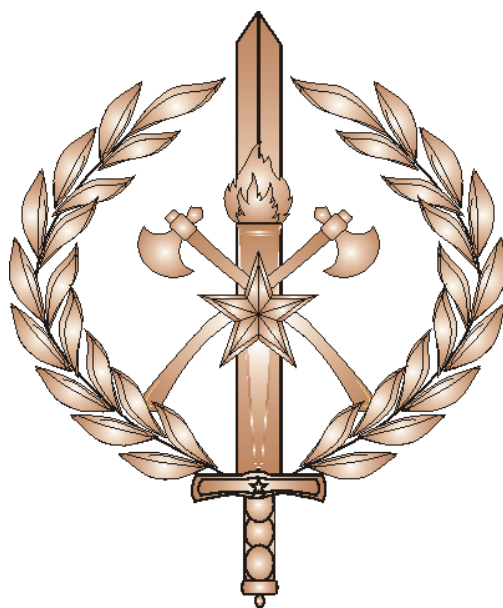


**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL  
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DIRETORIA DE ENSINO  
CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICA, ESTRATÉGIA E DOCTRINA  
CURSO DE ALTOS ESTUDOS PARA OFICIAIS**

MAJ QOBM/Med. **ANA CAROLINA** DE CARVALHO FONSECA PEREIRA



**ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE  
GERENCIAMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS NA POLICLÍNICA  
MÉDICA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO  
FEDERAL**

**BRASÍLIA  
2025**

MAJ QOBM/Med. **ANA CAROLINA** DE CARVALHO FONSECA PEREIRA

**ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE  
GERENCIAMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS NA POLICLÍNICA  
MÉDICA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO  
FEDERAL**

Artigo científico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientador: CEL RRm QOBM/Med. **MARIANA** SIRIMARCO FERNANDES

**BRASÍLIA**  
2025

MAJ QOBM/Med. **ANA CAROLINA** DE CARVALHO FONSECA PEREIRA

**ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS NA POLICLÍNICA MÉDICA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

Artigo científico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**André** Telles Campos – Cel. QOBM/Comb.  
**Presidente**

---

**Geisa** Cosac Bomfim – Cel. QOBM/Med.  
**Membro**

---

Daniel de Carvalho **Friedman** – Cel. RRm QOBM/Med.  
**Membro**

---

**Mariana** Sirimarco Fernandes – Cel. RRm QOBM/Med.  
**Orientadora**

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

AUTOR: Maj QOBM/Med. Ana Carolina de Carvalho Fonseca Pereira

TÍTULO: Estratégias para a implementação de programa de gerenciamento de pacientes crônicos na Policlínica Médica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

DATA DE DEFESA: 08/10/2025.

Acesso ao documento		
<input checked="" type="checkbox"/> Texto completo	<input type="checkbox"/> Texto parcial	<input type="checkbox"/> Apenas metadados

Licença
<p><b>DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA</b></p> <p>O referido autor:</p> <p>a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.</p> <p>b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder ao CBMDF os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.</p> <p>Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não o CBMDF, declara que cumpriram quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.</p> <p><b>LICENÇA DE DIREITO AUTORAL</b></p> <p>Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Biblioteca da Academia de Bombeiro Militar disponibilizar meu trabalho por meio da Biblioteca Digital do CBMDF, com as seguintes condições: disponível sob Licença Creative Commons 4.0 International, que permite copiar, distribuir e transmitir o trabalho, desde que seja citado o autor e licenciante. Não permite o uso para fins comerciais nem a adaptação desta.</p> <p>A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.</p>

---

**Ana Carolina de Carvalho Fonseca Pereira**

Maj. QOBM/Med.

## RESUMO

Este artigo discute a necessidade de aprimoramento da gestão em saúde no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), com ênfase no eixo assistencial voltado à promoção da saúde e prevenção de riscos, especialmente no contexto da atenção básica e do manejo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas condições representam um desafio crescente não só para o sistema de saúde do CBMDF, mas também para os sistemas de saúde público e privado. O objetivo da pesquisa é analisar a viabilidade da implementação de um programa piloto de gerenciamento de pacientes crônicos no CBMDF, alinhado às diretrizes nacionais e focado na promoção e prevenção em saúde, visando melhorar a qualidade da assistência aos beneficiários. A abordagem metodológica envolveu uma revisão da literatura sobre o tema proposto, o exame de programas semelhantes implementados em instituições militares, como a Marinha do Brasil, além da análise da legislação atual, de relatórios institucionais e dos recursos disponíveis no CBMDF para a execução do programa. Os resultados evidenciam o impacto positivo da telessaúde e do acompanhamento multiprofissional no manejo das DCNT, bem como a viabilidade de implementação do programa no CBMDF, apesar das limitações relacionadas à falta de sistemas integrados e sistematizados. O programa piloto proposto busca preencher lacunas no acompanhamento dos militares e de seus familiares portadores de doenças crônicas, com foco na prevenção de agravos e na promoção da saúde, por meio de fluxos assistenciais que incluem intervenção educativa, acompanhamento multiprofissional e monitoramento contínuo de indicadores clínicos. Conclui-se que a implantação do programa tem o potencial de promover maior autonomia técnica na gestão e fortalecer o eixo assistencial do CBMDF, alinhando-o às diretrizes nacionais e às recomendações dos órgãos de controle. Além disso, o programa poderá favorecer a maior adesão dos pacientes ao tratamento, diminuir complicações clínicas e aumentar a satisfação dos usuários, promovendo a sustentabilidade do sistema e a integralidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Doenças Crônicas. Gestão em Saúde. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

This article discusses the need for improving health management at the Military Fire Department of the Federal District (CBMDF), with an emphasis on the care axis focused on health promotion and risk prevention, especially within the context of primary care and the management of chronic non-communicable diseases (NCDs). These conditions represent a growing challenge not only for the CBMDF healthcare system but also for public and private health systems. The research aims to analyze the feasibility of implementing a pilot program for managing chronic patients at CBMDF, aligned with national guidelines and focused on health promotion and prevention, aiming to improve the quality of care for beneficiaries. The methodological approach involved a literature review on the proposed topic, examination of similar programs implemented in military institutions such as the Brazilian Navy, as well as analysis of current legislation, institutional reports, and the resources available at CBMDF for program execution. The results demonstrate the positive impact of telehealth and multiprofessional monitoring in managing NCDs, as well as the feasibility of implementing the program at CBMDF despite limitations related to the lack of integrated and systematized systems. The proposed pilot program seeks to fill gaps in the follow-up of active-duty military personnel with chronic diseases, focusing on preventing aggravations and promoting health through care flows that include educational interventions, multiprofessional follow-up, and continuous monitoring of clinical indicators. It is concluded that the program's implementation has the potential to promote greater technical autonomy in management and strengthen CBMDF's care axis, aligning it with national guidelines and recommendations from oversight bodies. Furthermore, the program could enhance patient adherence to treatment, reduce clinical complications, and increase user satisfaction, contributing to the system's sustainability and comprehensive care.

**Keywords:** Chronic Diseases. Healthcare Management. Health Promotion.

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado uma rápida transição demográfica, caracterizada pela redução significativa da taxa de fecundidade e pelo envelhecimento da população. Essa mudança também se reflete na saúde, evidenciando uma transição epidemiológica que promove a substituição das doenças infectocontagiosas, predominantes até meados do século XX, por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Entre estas, estão as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, hipertensão e neoplasias, que geralmente se apresentam como patologias de longa duração e evolução lenta. Esse fenômeno está associado ao aumento da expectativa de vida, à urbanização, às mudanças nos hábitos alimentares, ao sedentarismo, ao consumo de álcool e tabaco, além de fatores socioeconômicos (BRASIL, 2021).

O crescimento da incidência das DCNT impõe desafios significativos ao sistema de saúde brasileiro, que precisa se adaptar a um modelo focado na prevenção, no acompanhamento contínuo e no cuidado integral. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem ampliado políticas públicas para promoção da saúde, diagnóstico precoce e gestão de doenças crônicas, com ênfase no fortalecimento da atenção primária. O plano estratégico para enfrentamento das DCNT no Brasil 2021-2030 propõe diretrizes para estimular programas de promoção da saúde e prevenção, inclusive no setor de saúde suplementar, além do desenvolvimento de ferramentas digitais para o autocuidado e hábitos saudáveis (BRASIL, 2021).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável por regular o setor de planos de saúde privados no Brasil, garantindo a qualidade dos serviços e a proteção dos consumidores. Em 2018, a ANS instituiu um programa para incentivar as operadoras a aprimorarem o cuidado aos beneficiários por meio da implantação de linhas de cuidado em atenção primária, aprimorado em 2022 pela Resolução Normativa nº 506. Essa normativa visa ampliar o acesso a médicos generalistas, assegurar acompanhamento multidisciplinar para pacientes com condições crônicas complexas, reduzir atendimentos desnecessários em urgências e internações evitáveis, além de melhorar o desempenho das operadoras no índice de desempenho da saúde suplementar (BRASIL, 2022).

No contexto do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), a assistência à saúde é garantida por legislações específicas (Decreto nº 26.876/2006 e Leis nº 7.479/1986, nº 10.486/2002 e nº 11.134/2005), que asseguram o atendimento ambulatorial e hospitalar de maneira integral, conforme o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define ser um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (OMS, 2003). O CBMDF oferece serviços de saúde aos seus beneficiários por meio das organizações bombeiros militares (OBMs) subordinadas à Diretoria de Saúde (DISAU), como a Policlínica Médica (POMED), Policlínica Odontológica, Centro de Assistência Bombeiro Militar, Capelarias, Centro de Capacitação Física e Centro de Perícias Médicas, cada uma atuando em sua respectiva área.

Os beneficiários do sistema de saúde do CBMDF incluem militares, dependentes e pensionistas, que têm acesso às consultas, exames, procedimentos cirúrgicos e tratamentos especializados, conforme a necessidade clínica e disponibilidade nas OBMs. Quando o atendimento não pode ser realizado internamente, os casos são encaminhados à rede credenciada, composta por hospitais e clínicas conveniadas. A prioridade é o atendimento nas OBMs, mas, na ausência do serviço, o beneficiário pode recorrer a outras instituições, com possibilidade de ressarcimento conforme normas internas (BRASIL, 2002; DISTRITO FEDERAL, 2006; CBMDF, 2006).

O Fundo de Saúde do CBMDF, criado pelas Leis nº 10.486/2002 e nº 11.134/2005 e regulamentado pelo Decreto nº 26.876/2006, complementa os recursos para assistência médico-hospitalar, odontológica, psicológica e social aos beneficiários. Gerido pelo CBMDF, o fundo utiliza recursos do Fundo Constitucional do Distrito Federal e contribuições dos militares para custear atendimentos, aquisição de materiais e serviços essenciais. Por não ser um plano de saúde privado, o sistema de saúde do CBMDF não é regulado pela ANS, sendo fiscalizado por órgãos de controle do Distrito Federal. Segundo relatório do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDFT), em 2017, os recursos empenhados para a assistência à saúde do CBMDF totalizaram R\$ 81,7 milhões, com a maior parte destinada à rede credenciada. O relatório também apontou falhas que dificultam a expansão do atendimento na rede própria como a inexistência de informações acerca da demanda por atendimentos, limitação dos sistemas utilizados e o fato de que as ações preventivas contra doenças

são incipientes, tem alcance limitado e não são orientadas por perfil epidemiológico dos beneficiários da assistência médica na Corporação (TCDFT, 2019).

As despesas com saúde, tanto no setor público quanto privado, têm crescido significativamente nos últimos anos, conforme relatórios da Controladoria-Geral da União (CGU) e do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) (CGU, 2023; IESS, 2022). De forma similar, o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) registrou aumento expressivo nos gastos com saúde, passando de aproximadamente R\$ 81 milhões em 2017 para quase R\$ 175 milhões em 2024, um crescimento de mais de 100% no período, segundo dados da Seção de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro da Saúde (SAOFI), (CBMDF, 2025).

Esse contexto evidencia a importância de fortalecer a sustentabilidade do sistema de saúde da corporação, com foco na otimização dos recursos humanos e na ampliação da capacidade de atendimento da rede própria. Ademais, a ampliação dos programas de prevenção é essencial para otimizar os atendimentos internos, aliviar a demanda nos ambulatórios de especialistas e reduzir complicações clínicas, o que pode resultar na diminuição dos custos associados a hospitais e clínicas credenciadas. Assim, o problema de pesquisa proposto traduz-se na seguinte pergunta: “De que forma o CBMDF pode aprimorar seu modelo assistencial, assegurando um acompanhamento longitudinal eficiente e expandindo as ações preventivas, com o objetivo de aumentar a qualidade da assistência ao usuário e promover um planejamento mais preciso, fundamentado em perfis epidemiológicos atualizados dos beneficiários do sistema de saúde da corporação?”

Atualmente, não existe um conjunto consolidado de dados sobre o estado de saúde dos usuários do sistema de saúde do CBMDF, o que dificulta a compreensão do perfil destes usuários por parte dos gestores. Essa limitação ocorre principalmente, devido à falta de prontuário eletrônico e sistemas integrados para consolidar informações dos atendimentos realizados na corporação e na rede credenciada.

A coleta e análise sistemática de dados são indispensáveis para a gestão eficiente e direcionada das ações de prevenção, alinhando-se à máxima de que “o que não é medido, não é gerenciado” (Drucker, 1954). A iminente implantação de sistema informatizado na POMED permitirá um melhor entendimento do perfil de saúde dos beneficiários, possibilitando intervenções mais assertivas, mas até a efetivação deste, se faz necessário iniciar a captação de dados de saúde com os

meios atualmente disponíveis para que as ações possam ser iniciadas com maior brevidade.

Diante desse contexto, torna-se fundamental implementar, no âmbito do CBMDF, em especial na POMED, programas estruturados de gerenciamento de pacientes crônicos que promovam a prevenção, o acompanhamento contínuo e a racionalização dos recursos humanos. Tais programas devem considerar o perfil epidemiológico dos beneficiários, integrando ações multidisciplinares e utilizando indicadores de saúde para monitoramento e avaliação contínua. A implementação desses programas visa melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários, reduzir complicações clínicas, diminuir a dependência da rede credenciada e garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde do CBMDF. Busca-se com esta proposta preencher a lacuna identificada na assistência à saúde dos beneficiários do CBMDF, contribuindo para um melhor controle das doenças crônicas e para a melhora dos desfechos em saúde desse grupo.

O objetivo geral deste trabalho foi identificar estratégias para a implementação de um programa de gerenciamento de doenças crônicas na POMED, levando em consideração as atuais limitações relacionadas aos dados epidemiológicos, à equipe disponível e aos recursos tecnológicos. O desenvolvimento de um modelo visa não apenas atender às necessidades dos pacientes, mas também promover a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos, por meio de um planejamento mais preciso baseado em perfis epidemiológicos atualizados. Além disso, busca garantir um atendimento mais humanizado e eficaz, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado e da satisfação do usuário.

Os objetivos específicos deste trabalho são: identificar o perfil epidemiológico dos beneficiários crônicos atendidos pelo sistema de saúde do CBMDF; desenvolver um protocolo de monitoramento e acompanhamento fundamentado em melhores práticas de gerenciamento de doenças crônicas; mapear e propor a capacitação da equipe multiprofissional encarregada do gerenciamento e execução do programa; e propor um projeto-piloto voltado ao gerenciamento de militares da ativa.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório lideram as causas de óbito, seguidas por neoplasias malignas e doenças respiratórias, sendo a maioria das mortes prematuras associada a fatores de risco modificáveis como obesidade, má alimentação, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). Políticas de saúde que promovem ambientes favoráveis a escolhas saudáveis são essenciais para a adoção e manutenção de comportamentos preventivos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) permanece como uma das doenças crônicas mais prevalentes no Brasil, sendo reconhecida não apenas como importante comorbidade, mas também como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, o que reforça a necessidade de estratégias eficazes de gerenciamento em saúde coletiva. Segundo os dados do Vigitel 2023, programa do Ministério da Saúde que monitora por meio de entrevistas telefônicas a frequência e a distribuição dos principais fatores de risco e proteção para DCNT na população adulta no Brasil, este ano registrou a maior prevalência de hipertensão nas capitais brasileiras desde o início da série histórica, com aumento observado em praticamente todos os subgrupos populacionais analisados. Esses achados reforçam a necessidade de implementar programas estruturados de acompanhamento e controle da hipertensão em sistemas de saúde, especialmente em organizações sem fins lucrativos, visando melhorar os desfechos clínicos, reduzir o impacto das doenças crônicas na população assistida e manter a sustentabilidade dos sistemas (BRASIL, 2023).

Embora regulamentos estimulem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito da saúde pública e privada, a efetividade dessas iniciativas ainda carece de estudos robustos, sendo a maioria das pesquisas com limitações metodológicas e com intervenções que variam significativamente entre os estudos, muitos desses focados apenas na redução de custos e impossibilitando assim as generalizações dos resultados (Davy et al., 2015, Klein, 2017).

Um dos principais desafios no gerenciamento de doenças crônicas é promover o engajamento tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde. Os planos de saúde frequentemente enfrentam dificuldades para integrar programas de

gerenciamento aos fluxos de trabalho dos provedores e incentivar a participação ativa dos pacientes. Para superar esses obstáculos, as operadoras têm investido em parcerias com provedores e na adoção de tecnologias de suporte ao paciente, visando aumentar a efetividade dos programas de gerenciamento de doenças crônicas (Mattke *et al.*, 2015).

Um estudo realizado por Avery e colaboradores demonstrou que um programa de gerenciamento de doenças crônicas conduzido por telefone proporcionou uma economia significativa nas despesas médicas, ao incentivar a autogestão e promover mudanças comportamentais entre os participantes. O programa resultou em uma economia média anual de US\$ 1.157,91 por indivíduo, com os valores economizados aumentando à medida que a participação se prolongava. Esses achados corroboram pesquisas mais amplas que apontam que intervenções realizadas por telessaúde e telefone podem reduzir efetivamente os custos em saúde e melhorar os desfechos clínicos dos pacientes (Avery *et al.*, 2016).

Roy e colaboradores destacam também o impacto positivo da telessaúde no manejo de doenças crônicas, melhorando a adesão, autogestão e acesso aos serviços, com evidências significativas de redução dos níveis de hemoglobina glicada em diabéticos e melhor controle da pressão arterial em hipertensos. O artigo conclui que a telessaúde pode ser mais econômica em comparação com as práticas médicas tradicionais para o gerenciamento de doenças crônicas (Roy *et al.*, 2024).

Além dos programas de telemonitoramento e gerenciamento clínico multiprofissional, a literatura enfatiza a importância da integração entre pacientes e profissionais de saúde para o sucesso do manejo das doenças crônicas. Essa abordagem colaborativa contribui para melhores desfechos clínicos e maior satisfação dos usuários. O engajamento ativo do paciente, por meio da tomada de decisão compartilhada, é fundamental para adaptar o tratamento às necessidades individuais e garantir maior adesão às terapias (Tapp *et al.*, 2018).

O artigo de Klein abrangeu revisões sistemáticas e uma combinação de abordagens qualitativas e quantitativas com foco na implementação de programas de gerenciamento de cuidados crônicos, e destaca várias implicações práticas para os sistemas de saúde com o objetivo de adotar uma abordagem proativa para o gerenciamento de doenças crônicas, onde médicos lidam com a supervisão e as prescrições médicas, enfermeiros fazem a triagem e auxiliam nos planos de tratamento e nutricionistas auxiliam na mudança de hábitos nutricionais. Estudos

mostraram que essa abordagem, envolvendo vários profissionais de saúde, ajudou a reduzir hospitalizações e visitas ao pronto-socorro e melhorou o impacto financeiro na saúde (Klein, 2017).

## **2.1- Estudos conduzidos no Brasil**

O Programa Hiperdia, implantado pelo Ministério da Saúde no Brasil, é uma estratégia utilizada para o acompanhamento de pacientes com hipertensão e diabetes na atenção básica. Segundo a avaliação de Souza e colaboradores, o programa tem demonstrado eficácia na melhoria do controle dessas doenças crônicas, especialmente em populações mais vulneráveis. Os resultados indicam que a gestão contínua dos pacientes cadastrados no Hiperdia contribui para a redução de internações e complicações, além de promover uma melhor adesão ao tratamento (Souza et al., 2024).

Programas de gerenciamento de pacientes crônicos buscam interferir positivamente na evolução da doença, prevenir complicações, aumentar o autocuidado e construir bases de dados institucionais. O telemonitoramento clínico tem se destacado como estratégia eficaz, com estudos demonstrando redução no consumo de álcool, melhora no índice de massa corporal e manutenção de indicadores clínicos próximos às metas terapêuticas, além de ser uma tecnologia de baixo custo e viável para a saúde suplementar (Aggio et al., 2022).

Em São Paulo, um programa de uma operadora de saúde de autogestão acompanhou adultos com doenças crônicas por dois anos através de monitoramento telefônico mensal, visitas conduzidas por enfermeiros e suporte de equipe multiprofissional conforme a complexidade de cada caso, sendo a hipertensão arterial e o diabetes mellitus as principais condições de inclusão. Foi evidenciada melhora significativa em parâmetros clínicos e redução do sedentarismo em participantes com menos de 60 anos, reforçando a importância do monitoramento multidisciplinar e do telemonitoramento (Manso et al., 2016).

A literatura destaca ainda que o sucesso desses programas depende da coleta sistemática e análise dos dados epidemiológicos e clínicos, permitindo o planejamento baseado em evidências e a avaliação contínua das intervenções. A ausência de sistemas informatizados integrados limita a capacidade de monitoramento e gestão, o

que reforça a necessidade de investimentos em tecnologias da informação para a saúde (BRASIL, 2018; Ribeiro, 2020).

Já Resende e coautores mostraram que planos de cuidado multidisciplinar melhoram a qualidade de vida e reduzem custos assistenciais em pacientes com doenças crônicas, promovendo maior adesão ao tratamento e diminuindo internações e emergências, reforçando a importância da integração multidisciplinar e da atenção continuada (Resende *et al.*, 2017)

Silva e coautores destacam em seu trabalho que após a implementação de programa de gerenciamento de doenças crônicas houve uma redução significativa nos custos com internações para a operadora de saúde, além de redução no número de atendimentos de urgência/emergência e internações. Conforme os resultados apresentados, observou-se uma diminuição aproximada de 52% nos custos com internações no ano subsequente à implantação do programa de gerenciamento de doenças crônicas. No que tange às condições clínicas dos pacientes seguidos pelo programa, a maioria dos beneficiários apresentava múltiplas comorbidades, sendo mais prevalente a hipertensão arterial, seguida de dislipidemia, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença arterial coronariana (Silva *et al.*, 2016).

## **2.2- O modelo de atendimento da Marinha**

Considerando a Marinha ser uma força militar e ter um sistema de saúde próprio, muitos trabalhos já foram publicados relacionados aos programas de saúde utilizados. Desde 2000, os Programas de Saúde da Marinha (PSM) são a principal estratégia assistencial, priorizando a integralidade do cuidado, o acompanhamento de portadores de doenças crônicas e a integração multidisciplinar dos serviços. Os PSM são instrumentos utilizados também para realizar a coleta de dados de caráter epidemiológico dos usuários, contribuindo para a distribuição racional dos recursos humanos e dos materiais de saúde. Dessa forma, contribuem para o atendimento das demandas assistenciais, orientando o desenvolvimento efetivo das ações de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoces além da redução de agravos. Os programas buscam ainda combater o sedentarismo, a obesidade e o tabagismo, assim como, estimular a prática de atividades físicas e alimentação saudável, medidas não farmacológicas essenciais para o sucesso do tratamento (Mattos, 2019).

O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na Marinha é organizado em três linhas estratégicas: vigilância e monitoramento epidemiológico, promoção da saúde, e cuidado integral, com ações educativas e preventivas desde o ingresso dos militares. Destaca-se a realização periódica de inquéritos sobre hábitos de vida e a implementação de ações orientadoras para promoção de hábitos saudáveis, combate ao sedentarismo, obesidade e tabagismo, e incentivo à atividade física e alimentação adequada (Ribeiro,2020).

O Programa de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da Marinha é voltado para adultos, especialmente acima de 30 anos, com avaliação de fatores de risco e busca ativa de pacientes, promovendo adesão ao tratamento e acompanhamento multiprofissional. O cadastro sistemático dos usuários permite a busca ativa e o acompanhamento longitudinal, facilitando intervenções precoces e a racionalização dos recursos (BRASIL,2015).

Apesar dos avanços, o sistema enfrenta desafios semelhantes aos da saúde suplementar, como aumento dos custos médico-hospitalares, envelhecimento dos beneficiários e necessidade de atualização das regras de ingresso e dependência, o que impacta a sustentabilidade financeira do sistema. A eficiência operacional é buscada por meio de avaliações periódicas do desempenho hospitalar e do uso racional dos recursos, visando manter a qualidade da assistência e controlar despesas. Em síntese, o modelo de saúde da Marinha valoriza a atenção básica como porta de entrada, a integralidade do cuidado, o monitoramento epidemiológico e a promoção de saúde, buscando eficiência e sustentabilidade diante dos desafios orçamentários e do perfil epidemiológico dos beneficiários.

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo adotou uma revisão bibliográfica integrativa para identificar as melhores práticas utilizadas em programas de gerenciamento de doenças crônicas em sistemas públicos, planos de saúde sem fins lucrativos e serviços de saúde militares. Foram realizadas buscas sistemáticas nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Google Scholar abrangendo publicações de 2010 a 2025.

A pesquisa foi fundamentada nas seguintes questões de pesquisa: Quais estratégias têm se mostrado eficazes na implementação de programas de

gerenciamento de crônicos? Quais principais desafios foram observados na implementação dos programas? Que tecnologias e indicadores de eficácia foram utilizados? Como essas práticas impactam a sustentabilidade e a qualidade do cuidado em planos de saúde? Para a busca, foram utilizados termos relacionados à gestão de doenças crônicas, autogestão na saúde, saúde suplementar e modelos de cuidado, expressos em português, inglês e espanhol.

Foram incluídos estudos que abordassem experiências, resultados e desafios na implementação desses programas, considerando o tipo de programa, população-alvo, tecnologias utilizadas, indicadores de eficácia (resultados assistenciais, econômicos ou de satisfação) e desafios enfrentados. Foram excluídos artigos que envolvessem acompanhamento em ambiente hospitalar, populações pediátricas, pacientes com múltiplas comorbidades, seguimento não multidisciplinar e aqueles sem acesso ao texto completo. De um total inicial de 1.010 artigos identificados, 800 foram descartados após análise de título, resumo ou falta de acesso ao texto completo, 180 devido à duplicidade, restando 30 para leitura integral, dos quais 19 foram efetivamente incluídos na revisão. A síntese dos estudos foi realizada por temas, reunindo as principais estratégias e práticas encontradas, assim como suas implicações para a sustentabilidade e a qualidade do cuidado em planos de saúde. A síntese temática destacou estratégias como telemonitoramento, capacitação de profissionais e autogerenciamento, com ênfase em modelos sustentáveis e de baixo custo.

Além da revisão bibliográfica, foi realizada análise documental da legislação que regula a assistência à saúde do CBMDF, da Marinha, normas do Ministério da Saúde, da ANS, relatórios de órgãos de controle, diretrizes clínicas das principais sociedades brasileiras, e relatórios de empresas de autogestão, obtidos em sites oficiais ou em outros portais que direcionassem para as legislações pertinentes. Também foram analisados dados da plataforma Power BI do CBMDF, incluindo perfil dos beneficiários, quantidade de guias emitidas e valores gastos com prestadores credenciados, complementados por informações orçamentárias da Seção de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro da Saúde da DISAU.

Finalmente, foi realizada visita ao hospital Naval de Brasília para entrevista com perguntas específicas sobre modo de funcionamento dos programas de prevenção já executados na Marinha de Brasília e os impactos nesta organização.

Quanto à sua natureza, esta pesquisa é considerada aplicada, pois busca gerar conhecimentos com foco na aplicação prática, visando contribuir para a solução de problemas específicos. Em relação ao objetivo, classifica-se como exploratória, já que tem como propósito aprofundar a compreensão do problema por meio da análise documental disponível até o momento e da realização de entrevista semiestruturada com um gestor de um serviço de saúde militar, com a finalidade de obter informações detalhadas sobre práticas e desafios gerenciais. Quanto aos procedimentos técnicos, caracteriza-se como pesquisa bibliográfica, por analisar normas e conhecimentos já consolidados e documentados; documental, por examinar materiais não publicados ou ainda pouco analisados, tais como legislações, normas, relatórios institucionais e dados oficiais; e como estudo de caso, uma vez que envolve a coleta de dados diretamente com pessoas em seu contexto real de atuação (Gil, 2010).

Neste trabalho, a autora utilizou ferramentas de inteligência artificial para excluir duplicatas de artigos durante o processo de revisão bibliográfica, sintetizar as ideias apresentadas e garantir maior coesão e clareza na exposição dos conteúdos. Importante destacar que o conteúdo original, as análises e as interpretações são de autoria exclusiva da autora, sendo o suporte da inteligência artificial utilizado apenas como ferramenta de apoio na revisão e condensação dos textos elaborados.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1- O modelo de atendimento da Marinha**

Com base nos esclarecimentos obtidos por meio da entrevista com a CMG Cintia Lobo Cezar, coordenadora dos programas de saúde da Marinha, e na análise do manual dos programas, publicado em 2021, constata-se que a experiência da Marinha na implementação dos Programas de Saúde para o manejo de doenças crônicas apresenta práticas estruturadas e focadas na prevenção e promoção da saúde. Atualmente existem 15 programas previstos no manual (ANEXO A). Tais programas empregam ações educativas, diagnóstico precoce e incentivo à adoção de hábitos saudáveis, utilizando recursos diversificados como oficinas temáticas, palestras em salas de espera, eventos coletivos, atividades em grupo, além de ferramentas inovadoras, como podcasts e vídeos para dispositivos móveis, visando engajamento e informação dos usuários. Destaca-se o papel ativo dos médicos

generalistas na captação e acompanhamento dos pacientes, que em sua maioria são médicos temporários, o que contribui para agilizar o acesso, fortalecer a cultura do autocuidado e reduzir encaminhamentos para atenção especializada. Ocorre registro diário dos atendimentos classificados conforme Código Internacional de Doenças (CID-10) que são encaminhados para a enfermeira gestora para alocação nos programas específicos. Contudo, apesar da estrutura bem delineada, evidenciam-se lacunas na operacionalização dos programas: atualmente, estes realizam primariamente análises epidemiológicas dos beneficiários e facilitam o direcionamento aos especialistas em casos complexos, mas observa-se a ausência de um seguimento efetivo e sistemático dos pacientes dentro dos programas, o que representa um desafio para a consolidação dos objetivos esperados de manejo contínuo e integral das doenças crônicas (MARINHA DO BRASIL, 2021).

#### **4.2- O modelo de atendimento no CBMDF**

A atuação do sistema de saúde do CBMDF, por não se configurar como um plano de saúde privado convencional, pode ser assimilada ao modelo de operadoras de autogestão do sistema de saúde brasileiro. Nesse tipo de administração, a própria instituição — seja ela uma empresa, associação ou órgão público — é responsável pela criação e gestão do programa de assistência à saúde de seus beneficiários, sem fins lucrativos. Essa abordagem prioriza o atendimento e o bem-estar dos usuários, conferindo maior autonomia para definir políticas de saúde, gerenciar recursos e organizar os serviços prestados aos integrantes do sistema de saúde.

A política de saúde do CBMDF foi aprovada pela portaria 18, de 25 de maio de 2017. Nela está descrito:

Art. 5º O eixo assistencial será composto pelos seguintes subeixos: I – prevenção e promoção de saúde: ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, com o propósito de aumentar a qualidade de vida dos usuários do Sistema de Saúde do CBMDF, promovendo o autocuidado e estimulando a aquisição de hábitos saudáveis, buscando a criação de um novo modelo de atenção básica voltado para a linha do cuidado; II – atenção básica: nível primário de assistência à saúde que emprega tecnologia de baixa complexidade, sendo a porta de entrada as Policlínicas Médica – POMED e Odontológica – PODON, do CBMDF, bem como os demais órgãos da Diretoria de Saúde, com finalidade de oferecer a atenção gerenciada, que funciona como triador inicial e direcionador dos usuários, apresentando elevado grau de resolatividade (CBMDF, 2017).

No contexto atual da Policlínica Médica do CBMDF (POMED), observa-se que o eixo de prevenção e promoção da saúde permanece pouco desenvolvido, e o modelo de atenção básica à saúde não está plenamente consolidado. Isso ocorre, sobretudo, porque a maior parte do corpo clínico é composta por médicos especialistas, resultando em uma abordagem assistencial centrada em atendimentos ambulatoriais especializados. Os usuários acessam os ambulatórios de especialidades por meio de agendamento próprio, via internet, sem uma triagem inicial ou orientação feita por um médico generalista, o que dificulta a organização dos fluxos assistenciais e a resolutividade dos casos de menor complexidade.

Além disso, esse cenário se torna ainda mais desafiador devido ao ingresso na carreira médica ser realizado exclusivamente mediante concurso público, com oferta restrita de vagas, limitando o dimensionamento da força de trabalho em saúde conforme as demandas crescentes. Diferentemente de outras forças armadas, o CBMDF não dispõe da possibilidade de contratação de servidores temporários para suprir carências eventuais ou reforçar áreas estratégicas, o que impacta negativamente na capacidade de expansão e renovação do quadro de profissionais de saúde.

#### 4.3- O perfil dos usuários do sistema de saúde do CBMDF

Com base em levantamento realizado nos sítios eletrônicos das diretorias de saúde e no Power BI, constatou-se que o sistema de saúde do CBMDF atualmente atende um total de 31.017 usuários, abrangendo militares da ativa, veteranos, seus dependentes e pensionistas (Tabela 1).

**Tabela 1-Total de usuários do sistema de saúde conforme faixa etária e tipo de usuário**

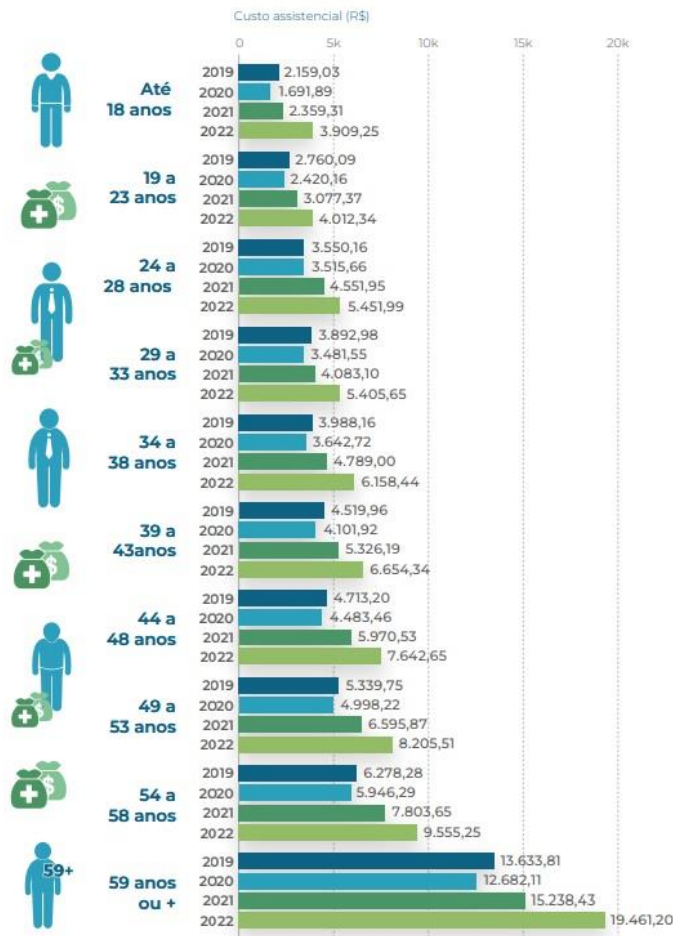
Faixa etária	Servidores Ativos	Servidores Veteranos	Dependentes Saúde	Pensionistas Saúde	Total de Usuários da Saúde
0 - 18	0	0	6.775	109	6.884
19 - 25	0	0	1.914	113	2.027
26 - 33	931	0	832	100	1.863
34 - 42	2.703	2	1.847	168	4.720
43 - 50	1.179	175	1.994	296	3.644
51 - 60	734	2.789	2.192	399	6.115
61 - 70	0	1.166	1.392	582	3.140
maior 70	0	676	1.524	424	2.624
<b>Total</b>	<b>5.547</b>	<b>4.808</b>	<b>18.470</b>	<b>2.191</b>	<b>31.017</b>

Fonte: DIGEP, 2025.

A distribuição etária revela uma concentração significativa nas faixas de 0 a 18 anos (22,1%) e entre 51 e 60 anos (19,7%), além de uma parcela relevante acima de 61 anos (18,6%) e entre 34 e 42 anos (15,2%). Esse perfil demográfico evidencia a coexistência de dois grupos com demandas distintas: os jovens dependentes, que demandam menos recursos, e os beneficiários mais velhos, mais propensos ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, que elevam os custos assistenciais.

Embora o percentual de beneficiários acima de 60 anos no CBMDF (18%) seja inferior ao observado em operadoras de autogestão (28%), a expressiva presença de usuários nas faixas etárias intermediárias e avançadas, associada à alta taxa de sinistralidade, indica um perfil de utilização dos serviços que impacta significativamente os custos como descrito no relatório das empresas de autogestão e evidenciado na Figura 1 (UNIDAS, 2023).

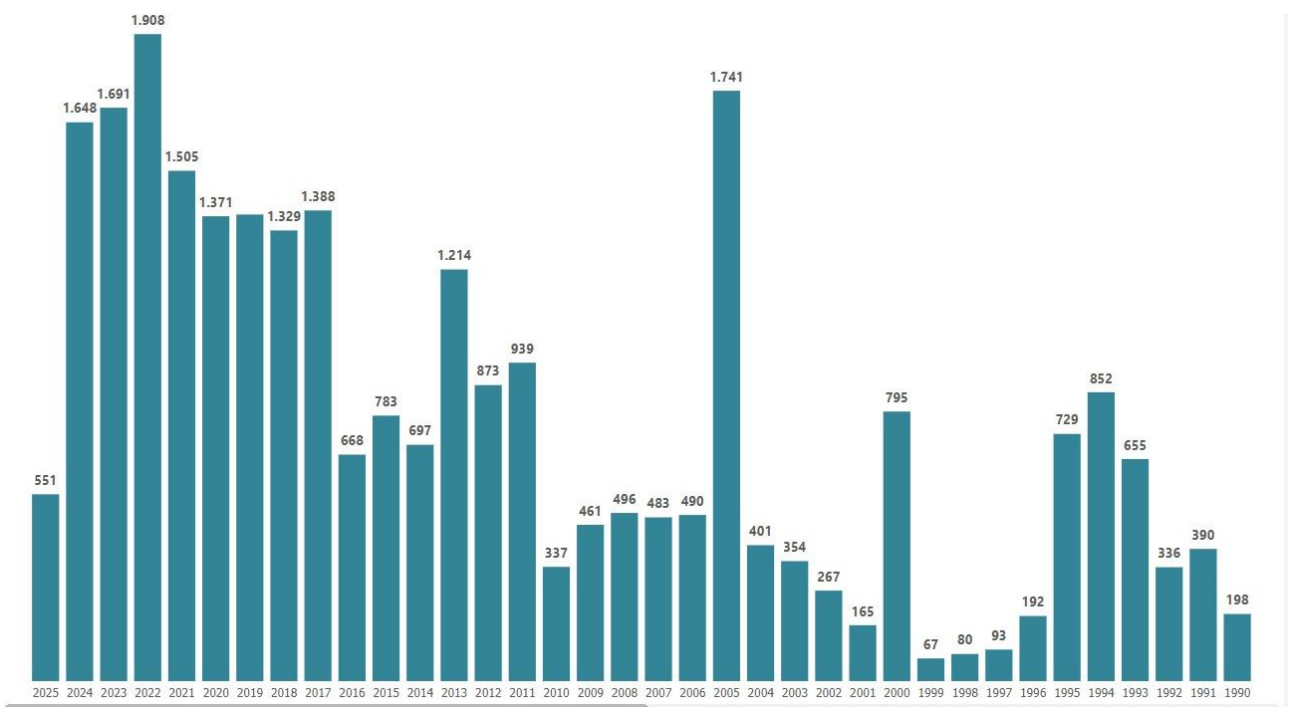
**Figura 1- Custo assistencial per capita (Planos de autogestão)**



Fonte: UNIDAS, 2023.

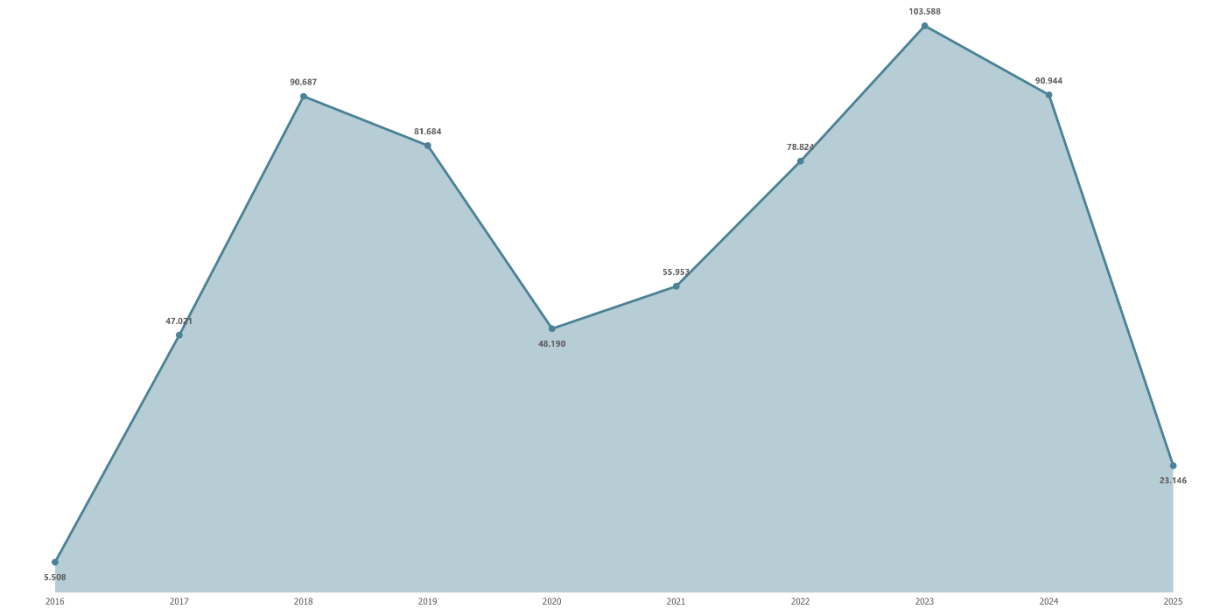
Nos últimos dez anos, embora tenha havido uma saída significativa de militares da ativa, estes continuam sendo assistidos pelo sistema de saúde do CBMDF. Paralelamente, o ingresso de novos militares e o conseqüente aumento do número de dependentes vinculados ao Fundo de Saúde do CBMDF contribuíram para um crescimento expressivo tanto do total de beneficiários quanto da demanda por serviços médicos, odontológicos e assistenciais (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Total de usuários incluídos por ano no Sistema de Saúde do CBMDF**



Fonte: DIGEP, 2025.

Esse crescimento, aliado a fatores econômicos que podem ter levado muitos beneficiários a utilizarem exclusivamente o sistema de saúde do CBMDF, provocaram aumento significativo também nos atendimentos na rede credenciada, elevando os custos para a corporação, conforme especificado no gráfico 2. Em 2024, por exemplo, o grupo entre 34 e 60 anos foi responsável por mais de 50% das 90.944 guias emitidas para atendimentos em rede conveniada ao CBMDF, demonstrando a elevada demanda por estes serviços (CBMDF, 2025).

**Gráfico 2 – Total de guias autorizadas por ano no Sistema de Saúde do CBMDF**

Fonte: DIGEP, 2025.

#### 4.4- A necessidade de adequação do modelo assistencial do CBMDF

Recomendações recentes apontam para a necessidade de aprimorar a gestão dos recursos humanos e financeiros, bem como fortalecer ações de prevenção e promoção à saúde, de modo a acompanhar o perfil epidemiológico e o crescimento do público assistido pela Corporação, conforme descrito em relatório do TCDFT: “Constatou-se que o esforço empregado nas atividades de prevenção contra doenças é incipiente, tem alcance limitado e não é orientado por perfil epidemiológico dos beneficiários da Assistência Médica na Corporação” (TCDFT, 2019).

O modelo assistencial vigente no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) permanece predominantemente focado no atendimento curativo. Embora já existam iniciativas preventivas, como o Programa Saúde Nos Quartéis, que tem apresentado resultados positivos por meio do acompanhamento multidisciplinar dos bombeiros militares em seus locais de trabalho, persistem desafios significativos a serem superados. Na Policlínica Médica (POMED), por exemplo, o Programa de Diabetes realiza palestras mensais para os usuários e facilita o agendamento de consultas para portadores de diabetes mellitus, principalmente aqueles já em uso de insulina, porém não há um registro sistematizado dos dados dos pacientes atendidos. Já no Centro de Perícias Médicas (CPMED), realiza-se a avaliação seriada Bial, uma inspeção médica obrigatória realizada a cada dois anos para todos os bombeiros

militares da ativa, com o objetivo de monitorar e promover a saúde desses profissionais. Contudo, em ambas as unidades, não há acompanhamento longitudinal dos indivíduos atendidos ao longo do tempo, tampouco foram estabelecidos indicadores de eficácia que avaliem por exemplo a melhora dos parâmetros clínicos ou a satisfação do usuário atendido pelos respectivos programas.

#### **4.5- A proposta da criação do programa de gerenciamento de pacientes crônicos no CBMDF**

Os programas de gerenciamento de risco aplicados a pacientes portadores de doenças crônicas caracterizam-se pela integração de intervenções multiprofissionais e estratégias avançadas de comunicação em saúde, direcionadas à promoção do autocuidado estruturado e ao alcance do controle clínico efetivo das condições crônicas. Tais programas compreendem etapas como a estratificação criteriosa da população-alvo para monitoramento longitudinal, a formulação de protocolos terapêuticos baseados em evidências científicas, a adoção de práticas interdisciplinares envolvendo toda a equipe multiprofissional, e o desenvolvimento de ações educativas focadas na ampliação da autonomia do paciente quanto ao manejo da própria saúde.

A sistematização da avaliação contínua dos processos assistenciais, aliada à mensuração dos desfechos clínico-epidemiológicos, subsidia ajustes dinâmicos no planejamento das ações e na alocação de recursos. A produção recorrente de relatórios analíticos é o que embasa as decisões gestoras em distintos níveis do serviço de saúde, otimizando indicadores de qualidade assistencial e promovendo a sustentabilidade do sistema. Destaca-se, entretanto, que revisões retrospectivas identificaram limitações na obtenção de avanços clínicos expressivos em populações submetidas a esses programas em contextos de autogestão, especialmente quando predominam pacientes com idade média elevada e acentuada carga de comorbidades, aspectos que potencialmente comprometem a efetividade de intervenções centradas prioritariamente em estratégias comportamentais (Oliveira *et al.*, 2022).

Atualmente, o CPMED dispõe de dados de saúde informatizados dos usuários, obtidos por meio da avaliação Bienal, que utiliza uma ata online de inspeção de saúde contendo informações como dados antropométricos, histórico social, antecedentes

patológicos pessoais e exames complementares recentes. Essa sistematização facilita o acesso aos dados de saúde do militar e permite a codificação das doenças segundo a CID-10, o qual constitui o sistema padronizado de classificação diagnóstica estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Cada condição clínica recebe uma codificação composta por uma letra seguida de três algarismos, permitindo identificação precisa e consistente das enfermidades. Além de viabilizar a categorização do perfil de saúde individual, a utilização da CID-10 possibilita o monitoramento sistemático da incidência e prevalência de doenças e agravos à saúde tanto em nível populacional quanto institucional, favorecendo a gestão epidemiológica, a vigilância em saúde e a otimização do planejamento das ações assistenciais.

Com o objetivo de promover a saúde do bombeiro militar da ativa, cuja idade média é de 40 anos (Figura 2), propõe-se utilizar as informações já coletadas nestas avaliações para desenvolver um programa piloto de gerenciamento. Esse programa possibilitará superar as limitações atuais, permitindo o acompanhamento contínuo dos militares portadores de doenças crônicas e, conseqüentemente, a adoção de estratégias eficazes de prevenção secundária, incluindo adesão ao tratamento, autocuidado, manejo clínico e estímulo à mudança de hábitos, fundamentais para o controle dessas condições. Seu principal objetivo é evitar o agravamento e as complicações associadas a essas doenças por meio da melhoria da qualidade da assistência prestada a esses usuários.

**Figura 2 – Idade média dos usuários do Sistema de Saúde do CBMDF**

Tipo usuário saúde	Idade média
Dependente	33,79
Militar ativo	40,47
Militar veterano	60,78
Pensionista	55,32
<b>Total</b>	<b>40,69</b>

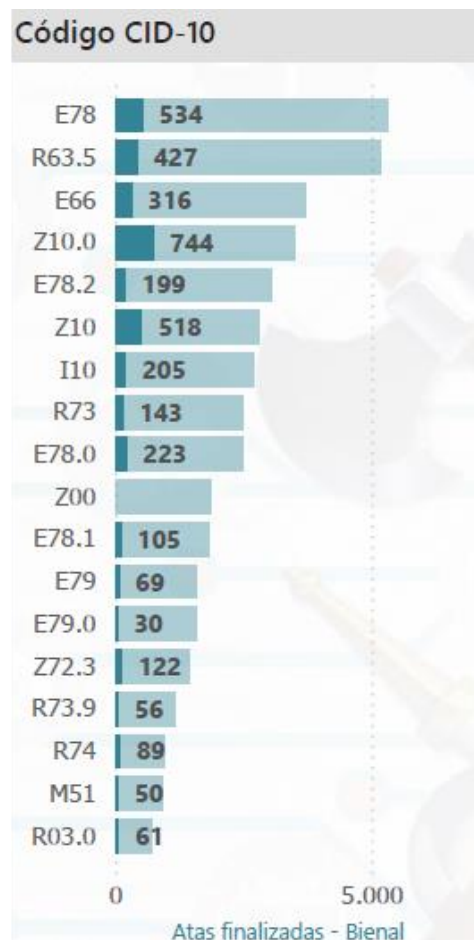
Fonte: DIGEP, 2025.

## 4.6- A proposta do programa piloto

### 4.6-1. A seleção dos pacientes

A seleção adequada dos pacientes para o programa deve, idealmente, fundamentar-se na utilização da CID-10. Dados extraídos do Power BI do CBMDF, provenientes das avaliações da Bienal realizadas em 2024, revelaram os principais perfis epidemiológicos da população avaliada. Entre 3.383 atas finalizadas, observou-se que as doenças de maior prevalência foram a dislipidemia, com 1.061 registros associados aos respectivos códigos CID-10, seguida pela obesidade ou ganho de peso anormal, com 743 registros, e pela hipertensão arterial sistêmica, identificada em 205 casos, conforme especificado no gráfico 3.

**Gráfico 3 – Atas de Bienal finalizadas por CID-10**



Fonte: CBMDF, 2025.

Esses resultados evidenciam que os distúrbios metabólicos e a hipertensão configuram-se como agravos prioritários nesta população, corroborado pelos dados da literatura nacional, e sinalizando a necessidade de políticas de prevenção e acompanhamento especializado orientados para o manejo destas condições crônicas na Policlínica Médica do CBMDF.

Baseado nestes dados propõe-se a implementação de um programa piloto dirigido, em etapa inicial, aos militares identificados nas avaliações Bienais que apresentem diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica associado a pelo menos uma comorbidade adicional — dislipidemia ou obesidade — e que expressem interesse em aderir à iniciativa.

#### **4.6-2. Recursos disponíveis**

Atualmente, a POMED dispõe de uma equipe composta por 20 médicos especialistas com formação também em clínica médica, 10 fisioterapeutas, 7 enfermeiros e 4 nutricionistas, profissionais qualificados que podem ser estrategicamente alocados para a implementação e condução do programa de gerenciamento de doenças crônicas, considerando a necessidade de abordagem de equipe multidisciplinar. Há disponibilidade de consultórios equipados, telefone funcional e salas para reuniões e capacitações.

#### **4.6-3. Capacitação**

É fundamental promover capacitação continuada não apenas para os membros diretamente envolvidos na execução dos programas, mas também para todos os profissionais que estão lotados no âmbito da DISAU e estejam relacionados a assistência dos usuários para que possa haver uma mudança de cultura organizacional e seja incentivado o cuidado multidisciplinar focado na prevenção. Tal capacitação deve visar a correta especificação dos códigos da CID-10 para cada paciente atendido na Bienal, fator imprescindível para a triagem eficaz e o encaminhamento adequado dos usuários aos programas de gerenciamento específicos, otimizando, assim, a intervenção clínica e o manejo dos casos conforme a complexidade e as necessidades individuais. Além disso, a equipe multiprofissional deve ser treinada em competências específicas relativas ao manejo integrado do

paciente crônico, incluindo protocolos clínicos atualizados, monitoramento de indicadores, estratégias de comunicação e educação em saúde voltada ao autocuidado e à adesão terapêutica.

A capacitação dos médicos deve incluir a atualização contínua nas diretrizes clínicas mais atuais, aprimorando a interpretação e aplicação prática de indicadores laboratoriais e clínicos, bem como o desenvolvimento de habilidades no planejamento e avaliação de intervenções individualizadas (ABESO, 2025; SBC, 2025). Para os fisioterapeutas, o enfoque está na realização do diagnóstico funcional, identificação de limitações físicas e estabelecimento das bases para o tratamento, além da capacidade de reconhecer a necessidade de encaminhamento para atendimento presencial. A equipe de enfermagem necessita de treinamento específico para o monitoramento continuado, identificação precoce de sinais de descompensação, suporte educativo ao paciente e uso de ferramentas tecnológicas para acompanhamento remoto. Já os nutricionistas devem ser capacitados com ênfase no aconselhamento nutricional baseado em evidências, suporte comportamental para promoção de mudanças sustentáveis no estilo de vida, além da elaboração de planos alimentares para o grupo, com individualização do tratamento quando necessário.

Adicionalmente, recomenda-se a implementação de seminários interdisciplinares e oficinas práticas que promovam a integração e o trabalho colaborativo entre as diferentes categorias profissionais, estimulando o compartilhamento de conhecimentos e estratégias para aprimorar a efetividade do programa.

Por fim, a capacitação deve contemplar também aspectos relacionados à gestão do programa, tais como a organização do fluxo assistencial, registro e análise de dados, além do uso de plataformas digitais para otimizar a comunicação entre pacientes e equipe de saúde, como o Whatsapp profissional para envio de lembretes, dicas de saúde e triagem rápida.

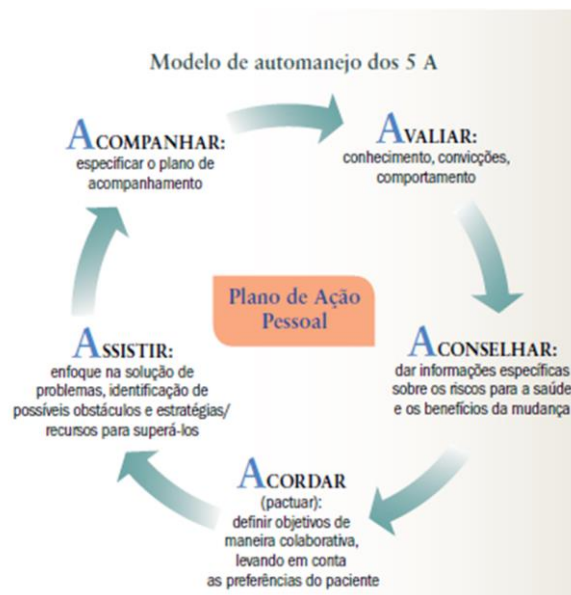
#### **4.6-4. O seguimento do programa**

O ingresso e a permanência no programa ocorrerão de forma voluntária, sendo o período de acompanhamento estabelecido em dois anos inicialmente. Durante esse intervalo, será realizado monitoramento sistemático dos principais parâmetros clínicos, com destaque para a aferição da pressão arterial, dosagem laboratorial da

glicemia, do colesterol total e suas frações, e considerando como referência os valores normativos preconizados pelas sociedades médicas especializadas. A avaliação do estado nutricional dos participantes será realizada por meio do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), derivado dos dados antropométricos de peso e altura, complementado pela mensuração da circunferência abdominal, ambos parâmetros amplamente reconhecidos na avaliação do risco metabólico. Ademais, os indivíduos serão avaliados quanto à prática regular de atividade física, consumo de tabaco e álcool, bem como quanto à sua disposição para promover modificações no estilo de vida.

Após a apresentação da intervenção educativa e a confirmação da adesão voluntária e gratuita dos beneficiários, o enfermeiro realizará a avaliação do risco clínico, classificando-o como baixo ou médio conforme os critérios estabelecidos em protocolo institucional, além de investigar a prontidão e o estágio de mudança comportamental de cada beneficiário. Com base nessa avaliação, o enfermeiro orientará e esclarecerá dúvidas relativas à auto aferição da pressão arterial por meio de aparelho digital, além de pactuar, apoiar e monitorar as metas individuais de autogestão, disponibilizando aos pacientes cartilhas digitais ou impressas contendo orientações detalhadas sobre dieta, exercícios físicos e monitoramento de sintomas, conforme proposta do auto manejo dos 5 A proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e exemplificada na figura a seguir:

**Figura 2-Modelo de auto manejo dos 5 A**



Fonte: OPAS, 2015.

Os integrantes do programa passarão a receber contatos telefônicos mensais, efetuados por um dos integrantes da equipe multiprofissional de saúde, direcionados à adoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis, esclarecimento de dúvidas e consolidando assim o suporte educacional e motivacional fundamental para a efetividade do programa. Ademais, serão previstos encontros presenciais semestrais com o médico responsável, possibilitando uma avaliação clínica detalhada e os ajustes terapêuticos necessários ao longo do acompanhamento contínuo dos participantes, além de encontros adicionais sempre que indicado pelo enfermeiro.

As variáveis extraídas da avaliação Bienal, bem como das avaliações semestrais programadas, serão sistematicamente organizadas em formulários padronizados. Inicialmente, os dados serão integrados manualmente, até que ocorra a implementação do prontuário eletrônico. Serão utilizadas planilhas compartilhadas dentro do sistema do CBMDF para promover um registro seguro, unificado e acessível, visando garantir a consistência, a qualidade e a integridade das informações clínicas e administrativas durante o processo de monitoramento dos beneficiários (APÊNDICE A).

Para garantir o monitoramento e a avaliação contínua do programa, é essencial estabelecer e acompanhar de forma sistemática indicadores-chave, como a taxa de adesão, a evolução dos índices clínicos e o grau de satisfação dos beneficiários e da equipe multiprofissional. Esses indicadores são indispensáveis para avaliar o impacto real das ações implementadas ao longo do tempo. O uso regular desses dados possibilitará medir objetivamente os resultados alcançados, identificar de maneira precoce eventuais fragilidades operacionais e promover uma cultura voltada à melhoria contínua, tanto na gestão quanto na assistência. Além disso, a realização regular de reuniões com a equipe para análise detalhada das informações coletadas e ajuste das estratégias contribuirá para a dinâmica do programa, garantindo que as ações sejam constantemente adaptadas de acordo com as demandas e desafios identificados no contexto assistencial.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da crescente prevalência de doenças crônicas, torna-se fundamental a adoção de estratégias preventivas e a otimização do cuidado multidisciplinar.

Programas estruturados de promoção da saúde e prevenção de riscos, como programas de gerenciamento de pacientes crônicos são fundamentais para aprimorar a gestão em saúde, focando na prevenção secundária com redução da morbidade e dos anos de vida perdidos por incapacidade.

Este estudo teve como objetivo discutir a necessidade de ampliar o atendimento assistencial no CBMDF, especialmente no âmbito da POMED, com foco na promoção e prevenção da saúde. A criação de um novo modelo de atenção básica orientado pela linha do cuidado multidisciplinar, visa melhorar a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde da corporação ao incentivar o autocuidado e a adoção de hábitos saudáveis.

Os estudos analisados possibilitaram consolidar as melhores práticas para implementar um programa de gerenciamento de pacientes crônicos no CBMDF, respeitando as características específicas deste sistema de saúde. Os dados indicam que, no âmbito do CBMDF, a implementação de um programa de gestão de doenças crônicas com equipe multidisciplinar é atualmente viável. Esse programa, por meio da coleta e análise sistemática de dados, permitirá não apenas uma avaliação epidemiológica dos beneficiários, essencial para uma gestão eficiente e direcionada das ações, mas também favorecerá um atendimento mais humanizado e eficaz, promovendo melhor controle das doenças crônicas e resultados em saúde, o que contribuirá para a elevação da qualidade do cuidado e da satisfação dos usuários.

O estudo é relevante devido às suas implicações práticas para os usuários do sistema de saúde do CBMDF, para a administração e para o corpo clínico da POMED. Entre as limitações identificadas, destacam-se a falta de dados epidemiológicos sistematizados dos pacientes atendidos na POMED, assim como a maneira inadequada de registro das informações da Bienal no sistema da CPMED. Este sistema apresenta muitas categorias CID inespecíficas nas atas dos militares e ainda não oferece a funcionalidade de filtrar os militares pela CID-10, o que dificulta a seleção dos pacientes que cumpririam os critérios do programa.

Necessário salientar que o programa piloto de gerenciamento possui potencial para, em médio prazo, ser ampliado para abranger outros públicos, como dependentes, pensionistas e militares da reserva, além de possibilitar a criação de novos programas voltados a indivíduos com outras doenças crônicas prevalentes na corporação, especialmente após a implementação do sistema de prontuário eletrônico na POMED e melhor codificação das patologias que acometem os usuários do

sistema de saúde. É importante que estudos futuros avaliem os resultados da implementação dos programas ao longo do tempo, considerando não apenas os desfechos clínicos, mas também a satisfação dos usuários.

Dessa forma, a pesquisa contribui diretamente para o aprimoramento da gestão em saúde no CBMDF, alinhando-se às diretrizes nacionais e às recomendações dos órgãos de controle, e promovendo maior capacidade técnica para a tomada de decisões voltadas ao fortalecimento do eixo assistencial com ênfase na prevenção e promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). *Diretrizes para o manejo da obesidade*. 2025. Disponível em: <https://abeso.org.br/diretrizes>. Acesso em: 16 ago. 2025.

AGGIO, C. M.; MARCON, S. S.; GALDINO, M. J. Q.; MARTINS, E. A. P.; LOPES, G. K.; HADDAD, M. C. F. L. Efetividade do gerenciamento clínico por telemonitoramento para beneficiários com doenças crônicas na saúde suplementar. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 15, n. 1, e-9571, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n1.e9571>. Acesso em: 6 jun. 2025.

AVERY, G.; COOK, D.; TALENS, S. The impact of a telephone-based chronic disease management program on medical expenditures. *Population Health Management*, v. 19, n. 3, p. 156-162, 2016.

BALLARDIM, A. R. Breves linhas sobre planos públicos de assistência à saúde. *Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, n. 20, p. 190–207, 2018.

BRADY, T. J.; ANDERSON, L. A.; KOBAYASHI, R. Chronic disease self-management support: public health perspectives. *Frontiers in Public Health*, v. 2, p. 234, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410343/>. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00234.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jan. 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre o Programa para Gerenciamento de Crônicos. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, 22 ago. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0264\\_19\\_08\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0264_19_08_2011.html). Acesso em: 4 mai. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/programa-de-certificacao-de-boas-praticas-em-atencao-a-saude-1>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Decreto nº 26.876, de 2 de junho de 2006. Regulamenta a assistência à saúde dos militares do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e seus dependentes.

BRASIL. Lei nº 10.486, de 4 de julho de 2002. Dispõe sobre a remuneração dos militares do Distrito Federal e dá outras providências.

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

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

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria CM nº 330, de 25 set. 2009. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 187. Disponível em: [https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-330-2009\\_216084.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-330-2009_216084.html). Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. ISBN 978-65-5993-109-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-emsaude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2023.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf). Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7.479, de 2 de junho de 1986. Aprova o Estatuto dos Bombeiros-Militares do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 8057, 4 jun. 1986. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=7479&ano=1986&ato=9adMzZ61UMBpWT636>. Acesso em: 5 mai. 2025.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. *Portal da Transparência*. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2023>. Acesso em: 21 abr. 2025.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 18, de 25 de maio de 2017. Aprova a Política de Saúde no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências. Publicada no Boletim Geral nº 102, 30 maio 2017.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. *Carta de Serviços do Sistema da Saúde CBMDF*. Brasília: CBMDF, 2023. Disponível em: [https://saude.cbm.df.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/CBMDF\\_DISAU\\_Carta-de-Servico-Revisada-1\\_compressed-1.pdf](https://saude.cbm.df.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/CBMDF_DISAU_Carta-de-Servico-Revisada-1_compressed-1.pdf). Acesso em: 2 abr. 2025.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Manual para Normalização de Trabalhos Acadêmicos. Boletim Geral nº 131, Brasília, DF, 15 jul. 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Base de dados de gestão institucional. Dados obtidos por meio de plataforma Power BI. Brasília: CBMDF, 2025. Acesso em: 2 mai. 2025.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Relatório de Gestão e Execução Orçamentária – Fundo de Saúde do CBMDF, 2025. Brasília, DF: CBMDF, 2025. Disponível em: <https://www.cbm.df.gov.br/lai/wp-content/uploads/2025/01/RGE-24902-Fundo-de-Saude-do-Corpo-de-Bombeiros-Militar-do-Distrito-Federal.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2025.

DAVY, C.; BLEASEL, J.; LIU, H.; TCHAN, M.; PONNIAH, S.; BROWN, A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, London, v. 15, art. 194, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0854-8>.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 26.876, de 2 de junho de 2006. Regulamenta a assistência à saúde dos militares do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e seus dependentes. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 5 jun. 2006. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2e0a0c7e6b324e1f8b4c6eaa1b8e7e6e/Decreto\\_26876\\_02\\_06\\_2006.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2e0a0c7e6b324e1f8b4c6eaa1b8e7e6e/Decreto_26876_02_06_2006.html). Acesso em: 30 maio 2025.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Despesas assistenciais de planos médico-hospitalares maio 2022. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/periodico/analise-especial-da-nab/despesasassistenciais-de-planos-medico-hospitalares>. Acesso em: 2 mai. 2025.

KLEIN, N. W. *Chronic Care Management Implementation*. 2017. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Serviço Social) – St. Catherine University, St. Paul, 2017. Disponível em: [https://sophia.stkate.edu/msw\\_papers/807](https://sophia.stkate.edu/msw_papers/807). Acesso em: 30 maio 2025.

MANSO, M. E. G.; CÂMARA, R.; SOUZA, S. A.; MACIEL, T. D.; FARINA, D. B. L. Programa de gerenciamento de doenças crônicas em um plano de saúde, São Paulo, Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 15, n. 2, p. 321-327, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28683>. Acesso em: 24 abr. 2025.

MARINHA DO BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. *Manual dos Programas de Saúde da Marinha*. 1. rev. Rio de Janeiro: Marinha do Brasil, 2021.

MATTKE, S.; MENGISTU, T.; KLAUTZER, L.; SLOSS, E. M.; BROOK, R. H. Improving Care for Chronic Conditions: Current Practices and Future Trends in Health Plan Programs. Santa Monica: RAND Corporation, 2015. Disponível em: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR300/RR393/RAND\\_RR393.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR300/RR393/RAND_RR393.pdf). Acesso em: 1 jun. 2025.

MATTOS JÚNIOR, P. de M. Programas de Saúde da Marinha: análise e oportunidades de melhoria na captação dos usuários do Sistema de Saúde da Marinha. Monografia (Curso de Política e Estratégia Marítimas) – Escola de Guerra Naval, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://repositorio.mar.mil.br/handle/ripcmb/844448>. Acesso em: 10 mai. 2025.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes do SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/diretrizes/>. Acesso em: 2 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Óbitos por causas - Brasil, 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

NEVES, E. B.; DOMINGUES, C. A. *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Rio de Janeiro: EB/CEP, 2007.

OLIVEIRA, J. D.; EMMERICK, I. C. M.; RIBEIRO, J. M.; LUIZA, V. L. Programa de Gestão de Crônicos: resultados clínicos e de uso de serviços de saúde em um plano de autogestão. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 8, n. 9, p. 61745-61766, set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-089>. Acesso em: 5 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados\\_inovadores.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_inovadores.pdf). Acesso em: 10 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas*. Brasília, DF: OPAS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*. Brasília: OPAS, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28236>. Acesso em: 1 jun. 2025.

RESENDE, A. L. V.; BARBOSA, E. F.; SANTIAGO, L. O.; SILVA, N. C. F.; RUAS, R. G.; PIMENTEL, A. L. Avaliação de qualidade de vida e custos na saúde suplementar baseada no plano de cuidado multidisciplinar de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 27, supl. 1, p. 23-29, 2017. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2036>. Acesso em: 24 abr. 2025.

RIBEIRO, D. C. Os programas de saúde e o Sistema de Saúde da Marinha (SSM): análise e perspectivas – avaliando a obesidade, doença da sociedade moderna, entre os militares pertencentes à tripulação da Base Naval do Rio de Janeiro. 2020. Monografia (Curso de Política e Estratégia Marítimas) – Escola de Guerra Naval, Rio de Janeiro, 2020.

ROY, M. S.; CHAUDHARI, G. R.; TELRANDHE, U. The transformative impact of telehealth on chronic disease management: a comprehensive review. [S.l.], p. 1-6, 2024.

SILVA, J.; SOUZA, M.; PEREIRA, C. Programa de gerenciamento de doenças crônicas em um plano de saúde, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde*, v. 15, n. 2, p. 123-130, 2020.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S. l.], v. 34, n. 5, p. 343-350, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n5/343-350/pt>. Acesso em: 27 maio 2025.

SILVA, S. L.; TOLENTINO, A. C.; SANTIAGO, L. C.; MARTA, C. B.; PEREGRINO, A. A. F.; SCHUTZ, V. Custos do Programa de Gerenciamento de Doentes Crônicos de uma operadora de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.21937>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz brasileira de hipertensão arterial. 2025. Disponível em: <https://portal.cardiol.br/diretrizes>. Acesso em: 16 ago. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. 2025. Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-109-02-s1-0001/0066-782X-abc-109-02-s1-0001.x95083.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-109-02-s1-0001/0066-782X-abc-109-02-s1-0001.x95083.pdf). Acesso em: 16 ago. 2025.

SOUZA, A. P. de; LIMA, R. T.; MENDES, F. R. Avaliação da aplicabilidade do Programa Hiperdia na perspectiva dos profissionais e usuários na atenção primária. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 45-58, 2024.

TAPP, H.; DULIN, M.; PLESCIA, M. Chronic Disease Self-Management. In: *Chronic Illness Care*. Cham: Springer International Publishing, 2018. p. 29-40. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-71812-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-71812-5_3). Acesso em: 6 jun. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL. Relatório Final: auditoria operacional no Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília, DF: TCDF, 2019. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/relatorio-fundo-saude-cbmdf.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.

UNIAO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. Pesquisa Nacional Saúde UNIDAS. 2023. Disponível em: <https://unidas.org.br/pesquisaunidas>. Acesso em: 1 mai. 2025.

WU, H. Results from a national survey on chronic care management by health plans. *The American Journal of Managed Care*, v. 21, n. 5, p. 370-376, 2015. Disponível em: <https://www.ajmc.com/view/results-from-a-national-survey-on-chronic-care-management-by-health-plans>. Acesso em: 6 jun. 2025.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A – Modelo de planilha compartilhada CBMDF**

	A	B	C	D	E	F
	PROGRAMA DE GERENCI...					
1	Nome do militar	Matrícula SIAPE	Posto/ Graduação	CID-10	Data de nascimento	Idade
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

	A	B	C	D
	Tabela_1			
1	Parâmetro	Momento 1	Momento 2	Momento 3
2	Data da Avaliação			
3	Pressão Arterial			
4	Glicemia de Jejum (mg/dL)			
5	Colesterol Total (mg/dL)			
6	LDL (mg/dL)			
7	HDL (mg/dL)			
8	Peso (kg)	55		
9	Altura (m)	1,64		
10	IMC (automático)	20,44913742		
11	Circunferência Abdominal (...)			
12	Faz atividade física (Sim/N...)	NÃO		
13	Uso de Álcool (Sim/Não)			
14	Tabaco (Sim/Não)			
15	Disposição para Mudanças...			

	A	B	C
	Tabela_3		
1	Data	Observações clínicas	Conduta/recomendações
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

## **APÊNDICE B – Fluxograma do programa piloto- CBMDF**

INÍCIO

↓

Triagem nas Avaliações Bienais

↓

Verifica critérios:

(HAS + dislipidemia ou obesidade + interesse voluntário)

↓

┌ Não atende critérios ou não tem interesse → FIM

↓

Avaliação Inicial (Enfermeiro)

↓

Classificação de risco (baixo/médio) + estágio motivacional

↓

Intervenção educativa + pactuação de metas + entrega de materiais

↓

Acompanhamento

↓

┌ Contato telefônico mensal (equipe multiprofissional)

↓

┌ Encontros presenciais semestrais (médico)

↓

Monitoramento dos indicadores:

- Taxa de adesão
- Evolução dos índices clínicos
- Satisfação dos beneficiários/equipe

↓

Revisão periódica e melhorias

↓

Término do acompanhamento (máx. 2 anos ou saída voluntária)

↓

FIM

**ANEXOS**

**ANEXO A – Ficha de captação e encaminhamento para os programas  
de saúde da Marinha**

**MARINHA DO BRASIL**

**DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA**

**CENTRO MÉDICO ASSISTENCIAL DA MARINHA**

OM: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CAPTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA OS PROGRAMAS DE SAÚDE**

*Informação pessoal, nos termos da Lei 12.527/2011.*

NOME: \_\_\_\_\_ NIP: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO PARA O PROGRAMA DE:

<input type="checkbox"/>	Imunizações	<input type="checkbox"/>	Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente
<input type="checkbox"/>	Controle da Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	Saúde da Mulher
<input type="checkbox"/>	Controle da Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Saúde do Homem
<input type="checkbox"/>	IST/AIDS	<input type="checkbox"/>	Saúde Bucal
<input type="checkbox"/>	Dermatologia Sanitária e Prevenção do Câncer de Pele	<input type="checkbox"/>	Atenção às Doenças Ocupacionais
<input type="checkbox"/>	Pneumologia Sanitária	<input type="checkbox"/>	Reabilitação
<input type="checkbox"/>	Saúde do Idoso	<input type="checkbox"/>	Atenção Farmacêutica
<input type="checkbox"/>	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	Projetos e Oficinas