidimensionais (que se modificam e se adaptam às necessidades individuais) possibilitam que as pessoas escolham o método de apoio, de acordo com o avanço e complexidade do seu estado geral de saúde. Pessoas que lidam melhor com suas limitações e aprimoram seu funcionamento corporal ideal têm estilos de vida mais ativa, o que auxilia a aumentar o controle de suas habilidades funcionais e a minimizar os riscos predisponentes ao desenvolvimento de complicações mais graves.

Resultados específicos podem ser acordados e organizados num plano de gestão individualizado com atividades relacionadas à alimentação para a saúde e controle de peso, confiança para lidar com a dor crônica, limitações, estresse e ansiedade, além de exercícios musculoesqueléticos e cardiorrespiratórios.

- **Implicações no contexto do PASBC:**

Trocar experiências com programas de saúde e operadoras de plano de saúde, especialmente na modalidade de Autogestão.

4.4. IMPROVING SUPPORTED SELF-MANAGEMENT FOR PEOPLE WITH DIABETES⁸

- **Base de Dados: Evidence**

- **Objetivo:**

Examinar o autogerenciamento apoiado e como o seu desenvolvimento através da educação e planejamento de cuidados pode permitir que os diabéticos administrem melhor suas vidas.

- Método:

Elaboração de documento por um grupo focal envolvendo diabéticos, a fim de explorar componentes que podem permitir a autogestão com sucesso. O grupo analisou informações consistentes e de alta qualidade sobre diabetes e educação estruturada (tanto para recém-diagnosticados quanto para as pessoas com planejamento de cuidados estabelecido).

- Diretrizes:

Autogerenciamento bem-sucedido requer conhecimento sobre a condição – como ela precisa ser tratada e o que precisa ser feito. Pode incluir, ainda, mudanças de comportamento, habilidades para resolução de problemas e como lidar com situações difíceis, sendo essencial que as informações sobre a condição, educação e treinamento estejam na abordagem de autogestão.

- Recomendações:

As principais atividades de autogestão para o tratamento do diabetes são:

- ✓ Gerir as relações entre comida, atividade e medicamentos;
- ✓ Automonitorização da glicose no sangue, pressão arterial e triagem de retina realizada;
- ✓ Fixação de metas adaptadas às necessidades individuais, por exemplo, em relação aos cuidados com os pés, perda de peso, técnica de injeção e atividades de automonitoramento;
- ✓ Aplicar as regras do dia doente quando estiver, ou o que fazer se for para o hospital;
- ✓ Entender o diabetes, que cuidado esperar e como acessar os serviços;
- ✓ Gestão de complicações agudas - hipoglicemia e hiperglicemia;
- ✓ Compreender questões legais, como as relacionadas ao emprego e à direção.

Embora o autogerenciamento apoiado tenha diversos componentes, os elementos essenciais que os diabéticos precisam e que são serviços mínimos para garantir suporte ao autogerenciamento estão categorizados da seguinte forma:

- ✓ Planejamento de cuidado personalizado;
- ✓ Informação adaptada e de alta qualidade;
- ✓ Acesso à educação estruturada;

- ✓ Acesso à profissionais de saúde e aconselhamento especializado, quando necessário;
 - ✓ Suporte psicológico e emocional;
 - ✓ Suporte de pares, familiares, amigos e cuidadores.
- Implicações no contexto do PASBC

Capacitar os beneficiários a lidar com a doença crônica e suas complicações, além de esclarecer os fluxos de atendimento e os serviços disponíveis.

4.5. PATIENTS IN CONTROL: WHY PEOPLE WITH LONG-TERM CONDITIONS MUST BE EMPOWERED⁹

- Base de Dados: Evidence

- Objetivo:

Descrever a percepção de pessoas com condições de longo prazo acerca do maior controle sobre os serviços que recebem e maior poder e experiência no autogerenciamento.

- Método:

Pesquisa com 2.500 pessoas com condições de longo prazo acerca de atitudes e experiências no manejo de suas condições.

- Resultados:

- ✓ 63% dos entrevistados estavam satisfeitos com o gerenciamento diário de suas condições; grande parte dos 37% que não estavam satisfeitos não recebeu informações e apoio quando foi diagnosticada;
- ✓ 77% disseram que mais serviços de saúde poderiam e deveriam ser administrados de forma independente em casa, mas a falta de apoio e informação os impedia de fazê-lo;
- ✓ Um contato nomeado para consultas sobre qualquer aspecto de seus cuidados foi a resposta mais popular; 75% achariam isso útil e 57% acharam que ter um contato nomeado para suporte e aconselhamento por telefone reduziria o número de vezes que eles irão ao médico, hospital ou usariam serviços de emergência;
- ✓ 70 % queriam um melhor acesso aos seus registros médicos;

- ✓ Apenas 20% das pessoas usaram dispositivos para monitorar sua saúde e manter sua independência pelo menos algumas vezes, e 14% usaram aplicativos;
 - ✓ 31% dos entrevistados achavam que os dispositivos poderiam ser úteis no futuro e 24% pensavam o mesmo em relação a aplicativos específicos.
- Recomendações:
 - ✓ Um único ponto de contato para cuidados de saúde – com acesso fácil e direto;
 - ✓ Acesso fácil dos pacientes aos seus registros de saúde;
 - ✓ Apoio de pares;
 - ✓ Empoderamento de pacientes – reconhecendo a autonomia e capacitando-os.
 - Implicações no contexto do PASBC:

Definir um ponto de contato para consultas e quaisquer aspectos para o cuidado e disponibilizar os registros desses atendimentos.

4.6. WHERE ARE THE PATIENTS IN DECISION-MAKING ABOUT THEIR OWN CARE? ¹⁰

- Base de Dados: Evidence
- Objetivo:

Descrever o que as evidências de pesquisa relatam sobre os efeitos de envolver os pacientes em seus cuidados clínicos e analisar as intervenções que foram (ou poderiam ser) implementadas em diferentes sistemas de saúde, concentrando-se em estratégias para melhorar a alfabetização em saúde, tomada de decisão sobre tratamento e autogerenciamento de condições crônicas.
- Recomendações:
 - ✓ Alfabetização em saúde (capacidade de ler, compreender, avaliar e usar informações de saúde para tomar decisões apropriadas sobre saúde e cuidados de saúde), a fim de fornecer informação e educação, encorajar o uso apropriado e efetivo dos recursos de saúde e combater as desigualdades na saúde. Pode ser dividida em 3 níveis:
 - ❖ funcional: habilidades básicas em leitura e escrita;

- ❖ interativo: alfabetização cognitiva mais avançada e habilidades sociais que possibilitam a participação ativa nos cuidados de saúde;
- ❖ crítica: a capacidade de analisar criticamente e usar informações para participar de ações que transcendem a área restrita da saúde.
- ✓ Tomada de decisão compartilhada (embora nem todos os pacientes queiram compartilhar as decisões em um tratamento, a maioria deseja que os médicos os informem e levem em consideração suas preferências);
- ✓ Melhorar o autogerenciamento, proporcionando conhecimento e compreensão da condição crônica, melhoria do comportamento de enfrentamento e de adesão às recomendações de tratamento, de forma a apoiar os esforços de autocuidado e desestimular a dependência desnecessária aos profissionais (que resulta no aumento da demanda por recursos caros de saúde e mina a sustentabilidade dos sistemas de saúde). O objetivo do apoio ao autogerenciamento é:
 - ❖ administrar a doença – tomando medicamentos ou aderindo a uma dieta especial;
 - ❖ desempenhar normalmente suas atividades e funções;
 - ❖ administrar o efeito emocional de sua doença.

- Conclusão:

A alfabetização em saúde é fundamental para melhorar o envolvimento dos pacientes em seus cuidados, de forma que todas as estratégias para fortalecer o engajamento devem ter como objetivo melhorá-la.

Estratégias para informar e capacitar pacientes e para melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de prestação de cuidados de saúde devem estar no topo da agenda, não apenas porque é a coisa certa a fazer, mas também pode ser a maneira de melhorar a saúde das pessoas e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

- Implicações no contexto do PASBC:

Colocar como prioridade a capacitação de beneficiários para que eles participem ativamente na gestão de suas condições.

4.7. Estratégia de implementação de diretrizes clínicas em hipertensão ou diabetes em atenção primária¹¹

- Base de Dados: SISREBRATS

- Objetivo:

Oferecer recomendações baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis para subsidiar a decisão do gestor sobre a adoção de tecnologias relativas a *programas/intervenções* ou diretrizes clínicas com efetividade comprovada.

- Método:

Foi realizada busca através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados: Lilacs, IBECs, Medline, Biblioteca Cochrane e Embase. Os termos utilizados foram "hipertensao" ou "diabetes mellitus", "atenção primária em saúde", "ensaio clinico" ou "ensaio clinico controlado" ou "estudo comparativo" ou "metanalise" ou "revisão", através da pergunta de pesquisa "Quais as melhores estratégias de implementação de diretrizes embasadas em evidências em diabetes e hipertensão no nível de Atenção Primária à Saúde (APS)?"

Foram revisadas, ainda, publicações relacionadas à atuação de enfermeiros, médicos, dentistas, farmacêuticos e nutricionistas na atenção primária.

- Recomendações:

- ✓ Incluir o farmacêutico nas diretrizes clínicas para o manejo do diabetes;
- ✓ Desenvolver intervenções não farmacológicas no manejo de doenças crônicas;
- ✓ Desenvolver atividades envolvendo um grupo de médicos clínicos;
- ✓ Desenvolver intervenções organizacionais e educacionais;
- ✓ Promover a participação de um orientador com pacientes não controlados e orientar medidas de prevenção para diminuir a inércia clínica;
- ✓ Desenvolver um sistema de informação eletrônico que possibilite feedback aos pacientes;
- ✓ Implementar uma intervenção com um modelo de atenção com apoio ao autocuidado e a tomada de decisão.

- Implicações no contexto do PASBC:

Implementar registros de saúde em formato eletrônico, possibilitando acesso e feedback aos beneficiários.

4.8. “WAS THAT A SUCCESS OR NOT A SUCCESS?”: A QUALITATIVE STUDY OF HEALTH PROFESSIONALS’ PERSPECTIVES ON SUPPORT FOR PEOPLE WITH LONG-TERM CONDITIONS¹²

- Base de Dados: Pubmed

- Objetivo:

Compreender o apoio à autogestão, examinando as visões de sucesso de profissionais de saúde com pessoas com condições de longo prazo.

- Método:

Entrevistas individuais semiestruturadas (n = 26) e discussões em grupo (n = 5 grupos, 30 participantes) com profissionais de saúde que trabalhavam com diabéticos e/ou portadores de doença de Parkinson, transcritas e analisadas por tema.

- Resultados:

Os entrevistados citaram diversos aspectos de sucesso relacionados a: saúde, bem-estar, qualidade de vida; quão bem as pessoas (podem) gerenciam; e relações profissional-paciente. Também revelaram aspectos considerados importantes para avaliar a qualidade de seu próprio desempenho, refletindo, em parte, variações no que importa e no que é realmente alcançável para determinadas pessoas em situações específicas.

- Conclusão:

Um foco estreito em indicadores específicos pode levar a julgamentos insensíveis ou até mesmo perversos e, talvez, a efeitos contraproducentes. Discussões mais abertas e críticas sobre o sucesso e a avaliação da qualidade são necessárias para facilitar boas práticas profissionais e iniciativas de melhoria de serviços.

- Implicações no contexto do PASBC:

Avaliar as pessoas com doenças crônicas de forma mais ampla, não limitada apenas a indicadores laboratoriais e antropométricos.

4.9. EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY IN PROMOTING QUALITY OF LIFE AND TREATMENT ADHERENCE IN HYPERTENSIVE PEOPLE¹³

- Base de Dados: Pubmed

- Objetivo:

Testar a eficácia de uma intervenção educativa – com o uso de flipchart – para promover a qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas com hipertensão.

- Método:

Estudo de intervenção educativa (com uso de flipchart) do tipo antes e depois realizado com 116 indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, cadastrados em Unidades Básicas de Saúde. A qualidade de vida foi avaliada pelo MINICHAL (menor escore = melhor QV) e o QATSH (maior escore = melhor adesão) foi utilizado para avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão, medidos pré e pós intervenção.

- Resultados:

A média de qualidade de vida inicial foi $11,66 \pm 7,55$ e dois meses após a intervenção foi $7,71 \pm 5,72$, mostrando redução estatisticamente significativa ($p < 0,001$) e média de diferenças de 3,95. A média de adesão inicial ao tratamento foi $98,03 \pm 7,08$ e dois meses após a intervenção foi $100,71 \pm 6,88$, estatisticamente significante ($p < 0,001$), e média de diferenças de 2,68.

- Conclusão:

A intervenção educativa utilizando o flipchart melhorou o escore total de qualidade de vida (escores de domínio físico e mental) e aumentou a adesão ao tratamento por pessoas com a hipertensão arterial.

- Implicações no contexto do PASBC:

Utilizar diferentes formas de educação em saúde para alcançar indivíduos com diferentes estilos de aprendizagem.

4.10. EFFECTIVENESS OF 23-VALENT PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE VACCINE ON DIABETIC ELDERLY¹⁴

- Base de Dados: Pubmed

- Objetivo:

Comparar a incidência de doenças pneumocócicas entre grupos de idosos vacinados e não vacinados com PPV23 (vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente).

- Método:

Estudo de coorte retrospectivo de base populacional com informações do Banco de Dados Nacional de Pesquisa de Seguro Saúde de Taiwan de 2000 a 2009. Os desfechos primários foram Doenças Pneumocócicas Invasivas (DPI) e os desfechos secundários a utilização de serviços médicos.

- Resultados:

O grupo vacinado com PPV23 apresentou riscos reduzidos de DPI, insuficiência respiratória e menor tempo de internação. No grupo vacinado contra gripe, os indivíduos que receberam PPV23 tiveram – além da redução dos riscos de DPI, insuficiência respiratória e hospitalização –, menor tempo de internação e menos custos médicos do que aqueles sem a PPV23.

- Conclusão:

A vacinação com PPV23 em idosos diabéticos está relacionada a melhores desfechos primários e secundários. O recebimento de ambas as vacinas (gripe e PPV23) pode trazer uma proteção significativamente adicional na hospitalização, visitas ao pronto-socorro e complicações graves.

- Implicações no contexto do PASBC

Verificar a possibilidade de implementação de subsídios para o uso da vacina PPV23 em pacientes diabéticos idosos.

4.11. CASE MANAGEMENT IN PRIMARY CARE FOR FREQUENT USERS OF HEALTH CARE SERVICES WITH CHRONIC DISEASES: A QUALITATIVE STUDY OF PATIENT AND FAMILY EXPERIENCE¹⁵

- Base de Dados: Pubmed

- Objetivo:

Examinar a experiência de pacientes com doenças crônicas e seus familiares com a integração do cuidado como parte de uma intervenção de Gerenciamento de Caso na atenção primária.

- Método:

Dados coletados através de entrevistas em profundidade com 25 pacientes portadores de doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, doença respiratória, doença musculoesquelética ou dor crônica) e grupos focais com 8 de seus familiares. O estudo ocorreu após intervenção centrada em: avaliação completa das necessidades e recursos do paciente, estabelecimento e manutenção de plano de serviços individualizado (PSI), coordenação de serviços entre parceiros, apoio autogerido para pacientes e familiares. Os pacientes incluídos foram identificados por médico da família como usuários frequentes de serviços de saúde.

- Resultados:

Os pacientes revelaram que seu contato preferencial era a enfermeira gestora de casos e disseram sentir que suas necessidades foram levadas em consideração, especialmente em relação ao acesso aos serviços de saúde. O gestor de casos facilitou o acesso à informação, bem como a comunicação e coordenação entre os parceiros da saúde e da comunidade, o que proporcionou conforto aos pacientes e melhora na relação de confiança. Os participantes estavam ativamente envolvidos na tomada de decisões e os Planos Individuais de Serviços (PSI) os ajudaram a saber para onde estavam indo e melhoraram as transições entre os serviços.

- Conclusão:

A experiência de pacientes e familiares foi globalmente muito positiva em relação à integração do cuidado. Eles relataram melhor acesso, comunicação, coordenação e

envolvimento na tomada de decisões, bem como melhores transições de cuidados de saúde.

- Implicações no contexto do PASBC

Elaborar planos individuais de serviços quando houver necessidade de gerir casos específicos de beneficiários, a fim de informar os resultados almejados e as ações a serem tomadas.

4.12. LOOK WHO'S (NOT) TALKING: DIABETIC PATIENTS' WILLINGNESS TO DISCUSS SELF-CARE WITH PHYSICIANS¹⁶

- Base de Dados: Pubmed

- Objetivo:

Avaliar se a comunicação médico-paciente eficaz melhora o autocuidado do diabetes tipos 1 e 2.

- Método:

Avaliação de 316 pacientes diabéticos relativa à hemoglobina glicada (HbA1c), frequência de autocuidado, sofrimento relacionado ao diabetes, sintomas depressivos e ansiosos, estilos de enfrentamento, qualidade de vida e comunicação de autocuidado na relação de tratamento.

- Resultados:

Os pacientes relataram relacionamentos positivos com seus médicos e valorizaram a comunicação honesta; entretanto, 30% dos pacientes relutaram em discutir o autocuidado. Pacientes relutantes têm autocuidado menos frequente, menor qualidade de vida, mais sofrimento relacionado ao diabetes, sintomas depressivos e sintomas de ansiedade.

Pacientes que relataram sintomas depressivos elevados, embora não necessariamente depressão maior, eram mais propensos a relutar em discutir o autocuidado, enquanto pacientes que eram mais velhos e aqueles com estilo de enfrentamento autocontrolado foram menos propensos a serem relutantes.

- Conclusão:

A consciência de sintomas depressivos elevados é importante, uma vez que esses pacientes podem estar mais relutantes em discutir o autocuidado. Intervenções e abordagens baseadas em evidências são necessárias para melhorar tanto os sintomas depressivos quanto a comunicação do paciente em relação ao autocuidado.

- Implicações no contexto do PASBC:

Proporcionar vínculo entre o PASBC e os beneficiários, além de avaliar o estado emocional e psicológico dos beneficiários com doenças crônicas – o que pode ser fator de não aderência ao cuidado proporcionado pelos profissionais de saúde.

5. RECOMENDAÇÕES

- Conhecer e acompanhar as condições de saúde dos beneficiários do PASBC, especialmente dos doentes crônicos;
- Oferecer cuidado, suporte e tratamento coordenados e personalizados;
- Capacitar os beneficiários para viver de forma independente e satisfatória;
- Apoiar a autogestão de doenças crônicas;
- Perceber o que importa para o beneficiário em vez de tratar apenas a doença crônica;
- Apoio de pares, familiares e colegas de trabalho;
- Planejamento individual com fixação de metas flexíveis;
- Capacitar o beneficiário a lidar com as intercorrências das doenças crônicas, inclusive legalmente;
- Suporte psicológico e emocional;
- Realizar *benchmarking* com outros programas de saúde e operadoras de planos de saúde acerca de suas experiências no acompanhamento de doentes crônicos;
- Definir um ponto de contato (apoio) a cada beneficiário para consultas e quaisquer dúvidas sobre sua condição de saúde;
- Proporcionar a cada beneficiário acesso aos registros de saúde através de sistema

eletrônico de informações;

- Implementar a tomada de decisão compartilhada;
- Desestimular a dependência desnecessária aos profissionais de saúde fora do ponto de contato;
- Informar sobre intervenções não farmacológicas;
- Verificar possibilidade de subsidiar (mesmo que em parte) a vacina PPV23 em idosos diabéticos;
- Elaborar Plano Individual de Serviços quando houver necessidade de gerir casos específicos de beneficiários.

REFERÊNCIAS

- ¹ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Brasil, Grandes regiões e unidades da federação. 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- ² BAUER, Ursula et al. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. **The Lancet**, v. 384: p. 45–52, jul. 2014. (The Health of Americans 1).
- ³ ALLOTEY, Pascale et al. Rethinking health-care systems: a focus on chronicity. **The Lancet**, v. 377, n. 9764, p.450-451, fev. 2011.
- ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Pareceres Técnico-Científico.** 4 ed. Brasília, 2014.
- ⁵ SHURNEY, Dexter et al. CHIP Lifestyle Program at Vanderbilt University Demonstrates an Early ROI for a Diabetic Cohort in a Workplace Setting: A Case Study. **Journal of Managed Care Medicine**, v. 15, n. 4, p. 5-15, 2012.
- ⁶ IONGH, Anya et al. **A practical guide to self-management support: key components for successful implementation.** The Health Foundation. Londres, 2015.
- ⁷ LYNALL, Anna; JORDAN, Helena. **Engaging Communities with Self Management: Report and Recommendations.** The Health Foundation. Londres, 2009.
- ⁸ DIABETES UK. **Improving supported self-management for people with diabetes.** 2009. Disponível em: <https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2017-09/Supported_self-management.pdf>. Acesso em: 10 jul 2018.
- ⁹ IPPR. Institute for Public Policy Research. **Patients in Control: why people with long-terms conditions must be empowered.** 2014. Disponível em: <https://www.ippr.org/files/publications/pdf/patients-in-control_Sept2014.pdf>. Acesso em: 10 jul 2018.
- ¹⁰ WHO. Regional Office for Europe. **Where are the patients in decision-making about their own care?** Dinamarca, 2008.
- ¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde. **Estratégia de implementação de diretrizes clínicas em hipertensão ou diabetes em atenção primária.** Brasília, 2013.
- ¹² OWENS, John et al. “Was that a success or not a success?”: a qualitative study of health professionals’ perspectives on support for people with long-term conditions. **BMC Family Practice**, v. 18, n. 1, p.1-15, mar. 2017.

- ¹³ SOUZA, Ana Célia Caetano de et al. Effectiveness of Educational Technology in Promoting Quality of Life and Treatment Adherence in Hypertensive People. **Plos One**, v. 11, n. 11, p.1-10, nov. 2016.
- ¹⁴ KUO, Chia-sheng et al. Effectiveness of 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine on diabetic elderly. **Medicine**, v. 95, n. 26, p.1-7, jun. 2016.
- ¹⁵ HUDON, Catherine et al. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. **Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, 523-528, nov./dez. 2015.
- ¹⁶ BEVERLY, E. A. et al. Look Who's (Not) Talking: Diabetic patients' willingness to discuss self-care with physicians. **Diabetes Care**, v. 35, n. 7, p.1466-1472, mai. 2012.



Este Parecer Técnico Científico é parte integrante da Dissertação de Laura Soares Tupinambá apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia – Mestrado Profissional da Fundação Santa casa de Misericórdia do Pará, como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão e Saúde sob orientação do Prof. Dr. Helder Henrique Costa Pinheiro.