

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**UFCSPA**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUIZ ANTONIO COPPINI JUNIOR**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DETERMINAÇÃO DE AÇÕES EM ATENÇÃO  
BÁSICA PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS.**

**PORTO ALEGRE/RS**  
**2017**

LUIZ ANTONIO COPPINI JUNIOR

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DETERMINAÇÃO DE AÇÕES EM ATENÇÃO  
BÁSICA PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à UNASUS/UFSCPA, como  
requisito parcial para conclusão do Curso  
de Especialização em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup>. Aline Picoli  
Benvenuti.

**PORTO ALEGRE/RS**

**2017**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>03</b>
<b>2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>05</b>
2.1 COMENTÁRIOS .....	07
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....</b>	<b>08</b>
<b>4 VISITA DOMICILIAR .....</b>	<b>10</b>
<b>5 REFLEXÃO CONCLUSIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>15</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Luiz Antonio Coppini Júnior e sou médico formado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em 2015. Logo que me formei, iniciei minhas atividades em serviços de Urgência e Emergência da região Central do Rio Grande do Sul (RS). Iniciei meu trabalho na Atenção Básica em março de 2016 através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB/MAIS MÉDICOS).

Desempenho minhas atividades na cidade de Agudo/RS. Estou alocado para atendimento em três Unidades Básicas de Saúde (UBS). As Unidades de Saúde são as seguintes: Unidade Sanitária Nova Boêmia, Unidade Sanitária Picada do Rio e Centro de Saúde. As duas primeiras Unidades Básicas de Saúde estão localizadas no interior e a terceira encontra-se na região Central da cidade.

O trabalho desenvolvido ocorre predominantemente na Unidade Sanitária Nova Boêmia, localizada no interior de Agudo e distando 24 km da cidade. A Unidade de Saúde está organizada na forma de UBS. Não há Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos locais em que trabalho. A UBS apresenta dois consultórios médicos, sala de enfermagem, sala de observação, farmácia, cozinha, dois banheiros e um consultório odontológico. Os atendimentos ocorrem durante três dias da semana. Nas segundas e quintas-feiras, durante o turno da manhã e o da tarde, ocorre atendimento médico e de enfermagem. Nas quartas-feiras, em turno integral, ocorre coleta do exame citopatológico do colo uterino e consultas odontológicas.

Não temos a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de enfermagem e um acadêmico de medicina da UFSM. Os atendimentos que predominam são atendimentos à livre demanda, sendo que algumas consultas são agendadas. Dentro do possível, tentamos realizar visitas domiciliares. São realizados: puericultura, pré-natal e atendimento clínico, mas devido ao fato da UBS Central apresentar obstetra e pediatra, as consultas de pré-natal e puericultura são mais frequentes nesta Unidade. As principais patologias atendidas na Unidade Sanitária Nova Boêmia são: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Dislipidemia, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e doenças relativas à Saúde Mental (DATASUS, 2015). A população é formada, basicamente, por trabalhadores do campo. São pessoas, em sua maioria, descendentes de colonizadores alemães e que vivem em condição de pobreza. O

dialeto local derivado do alemão é comum entre os pacientes que buscam consulta na UBS.

No momento, como não estamos organizados em ESF, não temos delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. A maior parte da população atendida é da localidade Nova Boêmia, região localizada no interior e ao Norte do município de Agudo/RS. A região conta com uma escola de Ensino Fundamental e um Centro Comunitário. Não há associações comunitárias. Atividades comunitárias são desenvolvidas na escola da localidade.

Em relação à organização dos serviços de saúde em Agudo//RS, o Município conta com 4 UBS, 1 ESF, um SAMU 24h e um Pronto-Atendimento (CNES, 2017) aberto ao público apenas das 19h às 07h, o que aumenta ainda mais o número de consultas à livre demanda nas Unidades de Saúde, principalmente Urgências e Emergências. Os exames custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município são bastante escassos, sendo que a população tem que pagar à Prefeitura Municipal parte do valor do exame que é solicitado. A nossa Farmácia Básica é bastante completa e não costuma faltar insumos.

De acordo com a prática vivenciada em Agudo/RS, a Atenção Primária de Saúde representa aquilo que ela se propõe a ser, ou seja, a porta de entrada no SUS e o serviço que integra, coordena e resolve a maioria dos problemas de saúde da população. As características mais marcantes apresentadas na Unidade Sanitária Nova Boêmia são: Integralidade (são realizadas puericultura, pré-natal, atendimento em saúde do homem, mulher e idosos), Longitudinalidade (agendamentos e seguimentos apropriados), Coordenação e Competência Cultural (a população atendida é do interior, composta por plantadores de milho e fumo, muitos dos quais falam apenas o alemão, o que levou a uma adequação da equipe para atender as demandas dessa população).

O Projeto de Intervenção (Anexo 1) intitulado: Estratificação de Risco e Cuidados em Pacientes Portadores de HAS e DM2 da Unidade Sanitária Nova Boêmia – Agudo/RS, será realizado pois, através da procura frequente por cuidados relacionados à HAS e ao DM2 verifica-se que existem diferentes perfis de pacientes com diferentes necessidades relacionadas aos seus cuidados. Assim, estratificar estes pacientes constitui-se em processo fundamental para organizar o cuidado e melhorar os recursos do serviço de saúde prestado (BRASIL, 2014).

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente R. C. A, feminina, 28 anos, busca atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), em maio de 2016, queixando-se de dor crônica em articulação coxo-femoral direita e dispnéia aos moderados esforços há três meses. Paciente apresenta como patologias crônicas: depressão, hipertensão arterial sistêmica e obesidade. Está em uso de: Hidroclorotiazida 25 mg, um comprimido por dia, Losartana 50 mg, dois comprimidos por dia e Clonazepam 2 mg, um comprimido por dia. Nega alergia medicamentosa. Paciente não comparece nas consultas com regularidade.

Na avaliação inicial apresenta-se com Pressão Arterial de 200/120 mmHg, peso de 106 kg e altura de 1,57 m. IMC: 43 Kg/m<sup>2</sup>. Paciente queixa-se também de amenorréia há 2 meses. Não está em uso de nenhum método anticoncepcional. Paciente demonstra-se aflita por estar aumentando de peso. Relata tristeza e choro constantes. Não apresenta vontade de realizar as atividades diárias e o sono encontra-se prejudicado. Relata que no passado já fez uso de Fluoxetina 20 mg, um comprimido por dia. Paciente descontinuou, por conta própria, o uso do antidepressivo há 5 meses. Admite que os valores de pressão arterial estão elevados há algum tempo, porém não havia, até então, buscado consulta médica. Na ocasião, conversou-se sobre a possibilidade de retomar o tratamento para o quadro depressivo com a associação de psicoterapia e medicamento. Paciente demonstrou-se disposta a iniciar o tratamento. Foi prescrito Fluoxetina 20 mg/dia e proposta a retirada gradual do benzodiazepínico. Solicitou-se um exame sérico de BhCG, visto que, a UBS não conta com o Teste Rápido de Gravidez. Aproveitou-se a consulta para solicitar exames laboratoriais gerais e orientar verificação semanal da pressão arterial.

Paciente retorna em 14 dias com o resultado do exame de BhCG negativo. Refere boa aceitação ao uso de Fluoxetina 20 mg/dia nas primeiras 2 semanas, não apresentando efeitos adversos. Aproveitou-se o retorno para referenciá-la para acompanhamento com o psicólogo da UBS. No controle pressórico, verifica-se valores sustentados de pressão arterial superiores a 160/100 mmHg.

Segundo a Proposta do Projeto de Intervenção, classificou-se o grau de severidade da doença crônica apresentada pela paciente como sendo de grau 3

(HAS acima da meta pressórica). Em relação à capacidade de auto-cuidado, a paciente foi classificada como suficiente. Na estratificação de risco proposta por Strümer e Bianchini (2012) a paciente encontra-se no Estrato 3 e as medidas indicadas para o caso são as consultas individuais seqüenciais, multidisciplinares e as consultas coletivas. Solicita-se, também que a paciente compareça ao grupo de hipertensos.

Inicia-se Anlodipino na dose de 5 mg/dia e orienta-se, novamente, que siga com o controle semanal da pressão arterial. Retorna em 4 semanas apresentando um controle pressórico de 140-110/60-90 mmHg. Seus exames laboratoriais apresentam-se sem alterações. Solicitado um Ultrassom transvaginal devido à persistência da amenorréia a fim de excluir-se Síndrome dos Ovários Policísticos. Solicitado TSH, Prolactina, FSH e Estradiol. Relata importante melhora dos sintomas depressivos e refere que já se encontra em acompanhamento com a psicóloga da Unidade.

Devido à persistência da queixa de dispnéia aos moderados esforços e da dor na articulação coxo-femoral direita, são solicitados os seguintes exames: Eletrocardiograma (ECG), Raio-X de Tórax, Raio-X e Ultrassom da articulação coxo-femoral direita. Em 3 semanas paciente retorna com o resultado dos exames que evidenciam Osteoartrite incipiente do quadril. O ECG demonstra ritmo sinusal, frequência cardíaca de 83 bpm, sobrecarga atrial esquerda e bloqueio-atrioventricular de primeiro grau. A Radiografia de Tórax evidencia silhueta cardíaca normal, aorta torácica ectásica e ateromatosa e espondilose dorsal. Devido à persistência da dispnéia e diante dos exames apresentados, optou-se em aprofundar a investigação diagnóstica com a solicitação de um Ecocardiograma transtorácico e de uma Espirometria.

Paciente retorna novamente em 5 semanas para mostrar os exames solicitados. A Espirometria e o Ecocardiograma estão normais. Refere que ainda não conseguiu realizar o Ultrassom transvaginal e os exames para investigação da amenorréia secundária. Ainda persiste em amenorréia. Relata melhora dos sintomas depressivos e refere suspensão completa do Clonazepam após redução gradual da dose do benzodiazepínico. Orienta-se que mantenha acompanhamento bimestral para o quadro de depressão. Mantém-se a dose de Fluoxetina 20 mg/dia associada à psicoterapia. Solicita-se perda de peso, a fim de reduzir a carga sobre a articulação



coxo-femoral direita. Para analgesia é prescrito o Paracetamol na dose de 1 g de 6/6h, se necessário. Na consulta o valor da pressão arterial é de 130/82 mmHg.

Paciente é referenciada ao Endocrinologista, tendo em vista, a possibilidade de realização da cirurgia bariátrica e é referenciada, também, para o serviço de pneumologia para esclarecimento da dispnéia e exclusão do diagnóstico de hipoventilação alveolar associada à obesidade. Paciente mantém acompanhamento na UBS para o seu quadro de hipertensão arterial, depressão e osteoartrite do quadril. Solicita-se que siga acompanhamento com a psicóloga e que acompanhe com um nutricionista e um educador físico. Mantém-se acompanhamento com o grupo de hipertensos. Como a UBS não dispõem de nutricionista e educador físico, a paciente opta por buscar o serviço na rede privada. É orientada a retornar com os exames necessários à investigação ginecológica da amenorréia.

Paciente é originária de Santa Maria/RS e no momento encontra-se morando no município de Agudo/RS em companhia de seu namorado. Não possuímos dados da família da paciente.

## 2.1 COMENTÁRIOS

Conforme a 7ª Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al. 2016) e o VIII Joint (JAMES et al. 2014), a paciente apresentava-se em uso prévio de um diurético tiazídico e um bloqueador do receptor da Angiotensina II, ambos em dose máxima. Segundo os estudos citados anteriormente, a paciente beneficia-se da associação de um Bloqueador de Canal de Cálcio como terceira droga na terapêutica da HAS. Desse modo, foi acrescentado o uso de Anlodipino 5 mg/dia.

A partir da Resolução nº 2.131/15 do Conselho Federal de Medicina, verifica-se que a paciente preenche os critérios para a indicação da cirurgia bariátrica, apresentando benefício do procedimento não somente sobre o quadro de obesidade, mas também nos quadros de osteoartrite, dispnéia, depressão e hipertensão arterial.

Segundo as Diretrizes de Tratamento e Diagnóstico de Depressão da Associação Brasileira de Psiquiatria (2001) o manejo de um quadro depressivo moderado obtém melhores resultados através do manejo ótimo realizado por meio da terapêutica medicamentosa, podendo esta ser associada à psicoterapia. Como escolha, optou-se pelo uso da Fluoxetina, um Inibidor Seletivo da Recaptação de

Serotonina (ISRS) já consagrado no tratamento da depressão e uma das medicações que é disponibilizada na Farmácia Municipal e que consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2014 como uma medicação básica do SUS.

Segundo Anderson (2000), o uso de ISRS está associado com menor índice de abandono de tratamento comparado com os tricíclicos. As Diretrizes salientam que no início do tratamento, consultas semanais estão associadas com maior adesão e melhores resultados em curto prazo (SCHULBERG et al. 1996). Consultas mais frequentes, no início do tratamento, poderiam ter sido realizadas no caso em questão.

Conforme Daudt (2006) e Pinto (2006), em Diretrizes para investigação diagnóstica da amenorréia, a investigação inicial da amenorréia, em pacientes em idade fértil, inicia-se com a solicitação de BhCG com objetivo de descartar a presença de gravidez. Exames laboratoriais, como prolactina, TSH, FSH, Estradiol e Ultrassom transvaginal, também fazem parte da propedêutica diagnóstica. As Diretrizes recomendam que antes da dosagem das Gonadotrofinas seja realizado o teste da Progesterona e a dosagem de Prolactina. Salienta-se que o teste da Progesterona não é realizado no nosso meio e que por isso optou-se pela solicitação dos demais exames em conjunto com a dosagem de Prolactina após a exclusão de gestação.

O caso foi conduzido com base no aprendizado dos casos complexos do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade da UNASUS/UFCSPA.

### **3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Como verificado no contexto do caso clínico apresentado anteriormente, a Depressão é um importante diagnóstico a ser realizado no paciente portador de Doenças Crônicas. O caráter crônico da doença, as múltiplas visitas à Unidade Básica de Saúde (UBS), os diversos medicamentos em uso e a rotina de exames para controle e acompanhamento das patologias de base podem sobrecarregar o paciente e despertar neste, sintomas de ansiedade e depressão, tornando-o incapacitado para as suas atividades diárias (FLECK, 2009)

A identificação desse quadro, dentro do contexto da Saúde Mental do Doente Crônico é crucial para que ele mantenha o vínculo com a Unidade de Saúde e cumpra com as propostas abordadas em consulta. A importância em determinar o risco da doença do paciente e a capacidade de auto-cuidado influi diretamente na condução do caso por meio da melhor abordagem proposta de acordo com a estratificação realizada (BRASIL, 2014).

O estudo do diagnóstico e manejo do paciente com depressão possibilitou o aprimoramento da minha prática e resultou em uma maior resolutividade dos casos verificados na UBS. A importância em identificar os pacientes que necessitarão de medicação e separar daqueles que não precisarão é fundamental no estabelecimento das condutas terapêuticas. A Unidade de Saúde dispõem de serviço de psicologia que trabalha integrado com o serviço de medicina no manejo dos pacientes, seja através de consultas individuais ou de atividades coletivas como a Terapia Comunitária. A nossa Farmácia Municipal consta com as seguintes opções terapêuticas para os pacientes da Saúde Mental: Fluoxetina 20 mg, Paroxetina 20 mg, Imipramina 25 mg, Amitriptilina 25 mg, Risperidona 1 mg, Haloperidol 5 mg, Biperideno 2 mg, Carbonato de Lítio 300 mg, Carbamazepina 200 mg, Ácido Valpróico 250 mg, Clonazepam 2,5 mg/mL, Diazepam 5 mg e Diazepam 10 mg.

Conforme verificado na Revisão das Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de depressão (FLECK, 2009), a depressão predomina em mulheres, apresenta caráter crônico e recidivante, pode ser incapacitante e costuma ser frequente e passível de sub-diagnóstico pelos médicos não especialistas. O uso de Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina, conforme prescrito para a paciente no relato do Caso Clínico, costuma ter um maior perfil de aceitação e maior facilidade em se chegar à dose necessária do que um antidepressivo tricíclico. Para depressões moderadas a graves costumamos associar psicoterapia com o uso de medicamento devido à superioridade da associação destas intervenções. Consultas semanais estão relacionadas a uma melhor aderência terapêutica e deveriam ter sido empregadas no caso relatado (FLECK, 2009).

Assim, o conhecimento adquirido no estudo dos Casos Clínicos do Segundo Módulo e a reflexão proposta por este portfólio foram fundamentais para o

conhecimento da melhor opção terapêutica disponível no tratamento da depressão e a aplicabilidade deste conhecimento aumentou a resolutividade na minha UBS.

#### **4 VISITA DOMICILIAR**

Como estou alocado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que no momento não está organizada em Estratégia Saúde da Família (ESF), as visitas domiciliares não costumam ser frequentes. A falta de Agentes Comunitários de Saúde na identificação das demandas da Comunidade, faz com que a equipe se organize através do conhecimento que tem a respeito dos pacientes e da demanda trazida pelos mesmos em relação às visitas domiciliares. Geralmente, emprega-se uma Agenda de atualização quinzenal para a realização das visitas domiciliares. Estas costumam ser realizadas aos pacientes portadores de doenças crônicas, principalmente cardiovasculares, tais como, Hipertensão Arterial Sistêmica Resistente, Insuficiência Cardíaca, Doença Arterial Coronariana Crônica, sequelas de Acidente Vascular Encefálico e Diabetes Mellitus com necessidade de insulinização.

As visitas domiciliares contam com a presença de 1 médico, 1 acadêmico de medicina, 1 enfermeiro e 1 técnico em enfermagem. Contamos com um kit de materiais e medicamentos que nos acompanham nas visitas. Durante as visitas domiciliares aproveitamos para realizar uma escuta atenciosa do paciente e de seu cuidador. A partir das demandas encontradas tentamos propor soluções para os diferentes problemas encontrados. Conferimos a medicação em uso e organizamos os receituários. Ajudamos na separação e organização dos medicamentos. A equipe leva os principais medicamentos de uso contínuo do paciente e a dispensação é feita no domicílio.

Os doentes crônicos são classificados de acordo com o risco da doença e a capacidade de auto-cuidado a fim de serem estratificados para a melhor abordagem disponível (BRASIL, 2014). Os cuidadores são entrevistados e as principais implicações no cuidado do doente crônico são abordadas. Questionários para avaliar a sobrecarga do cuidador (ZARIT, 1987) são aplicados para identificar cuidadores em uma situação de risco. A situação familiar é avaliada através do Genograma, através do qual se propõem uma abordagem que possibilita conhecer a estrutura

familiar, as doenças e as relações afetivas entre os diferentes componentes da família (MELLO, 2005).

A equipe de Saúde também utiliza as visitas domiciliares para a realização do acompanhamento de pacientes que estão sob observação epidemiológica, ou então, sob situação de vulnerabilidade ou de risco social.

Através da prática da visita domiciliar é possível conhecer o paciente em seu meio, compreender a estrutura de organização da família e dos cuidados para com o doente. O respeito às crenças pessoais, aos hábitos culturais e à visão do próprio paciente em relação à doença, quando em seu domicílio, são variáveis indispensáveis na abordagem ampliada centrada na pessoa enferma. Decisões conjuntas costumam ser tomadas a fim de estabelecer um plano de cuidados com objetivos mútuos a serem cumpridos (ROA, 2009).

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Através dos conhecimentos adquiridos no Curso de Especialização em Saúde da Família da UFSCPA foi possível aprimorar, expressivamente, a minha prática na Atenção Básica.

Os conteúdos estudados no Primeiro Módulo possibilitaram um entendimento ampliado da organização da Saúde Pública no Brasil, bem como, a compreensão de como a Atenção Básica se articula, através da revisão dos principais conceitos teóricos que fundamentam a prática diária do profissional que atua no nível primário. Algumas ferramentas vistas no curso, como a organização da agenda, o genograma e a organização do território por meio do Google Earth possibilitaram o aprimoramento no Atendimento Domiciliar e na organização das situações de risco e vulnerabilidade verificadas na Comunidade. A Abordagem Centrada na Pessoa e a organização dos Planos Terapêuticos Singulares melhoraram a visão dos pacientes sobre o serviço de saúde ofertado, principalmente dos pacientes crônicos que realizavam múltiplas consultas na Unidade de Saúde.

Em relação ao Segundo Módulo, o aprimorado do conhecimento técnico possibilitou a condução dos casos clínicos encontrados na Unidade de Saúde, que muitas vezes se confundiam com os próprios casos clínicos do curso de especialização devido às semelhanças encontradas entre ambos. Através do conhecimento adquirido por meio da Medicina Baseada em Evidências, tornou-se possível padronizar condutas, observar resolutividade nos problemas encontrados e servir como modelo para os outros profissionais médicos das demais Unidades de Saúde de Agudo.

Assim, o Curso de Especialização cumpriu com seu dever em qualificar e humanizar o serviço prestado na Atenção Básica e através do crescimento profissional proporcionado foi possível garantir a melhoria dos serviços de saúde oferecidos pela minha equipe.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DATASUS/CNES. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso às 00:11 de 20 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

JAMES P.A., OPARIL S., CARTER B.L., et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA** 2014.

MALACHIAS M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, Vol 107, n. 3, p. 1-83, 2016.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, Vol. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

FLECK, M. P. et al. Revisão das Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Vol.31, n. 1, p. 7-17, 2009.

FLECK, M. P. et al. Diagnóstico e Tratamento da Depressão. **Associação Brasileira de Psiquiatria**. 2001. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/depressao.pdf>. Acesso às 23:22 de 19 de abril de 2017.

SCHULBERG, H. C. et al. Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. **Arch Gen Psychiatry**, Vol. 53, p. 913-9, 1996.

ANDERSON, I. M. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a metaanalysis of efficacy and tolerability. **J Affect Disord**, Vol. 58, p. 19-36, 2000.

MELLO, D. F. et al. Genograma e Ecomapa: Possibilidade de Utilização na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Cresc Desenv Hum**, Vol. 15, n.1, p. 79-89, 2005.

ROA, R. et al. Abordagem Centrada nas Pessoas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Vol. 16, n. 4, p. 245-259, 2009.

ZARIT S., ZARIT J. **Instructions for the Burden Interview**. University Park: Pennsylvania State University;1987.

DAUDT, C. V. G, PINTO, M. E. **Amenorréia secundária: Diagnóstico**. 2006. Disponível em: [http://sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/amenorreia\\_diagnostico.pdf](http://sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/amenorreia_diagnostico.pdf). Acesso às 23:02 de 19 de abril de 2017.

**Resolução nº 2.131/15 do Conselho Federal de Medicina**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf). Acesso às 23:02 de 19 de abril de 2017.



**ANEXO I**



**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**

LUIZ ANTONIO COPPINI JUNIOR

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E CUIDADOS EM PACIENTES PORTADORES DE  
HAS E DM2 DA UNIDADE SANITÁRIA NOVA BOÊMIA - AGUDO/RS

AGUDO/RS  
NOVEMBRO/2016

## RESUMO

Entre as doenças crônicas que assumem destaque na Atenção Básica de Saúde, por serem elas um dos principais motivos de procura por consulta médica, encontramos a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus tipo 2. Estas doenças, além de muito prevalentes, são também responsáveis por um série de complicações crônicas que são passíveis de prevenção através do manejo qualificado na Atenção Primária de Saúde. Conhecer o perfil destes pacientes, ou seja, sua capacidade de autocuidado, o risco cardiovascular, os hábitos de saúde, as medicações em uso e as complicações secundárias às doenças de base, permite estratificar o risco e reconhecer o nível de atenção e cuidado necessários. Estratificá-los é fundamental para que sejam manejados de maneira diferenciada de acordo com a gravidade de cada caso. Este projeto objetiva estratificar tais pacientes na Unidade de Saúde Nova Boêmia em Agudo/RS com a finalidade de qualificar o atendimento prestado a esta população e assim, garantir que as metas terapêuticas, segundo as melhores evidências, sejam cumpridas, além de, prestar o melhor modelo de atendimento em saúde segundo a classificação que cada paciente será incluído.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, Atenção Primária à Saúde.

## **LISTA DE SIGLAS**

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2.

RS – Rio Grande do Sul.

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	04
<b>1 TEMA</b> .....	05
<b>2 PROBLEMA</b> .....	05
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	05
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	05
4.1 OBJETIVO GERAL .....	05
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	06
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	06
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	09
<b>7 RECURSOS NECESSÁRIOS</b> .....	11
7.1 DETALHAMENTO DOS GASTOS.....	11
<b>8 CRONOGRAMA</b> .....	11
<b>9 RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	12
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	13

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas assumem destaque na Atenção Básica de Saúde por serem elas um dos principais motivos de procura por consulta médica. O controle adequado das patologias crônicas implica diretamente na qualidade dos serviços de saúde pública. A prevalência de tais condições, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, tem aumento à medida que a população envelhece. Além disso, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes constituem-se em importantes fatores de risco cardiovascular (MAGALHÃES, 2014).

Através da estratégia para o cuidado da pessoa crônica verifica-se que por meio da Estratificação de Risco é possível reconhecer diferentes graus de vulnerabilidade e assim prestar assistência diferenciada de acordo com a gravidade de cada caso (STURMER e BIANCHINI, 2012).

A partir da Estratificação proposta por Sturmer e Bianchini (2012) em que se considera a Severidade da Doença Crônica e a avaliação da Capacidade de Autocuidado, este projeto pretende determinar os níveis (ou estratos) nos quais os pacientes diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde Nova Boêmia em Agudo/RS se encontram e propor ações recomendadas para doenças crônicas cardiovasculares de acordo com o nível correspondente, com especial atenção para pacientes de Risco Muito Alto e Gestão de Caso.

## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **1 TEMA**

Estratificação de paciente hipertensos e diabéticos da Unidade Sanitária Nova Boêmia – Agudo/RS.

### **2 PROBLEMA**

Qual é a capacidade de autocuidado e o grau de severidade da doença de hipertensos e diabéticos da Unidade Sanitária Nova Boêmia em Agudo/RS? Qual é o nível de cuidado adequado para o perfil de cada um desses pacientes?

### **3 JUSTIFICATIVA**

Através da procura frequente por cuidados relacionados à HAS e ao DM2, na Unidade Sanitária Nova Boêmia, verifica-se que existem diferentes perfis de pacientes com diferentes necessidades relacionadas aos cuidados com suas patologias crônicas. Estratificar estes pacientes, segundo o nível de atenção e ao risco, constitui-se em processo fundamental para organizar o cuidado e melhorar os recursos do serviço de saúde prestado.

### **4 OBJETIVOS**

#### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Estratificar o risco e o nível de atenção dos pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão Arterial que procuram atendimento na Atenção Básica de Saúde da Unidade Sanitária Nova Boêmia de Agudo/RS.

## 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Propor metas a curto e longo prazo para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.
2. Garantir o acesso aos meios diagnósticos necessários para um manejo adequado da patologia e reconhecimento de complicações, como garantir acesso aos seguintes exames: HbA1c, Pesquisa de Microalbuminúria e Realização do Fundo de Olho.
3. Promover o tratamento segundo a melhor evidência terapêutica disponível no momento de acordo com os medicamentos dispensados pelo RENAME na Atenção Básica.
4. Identificar a melhor intervenção em saúde para o paciente.
5. Determinar o perfil dos pacientes atendidos na Unidade Sanitária Nova Boêmia.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como valores sustentados de pressão arterial maiores ou iguais a 140/90 mmHg em três medidas aleatórias em diferentes dias. A HAS representa uma doença de importante prevalência na população e um problema de saúde pública. Segundo dados presentes nas VI Diretrizes Brasileiras de HAS (2010), inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (média de 32,5%) com tendência ao aumento conforme a população envelhece (SBC, 2010).

O Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é definido como uma doença representada por valores aumentados e sustentados de glicemia. O diagnóstico se faz por meio dos critérios estabelecidos nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). Atualmente o DM2 representa uma epidemia em saúde pública. Seus índices estão crescendo devido ao envelhecimento populacional, associado à obesidade e ao sedentarismo. Conforme consta nestas Diretrizes, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes. Dados brasileiros de 2011 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) são de 33,7 para a população

geral, com acentuado aumento com o avançar da idade. Devido às complicações associadas e aos meios necessários para tratá-las, o DM2 é uma doença muito onerosa tanto para o paciente como para os serviços de saúde. Tanto o DM2 quanto a HAS constituem-se nas principais doenças crônicas em Atenção Básica de Saúde. Ambas representam importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares (MILECH, 2016).

Estratificar significa agrupar através de um critério e estratificar em doenças crônicas na Atenção Básica significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade (BRASIL, 2014). Deve-se estratificar porque as pessoas têm necessidades diferentes que podem variar conforme os riscos identificados. Conhecer os diferentes riscos de cada usuário do sistema público de saúde ajuda as equipes de Atenção Básica a adaptar às ações de acordo com as necessidades da população por ela atendida, além de utilizar melhor os recursos ofertados pelo serviço. Mendes (2012) estratifica o risco no cuidado das doenças crônicas em dois aspectos: a severidade da condição crônica estabelecida (Quadro 1) e a capacidade de autocuidado. Sturmer e Bianchini (2012) apresentam proposta que integra os dois aspectos (Quadro 2 e 3) e direciona diferentes ações em saúde conforme estratificação combinada de cada caso.

A estratificação do risco em doenças crônicas na Atenção Básica tem algumas implicações que incluem a distribuição do autocuidado e do cuidado profissional entre os usuários. Garante ainda, uma distribuição entre atenção geral e especializada, refletindo na racionalização da agenda profissional. Para que o modelo de estratificação de risco/vulnerabilidade seja implantado é fundamental conhecer as principais diretrizes de cuidados em pessoas com doenças crônicas. Para garantir aplicação clínica é fundamental unir a capacidade de autocuidado com o estrato de risco para determinar os diferentes esforços da equipe de saúde no manejo de cada caso. Sabe-se que há evidências de que a estratificação de risco melhorou a qualidade de vida dos pacientes e reduziu as internações hospitalares, bem como, a taxa de permanência nos hospitais (MENDES, 2012).



Quadro 1 – Grau de Severidade de Doenças Crônicas Cardiovasculares (HAS/DM2)

Graus de severidade da condição crônica	Exemplos
Grau 1: presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Excesso de peso</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Uso de álcool</li> </ul>
Grau 2: condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) dentro da meta estabelecida, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco, como o escore de Framingham</li> </ul>
Grau 3: condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto risco para doença cardiovascular em avaliação de escores de risco</li> <li>• Microalbuminúria/proteinúria</li> <li>• Hipertrofia ventricular esquerda</li> <li>• Uso de insulina</li> <li>• DM2 acima da meta glicêmica</li> <li>• HAS acima da meta pressórica</li> </ul>
Grau 4: condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatia isquêmica</li> <li>• AVC prévio</li> <li>• Vasculopatia periférica</li> <li>• Retinopatia por DM</li> <li>• ICC classes II, III e IV</li> <li>• Insuficiência renal crônica</li> <li>• Pé diabético/neuropatia periférica</li> </ul>

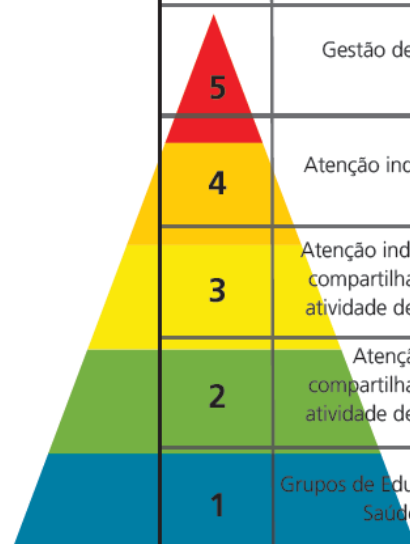
Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012, adaptado de MENDES, 2012).

Quadro 2 – Estratificação dos pacientes considerando-se Capacidade de Autocuidado e o Grau de Severidade da Doença Crônica.

GRAU DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	Capacidade para autocuidado INSUFICIENTE	Capacidade para autocuidado SUFICIENTE
Grau 4: Doença cardiovascular estabelecida	ESTRATO 5	ESTRATO 4
Grau 3: HAS/DM acima da meta, sinais de lesão em órgão-alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda), alto risco pelo escore de Framingham	ESTRATO 4	ESTRATO 3
Grau 2: HAS/DM dentro da meta, baixo/médio risco cardiovascular pelo escore de Framingham	ESTRATO 2	ESTRATO 2
Grau 1: Somente fatores de risco	ESTRATO 1	ESTRATO 1

Fonte: (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

Quadro 3 – Estratificação segundo o nível de atenção em Doenças Crônicas Cardiovasculares e atividades em saúde propostas de acordo com o estrato correspondente.



Nível de Atenção	Ação de Saúde Predominante	Exemplos de Atividades
5	Gestão de Caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta Coletiva
1	Grupos de Educação em Saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, alimentação saudável.

Fonte: (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

## 6 METODOLOGIA

A população a ser estudada é formada por diabéticos e/ou hipertensos atendidos na Unidade Sanitária Nova Boêmia, localizada no interior de Agudo-RS. Este projeto constitui-se em um projeto de intervenção e em um estudo transversal de prevalência para estratificação do risco de pacientes com DM2 e/ou HAS desta localidade.

A Unidade de Saúde organiza-se na forma de Unidade Básica de Saúde (UBS). Têm uma equipe formada por um médico, um enfermeiro, um dentista e um técnico em enfermagem. A população que é atendida pela UBS não pertence a um território adstrito, visto que, não se organiza em Estratégia Saúde da Família (ESF). A população atendida pela Unidade de Saúde é originária de diferentes localidades do interior de Agudo-RS. Não há um cadastro local, único, dos portadores de DM2 e/ou HAS.

Participarão do estudo apenas os pacientes com HAS e/ou DM2 que foram atendidos no período de março de 2016 a setembro de 2016. Estes pacientes terão seu risco estratificado segundo o nível de atenção à doença crônica proposto por Stümer e Bianchini (2012). A partir da estratificação os pacientes terão seu cuidado direcionado de acordo com a melhor abordagem ao doente crônico conforme proposto pelo Caderno de Atenção Básica de número 35 do Ministério da Saúde (2014).

Será determinado um perfil epidemiológico dos usuários através do percentual de pacientes com HAS e/ou DM2 atendidos no período proposto, bem como, a presença ou ausência de complicações secundárias ou lesões em órgãos-alvo, medicações em uso e adequação do controle da doença conforme recomendado pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) e JNC 8 (Guideline for Management of High Blood Pressure - 2014).

A partir da caracterização da população estudada, os pacientes serão direcionados para os diferentes estratos de classificação de risco/atenção e cuidados do paciente com doença crônica. Para que estes pacientes possam ser estratificados eles serão avaliados quanto à capacidade de autocuidado e quanto ao grau de severidade da doença crônica.

Para estimar o grau de severidade da doença crônica serão utilizados critérios clínicos e laboratoriais, tais como presença de complicações relacionadas à doença de base, tabagismo, etilismo, adequação às metas terapêuticas, medida de HbA1c, glicemia de jejum, dosagem de colesterol total e frações, triglicerídeos, realização de exame de fundo de olho, exames dos pés, creatinina, cálculo da taxa de filtração glomerular conforme fórmula de Cockcroft-Gault ou equação de Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI), pesquisa de microalbuminúria em amostra isolada de urina, eletrocardiograma, monitorização ambulatorial da pressão arterial e ecocardiograma transtorácico conforme indicação clínica.

Para avaliação do autocuidado será utilizado o julgamento clínico do profissional médico e/ou enfermeiro.

A análise dos dados será realizada por meio de estatística simples com cálculo do percentual de cada variável a ser estudada através da utilização do software Excel 2013.

## 7 RECURSOS NECESSÁRIOS

O custo do projeto está orçado em R\$ 345,75 reais e abrange o pagamento de um analista estatístico, gastos com materiais de coleta e materiais de escritório. Os materiais de escritório para a coleta de dados serão fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. O gasto com analista estatístico será por conta do pesquisador.

### 7.1 DETALHAMENTO DOS GASTOS

<b>MATERIAL</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>TOTAL</b>
Folha A4	2 pacotes	R\$ 15,00	R\$ 30,00
Caneta	05 unidades	R\$ 0,70	R\$ 3,50
Lápis	05 unidades	R\$ 0,60	R\$ 3,00
Borracha	05 unidades	R\$ 0,25	R\$ 1,25
Pasta plástica	2 unidades	R\$ 1,50	R\$ 3,00
Envelope	2 unidades	R\$ 2,00	R\$ 4,00
Bloco de Recibo	1 unidade	R\$ 1,00	R\$ 1,00

Quadro 4 - Detalhamento dos custos com a pesquisa por valor unitário.

<b>MATERIAL/SERVIÇOS</b>	<b>CUSTO</b>
Material de Escritório	R\$ 45,75
Serviços	R\$ 300,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 345,75</b>

Quadro 5 - Resumo dos custos com a pesquisa.

## 8 CRONOGRAMA

Tempo de estudo: agosto de 2016 a fevereiro de 2017.

<b>ATIVIDADES</b>	<b>AGO</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>	<b>NOV</b>	<b>DEZ</b>	<b>JAN</b>	<b>FEV</b>
Elaboração do Projeto	X	X					
Revisão de Literatura			X				
Envio do Projeto				X			
Coleta de Dados					X		
Análise dos Dados						X	
Apresentação do projeto							X

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se que com este projeto seja possível estratificar o risco e o nível de atenção dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na Unidade Sanitária Nova Boêmia a fim de qualificar o serviço e prestar o melhor modelo de atendimento em saúde segundo a classificação que cada paciente será incluído. Estratificar os pacientes ajuda na organização do serviço e garante medidas mais efetivas para que as metas terapêuticas sejam alcançadas. Assim, através deste projeto de intervenção busca-se elevar o nível de qualidade no manejo de pacientes portadores de doenças crônicas, tais como, hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

MILECH, A. et. al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

MAGALHÃES L. B. N. C. Epidemiology of arterial hypertension in Brazil. **Revista Hipertensão**, Vol. 17, n. 3 – 4, Jul./ Dez, 2014.

PETERMANN, X. B. et al. *Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa*. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.49-56, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

JAMES P.A., OPARIL S., CARTER B.L., et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA** 2014.

MALACHIAS M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, Vol 107, n. 3, p. 1-83, 2016.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, Vol. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

**MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.