

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PAB 4
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

**ATENDIMENTO COMPARTILHADO MULTIPROFISSIONAL E GESTÃO DO
CUIDADO: UMA NOVA ABORDAGEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES
HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS**

Fernanda Morelli Sallum

Orientadora: Aline Fiori dos Santos Feltrin

São Paulo

Janeiro – 2015

Sumário

1. Introdução.....	Erro! Indicador não definido.
2. Objetivos.....	Erro! Indicador não definido.
2.1 Geral	Erro! Indicador não definido.
2.2 Específicos.....	Erro! Indicador não definido.
3. Metodologia	Erro! Indicador não definido.
3.1 Cenário da intervenção	Erro! Indicador não definido.
3.2 Sujeitos da intervenção	Erro! Indicador não definido.
3.3 Estratégias e ações.....	Erro! Indicador não definido.
3.3.1 Identificação e convocação	Erro! Indicador não definido.
3.3.2 Atendimento Compartilhado Multiprofissional..	Erro! Indicador não definido.
3.3.3 Seguimento	Erro! Indicador não definido.
3.4 Avaliação e monitoramento.....	Erro! Indicador não definido.
4. Resultados esperados	Erro! Indicador não definido.
5. Cronograma.....	Erro! Indicador não definido.
6. Referências.....	Erro! Indicador não definido.
7. Anexos	Erro! Indicador não definido.

1. Introdução

O aumento na expectativa de vida e o envelhecimento da população nas últimas décadas têm levado ao aumento mundial do número de pessoas idosas e, conseqüentemente, ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Segundo a OMS, estima-se que 63% de todas as mortes em 2008 foram secundárias a essas doenças, com 17 milhões de mortes (48%) por doenças cardiovasculares¹.

No mundo todo, estima-se que a prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS), em adultos, esteja em torno de 40%, e que ela seja responsável por 12,8% de todas as mortes (7,5 milhões anualmente). Além disso, é um importante fator de risco para outras doenças cardiovasculares, principalmente associada ao diabetes mellitus (DM), cuja prevalência em adultos é estimada em 10%, causando 1,3 milhões de mortes anualmente².

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de óbito (responsáveis por 74% do total de mortes), com 37% delas secundárias a doenças cardiovasculares e diabetes³. Estudos apontam prevalência de hipertensão arterial acima de 30% na população geral, e de diabetes acima de 10%. Devido essa alta frequência e elevada morbimortalidade, um grande impacto econômico ocorre nos serviços de saúde, em consequência dos crescentes custos do tratamento das doenças e suas complicações, como sequelas de acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio, diálise por insuficiência renal crônica e as amputações de membros inferiores^{4,5}.

Neste contexto, a prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de se evitar o surgimento de HAS e DM, e devem ser metas prioritárias dos serviços de saúde. No entanto, após o desenvolvimento dessas doenças, é igualmente necessário o seu adequado controle para a prevenção do surgimento ou da progressão de suas complicações crônicas, reduzindo a incidência de doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, da mortalidade⁶. Para isso, é importante não apenas a ação dos profissionais da saúde, mas principalmente, colaboração e participação ativa do próprio paciente.

Embora os serviços de saúde estejam focados nesta proposta, a intensa fragmentação do cuidado, com intensa especialização, colabora pela menor adesão e falha do tratamento destes pacientes que, ao mesmo tempo em que buscam ajuda pelo medo de morrer ou ficar doentes, também buscam acolhimento, vínculo e um cuidado de todas suas questões, e enfrentam a frustração ao não serem ouvidos e serem tratados apenas quanto sua doença⁷. Este modelo fragmentado representa o modelo flexneriano, de disciplinas isoladas, que ainda domina as escolas do campo da saúde. A Atenção Primária

à Saúde (APS) vem como um novo modelo para integrar e organizar os serviços de saúde, sendo o local responsável pela organização do cuidado à saúde da população ao longo do tempo, sendo capaz de responder a 85% das necessidades em saúde⁸.

São elementos da APS o primeiro contato (porta de entrada ao serviço de saúde, deve ser de fácil acesso e disponível), a longitudinalidade do cuidado (vínculo e responsabilização, associada a menor utilização dos serviços de saúde, melhor cuidado preventivo, menor frequência de doenças preveníveis e custo mais baixo), integralidade (lidar com as várias necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas dos indivíduos, com abordagem voltada a ele, sua família e seu contexto), e coordenação do cuidado (gerenciar as informações obtidas e coordenar ações e respostas a elas) e tais características são interdependentes e complementares⁹.

Sobre a coordenação do cuidado, Cecílio (2011) traz o aspecto da gestão do cuidado entendida em 5 dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, e sistêmica e societária. A dimensão individual fala do “cuidar de si” e da autonomia do indivíduo, enquanto a dimensão familiar traz os relacionamentos entre indivíduo e familiares, amigos, vizinhos e comunidade. A dimensão profissional é aquela que ocorre num ambiente protegido e possui como elementos a competência técnica do profissional em dar respostas aos problemas, a postura ética profissional e a capacidade de construção de vínculo com aqueles que precisam de seus cuidados. A dimensão organizacional se realiza nos serviços de saúde e corresponde à divisão e coordenação do trabalho, a função gerencial, definição de fluxos e comunicação. Por fim, a dimensão sistêmica e societária da gestão do cuidado corresponde às redes ou linhas de cuidado, integrando e conectando serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, assim como o papel do Estado e das políticas públicas para produzir condições de uma vida melhor¹⁰.

Investimentos na coordenação do cuidado, nas esferas individual (aumentando a autonomia dos pacientes frente ao seu cuidado), profissional (capacitando os profissionais ao trabalharem com outras visões do cuidado à saúde) e organizacional (trabalho em equipe, informações que subsidiem estratégias de intervenção, como estimar o acesso aos serviços de saúde, ou planejar demanda de referenciamentos), associados à abordagem multidisciplinar, são metas a serem alcançadas para um melhor nível de saúde da população¹⁰, em especial no controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Doenças como HAS e DM correspondem a síndromes clínicas multifatoriais e crônicas, e contar com uma equipe multiprofissional no cuidado desses pacientes é conduta necessária. Além disso, a participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar e longitudinal, pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle das doenças e reduzir a incidência de complicações^{11,12,13}.

Por fim, promover a participação ativa do paciente na gestão do cuidado aumenta sua autonomia, e faz com que ele se sinta co-responsável por sua saúde, além de ouvido e acolhido¹⁴.

Nesse contexto, o presente projeto visa trazer uma alternativa ao cuidado de pacientes hipertensos e diabéticos em um centro de saúde da cidade de Campinas-SP, buscando uma maior efetividade no tratamento e na gestão do cuidado a partir de um atendimento multiprofissional compartilhado. A proposta se opõe ao modelo tradicional de consulta, com o objetivo de promover saúde e melhorar a gestão do cuidado, ao vincular o indivíduo à equipe (e não a um profissional), fornecer recursos para que o paciente consiga se co-responsabilizar pelo seu cuidado, e monitorando de forma contínua a qualidade clínica e o controle de agravos e fatores de risco na população assistida.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Estabelecer estratégia de controle dos pacientes com HAS e DM.

2.2 Objetivos específicos

- Qualificar e sistematizar controles laboratoriais e o rastreamento de lesão de órgãos-alvo.
- Realizar ações educativas para os pacientes acerca de suas doenças.
- Viabilizar o vínculo entre população, equipe de referência e centro de saúde.
- Organizar e otimizar vagas nas agendas de médico e enfermeiro para atendimento de HIPERDIA (HAS e DM).
- Reduzir a procura do centro de saúde para renovação de receitas.
- Analisar a incidência de complicações antes e após a intervenção.

3. Metodologia

3.1 Cenário da intervenção

O cenário da intervenção será o Centro de Saúde Atílio Vicentim (Barão Geraldo), uma unidade mista. O território compreende, em sua área adstrita, o distrito de Barão Geraldo, com área de aproximadamente 67 km², e uma população de cerca de 37 mil habitantes fixos e 20 mil flutuantes¹⁵, devido a presença de Universidades (UNICAMP, PUC-Campinas e FACAMP) na área.

O centro de saúde conta com 03 equipes de referência, cada uma responsável por determinada área do território. Neste projeto, o território de abrangência escolhido será da equipe 1 (Ipê Amarelo), uma equipe de Saúde da Família responsável por uma área de, aproximadamente, 5 km², com mais de 2.600 famílias e aproximadamente 7.500 pessoas, de baixo nível sócio-econômico e a maioria SUS-dependente.¹⁵

3.2 Sujeitos da intervenção

Os sujeitos serão pacientes hipertensos e/ou diabéticos residentes no território de abrangência da equipe 1 (Ipê Amarelo) do CS Barão Geraldo. A equipe realiza uma média de 2700 atendimentos anuais em saúde do adulto, sendo aproximadamente 960 atendimentos anuais de Hipertensos e/ou Diabéticos (35,5% dos atendimentos).

Os critérios de inclusão no projeto foram:

a. HAS e/ou DM leve ou moderado, baseado nos critérios estabelecidos pelas diretrizes brasileiras de hipertensão e diabetes^{4,5}: HAS estágio 1 ou 2 e risco cardiovascular baixo ou moderado; DM com glicemia pré-prandial entre 70 e 130 mg/dL, glicemia pós-prandial até 160 mg/dL e hemoglobina glicada < 7%.

b. Consentimento do paciente em participar do atendimento, no momento da convocação.

Os critérios de exclusão foram:

- a. HAS grave e/ou DM mal controlado: HAS estágio 3 ou risco cardiovascular alto ou muito alto; DM com glicemia pré-prandial > 130 mg/dL, glicemia pós-prandial > 160 mg/dL ou hemoglobina glicada > 7%.
- b. Pacientes incapazes ou com compreensão prejudicada.
- c. Pacientes que não consentiram participar da atividade.

3.3 Estratégias e ações

O projeto consiste em um estudo de campo exploratório descritivo e ocorrerá em três etapas: Identificação dos pacientes e convocação para a atividade; Atendimento Compartilhado Multiprofissional e Seguimento do paciente.

3.3.1 Identificação e convocação

Consulta individual com pacientes hipertensos e/ou diabéticos, via agendamento de rotina ou convocação. Este atendimento poderá ser realizado pelo médico ou enfermeiro da equipe. Os pacientes deverão trazer o controle pressórico (medidas em horários diferentes) e glicêmico (uma medida pré e uma pós-prandial) dos 14 dias anteriores à consulta. Nesta consulta, uma anamnese direcionada será realizada, avaliando o controle das doenças, adequação à dieta, realização de atividade física, presença de fatores de risco para doença cardiovascular (Anexo 3, além de glicemia de jejum > 130 e/ou hemoglobina glicada alterada, obesidade abdominal – circunferência da cintura > 102 cm em homens ou > 88 cm em mulheres – história de pré-eclâmpsia em gestações, história familiar de hipertensão ou diabetes em indivíduos limítrofes).

Após a consulta, o paciente será estratificado conforme suas medidas de pressão arterial (classificação da pressão arterial – Anexo 1), conforme seu controle glicêmico (controlado ou não controlado – Anexo 6) e conforme seu risco cardiovascular global (baixo, moderado ou alto – Anexo 2). Serão solicitados exames laboratoriais de rotina: glicemia de jejum, hemoglobina glicada, análise de urina, potássio sérico, creatinina sérica, colesterol total e

frações, triglicérides, ácido úrico plasmático, microalbuminúria; eletrocardiograma convencional e radiografia de tórax (os dois últimos para pacientes hipertensos).

Os pacientes de baixo risco serão aqueles com HAS estágio 1 sem fatores de risco OU pacientes com DM controlado. Os pacientes de risco moderado serão aqueles com HAS estágio 1 com fatores de risco, OU com HAS estágio 2, OU com HAS E DM controlado, OU com DM mal controlado.

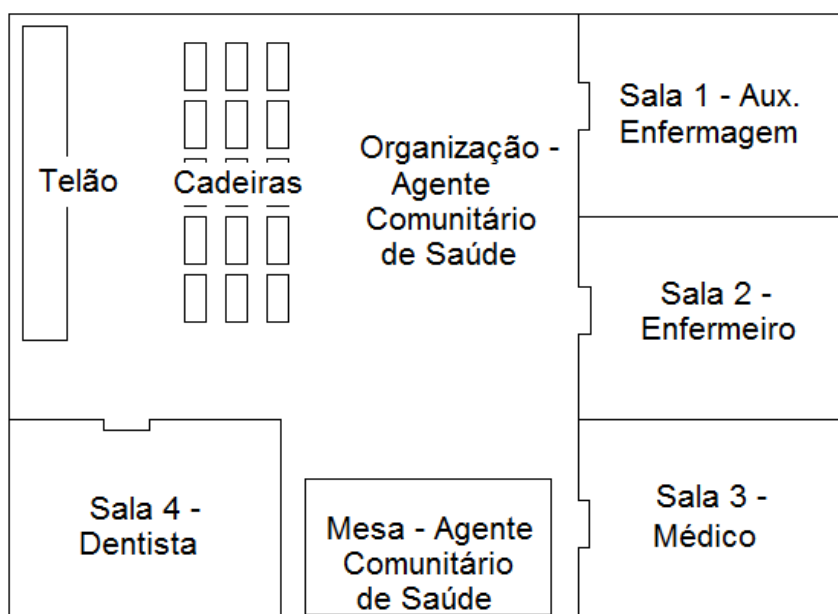
Durante este encontro os dados do paciente serão atualizados para um futuro contato, se o paciente preencher critérios de inclusão.

3.3.2 Atendimento Compartilhado Multiprofissional

Os pacientes que se adequarem aos critérios de inclusão serão convocados a participar do Atendimento Compartilhado, que ocorre durante o período das 10 às 12h às quintas-feiras, a cada 15 dias (semanas alternadas). Em cada semana, 10 pacientes serão avaliados.

Participam da atividade, simultaneamente: 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem, 02 agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 dentista. A atividade é organizada em um rodízio, na estrutura esquematizada abaixo:

Figura 1 – Esquematização do ambiente do Atendimento Compartilhado Multiprofissional¹⁶.



Os pacientes são orientados a chegar às 9h45. Ao chegarem, são encaminhados à Mesa, onde um ACS irá atualizar os dados cadastrais e de moradia e entregará a “ficha do atendimento compartilhado” (Anexo 7). Em seguida o paciente será encaminhado às cadeiras e, às 10h inicia-se a programação, com uma aula expositiva de 15 minutos sobre um dos temas relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (Nutrição e Alimentação saudável, Atividade física, ou Hipertensão e Diabetes). A aula poderá ser ministrada por qualquer um dos profissionais participantes, com exceção do ACS que ficará na mesa.

Após a aula, os profissionais se encaminham às suas salas e o ACS definido para organização direciona os pacientes às salas, simultaneamente, 04 pacientes de cada vez. Nas salas serão realizados:

- Sala 1 (02 auxiliares de enfermagem): medidas antropométricas (peso e altura), cálculo de IMC, medida da circunferência abdominal, medida de pressão arterial e glicemia capilar.

- Sala 2 (01 enfermeiro): avaliação do uso das medicações prescritas, avaliação da realização de dieta e exercício físico, investigação de tabagismo, orientações gerais sobre a doença.

- Sala 3 (01 médico): avaliação dos exames solicitados durante a consulta individual e anotação na “Tabela de Estratificação de Risco do Atendimento Compartilhado” (Anexo 8), avaliação dos controles pressóricos e glicêmicos, renovação de receitas, solicitação de novos exames laboratoriais ou exames complementares, realização de encaminhamentos necessários (oftalmologista, neurologista, cardiologista), e atualização do diagnóstico (HAS estágio 1 ou 2, DM controlado ou não controlado, risco cardiovascular leve ou moderado).

- Sala 4: avaliação de boca e dentes, orientações sobre higiene e agendamento de consultas prioritárias para os pacientes avaliados como mais graves.

O ACS responsável pela organização orienta o fluxo dos pacientes e se certifica que todos os pacientes passaram por todas as salas, através da ficha fornecida que funciona como um check-list das atividades do atendimento. Após passar por todas as estações, é solicitada uma avaliação subjetiva de

cada atividade e do atendimento como um todo (que varia de insatisfeito até muito satisfeito), utilizando-se a Escala de Faces de Andrews¹⁷ modificada, em que cada figura da escala consiste em um círculo, com olhos que não mudam, e uma boca que varia de um meio círculo voltado para cima até outro meio círculo semelhante voltado para baixo. Além disso, o paciente recebe uma orientação de agendamento para futuro retorno e uma lista das atividades e grupos terapêuticos oferecidos pelo CS – Anexo 9.

3.3.3 Seguimento

Após o final do atendimento compartilhado, o paciente recebe orientação de retorno em 3 ou 6 meses, dependendo da estratificação de risco (moderado ou baixo, respectivamente), em consulta individual com médico ou enfermeiro. Nessa consulta será feita nova avaliação de exames (se forem solicitados durante o atendimento compartilhado) e dos controles pressóricos e glicêmicos, através das medidas nos últimos 14 dias antes da consulta.

O paciente de baixo risco será orientado então a retornar em 6 meses após consulta individual em novo atendimento compartilhado, e o de risco moderado retornará em 3 meses com médico ou enfermeiro para nova reavaliação: se melhora do quadro da doença, retorno em 6 meses em atendimento compartilhado; se manutenção do quadro, retorno em 3 meses para nova reavaliação.

Caso um paciente evolua de baixo/moderado para alto risco durante este seguimento, ele automaticamente estará fora dos próximos atendimentos compartilhados, e será avaliado em consultas individuais de rotina com periodicidade conforme sua necessidade.

3.4 Avaliação e monitoramento

Monitorização dos controles pressóricos e glicêmicos dos pacientes, assim como do risco cardiovascular associado, em cada momento de consulta, com objetivo de avaliar evolução do quadro clínico individual de cada paciente.

Possibilidade de melhor visão do acompanhamento de cada paciente através da Tabela de Estratificação de Risco do Atendimento Compartilhado (Anexo 8), anexada à capa do seu prontuário, possibilitando que qualquer profissional que atenda aquele paciente tenha uma visão geral e completa de seu acompanhamento em relação à hipertensão e ao diabetes. A ficha é simples, com marcações do tipo “realizado” ou “não realizado”, e traz desde a realização de consultas até os exames avaliados.

A ficha é dividida entre os pacientes de Baixo Risco Cardiovascular e Risco Moderado Cardiovascular. Após o Atendimento Compartilhado, os pacientes de baixo risco devem comparecer a uma consulta individual com médico ou enfermeiro em 6 meses para reavaliação e, após esta consulta, retornará a novo Atendimento Compartilhado em mais 6 meses, totalizando 2 consultas anuais (um Atendimento Compartilhado no primeiro semestre do ano e um atendimento individual no outro semestre) e intervalo entre os Atendimentos Compartilhados de 1 ano.

Já os pacientes de risco moderado deverão comparecer a uma consulta individual, de preferência com o médico, em 3 meses para reavaliação e compensação das doenças. Após, será orientado a retornar novamente em 3 meses, com médico ou enfermeiro, para nova estratificação de risco. Se melhora do quadro e evolução para Baixo Risco, retorno em 6 meses em novo Atendimento Compartilhado, totalizando 3 consultas anuais (um Atendimento Compartilhado e 2 atendimentos individuais) e intervalo entre os Atendimentos Compartilhados de 1 ano. Se manutenção do quadro e Moderado Risco, retorno a cada 3 meses em consulta individual com médico ou enfermeiro até evolução para Baixo Risco, totalizando até 5 consultas anuais (um Atendimento Compartilhado e 4 atendimentos individuais), sem intervalo definido entre os Atendimentos Compartilhados.

Se houver piora do quadro e paciente passar a Alto Risco Cardiovascular, será retirado da lista dos pacientes de Atendimento Compartilhado, e será conduzido singularmente, até compensação e melhora do quadro.

A periodicidade dos exames depende da estratificação de risco e deve acompanhar as consultas individuais. Dessa forma, para os pacientes de Baixo

Risco, a periodicidade é anual, com exames solicitados na consulta individual e avaliados no Atendimento Compartilhado seguinte. Para os pacientes de Moderado Risco, a periodicidade dos exames ficará a critério médico, com o objetivo de acompanhar a evolução do quadro, podendo ser solicitado até a cada 3 meses (em cada uma das consultas individuais).

A avaliação das atividades realizadas ocorrerá através da avaliação dos próprios pacientes, utilizando a escala subjetiva, possibilitando a correção de falhas em um período breve, e aumentando a integração entre equipe e população. Ao analisar a percepção dos pacientes a respeito da atividade, é possível verificar que momentos são mais interessantes, e que momentos ainda precisam ser melhorados. Além disso, torna o paciente co-autor da atividade, sendo também responsável por ela, o que favorece a adesão e a participação.

Por fim, em um segundo momento, a cada 3 meses, durante as reuniões de equipe, serão discutidos e tabelados o total de pacientes diferentes com HAS e/ou DM atendidos no período, além do número de pacientes que necessitaram de internação ou que procuraram pronto-atendimentos por descompensação de suas doenças de base, e também aqueles que vieram ao centro de saúde apenas para renovação de receita de uso contínuo. Ao final do ano, os números serão analisados, com objetivo de se avaliar se houve diferença estatística no total de pacientes atendidos, redução nas internações e procura por pronto-atendimento por descompensação, e redução na procura do CS apenas para renovação de receitas.

4. Resultados esperados

Após a implantação do projeto, é esperado que o atendimento dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis fique mais organizado. Em um primeiro momento pela melhor identificação dos casos graves, que necessitam de um acompanhamento singular e contínuo, e que às vezes acabam negligenciados pela falta de vagas de consulta nas agendas. A identificação dos casos de grau moderado e baixo, e o consequente acompanhamento via Atendimento Compartilhado, reduzirá o agendamento de

consulta médica apenas para a solicitação de exames de rotina ou renovação de receita das medicações de uso contínuo, gerando vagas nas agendas para os casos que necessitem de consulta.

A capacitação dos pacientes frente à sua doença e a atividades que promovem saúde, como boa alimentação e atividade física, auxiliam na autonomia desses pacientes, possibilitando que eles entendam suas condições clínicas, sejam mais colaborativos e possam se co-responsabilizar pelo seu cuidado, entendendo que também são parte fundamental na sua boa saúde. Com o melhor controle dos pacientes, o índice de descompensação ou complicações e, conseqüentemente, da procura de pronto-atendimentos ou internações tende a cair, melhorando os indicadores de saúde da população.

A presença de múltiplos profissionais em um mesmo momento faz com que o paciente se sinta cuidado e importante para aquela equipe, melhorando seu relacionamento com o centro de saúde. Também reduz a procura espontânea especificamente pelo médico, já que ele sente que pode ser assistido por qualquer integrante da equipe, favorecendo e fortalecendo o modelo da Estratégia Saúde da Família.

Por fim, após discussão dos dados obtidos, essas informações irão gerar resultados que serão utilizados para organizar ações e respostas mais eficientes aos problemas encontrados, melhorando a coordenação do cuidado e o acompanhamento longitudinal dos pacientes crônicos hipertensos e/ou diabéticos.

5. Cronograma

Atividades	Ago./14	Set/14	Out/14	Nov./14	Dez/14	Jan/15	Fev./15
Escolha do tema	X						
Elaboração do projeto		X	X	X			
Levantamento da Literatura	X	X	X	X	X	X	
Levantamento de dados		X	X	X			
Revisão final do projeto				X	X	X	
Finalização do projeto						X	
Apresentação do projeto							X

6. Referências Bibliográficas

1. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
3. World Health Organization – Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.
5. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
6. World Health Organization. The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
7. Britt H, Miller GC, Charles J, Knox S, Valenti L, Henderson J, Pan Y, Bayram C, O'Halloran J & Ng A. General practice activity in Australia 2004-05. General practice series no. 18. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2005.
8. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care. 2010 Jan; 33 (Suppl 1): S89-96.
9. Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for type 2 diabetes: asystematic review health. Technology Assessment. 2008; 12 (9).
10. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2011, vol. 15, n. 37.
11. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. Arch Intern Med 2009; 169(19): 1748-1755.
12. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Ed. Manole, 2004; p. 275-289.
13. Starfield B. Is primary-care essential? Lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.
14. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde, 2002.

15. IBGE. Banco de Dados Agregados - Unidade Territorial: 350950210 SIDRA. Visitado em 05 de dezembro de 2014.
16. Elaborado pela autora, 2014.
17. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996.

7. Anexos

7.1 Anexo 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)⁴.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* *Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.*

7.2 Anexo 2 – Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas⁴.

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes melito.

7.3 Anexo 3 – Fatores de risco cardiovascular adicionais nos pacientes com HAS⁴.

Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos)

Tabagismo

Dislipidemias: triglicérides \geq 150 mg/dL;
LDL colesterol > 100 mg/dL; HDL < 40 mg/dL

Diabetes melito

História familiar prematura de doença cardiovascular:
homens < 55 anos e mulheres < 65 anos

7.4 Anexo 4 – Identificação de lesões subclínicas de órgãos-alvo⁴.

ECG com HVE (Sokolow-Lyon > 35 mm; Cornell > 28 mm para homens (H); > 20 mm para mulheres (M))

ECO com HVE (índice de massa de VE > 134 g/m² em H ou 110 g/m² em M)

Espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou presença de placa de ateroma

Índice tornozelo braquial < 0,9

Depuração de creatinina estimada < 60 ml/min/1,72 m²

Baixo ritmo de filtração glomerular ou *clearance* de creatinina (< 60 ml/min)

Microalbuminúria 30 – 300 mg/ 24h ou relação albumina/creatinina > 30 mg por g

Velocidade de onda de pulso (se disponível) > 12 m/s

7.5 Anexo 5 – Condições clínicas associadas à hipertensão⁴.

Doença cerebrovascular (AVE, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva)

Doença cardíaca (infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca)

Doença renal: nefropatia diabética, déficit importante de função (*clearance* < 60 ml/min)

Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema

Doença arterial periférica

AVE - acidente vascular encefálico; AVEI - AVE isquêmico; AVEH - AVE hemorrágico.

7.6 Anexo 6 – Recomendações de controle glicêmico para adultos com DM, de acordo com as diversas sociedades médicas⁵.

	GLICEMIA PRÉ-PRANDIAL (mg/dℓ)	GLICEMIA PÓS-PRANDIAL (mg/dℓ)	HBA1C (%)
Associação Americana de Diabetes (ADA)	70 a 130	< 180	< 7
Federação Internacional de Diabetes (IDF)	Até 115	Até 160	< 7
Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AACE)	< 110	< 140	< 6,5
Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)	70 a 130	Até 160	< 7

7.7 Anexo 7 – Ficha do Atendimento Compartilhado¹⁶.

Ficha de Atendimento Compartilhado

Data: ___/___/___

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Ficha Familiar: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Telefones: _____

- Atualização de dados cadastrais
- Ação Educativa: palestra
 - Nutrição e Alimentação saudável
 - Atividade física
 - Hipertensão e Diabetes
- Avaliação com Dentista
 - Consulta agendada para: ___/___/___
- Avaliação com Enfermeira
 - Medicações em uso:

 - Atividade Física: Sim Não
 - Dieta: Sim Não
 - Tabagismo: Sim Não Anos-maço: _____
- Avaliação com Médica
 - Renovação de receita: Sim Não
 - Exames avaliados: Sim Não
 - Diagnóstico:
 - HAS: Estágio 1 Estágio 2 Não se aplica
 - DM: Controlado Não controlado Não se aplica
 - Risco cardiovascular: Baixo Moderado
 - Exames Solicitados:

 - Encaminhamentos:

- Medidas:
 - PA: ___ x ___ mmHg Dx: _____ mg/dL
 - Peso: ___ kg Altura: ___ cm IMC: ___ kg/m²
 - Circunferência Abdominal: ___ cm

7.8 Anexo 8 – Tabela de Estratificação de Risco do Atendimento Compartilhado¹⁶.

Risco Baixo

Data	/ /	/ /	/ /
Atendimento Compartilhado			
Consulta Médica			
Consulta de Enfermagem			
Raio-X de tórax (HAS)			
Eletrocardiograma (HAS)			
Glicemia de jejum			
Hemoglobina glicada			
Creatinina			
Perfil Lipídico			
Ácido Úrico			
Potássio sérico			
Microalbuminúria			
Urinalise			
Fundoscopia (DM)			

Legenda: Assinalar X – realizado/avaliado.

Deixar em branco se não realizado.

Risco Moderado

Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Atendimento Compartilhado					
Consulta Médica					
Consulta de Enfermagem					
Raio-X de tórax (HAS)					
Eletrocardiograma (HAS)					
Glicemia de jejum					
Hemoglobina glicada					
Creatinina					
Perfil Lipídico					
Ácido Úrico					
Potássio sérico					
Microalbuminúria					
Urinálise					
Fundoscopia (DM)					

Legenda: Assinalar X – realizado/avaliado.

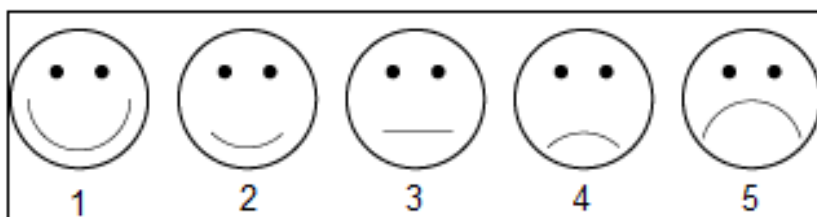
Deixar em branco se não realizado.

7.9 Anexo 9 – Ficha de Avaliação e Agendamento de Retorno¹⁶.

Atendimento Compartilhado

Data ___/___/___

Avaliação:



Escala:

1. Palestra: 1 2 3 4 5
2. Avaliação com dentista: 1 2 3 4 5
3. Avaliação com enfermeira: 1 2 3 4 5
4. Avaliação com médica: 1 2 3 4 5
5. Avaliação com auxiliar de enfermagem: 1 2 3 4 5
6. Atendimento Compartilhado (visão geral): 1 2 3 4 5

cortar-----cortar

Retorno agendado em: 3 meses 6 meses

Trazer controles de PA e Dextro na consulta de retorno.

Atividades Oferecidas pelo CS

- Grupo Vida Leve: encontros às segundas-feiras às 17h
- Grupo de Diabetes: encontros às terças-feiras às 17h.
- Grupo de Tabagismo: encontros às quintas-feiras às 17h.
- Lian-Gong: segundas, quartas e sextas-feiras a partir das 07h (locais disponíveis na recepção do Centro de Saúde).