HEARTS

Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde

Trabalho de equipe como base para a atenção

Organização Mundial da Saúde
American Heart Association | American Stroke Association
Centre for Chronic Disease Control
International Diabetes Federation
International Society of Hypertension
ISN 1960
RESOLVE TO SAVE LIVES
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde Américas
WORLD HEART FEDERATION
World Hypertension League
World Stroke Organization
CDC Centers for Disease Control and Prevention

HEARTS

Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde

Trabalho de equipe como base para a atenção

Organização Mundial da Saúde
American Heart Association | American Stroke Association
Centre for Chronic Disease Control
International Diabetes Federation
International Society of Hypertension
ISN 1960
RESOLVE TO SAVE LIVES
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde Américas
WORLD HEART FEDERATION
World Hypertension League
World Stroke Organization
CDC Centers for Disease Control and Prevention

Versão oficial em português da obra original em Inglês
HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care.
Team-based care
© World Health Organization 2018
WHO/NMH/NVI/18.4

HEARTS Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde.
Trabalho de equipe como base para a atenção
OPAS/NMH/19-004

© Organização Pan-Americana da Saúde 2019

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OPAS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável nem pelo conteúdo nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa”.

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida: HEARTS Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde. Trabalho de equipe como base para a atenção. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em http://iris.paho.org.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OPAS, ver www.publications.paho.org. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar www.paho.org/permissions.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao usuário determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indenização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Pan-Americana da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Pan-Americana da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registrada.

A OPAS tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OPAS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Esta publicação contém a visão coletiva das organizações participantes da iniciativa colaborativa "HEARTS" e não necessariamente representa as políticas ou posições oficiais das organizações individuais.

A marca "CDC" é propriedade do Departamento de Saúde e Serviços Humanos de Estados Unidos e está sendo usada com permissão. O uso deste logotipo não é endosso de qualquer produto particular, serviço ou empresa pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos ou pelos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos.

Projeto gráfico: Myriad Editions

Conteúdo

Agradecimentos 5

Pacote de medidas técnicas HEARTS 6

Introdução 8

Conteúdo deste módulo 8

1. Sobre a atenção baseada em trabalho de equipe 9

Vantagens 10

Obstáculos 10

Requisitos 10

2. Implementação da atenção baseada em trabalho de equipe 11

Passos para implementar a atenção baseada em trabalho de equipe 11

1. Engaje a equipe 11
2. Defina a composição da equipe 11
3. Defina o fluxo de trabalho de acordo com o novo modelo de atenção 14
4. Aumente a comunicação entre os profissionais de saúde, o restante da equipe e os pacientes 20
5. Use uma estratégia de implementação gradual do modelo 20
6. Otimize o modelo de atenção 21

3. Estudos de casos 23

Atenção à hipertensão arterial na Tailândia 23

Atenção baseada em trabalho de equipe para DNT no Nepal 24

Delegação de tarefas na Etiópia 25

Anexo. Planejamento de exercícios 27

Referências 35

Informações adicionais 36

Figuras

Figura 1. Fluxo de trabalho para verificação da pressão arterial 15

Figura 2. Exemplo de fluxo de trabalho clínico: percurso integrado de pacientes na Tailândia. 17

Figura 3. Exemplo de planilha de mapeamento do fluxo de trabalho: atenção crônica 18

Figura 4. Ejemplo de flujograma de trabajo para el proceso de control de la presión arterial 19

Tabelas

Tabela 1. Atenção baseada em trabalho de equipe para manejo da hipertensão em Cuba 12

Tabela 2. Distribuição da responsabilidade da equipe para manejo da hipertensão arterial 13

Tabela 3. Tabela de redistribuição de tarefas para gestão da clínica e de pessoal 14

Quadros

Quadro 1. Passos da implementação 11

Quadro 2. Piloto de atenção baseada em trabalho de equipe 20

Quadro 3. Os benefícios de atenção baseada em trabalho de equipe 22

Agradecimentos

O desenvolvimento dos módulos originais do pacote de medidas técnicas HEARTS contou com a dedicação, o apoio e a colaboração de vários especialistas das seguintes instituições: Associação Americana do Coração; Centro para Controle de Doenças Crônicas (Índia); Federação Internacional de Diabetes; Sociedade Internacional de Hipertensão; Sociedade Internacional de Nefrologia; Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; *Resolve to Save Lives*, uma iniciativa de *Vital Strategies*; Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Federação Mundial do Coração; Liga Mundial da Hipertensão; e Organização Mundial de Acidente Vascular Cerebral.

Os colaboradores da OMS em sua sede, Escritórios Regionais e representações nacionais na Etiópia, nas Filipinas, na Índia, no Nepal e na Tailândia também fizeram contribuições valiosas para assegurar a pertinência do material em âmbito nacional.

A OMS deseja agradecer às seguintes organizações por suas contribuições para a elaboração desses módulos: Associação Médica Americana (AMA), Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH), Aliança de Gestão Integrada de Doenças de Adolescentes e Adultos (AIDA), Universidade McMaster no Canadá e o *All India Institute of Medical Sciences*. A OMS também agradece aos numerosos especialistas internacionais que contribuíram com seu valioso tempo e vasto conhecimento para a elaboração dos módulos.

Em reconhecimento ao esforço colaborativo que esta versão HEARTS representa, a OPAS agradece a os professionais e funcionários dos ministérios da saúde do grupo de países pioneiros da Iniciativa HEARTS na região das Américas (Barbados, Chile, Colômbia e Cuba) e do segundo grupo (Argentina, Equador, Panamá e Trinidade Tobago) de países participantes da Iniciativa HEARTS na região das Américas, que muito contribuíram para o projeto.

Pacote de medidas técnicas HEARTS

A cada ano, as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por mais mortes que qualquer outra causa. Mais de três quartos das mortes relacionadas a cardiopatias e acidente vascular cerebral (AVC) ocorrem em países de baixa e média renda.

O pacote técnico HEARTS, o qual compreende seis módulos e um guia de implementação, apresenta uma abordagem estratégica para a melhoria da saúde cardiovascular. Este pacote auxilia os ministérios da saúde a fortalecerem o manejo das DCV na atenção primária e está alinhado com o Pacote de intervenções essenciais para doenças não transmissíveis (PEN, na sigla em inglês) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os módulos que compõem o pacote HEARTS destinam-se a elaboradores de políticas públicas e gestores de programas em diferentes níveis dos minstérios da saúde que sejam capazes de influenciar a prestação de serviços de atenção primária relacionados com o manejo das DCV. As diferentes seções de cada módulo são voltadas para níveis específicos do sistema de saúde e diferentes grupos de profissionais de saúde. Todos os módulos deverão ser adaptados ao contexto nacional.

As pessoas que tirarão maior proveito dos módulos são:

- **Âmbito nacional — formuladores de políticas para doenças não transmissíveis (DNT) do Ministério da Saúde responsáveis por:**
  - elaboração de estratégias, políticas e planos relacionados com a prestação de serviços para DCV;
  - definiç ão de metas nacionais relativas às DCV, monitoramento do progresso e notificação.
- **Âmbito subnacional — gestores de programas de saúde/DNT responsáveis por:**
  - planejamento, treinamento, implementação e monitoramento da prestação de serviços.
- **Âmbito da atenção primária — gestores de estabelecimento e instrutores de atenção primária à saúde responsáveis por:**
  - designação de tarefas, organização de treinamento e garantia do bom funcionamento do estabelecimento;
  - coleta de dados do estabelecimento sobre os indicadores de progresso rumo às metas relativas às DCV.

O público-alvo dos módulos podem variar conforme o contexto, os sistemas de saúde existentes e as prioridades nacionais.

MÓDULOS DO PACOTE DE MEDIDAS TÉCNICAS HEARTS				
Módulo	**O que inclui?**	**Quem são os destinatários?**		
		Nacional	**Subnacional**	**Atenção primária**
Hábitos saudáveis: aconselhamento a pacientes	Apresenta informações sobre os quatro fatores de risco comportamentais para as DCV. Descreve intervenções breves com um enfoque no aconselhamento sobre fatores de risco e incentivo à adoção de hábitos saudáveis.		✓	✓
Evidências: protocolos de tratamento baseados em evidências	Série de protocolos para padronização da conduta clínica no manejo da hipertensão e do diabetes.	✓	✓	✓
Acesso a medicamentos e tecnologias essenciais	Informações sobre aquisição de medicamentos e tecnologias para as DCV, e quantificação, distribuição, administração e manuseio de insumos no âmbito do estabelecimento.	✓	✓	✓
Risco: manejo da DCV baseado no risco	Informações sobre uma abordagem de risco total para conduzir a estratificação do risco e manejo das DCV. Inclui gráficos de risco específicos para cada país.		✓	✓
Trabalho de equipe como base para a atenção	**Orientação e exemplos de atenção baseada em trabalho de equipe e redistribuição de tarefas relacionadas com a atenção a pacientes com DCV. Contém também recursos para treinamento.**		✓	✓
Sistemas de monitoramento	Informações sobre métodos de monitoramento e notificação na prevenção e no manejo das DCV. Contém indicadores padronizados e ferramentas de coleta de dados.	✓	✓	✓

1 A sigla HEARTS (que em inglês significa “corações”) representa:
Health-lifestyle counseling (aconselhamento aos pacientes sobre hábitos saudáveis)
Evidence-based protocols (protocolos de tratamento baseados em evidências)
Access to essential medicines and technology (acesso a medicamentos e tecnologias esenciais)
Risk-based CVD management (manejo das doenças cardiovasculares com base na estratificação de risco)
Team-based care (atenção baseada no trabalho em equipe)
Systems for monitoring (sistemas de monitoramento)

Introdução

Muitos locais de poucos recursos têm escassez de médicos e profissionais de saúde. *(1)* Com a finalidade de proporcionar atenção contínua mais efetiva e centrada no paciente, os sistemas de atenção primária podem incluir estratégias de atenção baseadas em trabalho de equipe em seus fluxos de trabalho e protocolos clínicos.

A atenção baseada em trabalho de equipe usa equipes multidisciplinares (que pode incluir novos funcionários ou a delegação de tarefas entre os funcionários existentes). As equipes incluem os próprios pacientes, médicos da atenção primária e outros profissionais de saúde afins, como enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e agentes comunitários da saúde.

As equipes reduzem a carga dos médicos através do uso de habilidades de profissionais de saúde capacitados. Fortes evidências indicam que a atenção baseada em trabalho de equipe é efetiva para melhorar de maneira custo-efetiva o controle da hipertensão nos pacientes. *(2)* Em muitos locais, já está havendo certo grau de delegação de tarefas e atenção baseada em trabalho de equipe, e este módulo contém orientações adicionais para maximizar essa abordagem e alcançar maior impacto.

Conteúdo deste módulo

- Descrição da atenção baseada em trabalho de equipe e das vantagens e desvantagens da estratégia.
- Passos sugeridos para implementar a atenção baseada em trabalho de equipe.
- Estudos de casos da atenção baseada em trabalho de equipe em diferentes países.
- Exemplos de tabelas e gráficos do fluxo de trabalho que podem ser personalizados para implementar a atenção baseada em trabalho de equipe em um estabelecimento específico.

1. Sobre a atenção baseada em trabalho de equipe

O mundo está enfrentando uma escassez crônica de profissionais de saúde capacitados. Estatísticas recentes indicam que há um déficit mundial de força de trabalho de saúde superior a 4 milhões. Ao mesmo tempo, a demanda de atenção à saúde está aumentando e as doenças não transmissíveis (DNT) estão se tornando mais comuns em todo o mundo. As DNT exigem que os sistemas de saúde tratem um grande número de pacientes por longos períodos. Portanto, uma força de trabalho de saúde comunitária de qualidade é essencial para enfrentar a epidemia dessas doenças. A aprendizagem a partir de experiências de tratamento do HIV, atenção baseada em trabalho de equipe e/ou delegação de tarefas pode melhorar o manejo e o controle das DNT. *(3)*

A delegação de tarefas é a redistribuição de tarefas clínicas e não clínicas de um nível ou tipo de profissional de saúde para outro, de modo que seja possível prestar serviços de saúde com maior eficiência ou efetividade. Por exemplo, quando há poucos médicos, alguns serviços podem ser efetivamente delegados a profissionais não médicos preparados e qualificados, como enfermeiros e auxiliares, com manutenção da qualidade. Isso aumenta a acessibilidade dos serviços de saúde para a comunidade. A delegação de tarefas também pode ser aplicada às funções laboratoriais, gestão de suprimentos e serviços de farmácia. *(4)*

A atenção baseada em trabalho de equipe é uma redistribuição estratégica do trabalho entre os membros de uma equipe. Nesse modelo, todos os membros da equipe liderada pelo médico desempenham um papel fundamental na atenção ao paciente. O médico (ou, em algumas circunstâncias, um enfermeiro de atenção primária ou auxiliar) e uma equipe de enfermeiros e/ou auxiliares de enfermagem compartilham as responsabilidades para melhorar a atenção ao paciente.

A atenção baseada em trabalho de equipe e a delegação de tarefas, ou uma combinação das duas, são modelos úteis que podem ser adaptados para atender as necessidades do país. Este módulo usará a expressão abreviada “atenção baseada em trabalho de equipe” para se referir a ambas.

Vantagens *(5, 6)*

- Acesso ampliado à atenção (mais horas de cobertura, menor tempo de espera).
- Melhor apoio ao paciente.
- Colaboração de membros da equipe.
- Melhor adesão dos pacientes aos medicamentos.
- Melhor acompanhamento.
- Melhor controle da pressão arterial (PA) e outros desfechos dos pacientes (morbidade e mortalidade por DCV e fatores de risco comórbidos para DCV, como diabetes e hipercolesterolemia).
- Melhor conhecimento dos pacientes.
- Melhor qualidade de vida.
- Economia de tempo para o paciente e a equipe de atenção à saúde.
- Custo-eficiente.
- Maior satisfação de pacientes e de médicos.

Obstáculos

- Alta rotatividade de pessoal.
- Retenção de pessoal capacitado.
- Atitudes dos pacientes: percepção de estarem sendo tratados por profissionais de saúde não médicos.
- Atitude e reações dos médicos.
- Legislação e políticas públicas.

Requisitos

Em geral, as decisões políticas são tomadas em âmbito nacional, mas os gestores de centros de saúde podem usar métodos para garantir uma implementação bem-sucedida:

- Manter relação próxima de consulta e coordenação com o médico.
- Capacitar os profissionais de saúde para novas competências.
- Permitir que outros profissionais de saúde prescrevam medicamentos para os quais estão habilitados.
- Definir com clareza as funções e responsabilidades dos diferentes membros da equipe.
- Organizar rigorosa supervisão, mentoria e apoio por funcionários experientes do centro de saúde.
- Programar reuniões periódicas da equipe clínica e boa comunicação entre os funcionários para discutir casos de pacientes e problemas, de modo que possam trabalhar juntos para resolvê-los.
- Facilitar o diálogo constante entre os funcionários sobre maneiras de melhorar tarefas para aumentar a eficiência e a qualidade do serviço.
- Criar processos e desfechos mensuráveis.

Consulte a Seção 2, *Implementação*, para obter informações mais detalhadas e ferramentas para pôr em prática esses métodos.

2. Implementação da atenção baseada em trabalho de equipe*

A implementação da atenção baseada em trabalho de equipe *(7)* é específica para contextos nacionais, municipais e ambulatoriais; por isso, as recomendações devem ser adaptadas conforme a necessidade. Esta seção contém o passo a passo para implementação, além de outros recursos e exemplos úteis.

Passos para implementar a atenção baseada em trabalho de equipe

Quadro 1. Passos da implementação

1. Engaje a equipe.
2. Defina a composição da equipe.
3. Defina o fluxo de trabalho de acordo com o novo modelo de atenção.
4. Melhore a comunicação entre a equipe, a clínica e os pacientes.
5. Use uma estratégia de implementação gradual do modelo.
6. Otimize o modelo de atenção.

1. Engaje a equipe

Reúna uma equipe multidisciplinar de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, nutricionistas, administradores e profissionais de tecnologia da informação, com um líder que tenha autoridade suficiente dentro da clínica ou organização para fortalecer o processo. Considere a possibilidade de incluir também os pacientes na equipe (ver Tabela 1 na próxima página).

2. Defina a composição da equipe

Determine o modelo de atenção que atenderá as necessidades dos pacientes e da equipe. Considere que membros da equipe atual podem aprender novas habilidades e desempenhar uma nova função. Sua equipe pode contar com conselheiro, nutricionista, enfermeiro de atenção primária, auxiliar de enfermagem, membros do clero ou outros (ver Tabela 2 na próxima página).

* A estrutura de atenção baseada em trabalho de equipe a seguir foi adaptada, com permissão, do módulo de atenção baseada em trabalho de equipe *Steps Forward*™,da Associação Médica Americana, Veja estratégias de transformação clínica mais inovadoras, que podem ajudar sua organização a alcançar o objetivo quádruplo, em www.stepsforward.org (em inglês).

Cuide para que as equipes contem com médicos e membros da equipe de apoio que estejam motivados para transformar a clínica em um modelo de atenção baseado em trabalho de equipe. Eles devem ser defensores e bons comunicadores e estar dispostos a se esforçar mais para preparar a transição e continuar a desenvolver o novo modelo quando já estiver em andamento.

Tabela 1. Atenção baseada em trabalho de equipe para manejo da hipertensão em Cuba

Atividade	Delegação de tarefas	Novos funcionários responsáveis	Atividades necessárias	Lições aprendidas
Controle da hipertensão	Medição da pressão arterial	Profissionais de saúde: • Enfermeiros • Dentistas • Fisioterapeutas Profissionais de saúde em treinamento: • Estudantes de medicina • Estudantes de enfermagem Na comunidade: • Agentes comunitários de saúde • Familiares dos pacientes	Certificação da medição da pressão arterial. Introdução aos medidores de pressão arterial digitais.	É necessário aproveitar todas as oportunidades possíveis para promover o controle da hipertensão. A inclusão de agentes comunitários de saúde e de familiares de pacientes é possível graças ao maior acesso a medidores de pressão arterial digitais.
	Notificação do consumo de anti-hipertensivos	Farmacêuticos	Geração de relatórios mensais da área de abrangência do centro de saúde com indicação dos pacientes que não estão buscando mais medicamentos anti-hipertensivos na farmácia comunitária correspondente.	As farmácias podem se tornar locais ideais de educação em saúde e controle da hipertensão na comunidade.
Registro	Introdução dos dados no sistema de registro	Técnicos de enfermagem	Treinamento apropriado para inserção de dados.	A inserção dos dados no sistema facilita o acesso e dá maior visibilidade aos dados.
Educação	Automanejo	Estudantes de medicina e enfermagem Agentes comunitários de saúde Familiares dos pacientes Pacientes	Treinamento em automanejo para pacientes, seus familiares e voluntários de saúde na comunidade.	É necessário aumentar o acesso a medidores de pressão arterial digitais. É necessário melhorar a educação para automanejo.

Tabela 2. Distribuição da responsabilidade da equipe para manejo da hipertensão arterial

Tarefa	Médico	Especialista em hipertensão	Enfermeiro	Farmacêutico	Psicólogo	Nutricionista	Assistente social	Agente comunitário de saúde (ACS)	Clérigo
Anamnese do paciente			✓						
Diagnóstico	✓								
Avaliação periódica de causas secundárias, outros fatores de risco e lesão de órgãos	✓								
Pacientes de alta complexidade*		✓							
Identificação de obstáculos			✓	✓		✓		✓	
Medida da PA			✓	✓				✓	
Aconselhamento sobre estilo de vida			✓	✓	✓	✓	✓		
Entrega de medicamentos			✓	✓					
Ajuste de medicamentos			✓	✓					
Acompanhamento de pacientes			✓			✓	✓	✓	
Referência de paciente			✓	✓				✓	
Inserção de dados									✓
Marcação de consulta					✓		✓	✓	✓
Lembrete da consulta					✓		✓	✓	✓

* Definidos como pacientes que não melhoram apesar de múltiplas terapias ou pacientes com suspeita de causas secundárias.

Tabela 3. Tabela de redistribuição de tarefas para gestão da clínica e de pessoal

Use a tabela adiante para identificar a melhor conduta para implementar uma estratégia de atenção baseada em trabalho de equipe, considerando a capacidade da equipe atual.

A. Tarefa	B. Quem realiza a tarefa?	C. Quem deveria realizar a tarefa em uma situação ideal?	D. Essa pessoa necessita de treinamento complementar para realizar a tarefa?	E. Se a resposta à pergunta D for afirmativa, qual é o melhor tipo de treinamento (para a função ou como equipe?)
Anamnese do paciente				
Diagnóstico				
Avaliação periódica de causas secundárias, outros fatores de risco e lesão de órgãos				
Pacientes de alta complexidade*				
Identificação de obstáculos				
Medida da PA				
Solicitação de exames laboratoriais				
Aconselhamento sobre estilo de vida				
Entrega de medicamentos				
Ajuste de medicamentos				
Referência de paciente				
Inserção de dados				
Marcação de consulta				
Lembrete da consulta				

Module 19. Implementing Care Teams. Última revisão do conteúdo em maio de 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD (Disponível em inglês em: http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/system/pfhandbook/ mod19.html, consultado em 17 de outubro de 2017).

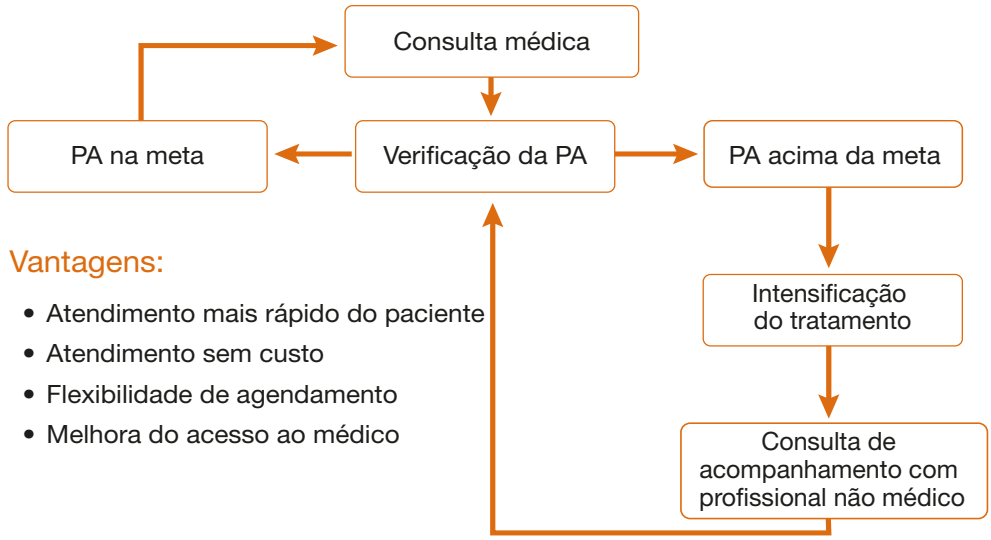
Institute for Healthcare Improvement, Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians, Self-Management Support Roles and Tasks in Team Care (Disponível em inglês em: http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SelfManagementToolkitforClinicians.aspx, consultado em 17 de outubro de 2017).

3. Defina o fluxo de trabalho de acordo com o novo modelo de atenção

Defina os novos fluxos de trabalho da atenção baseada em trabalho de equipe. Lembre-se de que está criando a situação futura ideal; portanto, inove ao criar a equipe de seus sonhos e o serviço ideal. Se alguns aspectos do fluxo de trabalho atual funcionam bem, não hesite em incorporá-los à situação futura! Procure não se limitar; pense em maneiras de melhorar um processo que já é ótimo.

Você pode criar fluxos de trabalho para um processo clínico completo (incluindo antes, durante e depois da consulta) ou para tarefas individuais que queira atribuir à equipe. A Figura 1 apresenta um exemplo — utilizado por Kaiser Permanente, Califórnia — de fluxo de trabalho simples para verificação da pressão arterial e acompanhamento por enfermeiros ou trabalhadores da saúde.

Figura 1. Fluxo de trabalho para verificação da pressão arterial



Jaffe, M. Care Delivery Models in Different Settings – The Kaiser Permanente Northern California Hypertension Control Project: How a large health care organization improved blood pressure control. 7 de março de 2013.

A Figura 2 é um exemplo de fluxo de trabalho clínico para hipertensão arterial no hospital comunitário distrital Ongkharak, na Tailândia.

Nesse país, o sistema de fluxo de pacientes e os aspectos logísticos de todas as etapas são integrados *(8)*:

Registro: o balcão de registro é o primeiro ponto de contato no *continuum* de atenção. As terças e quintas-feiras são dias fixos especialmente designados para hipertensos. Os pacientes são classificados segundo um sistema de registro colorido e numerado: verde para aqueles com consulta marcada; amarelo para idosos, como opção para agilizar o atendimento; e azul para pacientes ambulatoriais gerais.

Altura e peso: o peso e a altura do paciente são verificados a cada consulta, juntamente com a pressão arterial.

Pressão arterial: a verificação meticulosa da PA é realizada com aparelho digital e repetida se o valor for elevado. Se o valor se mantiver elevado na segunda vez, faz-se a medição manual. Caso ainda esteja elevado, o paciente é encaminhando ao serviço de emergência, onde a PA será verificada novamente. Os esfigmomanômetros são calibrados anualmente pelo instituto de ciências médicas regional.

Exame de sangue: os pacientes que chegam para fazer exame de sangue são encaminhados ao laboratório.

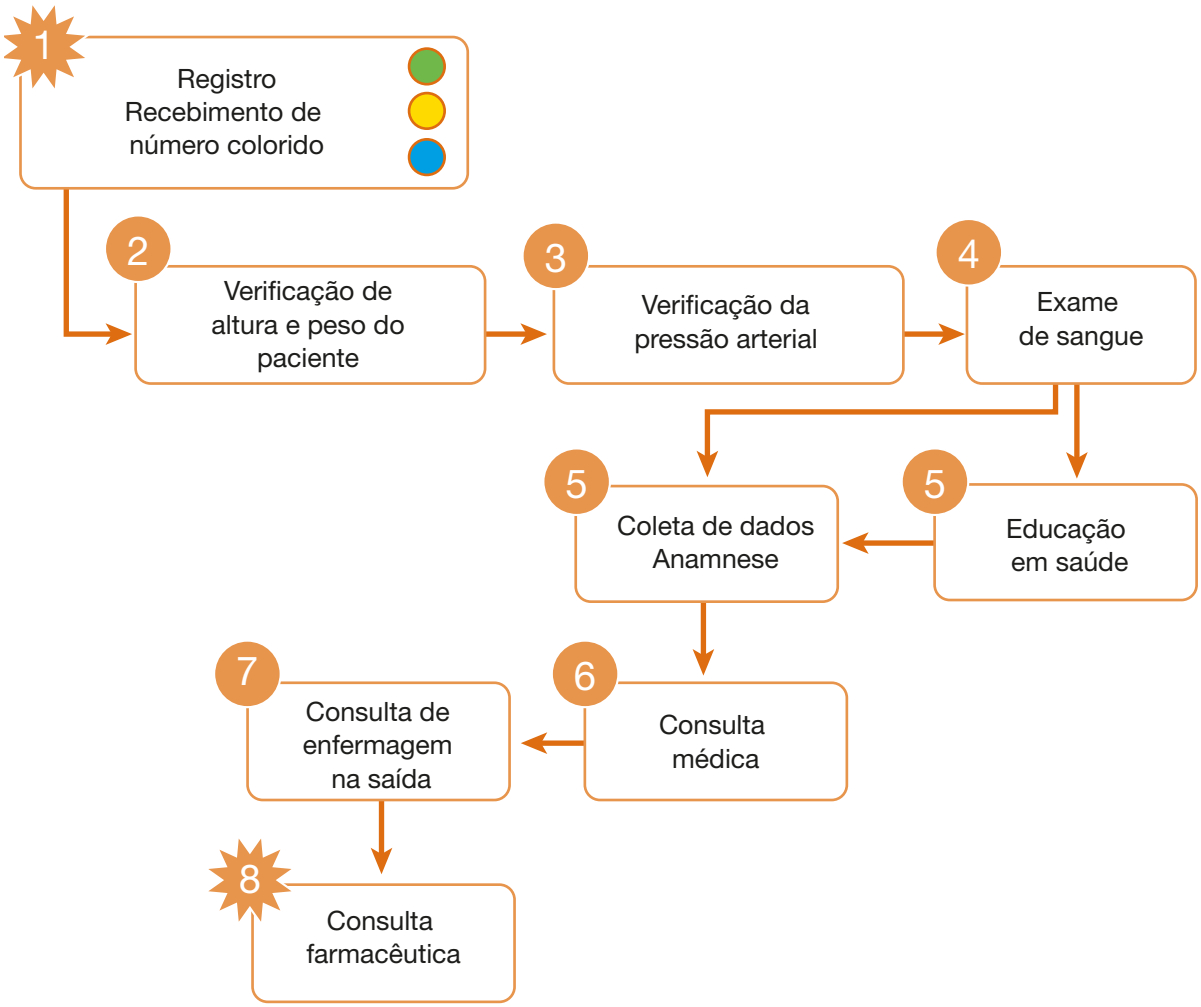
Anamnese e educação em saúde: os pacientes são encaminhados ao enfermeiro para anamnese antes da consulta com o médico, ou encaminhados a uma equipe de saúde e nutrição antes da anamnese com o enfermeiro. Essa anamnese é registrada no prontuário do paciente e na base de dados do hospital. Os pacientes de alto risco que necessitam de educação complementar em saúde e nutrição, como os pacientes com doença renal crônica (DRC) em estágio 3, são identificados e encaminhados a um grupo comunitário de aconselhamento mútuo, no qual enfermeiros e farmacêuticos oferecem informações pertinentes sobre hábitos alimentares, consumo de alimentos e medicamentos, além de tendências atuais na comunidade. Ao final dessas sessões, um sistema de retroalimentação permite que os participantes expressem suas opiniões, ideias e pontos de vista.

Consulta médica: o prontuário e o número de registro do paciente são reunidos e preparados para o médico. Os pacientes são chamados em um monitor de vídeo que exibe seu nome, número de registro e fotografia. Os prontuários contêm um sistema de estrelas que classifica a glicemia ou a pressão arterial para a consulta. Há uma nova consulta com o médico, que ajusta e prescreve medicamentos essenciais conforme a necessidade.

Consulta de enfermagem na saída: na saída, antes de buscarem os medicamentos na farmácia, os pacientes se reúnem com um enfermeiro que avalia a consulta e os medicamentos prescritos. O enfermeiro colhe outras informações essenciais e acrescenta ao prontuário.

Farmacêutico: os pacientes entregam a prescrição na farmácia e aguardam os medicamentos. A equipe da farmácia revê tratamentos anteriores e verifica se não há um excesso de medicamentos remanescentes de outras consultas.

Figura 2. Exemplo de fluxo de trabalho clínico: percurso integrado de pacientes na Tailândia.

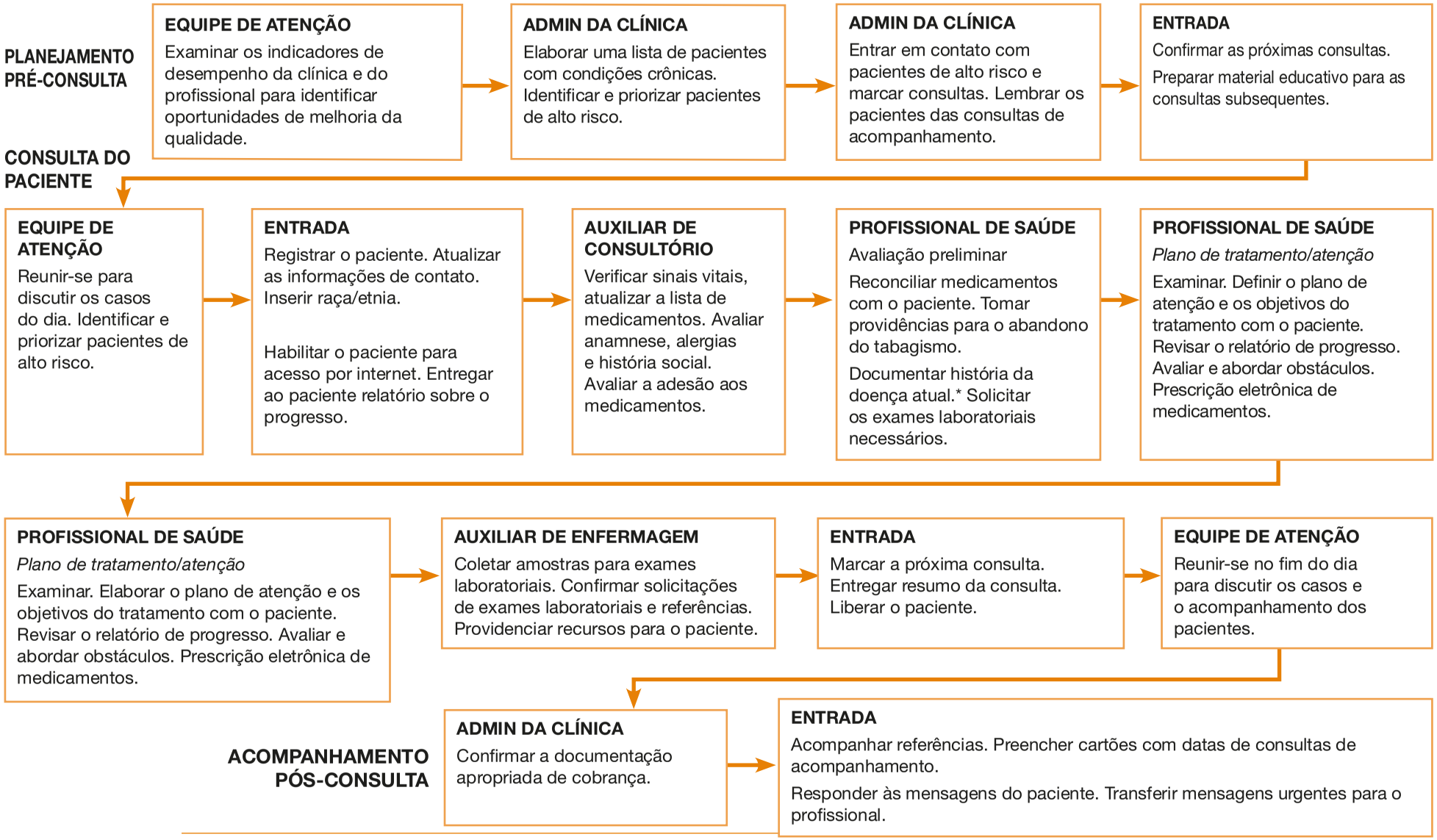


Destaques da experiência na Tailândia

- A comunicação direta entre o hospital do distrito e o hospital promotor da saúde é um método confiável que ajuda a acelerar transferências externas.
- A proximidade dos serviços em cada passo do percurso favorece a mobilidade do paciente no sistema de saúde.
- O sistema de classificação da glicemia e da PA com estrelas a cada consulta ajuda o paciente a conhecer seu estado de saúde atual e reforça os conhecimentos sobre saúde.
- O uso de monitores de vídeo e fotografias permite que pacientes analfabetos e/ou com problemas de visão saibam quando estão sendo chamados.
- O aconselhamento mútuo e a inclusão de farmacêuticos nas iniciativas de promoção da saúde oferecem ao paciente uma equipe de especialistas multifacetada.

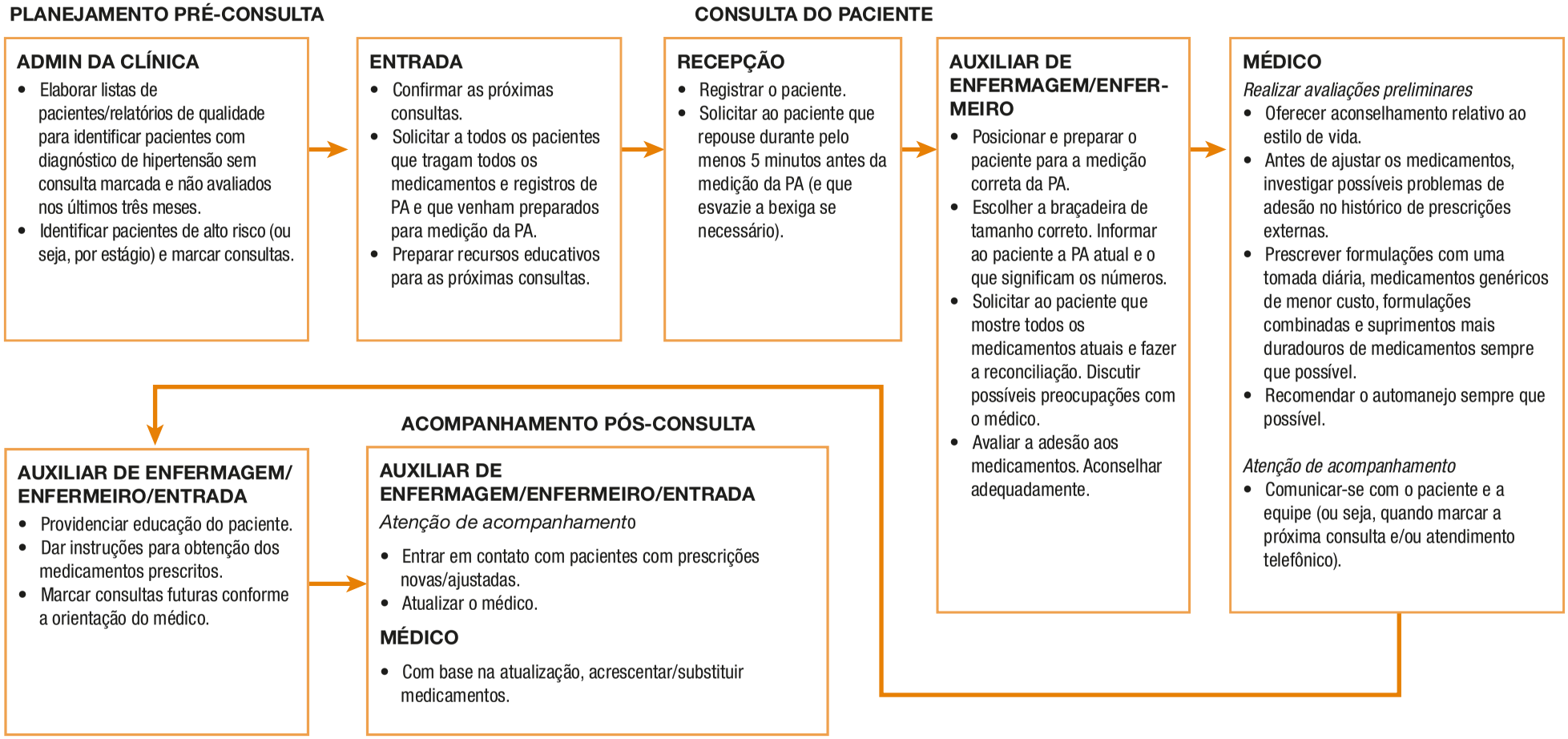
As Figuras 3 e 4 apresentam alguns outros exemplos de fluxo de trabalho que podem ser consultados ao planejar o fluxo de trabalho em sua clínica. Para ajudar a planejar a atenção integral baseada em trabalho de equipe antes, durante e após a consulta, consulte as planilhas de mapeamento do fluxo de trabalho nos Anexos A a C.

Figura 3. Exemplo de planilha de mapeamento do fluxo de trabalho: atenção crônica



Adaptado de: ABCS Toolkit for the Practice Facilitator, HealthyHearts NYC. New York City Department of Health and Mental Hygiene. 2017.

Figura 4. Exemplo de planilha de mapeamento do fluxo de trabalho: controle de pressão arterial



Adaptado de: ABCS Toolkit for the Practice Facilitator, HealthyHearts NYC. New York City Department of Health and Mental Hygiene. 2017.

4. Melhore a comunicação entre a equipe, a clínica e os pacientes

Comece dando ciência sobre o trabalho em equipe. Os médicos e o restante da equipe podem se sentir de fora e se afastar se não forem incluídos.

Que tipo de tática de comunicação você pode usar com a equipe?

- Inclua a delegação de tarefas como ponto permanente da agenda nas reuniões da equipe e do departamento.
- Divulgue as atualizações em uma reunião ou anúncio semanal.
- Cuide para que os médicos e o restante da equipe tenham um espaço de trabalho comum para favorecer a comunicação.

Quadro 2. Piloto de atenção baseada em trabalho de equipe

Algumas clínicas na Etiópia lideraram um modelo de atenção baseada em trabalho de equipe para melhorar o controle do diabetes e da hipertensão. Gestores da atenção à saúde, administradores, profissionais de laboratório, farmacêuticos e outros membros da equipe se reuniam a cada duas semanas durante as fases iniciais do piloto, e mensalmente quando os pilotos estavam mais estabelecidos. O objetivo das reuniões era discutir sobre rastreamento de pacientes, retenção de pacientes, suprimentos, serviços laboratoriais, educação em saúde, atividades comunitárias, dificuldades e notificação. *(9)*

Informe sobre o trabalho em equipe também aos pacientes. Podem-se usar folhetos nas salas de espera e de exame para lembrar aos pacientes sobre as mudanças antes do início da consulta.

5. Use uma estratégia de implementação gradual do modelo

A implementação da atenção baseada em trabalho de equipe será um processo gradual. Leva tempo e não será perfeita todos os dias. Seja paciente; saiba que vários meses podem se passar até que a equipe se sinta realmente à vontade com o novo sistema.

Um médico que implementou a atenção baseada em trabalho de equipe recomenda que os médicos que consideram essa possibilidade estejam completamente comprometidos, porque não é fácil. Ele completou dizendo: “não posso imaginar outra maneira de trabalhar”.

Uma auxiliar de enfermagem que trabalha em um modelo de atenção baseado em trabalho de equipe afirmou que levou cerca de dois meses para sentir que havia realmente dominado a técnica de documentar as consultas dos pacientes para o médico. Ela trabalhou em colaboração estreita com o médico enquanto ele indicava suas preferências e mostrava como editava as anotações sobre cada paciente. Esse tipo de compromisso de tempo é necessário para implementar com êxito a atenção baseada em trabalho de equipe. À medida que o modelo se amplia, o pessoal experiente pode atuar como mentor ou ajudar no treinamento do pessoal novo.

6. Otimize o modelo de atenção

Espaço de trabalho compartilhado

As equipes que se mantêm mais próximas comunicam-se com maior frequência e facilidade. As perguntas podem ser respondidas com rapidez, diminuindo o tempo que alguém teria de esperar antes de concluir uma tarefa ou responder a um paciente. Todos terão ciência do trabalho que os colegas estão fazendo, o que facilita o compartilhamento de tarefas e a divisão de trabalho. Por fim, ao término de um dia movimentado na clínica, sua caixa de entrada não estará cheia de mensagens que poderiam ter sido rapidamente analisadas e selecionadas por outro membro da equipe durante o dia.

Manejo da comunicação

Em um modelo de atenção baseado em trabalho de equipe, o número de mensagens telefônicas e de *e-mail* enviadas à equipe deve diminuir por várias razões:

- Os resultados de exames laboratoriais são discutidos durante a consulta; portanto, a troca de mensagens para discutir resultados ou marcar um atendimento telefônico é reduzida de maneira significativa.
- Os pacientes recebem orientação complementar ao término da consulta, o que diminui as dúvidas após a consulta.
- A coordenação da atenção é melhorada. Os pacientes sairão da clínica com consultas de acompanhamento e correspondentes exames laboratoriais e complementares agendados, de maneira que terão menos solicitações a fazer depois de saírem do consultório.
- Encaminhamentos a serviços de apoio, como de saúde comportamental ou um educador em saúde, podem ser feitos durante a consulta. A participação de outros membros da equipe na atenção ao paciente proporciona a eles um ponto de contato para fazer perguntas de acompanhamento acerca desses serviços específicos.

A equipe deve ser capaz de resolver a maioria das dúvidas que chegam ao consultório. O médico pode delegar a maioria das perguntas e preocupações aos enfermeiros ou auxiliares que trabalham com ele. Em um modelo de atenção baseado em trabalho de equipe, eles conhecerão muito melhor o caso de cada paciente e serão capazes de responder à maioria das perguntas de acordo com o que se disse durante a consulta ou segundo o plano de atenção determinado. Eles também adquirirão conhecimentos com o passar do tempo, aumentando sua participação nesse trabalho essencial.

Quadro 3. Os benefícios de atenção baseada em trabalho de equipe

Os benefícios da atenção baseada em trabalho de equipe ultrapassaram minhas expectativas. A princípio, eu esperava apenas recuperar o contato visual com os pacientes, pois esse é um importante instrumento de avaliação para mim durante as consultas. O que aconteceu foi muito mais que isso. Sim, meu tempo frente a frente com os pacientes aumentou, mas a consulta também é mais eficiente e pertinente. Como minha documentação agora é em "tempo real", minhas anotações são melhores e mais oportunas. Nosso pessoal clínico está aprendendo tão mais que os funcionários se sentem realmente parte de uma equipe e gostam das dimensões agregadas à sua prática clínica. Eles têm mais confiança quando orientam os pacientes durante as consultas e fazem a triagem telefônica. A atenção baseada em trabalho de equipe foi vantajosa para todos. E o melhor de tudo, as famílias adoram!

David Lautz, médico de Stanford Coordinated Care, em Palo Alto, California

3. Estudos de casos

Atenção à hipertensão arterial na Tailândia

O diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial é implementado por hospitais comunitários no âmbito distrital (um por 75 mil), com o apoio de uma rede de hospitais promotores de saúde (um por 5 mil) no âmbito subdistrital e de voluntários de saúde no âmbito do povoado.

No hospital comunitário, um enfermeiro clínico sênior é designado como gestor de casos (ou gestor clínico) para organizar os serviços. Paramédicos medem a altura, o peso e a pressão arterial com aparelho digital, além de fazer a anamnese, de pacientes antigos e novos. No caso de novos pacientes, o médico faz o diagnóstico com base na verificação da pressão arterial e prescreve o tratamento. Os pacientes recebem aconselhamento em grupo de um enfermeiro ou nutricionista de saúde pública (se disponível). O farmacêutico dispensa os medicamentos e o auxiliar administrativo insere os dados do prontuário em papel no prontuário eletrônico do hospital.

Nas consultas de acompanhamento, os pacientes que não alcançaram a meta de pressão arterial são novamente examinados pelo médico, que ajusta medicamentos e doses. Os pacientes em acompanhamento com pressão arterial controlada são atendidos por um enfermeiro. O auxiliar administrativo telefona para os pacientes que não comparecem à clínica na data da consulta e marcam outra data.

Os pacientes com pressão arterial controlada são encaminhados ao hospital promotor de saúde mais perto de casa. Esses hospitais são dirigidos por profissionais não médicos (uma equipe formada por um enfermeiro clínico e um enfermeiro de saúde pública). O enfermeiro fornece prescrições de medicamentos de uso contínuo/renovações de prescrição aos pacientes com pressão arterial controlada, ou ajusta a dose após consultar um médico pelo telefone, quando a pressão arterial não está controlada.

Funções dos vários membros da equipe

Enfermeiro sênior: responsável pela organização do serviço (também denominado gestor de casos), prescreve medicamentos de uso contínuo (sem mudança de medicamento/dose), aconselha os pacientes.

Médico: faz o diagnóstico, prescreve medicamentos, solicita exames, ajusta medicamentos/doses.

Enfermeiro: mede altura, peso, PA e faz anamnese.

Conselheiro/nutricionista: fornece aconselhamento nutricional e orientação sobre o estilo de vida.

Farmacêutico: verifica a adesão, dispensa os medicamentos e orienta sobre como tomar medicamentos.

Auxiliar administrativo: insere a PA do paciente e detalhes do tratamento no prontuário eletrônico; gera lista de pacientes que interromperam o tratamento e telefona para eles; gera lista de pacientes com consulta marcada no dia seguinte.

Enfermeiro em hospital promotor de saúde: renova prescrições, aconselha os pacientes e às vezes ajusta o medicamento/a dose após consultar o médico por telefone.

Atenção baseada em trabalho de equipe para DNT no Nepal

Para abordar a carga crescente de DNT no Nepal, a divisão de atenção primária à saúde do Ministério da Saúde introduziu o pacote PEN[3] da OMS nos distritos-piloto de Kailali e Ilam. Dado o sucesso desses pilotos, o Ministério da Saúde pretendia ampliar a implementação a 20 distritos no ano seguinte.

A detecção precoce, o manejo e a referência de pacientes com hipertensão, diabetes e risco de doenças cardiovasculares (como um método do risco total) são realizados no âmbito da atenção primária à saúde no distrito.

Os serviços básicos para DNT são prestados por uma rede de centros de atenção primária à saúde no âmbito distrital e por postos de saúde e voluntários de saúde comunitários no âmbito de povoados. No âmbito da atenção primária à saúde, um médico é designado como gestor, enquanto no âmbito comunitário o gestor é um assistente de saúde.

Para pacientes antigos e novos, os paramédicos verificam altura, peso e pressão arterial, com avaliação do risco de DCV com auxílio de ferramentas da OMS no posto de saúde. Para pacientes atendidos em centros de atenção primária à saúde, o médico faz o diagnóstico com base na verificação da pressão arterial, glicemia, colesterol total e exposição a riscos e prescreve o tratamento.

Os pacientes são aconselhados por um médico, assistente de saúde, enfermeiro da equipe ou enfermeiro obstetriz auxiliar, dependendo da disponibilidade, que também preenchem registros em papel enviados ao órgão de saúde pública distrital e ao sistema de informação de gestão sanitária nacional.

Nas consultas de acompanhamento em postos de saúde, os pacientes que não alcançaram a meta de pressão arterial são novamente encaminhados ao médico, que ajusta os medicamentos ou a dose. Os pacientes acompanhados com pressão arterial e diabetes controlados são atendidos por paramédicos no posto de saúde.

Os pacientes que não comparecem à clínica na data da consulta são contatados por telefone para que compareçam na próxima.

[3] Conjunto de Intervenciones Esenciales contra las Enfermedades No Transmisibles definido por la Organización Mundial de la Salud y conocido como PEN por su sigla en inglés.

Funções dos vários membros da equipe

Médico: responsável geral pela prestação de serviços para DNT. O médico faz o diagnóstico e manejo dos pacientes, encaminha quando necessário, prescreve medicamentos e aconselha os pacientes.

Assistente de saúde sênior: encarregado geral da prestação de serviços para DNT. É responsável pela detecção precoce, manejo e aconselhamento dos pacientes. Não prescreve medicamentos, mas renova prescrições anteriores feitas pelo médico.

Enfermeiro de atenção primária à saúde: mede a altura, o peso e a PA, aconselha os pacientes e insere a PA e os detalhes do tratamento no registro de DNT.

Trabalhador de saúde auxiliar: mede a altura, o peso e a PA, aconselha os pacientes e insere a PA e os detalhes do tratamento no registro de DNT.

Enfermeiro obstetriz auxiliar sênior: mede a altura, o peso e a PA, aconselha os pacientes e insere a PA e os detalhes do tratamento no registro de DNT.

Agente comunitário de saúde: aconselha sobre estilo de vida e nutrição.

Farmacêutico de atenção primária à saúde: verifica a adesão, dispensa os medicamentos e orienta sobre como tomar medicamentos.

Delegação de tarefas na Etiópia

A Etiópia tem um número relativamente grande de profissionais de saúde, mas como a população é grande, a razão entre profissionais de saúde e habitantes é muito baixa, de 0,84/1.000 habitantes.

A escassez de profissionais de saúde tornou-se perceptível no início da década de 2000, durante a crise de HIV/AIDS. Uma das reformas políticas implementadas pelo governo etíope para solucionar esse problema foi um programa de delegação de tarefas, além do aumento da educação prévia ao serviço em diferentes níveis. Um programa de extensão em saúde capacitou agentes comunitários de saúde a oferecerem serviços de promoção da saúde e de prevenção no âmbito comunitário (postos de saúde e visitas a domicílio). De modo semelhante, em 2005 foi lançado um programa de formação acelerada de associados por causa da escassez de médicos. Além disso, os enfermeiros iniciaram formação profissional para também prescrever medicamentos no manejo de pacientes com HIV.

Atualmente, por causa da preocupação crescente com o aumento das DNT, o país adotou algumas práticas de delegação de tarefas para a integração de serviços de DNT na atenção primária à saúde como parte de um projeto-piloto. Basicamente, a estratégia de delegação de tarefas concentra-se no manejo por enfermeiros de problemas crônicos como hipertensão, diabetes e avaliação de riscos de DCV, com auxílio de algoritmos lógicos simples e material de apoio profissional.

Além disso, no âmbito do hospital primário, médicos generalistas e agentes de saúde substituem o trabalho de especialistas. O treinamento desses profissionais é concebido como uma cadeia, na qual especialistas de hospitais regionais capacitam generalistas e associados médicos; generalistas e associados médicos capacitam enfermeiros; e enfermeiros capacitam trabalhadores de extensão de saúde.

O piloto mostrou resultados promissores e o Ministério da Saúde planeja ampliar a escala desse modelo, garantindo a capacidade regional de implementar a capacitação e fortalecer a formação universitária para incluir a integração de serviços para DNT.

Anexo: Planejamento de exercícios

Os exercícios a seguir são apresentados para ajudar os gestores de estabelecimentos a elaborar planos de fluxo de trabalho do processo de preparo para a consulta de um paciente, a consulta propriamente dita e o acompanhamento pós-consulta.

São apresentados exemplos de planos de fluxo de trabalho, e o usuário é convidado a:

- comparar os processos em sua clínica a esses exemplos de boas práticas;
- usar o modelo apresentado para definir planos de fluxo de trabalho para o futuro.

Como parte do exercício, o usuário é convidado a trabalhar com os membros da equipe por meio de uma série de perguntas relativas aos processos atuais, durante as quais podem identificar obstáculos ou repetições que precisam ser superadas para chegar ao processo ideal. O usuário é incentivado a pensar sobre maneiras de adaptar as práticas atuais para incorporar diferentes membros da equipe de saúde.

Planejamento pré-consulta

Planilha de mapeamento do fluxo de trabalho

Avaliação da prática atual

Consulta do paciente

Planilha de mapeamento do fluxo de trabalho

Avaliação da prática atual

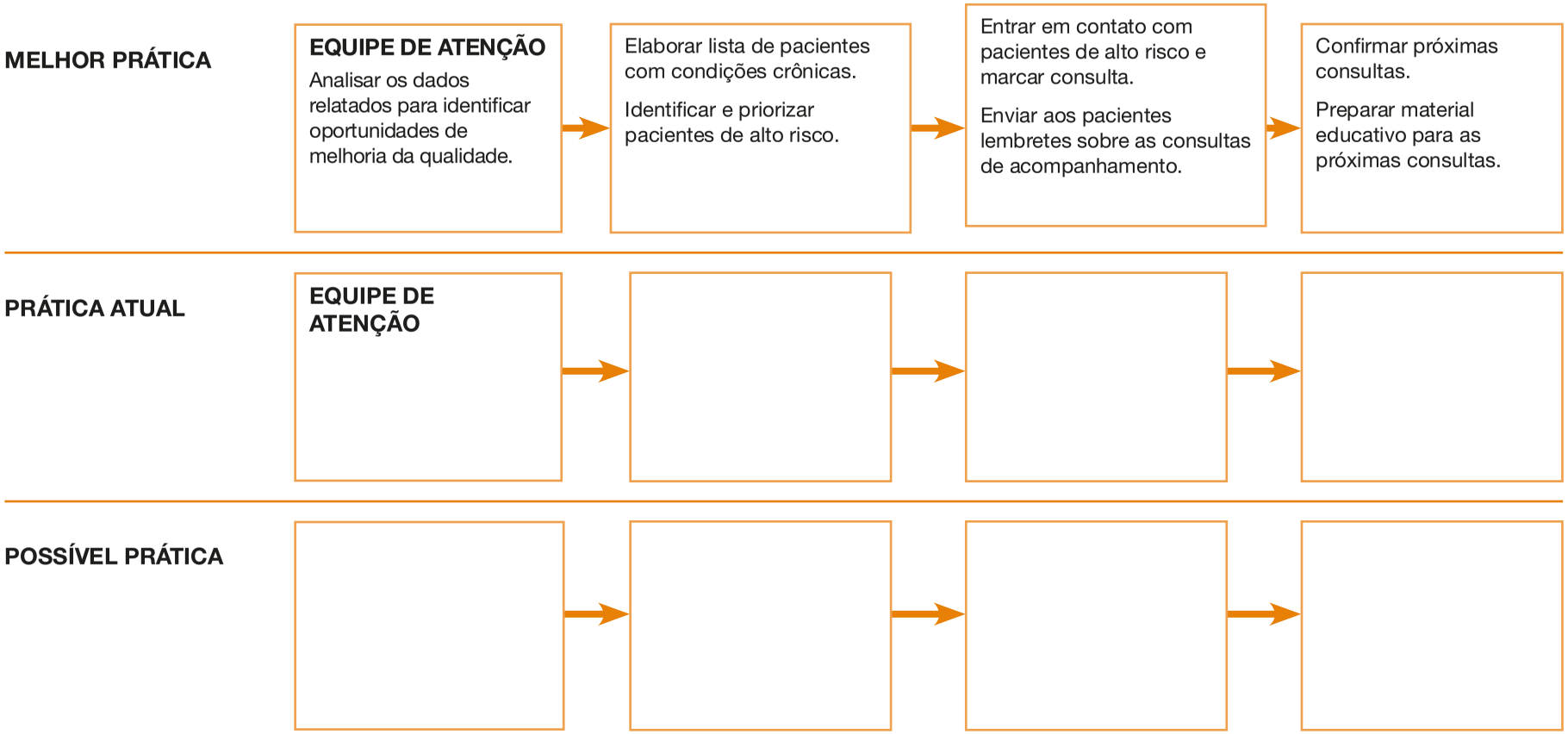
Acompanhamento pós-consulta

Planilha de mapeamento do fluxo de trabalho

Avaliação da prática atual

Este material foi adaptado de: ABCS Toolkit for the Practice Facilitator, HealthyHearts NYC. New York City Department of Health and Mental Hygiene. 2017

Planejamento pré-consulta — Planilha de mapeamento do fluxo de trabalho



Observações:

Planejamento pré-consulta — Avaliação da prática atual

Processo	Processo atual	Obstáculos/duplicação	Processo ideal
1. A clínica faz algum planejamento pré-consulta? Descreva o processo.			
Registro e notificação	**Processo atual**	**Obstáculos/duplicação**	**Processo ideal**
2. Como a clínica monitora e acompanha pacientes com condições crônicas?			
3. A clínica monitora populações de risco? Como o médico é alertado?			
4. Quais são as atuais exigências de vigilância para a clínica (p. ex., populações específicas de pacientes, estudos do tempo, relatórios de operação clínica, referências recebidas, medidas da atenção ao paciente)? Com que frequência os relatórios são elaborados?			
5. Alguém na clínica faz revisão de prontuários? Com que frequência? Descreva o processo.			
Observações:			

Consulta do paciente. Planilha de mapeamento do fluxo de trabalho

MELHOR PRÁTICA

EQUIPE DE ATENÇÃO
Reunir-se para discutir os casos do dia. Identificar e priorizar pacientes de alto risco.

→

RECEPÇÃO
Registrar o paciente.
Atualizar as informações de contato.
Inserir dados.

→

AUXILIAR DE ENFERMAGEM
Verificar sinais vitais, atualizar a lista de medicamentos.
Avaliar anamnese, alergias e história social.
Avaliar a adesão aos medicamentos.

→

PROFISSIONAL DE SAÚDE
Reconciliar os medicamentos com o paciente.
Solicitar os exames laboratoriais necessários.
Examinar o paciente.
Definir o plano de atenção e os objetivos do tratamento com o paciente.
Avaliar o progresso. Avaliar e abordar obstáculos.
Prescrever medicamentos. Aconselhar, se for o caso.
Encaminhar para atenção adicional e/ou apoio ao automanejo.

↓

AUXILIAR DE ENFERMAGEM
Coletar amostra para exame laboratorial. Confirmar solicitações de exames laboratoriais e referências.
Providenciar recursos para o paciente.

→

RECEPÇÃO
Marcar a próxima consulta.
Entregar resumo da consulta.
Liberar o paciente.

→

EQUIPE DE ATENÇÃO
Reunir-se no fim do dia para discutir os casos e o acompanhamento necessário.

PRÁTICA ATUAL

EQUIPE DE ATENÇÃO → **RECEPÇÃO** → **AUXILIAR DE ENFERMAGEM** → **PROFISSIONAL DE SAÚDE**

↓

EQUIPE DE ATENÇÃO

POSSÍVEL PRÁTICA

EQUIPE DE ATENÇÃO → **RECEPÇÃO** → **AUXILIAR DE ENFERMAGEM** → **PROFISSIONAL DE SAÚDE**

↓

EQUIPE DE ATENÇÃO

Consulta do paciente. Avaliação da prática atual

Acomodação do paciente	Processo atual	Obstáculos/duplicação	Processo ideal
1. Qual é o tempo de espera médio do paciente para consultar o médico?			
2. Como a equipe de atendimento comunica ao auxiliar de enfermagem que o paciente está pronto para ser levado ao consultório?			
Sinais vitais/admissão	**Processo atual**	**Obstáculos/duplicação**	**Processo ideal**
3. A clínica dispõe de área de triagem/espera? Quem faz a triagem, onde é realizada e como? O que é verificado? Como é registrado?			
4. Quem faz o rastreamento inicial, ou seja, queixa principal, anamnese, etc.?			
5. Quem avalia os medicamentos atuais no prontuário médico? Isso é feito em todas consultas?			
6. A clínica faz rastreamento de tabagismo e aconselha a cessação aos tabagistas?			
Profissional	**Processo atual**	**Obstáculos/duplicação**	**Processo ideal**
7. Como é a comunicação e transferência entre o auxiliar de enfermagem e o profissional de saúde (revisão de sinais vitais, preocupações)?			
8. Analise como o profissional trata os pacientes com condições crônicas, ou seja, referências, reconciliação de medicamentos e adesão, procedimentos de tratamento, etc.			
9. Como o profissional comunica ao auxiliar de enfermagem que o paciente já pode ser liberado? Que atitude é tomada (entrega da conta, solicitação de exames laboratoriais, vacinas, etc.)?			

Consulta do paciente. Avaliação da prática atual (continuação)

10. Quanto tempo o profissional gasta com anotações sobre a consulta? Ele faz isso durante ou após a consulta? Quando o profissional assina o prontuário clínico?			
Liberação clínica	**Processo atual**	**Obstáculos/repetição**	**Processo ideal**
11. A prescrição é entregue ao paciente ou enviada diretamente à farmácia?			
12. Quem entrega a prescrição ao paciente e o orienta em relação à prescrição (o farmacêutico ou o médico durante a consulta)?			
13. Quem é responsável pela educação do paciente? Como é feita (papel ou meio eletrônico)?			
Referências	**Processo atual**	**Obstáculos/repetição**	**Processo ideal**
14. Você dispõe de uma lista de profissionais aos quais geralmente encaminha os pacientes?			
Saída	**Processo atual**	**Obstáculos/repetição**	**Processo ideal**
15. Como o paciente é encaminhado à saída? Descreva o processo.			
16. Marca-se uma consulta de acompanhamento? O paciente recebe instruções/educação?			
17. A clínica entrega algum formulário ao paciente durante o processo de saída?			
Observações:			

Acompanhamento pós-consulta. Planilha de mapeamento do fluxo de trabalho

	ADMIN. DA CLÍNICA	ENTRADA	PROFISSIONAL DE SAÚDE
MELHOR PRÁTICA ACOMPANHAMENTO PÓS-CONSULTA	Confirmar a documentação apropriada de faturamento.	Dar seguimento às referências. Preencher o lembrete de acompanhamento do paciente. Responder às mensagens do paciente. Transferir as mensagens urgentes ao profissional de saúde.	Analisar resultados de exames laboratoriais. Entrar em contato com os pacientes com resultados anormais. Responder às mensagens do paciente.
ATUAL ACOMPANHAMENTO PÓS-CONSULTA			
POSSÍVEL ACOMPANHAMENTO PÓS-CONSULTA			

Observações:

Acompanhamento pós-consulta. Avaliação da prática atual

Referências	Processo atual	Obstáculos/repetição	Processo ideal
1. Como o ciclo é fechado para assegurar a continuidade da atenção (por exemplo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, administrador da clínica)?			
2. A clínica costuma fazer encaminhamentos externos? Receber pacientes encaminhados? Qual é mais comum? Descreva os processos gerais.			
Atendimentos clínicos telefônicos	**Processo atual**	**Obstáculos/repetição**	**Processo ideal**
3. Quais são os atendimentos telefônicos mais comuns (renovação de prescrição, resultado de exames, referências)? Descreva o processo. Há políticas específicas implantadas com relação ao tempo de resposta?			
4. Como são acompanhados os telefonemas recebidos (ou seja, cria-se um atendimento telefônico para cada chamada)?			
5. Qual é o processo para retorno das chamadas? Chamadas realizadas (p. ex., resultados de exames laboratoriais)?			
Atendimentos clínicos telefônicos	**Processo atual**	**Obstáculos/repetição**	**Processo ideal**
6. O profissional oferece atendimento telefônico depois do expediente ou no fim de semana? Como são registrados? Descreva o processo.			
Observações:			

Referências

1 Organização Mundial da Saúde. Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health

2 Community Preventive Services Task Force. Cardiovascular disease: team-based care to improve blood pressure control. 2012. Disponível em inglês em: https:// www.thecommunityguide.org/ findings/cardiovascular-disease-team-based-care-improveblood-pressure-control. Consultado em 6 de outubro de 2017.

3 Joshi R, Alim M, Kengne AP, Jan S, Maulik PK, Peiris D, et al. Task shifting for non-communicable disease management in low and middle income countries – a systematic review. PLoS One. 2014;9(8):e103754.

4 Organização Mundial da Saúde. Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings: edition 1 for field testing and country adaptation. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008.

5 Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, Ricciardi R, Burak H, McNellis R, et al. Creating patient-centered team-based primary care. AHRQ pub. no. 16-0002-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2016.

6 Proia KK, Thota AB, Njie GJ, Finnie RKC, Hopkins DP, Mukhtar Q, et al. Team-based care and improved blood pressure control: a Community Guide systematic review. Am J Prev Med. 2014;47(1):86-99. doi:10.1016/j.amepre.2014.03.004.

7 Sinsky C, Rajcevich E. Implementing team-based care to increase practice efficiency: engage the entire team in caring for patients. American Medical Association; 2015. Disponível em inglês em: https://www.stepsforward.org/modules/team-based-care. Consultado em 16 de outubro de 2017.

8 Bunluesin S. Ongkharak Hospital visit, trip report. 2017.

9 Ministry of Health. National training on hypertension for health care workers in Ethiopia: facilitator's manual. Ministry of Health; 2016.

Informações adicionais

Un recurso de capacitación de trabajadores de salud comunitaria para la prevención de enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares. Atlanta, GA: Division of Heart Disease and Stroke Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. 2015. (Disponível em inglês e espanhol em: https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/chw_training/index.htm, consultado em 19 de outubro de 2017).

Cardiovascular disease: interventions engaging community health workers. A Community Guide systematic review. Março de 2015 (Disponível em inglês em: https://www.thecommunityguide.org/findings/cardiovascular-disease-prevention-and-control-interventions-engaging-community-health, consultado em 19 de outubro de 2017).

Carter BL, Bosworth HD, Green B. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse and teamwork in hypertension therapy. J Clin Hypertens. 2012;14(1):51-65. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00542.x.

Los promotores de salud y la iniciativa Million Hearts. Million Hearts (Disponível em espanhol em: https://millionhearts.hhs.gov/files/MH_CommHealthWorker_Factsheet.pdf, consultado em 10 de outubro de 2017).

Hypertension control: action steps for clinicians. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2013 (Disponível em inglês em: https://millionhearts.hhs.gov/files/MH_HTN_Clinician_Guide.pdf, consultado em 10 de outubro de 2017).

Gaziano T, Abrahams-Gessel S, Surka S, Sy S, Pandya A, Denman CA, et al. Cardiovascular disease screening by community health workers can be cost-effective in low-resource countries. Health Aff. 2015;39(9):1538-45.

Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, et al. Core principles and values of effective team-based health care. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine; 2012 (Disponível em inglês em: http://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf).

Patel P, Ordunez P, Di Pette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Improved blood pressure control to reduce cardiovascular disease morbidity and mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. J Clin Hypertens. 2016;18(12):1284-94. doi: 10.1111/jch.12861.

Promoting Team-Based Care to Improve High Blood Pressure Control. Atlanta, GA: Division for Heart Disease and Stroke Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. 2018. (Disponível em inglês em: https://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/guides/best-practices/team-based-care.htm).

Sidney S. Team-based care: a step in the right direction for hypertension control. Am J Prev Med. 2015;49(5):e81-e82. doi: 10.1016/j.amepre.2015.05.014.

Xavier D, Gupta R, Kamath D, Sigamani A, Devereaux PJ, George N, et al. Community health worker-based intervention for adherence to drugs and lifestyle change after acute coronary syndrome: a multicentre, open, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(3):244-53.

HEARTS

Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas