



CIEVS/DPSV/GEPSA/GVIGE/GEAPS/GEURE/GAFIE/GRSAM/GATES/GEICS/DIAS/GCINT/GERAE/DMAC/SMSA/PBH

**ASSUNTO:** Proposta para acompanhamento de usuários com condições crônicas na APS, no contexto da pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2.

**Itens atualizados:** 3.4; inclusão do Anexo 8.

Considerando a Lei Federal nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, que “dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”.

Considerando a classificação pela Organização Mundial de Saúde, OMS, do dia 11 de março de 2020, como pandemia o novo coronavírus.

Considerando o Decreto Municipal nº 17.298 de 17 de março de 2020, que “dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo novo coronavírus (COVID19).

Considerando a Portaria 454 do Ministério da Saúde de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19).

Considerando o cenário epidemiológico atual do município, com transmissão comunitária do novo vírus da SARS-CoV-2, com número expressivo de casos notificados e confirmados da COVID-19, recomenda-se às equipes dos centros de saúde o reforço da vigilância aos usuários portadores de condições crônicas, para evitar descompensações dos quadros de base, decorrentes da redução de acompanhamento clínico consequente às recomendações de isolamento social. Para contribuir com as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte, a Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS) propõe uma metodologia baseada no modelo de atenção às condições crônicas e nos princípios da Gestão do Cuidado no Território, para a continuidade do acompanhamento dos usuários com condições de alto risco de forma sistematizada

## 1. O contexto epidemiológico e a justificativa da proposta

As condições crônicas são definidas como aquelas de duração superior a três meses, em alguns casos acometendo de forma permanente os indivíduos afetados. Os portadores dessas condições necessitam de acompanhamento e suporte para o cuidado à saúde de forma continuada ao longo do tempo. A frequência e intensidade desse suporte deverá ser proporcional ao grau de risco clínico imposto pela condição e à presença adicional de outros fatores de vulnerabilidade sociofamiliar e da capacidade de



autocuidado dos usuários. Esta proposta, que considera essencial a avaliação dos três fatores citados, está fundamentada em diretrizes internacionais de atenção às condições crônicas, consolidadas também pelo Ministério da Saúde nos Cadernos de Atenção Básica de números 35, 36 e 37 (Quadros síntese principais no Anexo 1) e por MENDES, EV; 2012.

Dados brasileiros mostraram que as condições crônicas são responsáveis por uma porcentagem expressiva da demanda de consultas na APS (GUSSO GDF, 2009). A APS é o locus da rede responsável pela coordenação do cuidado dos usuários da comunidade, além de ter também como atributo essencial a longitudinalidade. Isso significa que a APS deve procurar auxiliar o usuário e organizar a sua trajetória assistencial ao longo do contínuo do cuidado e nos diversos pontos de atenção à saúde da rede SUS-BH ao longo de sua vida.

Sabe-se ainda que uma parcela importante da população, especialmente após os 40 anos, acumula mais de uma condição crônica, situação conhecida como **multimorbidade**, sendo que o número de condições aumenta muito entre os idosos. Um estudo populacional de âmbito nacional com 9.412 indivíduos revelou que 67% das pessoas com mais de 50 anos têm duas ou mais condições crônicas e 47% têm três ou mais (NUNES, BP; et al, 2018). Dados recentes de Belo Horizonte mostraram que, em 2.172 idosos ( $\geq 60$  anos), 12,2% eram portadores de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus* simultaneamente (BERNARDES, GM; et al, 2019). A multimorbidade sobrecarrega os usuários com demandas aumentadas para o manejo da saúde e dos medicamentos, que impactam em aspectos como o uso do tempo para cuidados de saúde e nas finanças (ROSBACH, M; ANDERSEN, JS; 2017). Está ainda associada à maior incidência de desfechos negativos, como pior qualidade de vida, perda funcional, redução na sobrevida e aumento nas internações (VETRANO, DL; et al, 2018).

Muitos dos usuários com multimorbidade são também aqueles que mais frequentam o sistema de saúde, ou seja, a interseção entre multimorbidade e utilização elevada dos serviços de saúde é evidente (RAFIQ, M; et al, 2019). Assim, a multimorbidade também impacta diretamente as equipes de saúde e por estas razões, o monitoramento e cuidado preventivo a esses usuários é fundamental para evitar e tratar oportunamente as complicações.

Adicionalmente, na infecção pelo SARS-CoV-2, entre os casos graves da COVID-19 são frequentes os usuários com diversas condições crônicas, tais como o *diabetes mellitus* e cardiopatias, além da possibilidade de descompensação das condições de base. Tais descompensações têm o potencial de causar complicações, com eventuais sequelas funcionais graves e permanentes. O isolamento social recomendado a esses usuários, como medida de prevenção, pode aumentar o risco da descompensação, quando usuários deixam de buscar atenção em situações de necessidade.



Diante dessas circunstâncias, propõe-se organizar um formato especial de vigilância à população com condições crônicas, começando pelos usuários portadores de multimorbidade, com maiores riscos à saúde.

## 2. Objetivos

- Manter a vigilância e o cuidado aos usuários portadores de condições crônicas, face ao desafio da pandemia do SARS-CoV-2, visando a manutenção da estabilidade clínica.
- Ofertar a esses usuários escuta qualificada e suporte num momento de estresse aumentado e maior dificuldade de acesso à APS.
- Propor estratégias/ações para planejar e oferecer acompanhamento de forma otimizada, dentro das possibilidades operacionais das equipes da APS, no contexto da pandemia.
- Fortalecer o trabalho em equipe interdisciplinar, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

## 3. Detalhamento da estratégia e ferramentas sugeridas para as ações operacionais

### 3.1. Planejar ações de organização do cuidado, baseadas:

- nos dados populacionais das equipes de saúde da família (eSF);
- na estratificação do risco das populações adscritas, priorizando, no primeiro momento, a abordagem daqueles de maior risco;
- na otimização do potencial de atuação das equipes da APS, lançando mão do trabalho interdisciplinar e colaborativo das eSF, do NASF-AB e da saúde bucal.

### 3.2. Organizar a condução dos casos a partir da análise de listas de usuários.

### 3.3. Aplicar critérios de priorização para avaliação de usuários com:

- maior acúmulo de condições crônicas (multimorbidades);
- condições crônicas de maior impacto sobre a funcionalidade ou maior risco clínico;
- vulnerabilidade socioeconômica;
- baixa capacidade de autocuidado.

### 3.4. Rever e alinhar os cuidados necessários para esta população, de acordo com diretrizes e protocolos clínicos institucionais

Pode-se também considerar o uso de diretrizes clínicas de boa qualidade metodológica (p. ex. NICE, 2016; PALMER, K; et al, 2016). Para o nosso contexto, destacamos as seguintes publicações que direcionam a prática clínica a este público na SMSA: Síntese Operativa da Gestão Clínica para Diabetes e Protocolo de Diabetes (SMSA, 2011), Cadernos de Atenção Básica no. 37, sobre



hipertensão (MS, 2014), Cartilha Guia Alimentar (SMSA, 2015), Síntese Operativa de Obesidade (SMSA, 2016), Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2017), Protocolo de Anticoagulação (SMSA, 2019), Protocolo Tratamento do Fumante na Rede SUS-BH (SMSA, 2019). As referências completas destas publicações estão apresentadas junto às Referências Bibliográficas desta nota técnica.

Para acompanhamento do usuário identificado como fumante durante as auditorias, registros clínicos coletivos ou outro registro da equipe, verifique o **anexo 8** que detalha o assunto.

### 3.5. Utilizar ferramentas para a organização do cuidado populacional e individual

Recomenda-se usar as ferramentas da Gestão Clínica, que seguem abaixo acompanhadas de breve descrição.

**3.5.1. Registros Clínicos Coletivos:** instrumentos que sistematizam as listas manuais de usuários com determinadas condições, facilitando o acompanhamento pelas equipes, das ações prioritárias de cuidado, com a periodicidade correta. Exemplo de planilha será enviado junto aos materiais complementares.

**3.5.2. Auditorias Clínicas:** ferramenta que permite comparar o cuidado prestado aos usuários com determinada condição, com as melhores práticas clínicas, conforme preconizado pelas diretrizes e protocolos clínicos. Exemplo de planilha será enviado junto aos materiais complementares.

#### 3.5.3. Gerenciamento de condições crônicas

- Organização do processo de trabalho da equipe, com pactuação conjunta de metas e resultados para o conjunto dos usuários a serem acompanhados.
- Uso de ferramentas de monitoramento e seguimento.
- O preenchimento da Caderneta do Idoso deverá ser realizado para maiores de 60 anos, permitindo uma avaliação global da funcionalidade e riscos individuais do usuário.
- Utilização de checklists de ações específicas para as diversas condições clínicas, construídas a partir das recomendações-chave para o cuidado, conforme preconizado nas Diretrizes e Protocolos Clínicos.

O gerenciamento de condições crônicas, também é conhecido na literatura como gerenciamento de doenças, como exemplo KASTNER, M, et al; 2019.



3.5.4. **Gerenciamento de casos:** visa as ações para casos de alta complexidade, como os usuários que necessitam de vários profissionais envolvidos no seu cuidado.

- Elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, com pactuação conjunta de metas e resultados com o usuário e os diversos profissionais envolvidos no seu cuidado,
- Revisão da coordenação conjunta do cuidado:
  - em matriciamento local, com profissionais de apoio do CS e NASF-AB;
  - com especialistas das Unidades de Referência Secundária.

3.5.5. **Atendimento Compartilhado:** busca equilibrar a maximização da oferta de cuidados para o usuário numa única ida à unidade, com tempo de duração otimizado. Antes do contato clínico, deve haver comunicação efetiva entre os prestadores do cuidado, para propor metas terapêuticas a serem pactuadas com o usuário e estratégia de monitoramento. Vide exemplos no Anexo 03.

3.5.6. **Ações de educação:** enfoque prioritário para o autocuidado e aconselhamento multidisciplinar, no atual momento observando os cuidados para evitar aglomerações.

3.6. **Utilizar técnicas do método clínico centrado na pessoa** para abordagem do usuário e estabelecimento de projeto terapêutico singular (STEWART M, et al, 2017; FUZIKAWA, AK, para um resumo e Anexo 04).

### 3.7. Fortalecer as ações colaborativas em equipe

- Planejar e aprimorar ações de comunicação interna para organizar o plano de cuidado.
- Visar o cuidado integral e coordenado.
- Verificar áreas de necessidades para estudo e desenvolvimento individual e de equipe.

3.8. **Revisar o gerenciamento dos processos de trabalho**, na lógica de **ciclos de melhoria**, por meio do Colegiado Gestor Local, conforme vem sendo trabalhado com a estratégia da Gestão do Cuidado no Território (GCT), recorrendo, quando necessário, aos apoiadores dos níveis local e da diretoria regional para suporte complementar no planejamento e acompanhamento destas estratégias de qualificação do cuidado.

### 3.9. Fortalecer as ações colaborativas na rede de atenção à saúde

- Verificar se o usuário está em cuidado compartilhado com a Atenção Secundária.
- Realizar interconsulta com especialistas, de acordo com as necessidades do usuário.

3.10. **Acompanhar e monitorar a implementação das ações propostas**, pelas equipes dos CS. Para isso, priorizar a comunicação dos apoiadores da GCT em cada regional, com os CS.



#### 4. Sequência operacional das ações de monitoramento de crônicos na APS

Veja também a descrição das ações no Fluxograma operacional para monitoramento de usuários com condições crônicas de alto risco cardiovascular na APS, durante a pandemia de SARS-CoV-2, no Anexo 05.

- **Extração de listagem nominal de usuários** com alto risco cardiovascular e condições passíveis de anticolagulação a partir do banco de produção do SISREDE, detalhamento disponível no Anexo 07.
- **Selecionar, a partir da listagem, os usuários que deverão ter avaliação prioritária:**
  - aqueles com tempo desde a última consulta com médico ou enfermeiro > 3 meses, para os usuários com DM ou complicações cardiovasculares;
  - aqueles com tempo desde a última consulta com médico ou enfermeiro > 1 mês, para os usuários anticoagulados.

As avaliações devem ser preferencialmente presenciais, porém, para cada usuário, os profissionais devem considerar tanto o de risco clínico quanto os riscos de exposição ao vírus SARS-CoV-2.

Os atendimentos devem ser preferencialmente em formato de Atendimento Compartilhado, para otimizar as ações de cuidado.

- **Realizar a Auditoria Clínica do prontuário:**
  - para os usuários com consultas recentes (< 3 meses para usuários de alto risco cardiovascular, ou < 1 mês para usuários de anticoagulante);
  - recomenda-se usar a Planilha de Auditoria Clínica de Risco Cardiovascular 2020, que será enviada junto aos materiais complementares;
  - deve ser realizada, preferencialmente, pelos próprios profissionais envolvidos na prestação dos cuidados;
  - deve-se observar as precauções com o sigilo e segurança das informações clínicas dos usuários, evitando a divulgação de dados que possam ser identificados por terceiros. Por esse motivo, a auditoria clínica não deve ser feita por profissionais da área administrativa, que não têm acesso aos dados clínicos dos usuários.
- **Analisar os dados da Planilha de Auditoria Clínica 2020**, de acordo com os parâmetros assistenciais apresentados no Anexo 02. Nesta etapa, é fundamental a participação dos profissionais da equipe de saúde da família de referência para o cuidado do usuário.
- **Marcar consulta presencial**, preferencialmente interdisciplinar, para os usuários fora dos parâmetros assistenciais preconizados.



- **Oferecer telemonitoramento** por meio de contato telefônico aos usuários com parâmetros assistenciais adequados.

O telemonitoramento poderá ser feito das seguintes maneiras:

- telemonitoramento por meio de vídeo/áudio (Hangouts Meet) ou
- monitoramento telefônico por linha comum de telefone (fixo ou celular), sem uso de dados móveis (internet).

Para uso de vídeo/áudio, informar ao usuário que serão enviados um e-mail convite (modelo no Anexo 06) com documentação complementar (tutorial do aplicativo Hangouts Meet e as informações sobre telemonitoramento por meio de vídeo/áudio). Caso o usuário concorde com a realização dessa modalidade de monitoramento deverá responder favoravelmente a este e-mail convite.

Aos profissionais de saúde será disponibilizado também o Tutorial WebReunião V2.2 Hangouts que servirá para guiar na execução do telemonitoramento via Hangouts Meet. Os tutoriais serão disponibilizados como materiais complementares enviados aos centros de saúde por e-mail.

O Hangouts Meet é uma ferramenta disponibilizada pela Google e já contratada pela Prefeitura de Belo Horizonte, sem ônus adicional. Além disso, foi avaliada como adequada pelo corpo técnico da SMSA, visto que atende aos critérios HIPPA, relacionados à segurança de informação em saúde.

O e-mail do usuário é item contido no cadastro do SISREDE, entretanto alguns usuários podem não ter fornecido essa informação. Nestes casos, deverá ser solicitado o e-mail do usuário no contato telefônico.

Todos os contatos de monitoramento à distância, tanto com videoconferência ou pelo telefone, devem ser registrados no prontuário do usuário, relatando as informações e condutas definidas.

- **Disponibilizar a receita para o usuário com validade para um ano**, independente da data indicada para o retorno. Essa recomendação é importante de ser seguida para evitar que o usuário fique sem medicamentos devido às restrições de agendamento. Essa orientação já é uma possibilidade para as receitas da rede e é considerada boa prática para evitar interrupção no tratamento. O aprazamento dos retornos deve considerar a situação clínica de cada usuário e os contextos epidemiológicos municipal e local da pandemia, pesando os riscos e benefícios para o usuário do atendimento presencial.
- **Garantir a realização de exames laboratoriais, gráficos ou por imagem**, de rotina ou especializados, que se fizerem necessários para a continuidade do cuidado dos usuários com



problemas crônicos que não podem adiar exames, tais como os da listagem enviada e dos usuários com Insuficiência Renal Crônica (IRC).

- **A planilha de Registro Clínico Coletivo** é uma ferramenta que facilita o acompanhamento longitudinal do grupo de usuários de alto risco, reunindo em uma única listagem os dados clínicos essenciais ao planejamento do cuidado pela equipe como um todo. Exemplo de planilha será enviado junto aos materiais complementares.

Caso sejam necessárias interconsultas, as agendas da cardiologia, nefrologia e reumatologia da Atenção Secundária, relativas aos usuários de cuidado prolongado serão mantidas, e demais casos deverão encaminhados por meio de agendamento de consulta sob regulação.

## 5. Anexos

- Anexo 01 – Quadros síntese do Caderno de Atenção Básica no. 35.
- Anexo 02 – Parâmetros assistenciais para a Auditoria Clínica de condições crônicas de alto risco cardiovascular na APS.
- Anexo 03 – Tabela de exemplos de atendimentos compartilhados para usuários com multimorbidade.
- Anexo 04 – Os seis componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa.
- Anexo 05 – Fluxograma operacional para monitoramento de usuários com condições crônicas de alto risco cardiovascular na APS, durante a pandemia de SARS-CoV-2.
- Anexo 06 – Modelo de e-mail convite ao usuário para telemonitoramento.
- Anexo 07 – Critérios utilizados para extração da listagem de usuários de alto risco cardiovascular.
- Anexo 08 – Proposta de realização de Abordagem Breve para usuários tabagistas identificados com alto risco cardiovascular no cenário de pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2.

## 6. Materiais Complementares

Serão encaminhados também por e-mail aos centros de saúde os seguintes materiais complementares para compreensão e operacionalização desta proposta.

- Planilha de Registro Coletivo.
- Planilha e orientações sobre a Auditoria Clínica.
- Informações complementares sobre telemonitoramento por vídeo/áudio.
- Tutorial para baixar o aplicativo (direcionado ao usuário).
- Tutorial WebReunião V2.2 Hangouts (direcionado ao profissional de saúde).





## Referências

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes – 2020 Abridged for Primary Care Providers**. Disponível em: <<https://clinical.diabetesjournals.org/content/diaclin/early/2019/12/18/cd20-as01.full.pdf>>. Acessado em 8 abril 2020.
- BENJAMIN, A. Audit: how to do it in practice. *BMJ*; 336:1241-5, 2008. doi:10.1136/bmj.39527.628322.AD
- BERNARDES, GM; MAMBRINI, JVM; LIMA-COSTA MF; et al. Perfil de multimorbidade associado à incapacidade entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 24(5): Epub May 30, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acessado em 20 de abril 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao\\_arterial\\_sistemica\\_cab37.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf)>. Acessado em 20 de abril 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)>. Acessado em 20 de abril 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, Ministério da Saúde, 2017. 58 p. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf)>. Acessado em 04 de maio 2020.
- FUZIKAWA, AK. O Método Clínico Centrado na Pessoa: Um Resumo. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>>. Acessado em 2 de maio 2020. 14 p.
- GUSSO, GDF. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2)**. São Paulo, Tese de doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 2009.
- KASTNER, M; HAYDEN, L; WONG, G; et al. Underlying mechanisms of complex interventions addressing the care of older adults with multimorbidity: a realist review. *BMJ Open*, 9:e025009. 2019. doi:10.1136/bmjopen-2018-025009.
- LHUSSIER, M; EATON, S; FORSTER, N; et al. Care planning for long-term conditions – a concept mapping. *Health Expectations*, 18, pp.605–624. 2013.
- MENDES, EV. **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. 512 p.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Multimorbidity: clinical assessment and management**. 2016. 23 p. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>>. Acessado em 24 de abril 2020.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Hypertension in adults: diagnosis and management**. 2019. 41 p. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-66141722710213>>. Acessado em 18 de abril 2020.
- NUNES BP, BATISTA SRR, BOF DE ANDRADE F, et al. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saude Pub*;52 (Supl 2):10s, 2018.
- PALMER, K; MARENGONI, A; JUREVICIENE, E; et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases. 2016. Disponível em: <<http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/11/ja-chrodis-multimorbidity-care-model-wp6-rokas-navickas.pdf>>. Acessado em 20 de abril 2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Síntese Operativa Diabetes Mellitus**: Construção coletiva da linha de cuidado. Belo Horizonte, 2011. 22 p. Disponível em: <[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/sintese\\_operativa\\_diabetes\\_mellitus.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/sintese_operativa_diabetes_mellitus.pdf)>. Acessado em 04 de maio 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia Alimentar: para uma alimentação saudável e adequada**. 2ª ed., Belo Horizonte, 2018. 30 p. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/biblioteca/cartilhas>>. Acessado em 04 de maio 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Síntese operativa obesidade: ações na Atenção Primária**. Belo Horizonte, 2016. 31 p. Disponível em: <[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Diabetes/sintese\\_operativa-23-12-2016.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Diabetes/sintese_operativa-23-12-2016.pdf)>. Acessado em 04 de maio 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão do Cuidado no Território**. Belo Horizonte, 2016. 59 p. Disponível em: <[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao\\_cuidado\\_territorio.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf)>. Acessado em 21 de abril 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Anticoagulação Ambulatorial de Belo Horizonte – Linha de Cuidado**. Belo Horizonte, 2020. 116 p. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/Protocolo%20da%20rede%20municipal%20de%20anticoagulac%CC%A7a%CC%83o%2022%2003%2019%20%20consulta%20publica.pdf>>. Acessado em 04 de maio 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Autocuidado apoiado**: caderno de exercícios. Curitiba, 2012.

RAFIQ, M; KEEL, G; MAZZOCATO, P; et al. Extreme Consumers of Health Care: Patterns of Care Utilization in Patients with Multiple Chronic Conditions Admitted to a Novel Integrated Clinic. *J Multidisciplin Healthcare*, 12:1075–1083, 2019.

ROSBACH, M; ANDERSEN, JS. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity - A systematic review of qualitative data. *PLoS ONE*, 12(6): e0179916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179916>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acessado em 8 abril 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 – 2020**. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>>. Acessado em 8 abril 2020.

STEWART M, BROWN JB, WESTON WW, et al. Eds. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre, Artmed Editora Ltda. 3ª ed., 2017. 508 p.

STURMBERG, JP; BOTELHO, RJ; KISSLING, B. Integrated Multimorbidity Management In Primary Care: Why, What, How, And How To? *J Comorbid*, 6(2):114–119, 2016.

VETRANO, DL; CALDERÓN-LARRAÑAGA, A; MARENGONI, A; et al. An international perspective on chronic multimorbidity: Approaching the elephant in the room. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Vol. 73, No. 10, 1350–1356, 2018. doi:10.1093/gerona/glx178.


**ANEXO 01 – Quadros síntese do Caderno de Atenção Básica nº. 35**

Caderno de Atenção Básica nº. 35 “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica”  
 (Ministério da Saúde, 2013 e 2014)

**Quadro 1: Graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos**

Graus de severidade da condição crônica	Exemplos
<b>Grau 1:</b> 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>
<b>Grau 2:</b> 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>
<b>Grau 3:</b> 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>
<b>Grau 4:</b> 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>

**Quadro 2: Grau de severidade da condição crônica e capacidade para autocuidado, determinando o nível de estratificação**

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


**Quadro 3:** Estratificação de risco da população em relação ao Diabetes Mellitus (DM) tipo 2

Risco	Critério
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: – controle metabólico e pressórico adequado – sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses – sem complicações crônicas
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: – controle metabólico ou pressórico inadequado ou – controle metabólico e pressórico adequados, mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas
Muito alto	Pessoa com DM diagnosticado e: – controle metabólico ou pressórico inadequado + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas
Gestão de caso	Pessoa com DM diagnosticado e: – controle metabólico e pressórico inadequado mesmo com boa adesão ao plano de cuidado (diabete de difícil controle) – múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses – síndrome arterial aguda, há menos de 12 meses – AVE ou AIT, IAM, angina instável, DAP com intervenção cirúrgica – complicações crônicas severas – doença renal estágio 4 e 5, artropatia de Charcot, cegueira, múltiplas amputações, pés com nova ulceração, necrose, infecção e edema – comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas, entre outras) – risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência + ausência de rede de apoio familiar ou social



## **ANEXO 02 – Parâmetros assistenciais para a Auditoria Clínica de condições crônicas de alto risco cardiovascular na APS**

### **Parâmetros de risco clínico para usuários com *diabetes mellitus* (DM) e complicações cardiovasculares que justificam consulta presencial preferencialmente**

- HbA1C > 8,0%, para pessoas acima de 60 anos.
- HbA1C > 9,0%, para pessoas abaixo de 60 anos.
- Presença de lesões de órgãos-alvo.
  - Doença renal:
    - elevação de creatinina > 1,2 mg/dL **OU**
    - presença de proteinúria em amostra única de urina ou em urina de 24 horas **OU**
    - acompanhamento por nefrologista **OU**
    - tratamento renal dialítico.
  - Doença oftalmológica:
    - retinopatia diabética ou hipertensiva, confirmada em avaliação oftalmológica **OU**
    - perda visual não caracterizada como traumática.
  - Doença vascular central ou periférica:
    - histórico de AVE **OU**
    - insuficiência coronariana **OU**
    - insuficiência vascular periférica e/ou amputações.
  - Doença neuropática:
    - perda de sensibilidade nos pés, confirmada em exame de triagem (monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g ou sensibilidade vibratória com diapasão de 128 Hz) **OU**
    - presença de ulceração, deformidades, amputações **OU**
    - acompanhamento no Ambulatório do Pé Diabético.
- Controle pressórico: PA > 140/90 mmHg, em qualquer consulta nos últimos 3 meses.
- Uso de 3 ou mais medicamentos para DM e/ou HAS.
- Internações hospitalares nos últimos 3 meses.
- Suporte social precário.
- Capacidade de autocuidado insuficiente.



### **Parâmetros de risco clínico para usuários em uso de anticoagulantes que justificam consulta presencial preferencialmente**

- Razão Normalizada Internacional (RNI) > 3,0 na última dosagem.
- Ausência de dosagem de RNI nos últimos 2 meses.
- Episódio de sangramento maior nos últimos 2 meses:
  - sangramento necessitando avaliação de urgência **OU**
  - sangramento necessitando internação **OU**
  - sangramento necessitando hemotransusão.
- Uso de mais de 2 outros medicamentos, além do anticoagulante oral.
- Internação hospitalar nos últimos 2 meses.
- Suporte social precário.
- Capacidade de autocuidado insuficiente.



### ANEXO 03 – Tabela de exemplos de atendimentos compartilhados para usuários com multimorbidade

Condições crônicas	Profissionais envolvidos	Ações possíveis
Usuária de 63 anos, HAS, DM2, falta de suporte familiar, marido com seqüela de AVC.	Médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta médica, exame clínico, controle da PA, revisão de exames e da necessidade de encaminhamentos, renovação de receita por um ano.</li> <li>• Exame dos pés, orientação sobre a medicação, avaliação da glicemia capilar.</li> <li>• Orientação alimentar e nutricional.</li> <li>• Avaliação da capacidade de autocuidado, abordagem de dificuldades de compreensão e manejo dos cuidados à saúde.</li> <li>• Preenchimento da Caderneta do Idoso identificando condições clínicas e funcionais dos usuários a partir de 60 anos.</li> <li>• Avaliação do suporte familiar e dificuldades de lidar com os cuidados ao marido.</li> </ul>
Usuário de 73 anos, HAS, DM2, episódio prévio de TEP.	Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta médica, exame clínico, controle da PA, revisão de exames e da necessidade de encaminhamentos, renovação de receita por um ano.</li> <li>• Exame dos pés, orientação sobre a medicação, avaliação da glicemia capilar.</li> <li>• Orientação alimentar e nutricional.</li> <li>• Avaliação da capacidade de autocuidado, abordagem de dificuldades de compreensão e manejo dos cuidados à saúde.</li> <li>• O preenchimento da Caderneta do Idoso ajudará a identificar comprometimentos adicionais.</li> <li>• Gerenciamento da medicação pelo farmacêutico.</li> </ul>



## ANEXO 04 – Os seis componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa

O Método Clínico Centrado na Pessoa é composto por seis componentes, descritos sumariamente no quadro abaixo.

1.Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliando a história, exame físico e exames complementares.</li> <li>• Avaliando a dimensão da doença para o usuário: sentimentos, ideias, impactos sobre a funcionalidade e expectativas do usuário.</li> </ul>
2.Compreendendo a pessoa como um todo, holisticamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pessoa: sua história de vida, aspectos pessoais e desenvolvimento.</li> <li>• Contexto próximo: sua família, comunidade, emprego, suporte social.</li> <li>• Contexto distante: sua comunidade, cultura, ecossistema.</li> </ul>
3.Elaborando um projeto comum de manejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliando quais os problemas e prioridades.</li> <li>• Estabelecendo os objetivos do tratamento e do manejo.</li> <li>• Avaliando e estabelecendo os papéis do usuário e do profissional de saúde.</li> </ul>
4.Incorporando a prevenção e a promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorias de saúde.</li> <li>• Evitando ou reduzindo riscos.</li> <li>• Identificando precocemente os riscos ou doenças.</li> <li>• Reduzindo complicações.</li> </ul>
5.Fortalecendo a relação entre profissional e usuário do serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercendo a compaixão.</li> <li>• A relação de poder.</li> <li>• A cura (efeito terapêutico da relação de cuidado).</li> <li>• O autoconhecimento.</li> <li>• A transferência e a contratransferência.</li> </ul>
6.Sendo realista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo e timing.</li> <li>• Construindo e trabalhando em equipe.</li> <li>• Usando adequadamente os recursos disponíveis.</li> </ul>

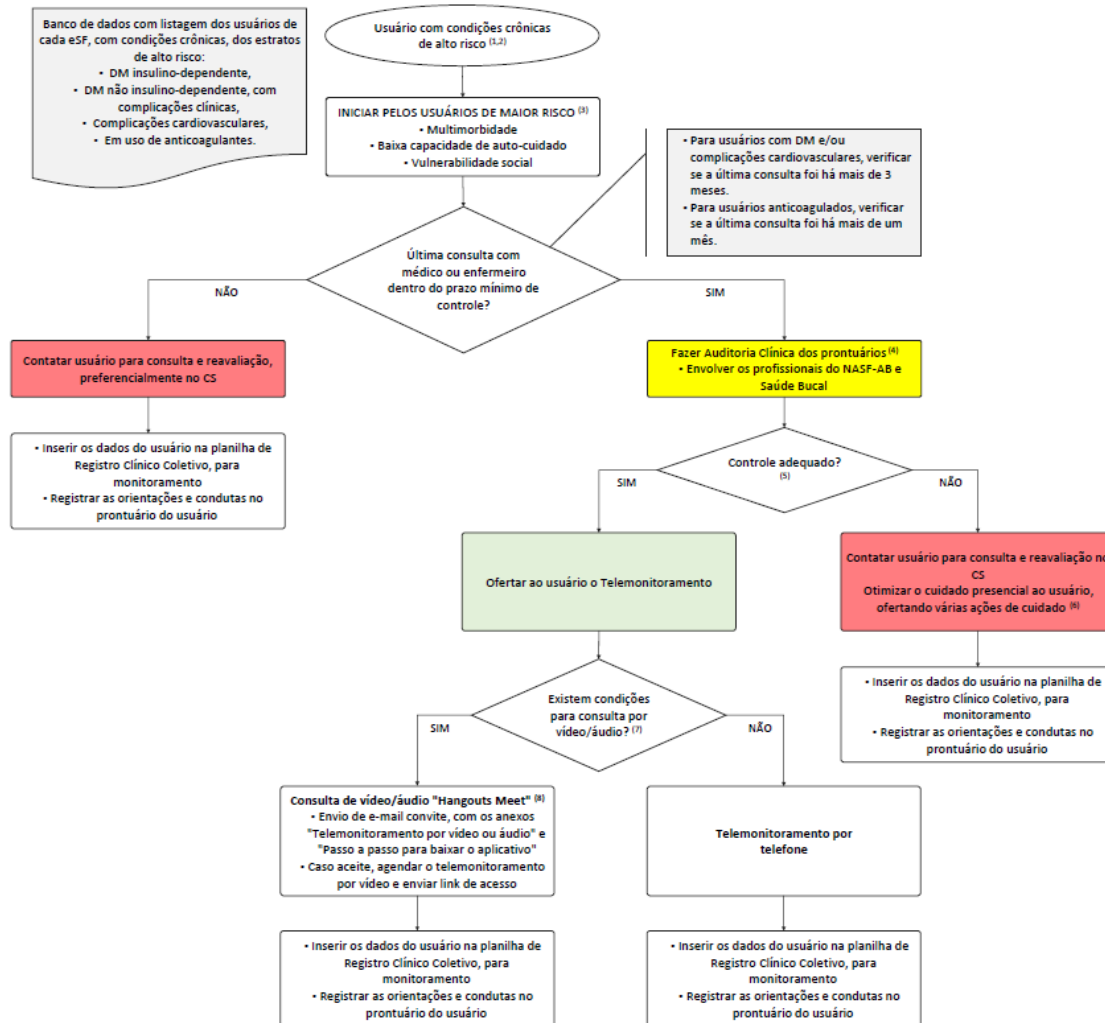
- Atentar para a tomada de decisão compartilhada.
- Ter especial atenção para identificar e compreender quais condições/sintomas são prioritárias para o usuário:
  - as que lhes são mais importantes, independentemente da visão clínica;
  - que mais causam sofrimento físico ou emocional;
  - que limitam funcionalmente;
  - que são interpretadas como ameaçadoras, ou de difícil compreensão;
- Identificar as áreas prioritárias para abordagem, do ponto de vista clínico:
  - maior gravidade prognóstica;
  - maior impacto funcional;
  - melhor evidência científica de benefício com as intervenções propostas;
  - maior facilidade de manejo.
- Estabelecer um consenso com o usuário sobre uma agenda para as ações.





### ANEXO 05 – Fluxograma operacional para monitoramento de usuários com condições crônicas de alto risco cardiovascular na APS, durante a pandemia de SARS-CoV-2.

FLUXOGRAMA PARA MONITORAMENTO DE USUÁRIOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS PRIORITÁRIAS NA APS, DURANTE A PANDEMIA DE SARS -CoV-2



**Referências:**

- Este Fluxo é parte integrante da Nota Técnica "Proposta de acompanhamento de usuários com condições crônicas na APS, no contexto da pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2", da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2020, da qual consta como Anexo 5.
- Fluxo COVID-19 nº 004/2020 - Fluxograma de atendimento nos Centros de Saúde.

**Notas:**

- Uma vez terminada a análise do cuidado e avaliações dos usuários de maior risco, recomenda-se progredir gradativamente na avaliação dos demais usuários com condições crônicas menos complexas:
  - Com condição crônica isolada
  - Com condições crônicas, sem complicações
- Atentar ao fluxo de atendimento destes usuários de risco no Centro de Saúde, para evitar a exposição a usuários apresentando síndrome gripal.
- Os profissionais envolvidos no cuidado podem agregar outros fatores de risco que considerarem pertinentes, tais como doença mental, etc.
- Utilizar a planilha de Auditoria Clínica.
- Conforme os critérios da planilha de Auditoria Clínica.
- Em especial, recomenda-se utilizar formatos alternativos de cuidado, como os Atendimentos Compartilhados, conjugando várias ações numa única vinda do usuário ao CS.
- O telemonitoramento por vídeo / áudio necessita:
  - De recursos tecnológicos (computador, acesso à internet com banda larga, webcam, microfone, etc.)
  - Da capacidade do usuário de manejar esses recursos
  - Da aceitação registrada do usuário para que seu cuidado, nesse momento, seja feito através de tais recursos.
- O e-mail utilizado para o telemonitoramento por vídeo / áudio deve ter domínio @pbh.gov.br. Recomenda-se o uso do e-mail institucional do Centro de Saúde.



## **ANEXO 06 – Modelo de e-mail convite ao usuário para telemonitoramento**

Olá!

Durante esse difícil momento da pandemia do COVID-19, oferecemos para você a opção de “telemonitoramento por vídeo, áudio ou telefone” para manter seu acompanhamento pela equipe do centro de saúde e ao mesmo tempo obedecer a recomendação do distanciamento social como forma de evitar a disseminação do COVID-19.

No entanto, essa oferta depende tanto da sua afinidade com essa opção quanto da manifestação da sua vontade.

Caso concorde com essa opção, como resposta a este e-mail você deve escrever “**Estou de acordo com o telemonitoramento com vídeo ou apenas áudio**”.

Na sequência, será encaminhado para você um convite com o agendamento do seu telemonitoramento por vídeo. Caso esteja de acordo, é só **clique no link para acesso** que será enviado com sugestão de data e hora a ser agendada após recebimento da resposta a deste e-mail.

Para ajudar na sua decisão, leia as informações encaminhadas no **anexo do e-mail, “Informações Complementares”**.

O passo-a-passo para você baixar o aplicativo que será usado no seu celular ou computador para o telemonitoramento com vídeo ou apenas áudio” está no **anexo do e-mail, “Tutorial para baixar o aplicativo”**. Para realizar isto você terá que usar alguma rede de dados que você utiliza habitualmente para uso de internet ou optar por contato via telefone.

E não se esqueça: mantenha-se saudável e seguro! Fique em casa sempre que possível e mantenha seus cuidados, com alimentação saudável, boa hidratação e uso dos medicamentos habituais. Caso precise consultar, procure o centro de saúde, deslocando-se para consulta sempre com uso de máscara.

**Equipe do Centro de Saúde xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**


**ANEXO 07 – Critérios utilizados para extração da listagem de usuários de alto risco cardiovascular**

Segue abaixo os critérios utilizados para gerar a listagem inicial de usuários prioritários na realização do monitoramento pela APS. O banco de extração de dados utilizado foi o SISREDE, usando a base de atendimentos registrados nos anos 2019 e 2020. A listagem será encaminhada aos gerentes de Centros de Saúde.

Etapa	CID utilizados para a extração
<p>1. Extração de banco de dados de usuários com maior risco à saúde, selecionando as seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>diabetes mellitus</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ com DM insulino-dependente COM ou SEM complicações,</li> <li>▪ com DM não insulino-dependente COM complicações</li> </ul> </li> <li>○ complicações cardiovasculares;</li> <li>○ patologias que podem indicar necessidade do uso de anticoagulação.</li> </ul> <p>2. Variáveis para compor a listagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nome do usuário;</li> <li>○ PE;</li> <li>○ CID;</li> <li>○ logradouro,</li> <li>○ eSF;</li> <li>○ centro de saúde de referência;</li> <li>○ data do atendimento mais recente com médico ou enfermeiro;</li> <li>○ unidade de atendimento;</li> <li>○ profissional responsável pelo atendimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ E10, E10.0 a E10.9 (diabetes mellitus insulino-dependente);</li> <li>○ E11.0 a E11.9 (diabetes mellitus não insulino-dependente, com complicações);</li> <li>○ E14.0 a E14.9 (diabetes mellitus não especificado, com complicações).</li> </ul> </li> <li>• Outras condições cardiovasculares           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ I11.0, I11.9 (doença cardíaca hipertensiva);</li> <li>○ I12.0, I12.9 (doença renal hipertensiva);</li> <li>○ I13.0, I13.1, I13.2, I13.9 (doença cardíaca e renal hipertensiva);</li> <li>○ I20.0 (angina instável);</li> <li>○ I21, I21.0 a I21.9 (infarto agudo do miocárdio);</li> <li>○ I22, I22.0 a I22.9 (infarto recidivante do miocárdio);</li> <li>○ I23, I23.0 a I23.8 (algumas complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio);</li> <li>○ I25.2, I25.3 (infarto antigo do miocárdio, aneurisma cardíaco);</li> <li>○ I42.0, I42.6, I42.9 (cardiomiopatia dilatada, alcoólica e não especificada);</li> <li>○ I46, I46.0 a I46.9 (parada cardíaca);</li> <li>○ I50, I50.0 a I50.9 (insuficiência cardíaca);</li> <li>○ I51.7 (cardiomegalia);</li> <li>○ I61, I61.0 a I61.9 (hemorragia intracerebral);</li> <li>○ I63, I63.0 a I63.9 (infarto cerebral);</li> <li>○ I64 (acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico);</li> <li>○ I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8 (sequelas de doenças cerebrovasculares);</li> <li>○ I71, I71.0 a I71.9 (aneurisma e dissecação de aorta).</li> </ul> </li> <li>• Condições passíveis de anticoagulação:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ I48 ("Flutter" e fibrilação atrial);</li> <li>○ I74, I74.0 a I74.9 (embolia e trombose arterial);</li> <li>○ I81 (trombose de veia porta);</li> <li>○ I82, I82.0 a I82.9 (outra embolia e trombose venosas).</li> </ul> </li> </ul>



## **ANEXO 08 – Proposta de realização de Abordagem Breve (AB) para usuários tabagistas identificados com alto risco cardiovascular no cenário de pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2**

Considerando a declaração de pandemia pelo novo coronavírus e o panorama epidemiológico de Belo Horizonte, com transmissão comunitária do novo vírus da SARS-CoV-2, recomenda-se que seja realizada pela Atenção Primária à Saúde (APS) a oferta da Abordagem Breve (AB) para usuários tabagistas identificados com alto risco cardiovascular.

A proposta da AB para usuários tabagistas com alto risco cardiovascular está relacionada à lógica do cuidado de condições crônicas e associada aos princípios da Gestão do Cuidado no Território para acompanhamento de usuários de forma coordenada, tendo como base as orientações da Nota Técnica COVID-19 nº 023/2020 que propõe o acompanhamento de usuários com condições crônicas na APS, no contexto da pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2.<sup>1</sup>

Acredita-se que a oferta de AB por teleatendimento é uma potente ação de cuidado aos usuários da rede SUS-BH, e embora a proposta inicial apresente o recorte de público-alvo (usuários com alto risco cardiovascular), também pode ser ampliada a outros usuários, caso haja reconhecimento da demanda local e capacidade operacional.

A ação deve ser realizada por profissionais de saúde, destacando-se equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Academia da Cidade e equipes da Saúde Bucal.

### **Contexto epidemiológico - Tabagismo e COVID-19**

O tabagismo, também considerado uma pandemia, é responsável por mais de oito milhões de mortes por ano no mundo (casos relacionados também ao tabagismo passivo). No Brasil, estima-se que 428 pessoas morrem por dia em decorrência do consumo do tabaco.<sup>2</sup>

Os fumantes parecem ser mais vulneráveis à infecção pelo novo coronavírus, pois o ato de fumar proporciona constante contato dos dedos (e possivelmente de cigarros contaminados) com os lábios, aumentando a possibilidade da transmissão do vírus para a boca. Os fumantes em geral, apresentam comprometimento pulmonar, complicações cardiovasculares relacionadas ao tabagismo, e sistema imunológico alterado, tornando-os mais suscetíveis a desenvolverem infecções virais, bacterianas e fúngicas. Sob essa ótica, o tabagismo é considerado um fator de risco de destaque para a progressão das formas mais graves da Covid-19, podendo evoluir para insuficiência respiratória e morte.<sup>3</sup>

O distanciamento social, uma das medidas de contenção de contágio pelo coronavírus, pode ser associado, como um momento de estresse e angústia. Mesmo com os riscos estabelecidos pela relação tabagismo e Covid-19, os fumantes podem manter ou, até mesmo aumentar o consumo dos derivados do



tabaco. Conseqüentemente ao isolamento social, o tempo em domicílio aumentou significativamente e concomitantemente, o tempo de exposição involuntária à fumaça do tabaco por familiares que convivem com pessoas que fumam.<sup>4</sup>

A fumaça do tabaco contém mais de 7.000 compostos e substâncias químicas, sendo que 250 são sabidamente tóxicas e 69 com potencial carcinogênico.<sup>2</sup> A exposição ao tabagismo passivo provoca desde reações alérgicas (rinite, tosse, conjuntivite, exacerbação de asma) em curto período, até infarto agudo do miocárdio, câncer do pulmão, boca e doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica) em adultos expostos por longos períodos. Não há nível seguro de exposição ao tabagismo passivo e a única maneira de proteger adequadamente fumantes e não fumantes é eliminar completamente o tabagismo em ambientes fechados.<sup>4</sup>

Em virtude do exposto, no contexto da pandemia, observa-se a necessidade de intervir neste problema de saúde com o propósito de sensibilizar sobre o tabagismo, tendo em vista ações de prevenção e promoção à saúde.

### **Objetivos**

- Sensibilizar fumantes para os riscos do tabagismo ativo e tabagismo passivo no desenvolvimento e agravamento de condições crônicas;
- Oferecer estratégias da abordagem breve (AB) para apoiar a cessação do uso do tabaco.

### **Operacionalização da proposta**

Preconiza-se que seja ofertada a AB para usuários tabagistas com alto risco cardiovascular identificados via critérios de seleção para Auditoria Clínica estabelecidos pela Nota Técnica COVID-19 nº023/2020.

Todo profissional de saúde deve alertar fortemente cada usuário que fuma para deixar de fumar, pois evidências mostram que a orientação do profissional aumenta as taxas de abstinência.<sup>5</sup>

A abordagem breve/mínima, resumida pelo mnemônico (PAAP) consiste em Perguntar, Avaliar, Aconselhar e Preparar o fumante para a interrupção do tabagismo. Pode ser feita por qualquer profissional da saúde e é definida como o contato profissional-usuário de 3 a 10 minutos para cada encontro ou contato.<sup>6</sup> No contexto da pandemia, a AB realizada por teleatendimento pode produzir resultados significativos e, com impacto final no âmbito de saúde pública potencialmente substancial.

Aconselha-se que ocorra no mínimo dois teleatendimentos: o primeiro para sensibilização do usuário com aplicação das orientações de realização de AB (Anexo) e outro para monitoramento das



ações de aconselhamento e avaliação da mudança de comportamento. Se algum tabagista alcançar o processo de cessação, torna-se relevante um retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência, quando os riscos de recaída são maiores.

Sugere-se que o registro do teleatendimento seja inserido na planilha de Registro Clínico Coletivo para monitoramento e que as orientações e condutas sejam realizadas no prontuário eletrônico do usuário.

### Referências bibliográficas

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica COVID-19 nº023/2020: propõe o acompanhamento de usuários com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto da pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: [prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/nota-tecnica-covid-19-n023\\_2020.pdf](http://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/nota-tecnica-covid-19-n023_2020.pdf). Acesso: 03 jun.2020.
2. World Health Organization. Tobacco Fact Sheets. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> Access in: 04 jun. 2020
3. World Health Organization. Are smokers and tobacco users get more severe symptoms if infected at COVID-19? Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-smoking-and-covid-19> Access in: 04 jun. 2020
4. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Nota Técnica Tabagismo e Covid-19. Brasília, DF, 2020.
5. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline [Internet]. Public Health Service. 2008 [cited 2009 May 20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/#:~:text=Counseling%20and%20medication%20are%20effective,use%20both%20counseling%20and%20medication>. Acesso em: 04 jun.2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº10. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Brasília, DF, 10. abr. 2020.



## Anexo: Orientações para a realização da Abordagem Breve

Tabela 1: Ações e orientações da Abordagem Breve baseadas no mnemônico PAAP

Ação	Orientação
<b>Perguntar</b> (Sobre histórico tabagístico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perguntar há quanto tempo o usuário fuma, com quantos anos iniciou o uso, como foi o processo de iniciação.</li> </ul>
<b>Avaliar</b> (Grau de dependência de nicotina e estágio motivacional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar quantos cigarros o usuário fuma por dia, quanto tempo após a acordar acende o 1º cigarro.</li> <li>• Avaliar em quais situações o derivado do tabaco está mais presente na rotina do usuário, quais razões o levam a fumar mais.</li> </ul>
<b>Aconselhar</b> (Orientar a interrupção por meio de um aconselhamento claro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se o usuário teve tentativas prévias de cessação, e o que ocasionou o insucesso da tentativa.</li> <li>• Detectar se o usuário já utilizou algum recurso para parar de fumar.</li> <li>• Auxiliar o usuário a identificar os motivos pelos quais deseja cessar o hábito e apresentar os ganhos e benefícios da cessação.</li> <li>• Estabelecer de forma empática e clara a relação entre o tabagismo e o desenvolvimento das condições crônicas, bem como a importância da cessação no momento da pandemia (riscos de manter o comportamento e ganhos em parar de fumar).</li> </ul>
<b>Preparar</b> (O fumante para a cessação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perguntar ao usuário o que acha de marcar uma data para deixar de fumar e quando seria.</li> <li>• Oferecer recursos e opções para parar de fumar (forma gradual ou abrupta).</li> <li>• Fortalecer a autoeficácia e a capacidade de mudança de comportamento.</li> <li>• Discutir preocupações e medos, antecipando possíveis dificuldades do processo.</li> <li>• Auxiliar o usuário a identificar os gatilhos comportamentais e situacionais que estão automaticamente associados ao ato de fumar.</li> <li>• Prevenir possíveis sintomas da síndrome de abstinência e apresentar estratégias para lidar com a fissura.</li> </ul>

Fonte: Programa de Controle do Tabagismo, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2020.