

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LIZIA DAS CHAGAS FERREIRA

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: um desafio para a
equipe de Enfermagem**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LIZIA DAS CHAGAS FERREIRA

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: um desafio para a
equipe de Enfermagem**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Msc. Julia Estela Willrich Boell

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: um desafio para a equipe de Enfermagem** de autoria da aluna **LIZIA DAS CHAGAS FERREIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Orientadora: Msc. Julia Estela Willrich Boell

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde Família
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

LISTRA DE QUADRO

Quadro 01: Ações, objetivos e descrições do trabalho a ser realizado pela equipe do PSF Grajaú.....	16
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	12
3.1 OBJETIVO GERAL.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4 METODOLOGIA.....	16
5 RESULTADOS E ANÁLISE.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19
APÊNDICE A – PRONTUÁRIO CLÍNICO.....	21
APÊNDICE B– CARTÃO DO PACIENTE.....	24
APÊNDICE C– PROTOCOLO DE RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO DE PACIENTES COM RISCO CARDIOVASCULAR.....	25

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral elaborar instrumentos de avaliação e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, para uso de profissionais da saúde que atuam no Programa Saúde da Família de Grajaú, no município de Brumadinho, Belo Horizonte, Minas Gerais. A compreensão da necessidade dessa padronização é importante para um bom desenvolvimento das atividades previstas na unidade de saúde. Com base nessa premissa e na demanda dos usuários da unidade, foi aplicado esse instrumento para melhoria da qualidade na assistência mapeando os fatores de risco encontrados em sua área adscrita. Espera-se que os instrumentos elaborados tenham efetividade como uma ferramenta para ações de educação em saúde, colaborando assim para promover melhorias na assistência aos usuários, e, conseqüentemente, impacte positivamente na qualidade de vida dos usuários da unidade.

Palavras chave: Doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica, Assistência à saúde.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades. As DCNT recebem também a denominação de doenças não infecciosas (BRASIL, 2008).

As DCNT demandam cuidados contínuos, complexos para algumas pessoas que necessitam de atenção em saúde especializada, como apoio ao tratamento e aos cuidados exigidos pela doença, ações de educação em saúde, apoio social e emocional a fim de proporcionar melhora na qualidade de vida (EDWARDS; GABBAY, 2007).

As DCNT tornaram-se um dos principais problemas de saúde pública, no Brasil são cerca de 72% das causas de morte, atingem as camadas mais pobres e mais vulneráveis da população e trazem onerosos gastos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Nas últimas décadas as DCNT passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) na década de 80. Como decorrência da queda da mortalidade e da fecundidade no país, aumentou o número de idosos, particularmente, o grupo com mais 80 anos. Nos próximos 20 anos, projeções apontam para a duplicação da população idosa no Brasil, de oito para 15%. No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias ações em articulação com diversos setores governamentais e não governamentais objetivando promover a qualidade de vida e prevenir e controlar as DCNT (BRASIL, 2005, p 18.).

Uma dessas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde é a implementação e implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil para o período de 2011 a 2022 trazendo uma abordagem nas doenças respiratórias crônicas, doenças do aparelho circulatório, o câncer e o diabetes, visando também fatores de risco importantes para o controle e tratamento da doença, que são: tabagismo, abuso do consumo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e a obesidade.

Além disso, sabendo-se que a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para que possamos evitar que haja um crescimento epidêmico

dessas doenças podendo trazer consequências drásticas para a qualidade de vida e sistema de saúde no país, a Vigilância em DCNT auxilia reunindo o conjunto de ações que facilitarão o conhecimento da distribuição, magnitude e tendência dessas doenças, abordando os seus fatores de risco em priori, para identificação de seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, servindo de base para o planejamento, execução e avaliação da sua prevenção e controle (BRASIL, 2005).

No Plano Nacional da Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil, da atual gestão do Ministério da Saúde se definiu que: O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais DCNT constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física (BRASIL, 2005).

As ações de prevenção e promoção da saúde são uma das atividades principais da área da Vigilância em Saúde, sendo assim, é preciso realizar um monitoramento constante dos fatores de risco que envolvem a prevalência das DCNT, uma vez que a ocorrência dessas doenças na população, trazem um impacto econômico e social para o país, sendo possível construir uma forte argumentação a respeito da importância de se prevenir essas doenças (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2005), mostrar informações e argumentar para convencer os legisladores e tomadores de decisão que prevenir DCNT é um investimento extremamente custo efetivo. Além disso, buscar convencer também os outros setores com os quais as DCNT estão relacionadas, principalmente aqueles que são “produtores” de fatores de risco, de que é possível o desenvolvimento de tecnologias produtivas mais saudáveis. O desenvolvimento de parcerias intersetoriais é outra tarefa de fundamental importância no sentido do manejo dos fatores de risco. No Brasil, para potencializar as ações do Sistema de Vigilância de DCNT nessa direção, recentemente o Ministério da Saúde integrou a esse sistema a coordenação nacional das ações de promoção da saúde.

No Brasil, as DCNT tornaram-se importante agravo de saúde pública, ocupando as primeiras posições junto às causas de mortalidade, tendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para complicações de maior gravidade como o acidente vascular cerebral, o

infarto agudo do miocárdio e a doença renal crônica terminal (BRASIL, 2008, p106).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (pressão arterial-PA- < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%)^{7,9}. Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS.

Como ações prioritárias na Atenção Básica para a prevenção e o controle da hipertensão estão previstas: ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações e primeiro atendimento de urgência.

É de interesse público a promoção e a prevenção de DCNT com abordagem em seus fatores de risco, especial atenção será dada especificamente a HAS, que é uma das doenças que trazem grande impacto a saúde pública, devido a seus agravos, e em contrapartido é uma doença que é constantemente assistida por toda a equipe de Saúde da Família, que são importantes articuladores para que usuários possam aderir e ser assistidos em seu tratamento.

A partir da relevância da temática, foi desenvolvido um instrumento para avaliação dos fatores de risco e controle da HAS dos usuários do Programa Saúde Família (PSF) de Brumadinho, pelo Internato Rural realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, que foi aplicada no PFS Grajaú, para melhor avaliação e diagnóstico dos usuários, em busca da melhoria da atuação dos profissionais de saúde e consequentemente melhora da qualidade do serviço oferecido.

Importância será dada também a equipe de Enfermagem, em especial ao serviço do enfermeiro que é o profissional “chave” para todas as ações dentro de uma unidade de saúde de Atenção Primária, que conforme Lei nº7498/86 que dispõe sobre o serviço de Enfermagem e dá outras providências, no artigo 8º prevê que incumbe ao enfermeiro privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
 - b) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
 - c) consulta de Enfermagem;
 - d) prescrição da assistência de Enfermagem;
 - e) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
 - f) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas
- (BRASIL, 2010)

2 JUSTIFICATIVA

A promoção e a prevenção são ações prioritárias na Atenção Primária, as DCNT, em especial a HAS, é uma doença de grande impacto a saúde pública, a partir da relevância da temática, a atuação em saúde da equipe de Enfermagem, torna-se imprescindível para a melhoria da qualidade de vida desses usuários.

O presente projeto justifica-se pelo seu desdobramento no que se refere a ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações e primeiro atendimento de urgência; o que apontará as lacunas susceptíveis de intervenções no serviço em foco.

Sendo assim, o processo de trabalho da Enfermagem tem o objetivo focado na aplicação do instrumento de avaliação e controle da HAS e melhoria da qualidade e oferta de serviços básicos de saúde à população adscrita do PSF Grajaú.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Elaborar instrumentos de avaliação e controle da HAS, para uso de profissionais da saúde que atuam no Programa Saúde da Família de Grajaú, no município de Brumadinho.

3.2 Objetivos Específicos

- Aplicar os instrumentos de avaliação e controle da HAS com usuários do Programa Saúde da Família de Grajaú, no município de Brumadinho.
- Verificar a efetividade da aplicação dos instrumentos de avaliação e controle da HAS Programa Saúde da Família de Grajaú, no município de Brumadinho.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho configura-se como uma tecnologia de cuidado, através da elaboração de instrumentos de avaliação e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica para uso de profissionais que atuam na atenção primária de saúde, através de um trabalho realizado pela equipe de saúde e acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, no município de Brumadinho. Com o intuito de promover a incorporação de uma conduta que melhore a assistência aos pacientes com HAS usuários do PSF Grajaú localizado em Brumadinho, Belo Horizonte (MG).

Os participantes foram os profissionais da Equipe de Saúde do PSF Grajaú, a autora desse estudo e acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, no município de Brumadinho.

O PSF Grajaú é uma unidade pública tipo I, localizada na rua Itaguá, número 3608, bairro Grajaú, em Brumadinho, é uma casa alugada pela Prefeitura Municipal de Brumadinho. Seu funcionamento é de segunda a sexta-feira, de 7 às 16 horas.

A unidade foi inaugurada para melhor atender a população adscrita em bairros próximos a unidade e é referência das unidades de zona rural de José Henriques e Soares. Atende em média 898 família, uma população de 2908 onde 316 dessa população são hipertensos.

A região do PSF Grajaú é composta grande parte por uma população de risco social, maioria com baixa renda e atende os reclusos do Sistema Prisional adscrito na área de abrangência da unidade.

O PSF Grajaú é uma casa adaptada e possui uma estrutura física plana sem degraus. Esta conta com dois consultórios: um de clínica médica e um de enfermagem (para atendimento e acolhimento) com banheiro. Uma recepção com banheiro para usuários (unisex). Uma sala de observação/consultório/administração de medicamentos. Sala de vacinas. Sala de enfermagem/dispensa de medicação. Sala de curativo. Local para limpeza e preparo de material. Uma cozinha. Uma sala para as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Uma sala de espera ampla e arejada. Possui área externa que pode ser utilizada para a realização de grupos operativos ou para outras ações realizadas na unidade. A estrutura física possibilita e facilita a locomoção e acesso de pessoas com necessidades especiais.

A unidade conta com uma equipe de dois médicos, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, oito ACS, uma auxiliar administrativo, uma agente de serviços gerais, um motorista compartilhado também com o PSF Progresso, equipe do NASF e alunos do Internato Rural da UFMG.

Ofertando a população os serviços de puericultura, citologia, pré-natal, hiperdia, saúde do adulto, Grupos de Educação e Saúde, imunização, visitas domiciliares, atividades físicas, consulta médica e de enfermagem, acolhimento, medicações, curativos, fisioterapia, consulta de nutricionista, fonoaudiologista e terapeuta ocupacional, reunião familiar, comemorações em datas festivas com os pacientes, agendamento de consultas eletivas, encaminhamentos para unidades tipo II, renovação de receitas em dia e horário programado, Saúde na Escola dentre outros programas pactuados pela Secretaria de Saúde do município.

Tem como missão a Prevenção, promoção e recuperação da saúde respeitando os princípios do SUS, visando garantir maior resolutividade e qualidade da Atenção Básica por meio de um atendimento humanizado e um ambiente acolhedor ao usuário, através de vínculos formados entre a equipe e usuários.

5 RESULTADOS E ANÁLISE

O Internato rural vivenciado pelos acadêmicos de medicina da UFMG é um estágio não remunerado realizado no município, o qual o grupo de alunos que atuam no município ou em unidades específicas, realizam um trabalho para melhorar a assistência do usuário de forma que abranja o município ou apenas a unidade em que estão estagiando.

Dessa maneira, os acadêmicos de medicina em conjunto com os profissionais da equipe de saúde do PSF Grajaú e a autora desse estudo, elaboraram e implantaram instrumentos para a reorganização da atenção aos usuários com risco cardiovascular aumento, sendo esses: Protocolo Clínico (APÊNDICE A), cartão do paciente (APÊNDICE B), plano de cuidados e protocolo simples de renovação de receitas (APÊNDICE C).

O grupo em questão chegou a essa conclusão após avaliarem o atendimento em algumas unidades e observaram como era importante a criação de ferramentas para melhor atender a esse tipo de usuários, trabalhando em cima de seus fatores de risco para amenizar os agravos devido a avaliação, tratamento e controle inadequados.

No PSF Grajaú, são realizadas em média setenta consultas mensais com usuários hipertensos e em média comparecem quinze usuários no grupo operativo realizado semanalmente, e na área de abrangência da unidade são em torno de 316 hipertensos. A partir dessa premissa, foi avaliado que seria válida a aplicação desses instrumentos elaborada pelos acadêmicos de medicina e equipe de saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada a esse grupo em especial.

Assim sendo, com base nos instrumentos elaborados foi possível que os instrumentos entrassem em consonância com a realidade da unidade, possibilitando uma atuação e comprometimento de toda a equipe.

No primeiro momento, foi necessário explicar toda a proposta do instrumento para toda a equipe da unidade para que todos pudessem ser colaboradores desse novo projeto e os principais responsáveis. Para isso, foi realizado um treinamento com toda equipe para que além de saberem identificar quais seriam os fatores de risco, que eles pudessem saber como atuariam em cima do que tinham encontrado. Portanto foram utilizadas as seguintes observações, conforme quadro a seguir:

Quadro 01: Ações, objetivos e descrições do trabalho a ser realizado pela equipe do PSF Grajaú

Ação	Objetivos e descrição da ação
Consulta médica de rotina	Ação voltada para o diagnóstico e tratamento do hipertenso e diabético, para a referência de pacientes para outros níveis de atenção, o atendimento de contra referência, orientações sobre fatores de risco e hábitos de vida, complicações da e sintomatologia.
Consulta de enfermagem	Ação voltada para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, verificação de níveis tensionais e glicêmicos, identificação de sintomas relacionados à hipertensão e diabetes e suas complicações, orientações sobre o uso da medicação prescrita e efeitos colaterais dos medicamentos, orientações sobre fatores de risco e hábitos de vida, complicações e sintomatologia.
Atendimento do auxiliar de enfermagem	Ação voltada para a identificação de sintomas relacionados à hipertensão e diabetes e suas complicações conforme roteiro, aferição de níveis tensionais, agendamento de consultas médicas/enfermagem, orientações sobre fatores de risco e hábitos de vida.
Visita do ACS	Ação voltada para o acompanhamento domiciliar dos hipertensos e diabéticos, identificando sintomas relacionados à hipertensão arterial e diabetes conforme check-list, convocação para reuniões e orientações sobre o uso e conservação dos medicamentos.
Grupo operativo	Ação de cunho informativo/educativo voltada para os portadores de hipertensão arterial e diabetes.
Caminhadas orientadas	Ação de promoção à saúde voltadas para os portadores de hipertensão arterial e diabetes na população em geral
Programa educativo sobre fatores de risco e hábitos de vida	Ação de cunho informativo/educativo voltada para a comunidade em geral
Planejamento e avaliação	Ações voltadas para o planejamento e avaliação do programa

No segundo momento foi à aplicação dos instrumento com os usuários que compareciam as consultas e os grupos operativos realizados na unidade. Nos últimos três meses, no período entre janeiro a março, foram aplicados os instrumentos para avaliação de todos os usuários que compareceram às consultas e aos grupos operativos, tendo uma aceitação tanto pelo médico quanto da enfermeira da unidade, sendo possível assim um atendimento mais qualificado e direcionado ao usuário.

Por fim, foi possível perceber a necessidade que se tinha de uma ferramenta para que pudessemos padronizar, otimizar e melhorar a avaliação e tratamento do usuário com HAS, esse instrumento se tornou útil para que posteriormente seja possível traçar metas e planejar ações educativas e planos de cuidados para os usuários da área de abrangência do PSF Grajaú.

O Projeto de aplicação do instrumento de avaliação e controle da HAS, possibilitou a tomada de decisão dos profissionais de saúde que o utilizará, podendo sofrer

alterações e adaptações, que se fizerem necessárias, para abranger o maior número de usuários daquela área adscrita especificamente.

Para adequação e aperfeiçoamento do processo de trabalho no atendimento aos usuários com HAS, espera-se a longo prazo um atendimento e tratamento mais qualificado e sólido para diminuir e erradicar os fatores de riscos relacionados aos agravos dos usuários por ela acometidos.

Pretende-se futuramente com a inserção dos instrumentos:

- Identificação dos fatores de risco com maior acometimento dos usuários que são HAS do PSF Grajaú;
- Desenvolvimento de ações educativas para o controle dos fatores de risco da HAS voltadas inteiramente para a população do PSF Grajaú;
- Realização efetiva de busca ativa de usuários que não realizam tratamento adequadamente;
- Contribuindo assim para a melhoria do processo de trabalho da equipe do PSF Grajaú.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o processo do trabalho, foi avaliado que os instrumentos de avaliação e controle de HAS, tornaram-se uma ferramenta indispensável para o acompanhamento de forma holística do usuário, servindo de base para seu tratamento e avaliação de qualidade.

Para que esse instrumento sirva como ferramenta efetiva do atendimento e controle de HAS, é necessário que as ações sejam implementadas de acordo com a realidade vivenciada pela equipe, especialmente pelo médico e pela enfermeira.

A partir do uso contínuo da ferramenta espera-se um novo modelo de atendimento qualificado e mais humanizado, pois “se gasta mais tempo olhando” para o usuário, não deixando lacunas em informações importantes para o seu tratamento.

REFERÊNCIAS

BOELL, Julia Estela Willrich. MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. LESSMANN, Juliana Cristina. Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: Atenção à saúde em uma Unidade Básica. Rev Enferm UFPE on line. 2012 June;6(6):1485-90.

BRASIL. Lei nº7498 de 25 junho 1986. Legislação e normas COREN MG. Belo Horizonte. Ano 12, nº01. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília, 2005. Disponível em: < http://www.saude.es.gov.br/download/GERA_DCNT_NO_SUS.pdf>. Acesso em 24 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Volume 08. Brasília, 2008. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em 24 jan.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília; 2008. [citado em: 14 fev 2010]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>>. Acesso em 21 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2014.

EDWARDS S, GABBAY. Living and working with sickness: a qualitative study. **Chronic Illness**, v. 3, p. 155-66, 2007. Disponível em: <<http://chi.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/2/155>>. Acesso em: 21 jan. 2014

SCHMIDT, Maria Inês; DUCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo e; MENEZES; Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9. Disponíveis em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 24 de jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1, pp. I-III. ISSN 0066-782X.

APÊNDICE A – PRONTUÁRIO CLÍNICO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUMADINHO/MG						
PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR						
IDENTIFICAÇÃO						
Nome: _____		Nascimento: ____/____/____				
Profissão: _____		Data de Entrada no Protocolo: ____/____/____				
Endereço: _____						
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino Cor: <input type="checkbox"/> Leucoderma <input type="checkbox"/> Feoderma <input type="checkbox"/> Melanoderma Renda familiar: R\$ _____						
AValiação Clínica - Indicadores de Risco						
Risco Intermediário:				Sim	Não	NSA
1-Idade:	_____ anos	Mulher > 55 anos ou Homem > 45 anos				
2- HF de complicações cardiovasculares em familiar de 1º grau (< 55anos homem e <65 anos mulher)						
Qual? _____						
3 - Distúrbio do metabolismo de glicose prévio ou atual (DM, DMG, intolerância à glicose, glicemia de jejum alterada)						
Qual? _____						
4 - Dislipidemia						
Qual? _____						
5 - Síndrome do ovário policístico						
6 - Tabagismo						
7 - Alcoolismo						
8 - Sedentarismo						
9 - Obesidade						
IMC > 30kg/m2						
Circunferência abdominal		Mulher > 88cm ou Homem > 102cm				
Razão cintura/quadril		Mulher > 0,85 ou Homem > 0,95				
10 - Hipertensão						
<input type="checkbox"/> Ótima (< 120 x 80 mmHg)		<input type="checkbox"/> Estágio I (140-159 x 90-99 mmHg)				
<input type="checkbox"/> Normal (<130 x 85 mmHg)		<input type="checkbox"/> Estágio II (160-179 x 100-109 mmHg)				
<input type="checkbox"/> Limitrofe (130-139 x 85-90 mmHg)		<input type="checkbox"/> Estágio III (> 180 x 110 mmHg)				
11 - Doença hipertensiva específica da gestação (pré-eclâmpsia)						
12 - Doença renal crônica						
13 - Pulsos periféricos diminuídos						
Risco Elevado:				Sim	Não	
1 - Infarto Agudo do Miocárdio		7 - Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo				
2 - Acidente Vascular Cerebral		8 - Angina de peito				
3 - Ataque Isquêmico Transitório		9 - Nefropatia				
4 - Aneurisma da Aorta		10 - Retinopatia				
5 - Doença Venosa Periférica		11 - Estenose da carótida sintomática				
6 - ICC isquêmica		12 - Diabetes Mellitus				
Profissional Responsável						
EXAME FÍSICO:						
Peso: _____ kg	PA(mmHg):	Decúbito: _____ X _____		Cintura: _____ cm		
Altura: _____ cm		Sentado: _____ X _____		Quadril: _____ cm		
IMC: _____ Kg/m2		Ortostatismo: _____ X _____		Circ. Abd.: _____ cm		
				Razão Cint./Quad.: _____		
Observações:						
*anotar exame físico e medicamentos em uso						
AValiação Laboratorial:						
<input type="checkbox"/> H < 45 anos M < 55 anos. Sem fatores de Risco		<input type="checkbox"/> Encorajo estilo de vida saudável <input type="checkbox"/> Não solicito exames				
		<input type="checkbox"/> Solicito: _____				
<input type="checkbox"/> H < 45 anos M < 55 anos. Com fatores de Risco		<input type="checkbox"/> H > 45 anos M > 55 anos. Com ou sem fatores de Risco				

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUMADINHO/MG
PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR

HISTÓRIA PREGRESSA E FAMILIAR:

EXAMES COMPLEMENTARES ADICIONAIS:

Data:										
LDL										
HDL										
VLDL										
Urina rotina										
Ácido úrico										
RFG										
Microalbuminúria										

ECG

Fundo de Olho

Outros Exames:

Observações:

Estratificação

ESCORE DE FRAMINGHAM: _____ CLASSE DE RISCO: Baixo Moderado Alto

RISCO ESTRATIFICADO E QUANTIFICAÇÃO DE PROGNÓSTICO: Baixo Médio Alto Muito alto

Profissional responsável

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUMADINHO/MG PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR			
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM RISCO CARDIOVASCULAR			
Nome: _____		Idade: _____ Data: ____/____/____	
AVALIAÇÃO:			Sim
Não	1 - Apresentou algum evento cardiovascular desde a última consulta? Qual? _____		
	2 - Apresenta novo(s) ou mantém fator(es) de risco cardiovascular? (HF, tabagismo, etilismo, sedentarismo, dieta) Qual(is)? _____		
	3 - Há necessidade de encaminhamento para especialista? (Avaliar lesões de órgãos alvo) Qual(is)? _____		
Medicamentos em uso:			
EXAME FÍSICO:			
Peso: _____ kg	PA(mmHg):	Decúbito: _____ X _____	Cintura: _____ cm
Altura: _____ cm		Sentado: _____ X _____	Quadril: _____ cm
IMC: _____ Kg/m2		Ortostatismo: _____ X _____	Circ. Abd.: _____ cm
			Razão Cint./Quad.: _____
Observações:			
Estratificação			
ESCORE DE FRAMINGHAN: _____		CLASSE DE RISCO: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto	
RISCO ESTRATIFICADO E QUANTIFICAÇÃO DE PROGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muito alto			
Lembrar de:			
Avaliar metas de PA e metabólicas			
- Propedêutica anual			
* anotar resultados na folha 2 do prontuário de RCV e no cartão do paciente			
-Consulta oftalmológica anual para portadores de HAS e DM			
-Incentivar MEV (dieta e atividade física)			
-Estimular abandono do tabagismo e etilismo			
-Reavaliar escore de risco			

**APÊNDICE C- PROTOCOLO DE RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO DE
PACIENTES COM RISCO CARDIOVASCULAR**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUMADINHO/MG PROTOCOLO DE RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO DE PACIENTES COM RISCO CARDIOVASCULAR		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome: _____ Idade: _____ Data: _____ / /		
AVALIAÇÃO:	Sim	Não
1 - Se considera mal adaptado à medicação?		
2 - Sente falta de ar ao realizar atividades diárias? (Dispneia)		
3 - Sente dor no peito? (Precordialgia)		
4 - Sente "taquicardia" ou "batedeira"? (Palpitações)		
5 - Tem notado inchaço nas pernas? (Edema de membros inferiores)		
6 - Teve sensação de desmaio ou desmaiou? (Pré síncope ou síncope)		
7 - Teve algum efeito adverso da medicação em uso?		
8 - Começou a tomar alguma medicação prescrita por outro profissional?		
9 - A última consulta foi realizada há mais de 6 meses?		
10 - Está tendo alguma dificuldade para usar a medicação de forma correta?		
11 - Alteração na pressão arterial no momento?		
12 - Alteração de glicemia capilar no momento?		
Medicamentos em uso:		
Observações:		
CONDUTA:		
<input type="checkbox"/> RENOVO RECEITUÁRIO		
<input type="checkbox"/> RECEITUÁRIO NÃO RENOVADO Consulta médica agendada para: ____/____/____		