

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**GRUPO DE CONVIVENCIA COMO ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE
COMPLICAÇÕES EM PORTADORES DE PATOLOGIAS CRÔNICAS: ANÁLISE DE
EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU.**

RAQUEL DOS REIS TAVARES

UIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**GRUPO DE CONVIVENCIA COMO ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE
COMPLICAÇÕES EM PORTADORES DE PATOLOGIAS CRÔNICAS: ANÁLISE DE
EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU.**

RAQUEL DOS REIS TAVARES

Projeto de pesquisa em cumprimento de pré requisito
para a especialização em Linhas de cuidados de doenças
crônicas.

Profa. Orientadora: Dra. Silvia Helena Henriques Camelo

ARACAJU, 2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado GRUPO DE CONVIVENCIA COMO ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM PORTADORES DE PATOLOGIAS CRÔNICAS: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARACAJU de autoria da aluna RAQUEL DOS REIS TAVARES foi examinado e avaliado pela banca examinadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Dra. Silvia Helena Henriques Camelo

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

ARACAJU , 2014

SUMÁRIO

1.	Introdução	05
2.	Referencial Teórico.....	05
3.	Objetivos	12
3.1	Objetivo Geral.....	12
3.2	Objetivo Especifico.....	12
4	Metodologia.....	13
4.1	Tipo de Estudo	13
4.1	Local de estudo e sujeito da pesquisa.....	13
4.2	Instrumento de coleta de dados.....	13
4.3	Análise dos dados.....	14
5	Referências.....	14
6	Anexo A.....	17

1. INTRODUÇÃO

As sociedades estão tendo que se adaptar às mudanças que o aumento da longevidade da população tem trazido. Esse processo é consequência de melhorias nas condições de vida, o que pode ser observado por alterações de alguns indicadores, como a redução das taxas de mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida ao nascer, declínio da fecundidade. (Brasil¹, 2006)

Nesse contexto, observamos o surgimento de novas demandas relacionadas às políticas públicas, em especial no setor saúde, muitas dessas relacionadas ao crescimento da prevalência e incidência de patologias crônicas.

O aumento da longevidade, segundo a Organização Mundial da Saúde, não é fator condicionante do crescimento de doenças crônicas se forem realizadas ações de prevenção do aparecimento deste tipo de agravo, uma vez que existem ações que se mostram eficazes para evitar seu crescimento e reduzir seu impacto negativo (OMS, 2003).

Este estudo apresenta o seguinte questionamento: a participação em um grupo de convivência permite aos profissionais de saúde um estreitamento de vínculo com os idosos e assim ampliar o conhecimento sobre os hábitos dos integrantes, para que se possa planejar estratégias para negociação da terapêutica necessária para prevenir as complicações crônicas.

Este estudo justifica-se pela necessidade de prestar uma assistência integral aos integrantes do grupo e potencializar as ações de prevenção de complicações para os portadores de condições crônicas.

2. REFERENCIAL TEORICO

No entanto, dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar do IBGE mostram que, à medida que a idade aumenta, cresce o número relativo de pessoas que são portadoras de doenças crônicas no Brasil (IBGE, 2009). Esse aumento não decorre unicamente do envelhecimento, mas também pode estar diretamente relacionado, por exemplo, ao prolongamento da janela de exposição a fatores de risco, tais como a “persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo.” (Brasil², 2006 p.8).

Delimitar o que são doenças crônicas é algo bastante complexo, o que se revela na diversidade termos utilizados para designá-las “não infecciosas”, “doenças crônicas não transmissíveis” e “doenças crônico-degenerativas”.

A Organização Mundial da Saúde define doenças crônicas como:

“Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.” (OMS, 2003, p.15)

Lessa (1998) ressalta que existe grande dificuldade para delimitar precisamente este conceito, e que os diversos termos utilizados trazem as vantagens e desvantagens associados ao sentido que representam. A autora, afirma que: “doenças infecciosas, crônicas não-transmissíveis ou crônico degenerativas são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizados pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade” (Lessa, 1998, p.29)

Lessa (1997) a partir de sua revisão bibliográfica sobre o assunto, propõe que o grupo de doenças classificadas como crônicas não transmissíveis são caracterizadas por:

“- historia natural prolongada;

- multiplicidade de fatores de riscos conhecidos;
- interação de fatores etiológicos conhecidos;
- interação de fatores etiológicos desconhecidos;
- longos períodos de latência;
- longo curso assintomático;
- curso clínico em geral lento, prolongado e permanente;
- manifestação clínica com períodos de remissão e de exacerbação;
- evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte” (Lessa, 1997. p.32)

A Organização Mundial da Saúde inclui na definição de doenças crônicas as patologias cardiovasculares, as neoplasias, as patologias respiratórias crônicas e a diabetes mellitus. São também incluídos os distúrbios mentais e neurológicos, as doenças bucais, ósseas e articulares, oculares e auditivas assim como as desordens genéticas. (OMS, 2005).

Ao descrever a abordagem socioantropológica das doenças crônicas, Canesqui (2007) recupera algumas idéias que apontam para pontos comuns que caracterizam condições tão diversas como as apontadas acima. Essas idéias são muito bem sintetizadas nas palavras de um dos principais sociólogos que pesquisou o assunto:

“As doenças são de longa duração, incertas, múltiplas, desproporcionalmente intrusivas e requerem paliativos porque são incuráveis. Essas características são essenciais para se pensar nos impactos da enfermidade sobre os pacientes, famílias e profissionais de saúde.” (Strauss et. AL, 1984 apud Canesqui 2007).

Ainda que essas características não estejam necessariamente presentes com a mesma intensidade em todas as condições crônicas, certamente, reconhecer sua existência conduz a levar em consideração suas conseqüências e significados (Bury, 1991) para as pessoas que lidam com elas (pacientes, profissionais de saúde, cuidadores, familiares, etc.). O manejo dessas condições implica um grande desafio para os profissionais e serviços de saúde, assim como uma carga crescente de trabalho.

As doenças crônicas não transmissíveis oneram os Sistemas de Saúde, principalmente, se não forem prevenidas e gerenciadas adequadamente. O agravamento destas patologias gera uma demanda de assistência à saúde de custo crescente, em razão da permanente e necessária incorporação de tecnologia de alto custo (OMS, 2003).

Além dos custos para os sistemas de saúde, temos ônus para a previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces. Acima de tudo, há um forte impacto para as pessoas afetadas diretamente por essas condições e seus familiares, relacionado aos gastos para o tratamento, à perda da produtividade, e o sofrimento, além da dor e do prejuízo da qualidade de vida.

Para toda a sociedade o número de mortes prematuras e de incapacidades decorrentes das complicações das doenças crônicas exige uma estratégia de amplo enfrentamento que inclui investimentos em ações de promoção à saúde e defesa de um estilo de vida mais saudável, além de prevenção de agravos e tratamento adequado para os doentes.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis temos a hipertensão arterial sistêmica, a obesidade, a dislipidemia e o diabetes mellitus que são os maior fator de risco para o agravamento das doenças do aparelho cardiovascular que hoje são no Brasil a maior causa de mortes (Brasil, 2008).

Nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos geralmente se priorizam as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e *diabetes mellitus*, por ser um conjunto de agravos que têm fatores de risco comuns e são as mais prevalentes (Brasil, 2008).

O Ministério de Saúde no Brasil, no século XXI lançou políticas de promoção de saúde como foi o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil” , em 2002 que “teve o objetivo de incrementar o conhecimento da população sobre os

benefícios da atividade física, chamando a atenção para a sua importância como fator predominante de proteção à saúde, no intuito de envolvê-la na prática de tais atividades.” (2002, p. 255) e a Política nacional de alimentação e nutrição que tem como duas de suas diretrizes: “a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis e prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.” (2003, P.7)

Muitos serviços de saúde, nos lembra Kalanche (2008) ainda estão organizados para atender casos agudos no instante do sofrimento, fornecendo respostas imediatas. Porém o tratamento das condições crônicas, muitas vezes, requer uma reorganização dos serviços, uma vez que tais condições devem ser enfrentadas a partir de um manejo continuado e participativo, tanto em termos individuais quanto coletivos. Quando os usuários se envolvem no seu tratamento os resultados são bem mais significativos. (Caldas, 2006)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003, p.07), “As evidências também demonstram que sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos”. Os portadores de patologias crônicas demandam cuidados permanentes ou por longos períodos, tais como: o uso contínuo de medicações; alteração no regime alimentar; adoção de atividades físicas regulares e demandam “novos métodos de planejamento e gerência dos serviços de assistência à saúde” (Carreira, 2010, p 396).

Essas necessidades específicas podem ser respondidas, em grande parte, pelos sistemas de atenção primária em saúde. Esses sistemas, a princípio, têm grande potencialidade para se orientar pela longitudinalidade da atenção, pelo estabelecimento de vínculo terapêutico forte e duradouro com os seus usuários, pela detecção precoce e atuação efetiva sobre agravos à saúde e fatores de risco importantes para as doenças crônicas (tanto em nível individual quanto populacional), por um olhar mais

compreensivo sobre os sujeitos (pessoa doente, etc.), por uma atuação pautada pelo princípio da equidade (Starfield, Shi e Macinko, 2005).

No Brasil, em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), orientado pelo princípio operacional do fortalecimento das ações de descentralização na saúde, que com a avaliação das ações do Programa prefere-se chamar de Estratégia de Saúde da Família. A ESF tem em sua organização características que podem ser reforçadas para potencializar o seu impacto no controle das doenças e condições crônicas. Bodenheimer et alli (2008) inspirados no cuidado integral (*comprehensive care*), identificam seis elementos essenciais para um modelo de Atenção Primária a Saúde (APS) que assista adequadamente o atendimento ao doente crônico. No quadro 1, apresentamos essas características fazendo um paralelo com a Estratégia Saúde da Família. Ainda que se tratem de dois modelos assistenciais diferentes, entendemos que este paralelo permite realçar características relevantes para a organização de ações voltadas ao controle das doenças crônicas e ao cuidado das pessoas afetadas por tais condições.

Modelo adequado a atendimento ao doente crônico (Bodenheimer et al, 2008)	Modelo da Estratégia de Saúde da Família
Recursos e políticas comunitárias – quando os serviços de saúde utilizam as potencialidades da comunidade para auxiliar os usuários a realizarem um tratamento, como ações com grupos de ajuda e/ou de convivência, programas de atividades físicas, por exemplo.	Na implantação do Saúde da família o Ministério da saúde (Brasil, 2000. p.15) define como uma das atribuições básicas das equipes é “promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para enfrentamento conjunto dos problemas.”
Organização dos cuidados de saúde – permite que o monitoramento evite o aparecimento de complicações e não onerem ainda mais o sistema.	Por meio da Estratégia Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde, o processo de cuidado integral a saúde é missão do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária a Saúde e “ envolve a promoção da Saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, e detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e reabilitação”(Brasil, 2010, p.7)
Suporte auto-gestão onde o próprio usuário deve ser orientado para ser o seu cuidador principal, recebendo informações para adquirir as competências e confiança para gerenciar sua doença crônica.	É atribuição básica da equipe de saúde da família “Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mutuo e melhora do auto-cuidado” (Brasil, 2000. p.16)
Trabalho em equipe multiprofissional.	O trabalho em equipe é um dos princípios do saúde da família (Brasil, 2001)
Apoio à decisão – ao disponibilizar informações para que seja feito o tratamento mais adequado	Na implantação das equipes os gestores devem garantir educação permanente aos profissionais envolvidos, segundo do Ministério da Saúde. (Brasil, 2001)
Sistema de prontuário eletrônico, com sistemas	A medida que o acesso a tecnologia é ampliado, as equipes

de alertas para que sejam cumpridas as ações dos protocolos, registro dos resultados dos exames laboratoriais e registros do planejamento individual de assistência	de Estratégia Saúde da Família vão utilizando o prontuário eletrônico digital, conforme observado por Mota (2005) no Centro de Saúde Vista Alegre em Belo Horizonte, Minas Gerais.
---	--

Assim, podemos ver que a Estratégia Saúde da Família tem o potencial para ofertar uma assistência à saúde de qualidade, em especial para os grupos populacionais afetados pelas doenças crônicas. Isto é tanto mais relevante quanto lembramos que o setor saúde pode ser considerado “*co-responsável* por complicações e por mortes – muitas delas precocemente – e por tantos custos sociais desnecessários com incapacidades/invalidez decorrentes do tipo de atendimento que oferece às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus.” (Lessa, 1998. p.39)

A Política Nacional de Atenção Básica recomenda que a Unidade Básica de Saúde esteja localizada dentro do território adstrito (Brasil¹, 2006), garantindo assim a proximidade geográfica. A inserção de um membro da comunidade na equipe de saúde, o Agente Comunitário, por sua vez, objetivou utilizar a proximidade cultural entre as equipes de saúde da família e a comunidade na qual está inserida (Brasil, 2009).

Quando a assistência ao usuário fica mais próxima do ambiente e da família torna-se possível que os profissionais de saúde conheçam a realidade das pessoas assistidas, de modo a orientar as ações de acordo com as possibilidades e recursos existente, ampliando as possibilidades de que alterações no estilo de vida do paciente sejam negociadas, ao mesmo tempo em que o estímulo ao seu protagonismo e a responsabilidade individual. Essa proximidade geográfica e cultural, pode responder a problemas de acessibilidade às ações de saúde que vêm reiteradamente se estruturando nos contextos assistenciais da APS (Travassos e Martins, 2004).

Os grupos de convivências representam uma modalidade assistencial complementar ao trabalho em saúde organizado no espaço institucional dos serviços de saúde. Nesse contexto de relações, eles podem também ser vista como um espaço propício

para o aumento do grau de participação e autonomia para dos usuários/pacientes e familiares nos processos de decisão relativos às práticas de cuidado. Isso porque o profissional de saúde vivencia a situação de saúde-doença no ambiente do usuário e das relações familiares. Pode abrir-se, então um espaço de maior aproximação entre a equipe de saúde e indivíduo, para que as negociações sobre a terapêutica recomendada possa ocorrer.

A vivência enquanto enfermeira da estratégia de Saúde da Família, há 10 anos, possibilitou observar por meio das atividades de um grupo de convivência que tem como público os idosos e agrega inúmeros doentes crônicos e que estes usuários estão diariamente sujeitos a riscos e/ou complicações pelas suas patologias, pois é muito comum serem portadores de hipertensão, diabetes, dislipidemia e mesmo recebendo atenção direta dos profissionais deste grupo que tem como uma das finalidades a prevenção de complicações em portadores de patologias crônicas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores de riscos e a presença de complicações crônicas nos integrantes do grupo de convivência, bem como elaborar um plano de estratégias para prevenir tais complicações.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- caracterizar o perfil dos usuários com patologias crônicas quanto aos dados clínicos do paciente, fatores de risco e doenças concomitantes, presença de complicações e as medicações em usadas.

- Identificação dos os fatores de riscos e a presença de complicações crônicas nos integrantes do grupo de convivência Conte Conosco.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é do tipo exploratório com abordagem quantitativa dos dados, opta-se por este tipo de estudo pois segundo (Piovesan & Temporini, 1995, p.321) “tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere.”

4.2. LOCAL DE ESTUDO E SUJEITO DA PESQUISA

O estudo será realizado em um grupo de convivências vinculado a uma unidade de saúde da família, o Grupo foi criado em outubro de 2010 por iniciativa da Assistente social que junto as equipes de saúde da família, promove atividades de promoção, prevenção e tratamento de problemas.

Dentro do cardápio de atividades são realizadas atividades de combate ao sedentarismo e atividade física orientada por acadêmicos do curso de Educação física de uma universidade do território da Unidade, além de reuniões de Educação em saúde e monitoramento semanal de pressão arterial e glicemia capilar.

Ampliando as necessidades de saúde são realizadas atividades de socialização e lazer, como passeios e excursões onde os integrantes do grupo podem ampliar suas experiências e suas redes de contato social.

Temos cadastrados 54 pessoas no grupo, onde temos a predominância de mulheres com mais de 60 anos que reside na área de abrangência da Unidade de saúde da Família.

4.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Em uma reunião com os integrantes do grupo realizar-se-á o preenchimento da ficha de cadastro do programa do Ministério da Saúde HiperDia (Anexo A), que já é um instrumento utilizada na rotina da maioria das Equipes de Saúde da Família.

4.4. ANALISE DOS DADOS

Faremos uma análise quantitativas dos dados coletados através dos formulários preenchidos em reunião

5. REFERÊNCIAS

BEM FILHO, P. M. do, **Avaliação de Programa de Gerenciamento de Casos Crônicos em Plano de Saúde do tipo Autogestão em Minas Gerais** / Dissertação de mestrado UFMG.2007.Disponível em www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace./paulo_magno_do_bem_filho.pdf acessos em 28/01/2011.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H e GRUMBACH, K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. **Rev. JAMA**, outubro, 9, 2002 – vol. 288, n.o. 14. Downloaded from www.jama.com at capes consortia, on April 16, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. série Cadernos da Atenção Básica vol 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Disponíveis em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad1.pdf>. Acesso em 12/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p. Disponíveis em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em 12/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde **Rastreamento**. série Cadernos da Atenção Básica vol 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95p. Disponíveis em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad1.pdf>. Acesso em 12/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**, Brasília: 2008. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. Disponíveis em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em 12/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao

diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL¹. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.60 p.

BRASIL². Ministério da Saúde. **Prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. série Cadernos da Atenção Básica vol 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>. Acesso em 12/04/2011.

BRASIL³. Ministério da Saúde. **Obesidade** . série Cadernos da Atenção Básica vol 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad1.pdf>. Acesso em 12/04/2011.2

BRASIL. Política nacional de alimentação e nutrição – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CALDAS, C. P. O autocuidado na velhice. In:FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia et al**. 2.a. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 p.1117-1121

CANESQUI, A.M. **Olhares socioantropologicos sobre os adoecimentos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARREIRA, L. & RODRIGUES, R. A. P. Dificuldade dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso a Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. enfermagem**, Brasília, 2010, nov-dez; 63(6): 933-939 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/10.pdf> acessos em 28/01/2011

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232p.

DIOGO, M.J.D.E. DUARTE, Y. A. Cuidados domiciliares: conceitos e práticas. In:FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia et al**. 2.a. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 p.1122-1130

FABRÍCIO, S. C. C.; WEBBE, G., NASSUR, F. B., ANDRADE, J. I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 setembro-outubro; 12 (5): 721-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a04.pdf> acessos em 28/01/2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (PNAD/2008). Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude. acesso em 04/04/2011.

LESSA I. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis In: Lessa I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade – epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1998. p. 29-42

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moarias, 1989. p. 110

MENDES, E. V. **Guia do participante da oficina sobre aspectos teóricos – conceituais relativos ao manejo das condições crônicas no marco das redes integradas de atenção à saúde**. Agosto 2010. Disponível em: new.paho.org/bra/apsredes/index.php?gid=8&option=com...task... acesso em 07/06/2011.

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 4. Ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1996

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método, criatividade*. 21ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes 1994. p. 9-29.

MOTA, F.R.L. **Prontuário eletrônico do paciente: estudo do uso pela equipe de saúde do centro de saúde Vista Alegre**. Dissertação de mestrado apresentado na UFMG. Minas Gerais, 2005. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/VALA-6K5LVK/1/mestrado_francisca_rosaline_leite_mota.pdf acesso em 07/09/2011.

OLIVEIRA, R. G. e MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família : a prática do enfermeiro em Maringa-Parana. **rev. Esc. Enferm. USP**, 2007, 41(1) 66-72

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial** / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital** / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2005. Disponível em http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=328&Itemid=614 acessos em 28/04/2011.

REHEM, T. C. M. S. Ba e TRAD, L. A. B.. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 231-242. ISSN 1413-8123 Acessado em 04/04/2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22/08/2010.

Secretaria de Políticas deSaúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev Saúde Pública** 2002;36(2):254-6

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 762p.

TRAD, L.A.B. Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: reflexões em torno da Estratégia de Saúde da Família. in TRAD, L.A.B. Família contemporânea e saúde – significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2010. p. 106-133

TRAVASSOS, Claudia and MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20.

Anexo A

MS – HIPERDIA PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS				1.ª Via: Enviar para digitação CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO					
Nome da Unidade de Saúde (*)			Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)									
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)					Data Nascimento		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai						
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> estrangeira		País de Origem		Data Naturalização / /			
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Estado Civil (TV)		Nº Cartão SUS			
DOCUMENTOS GERAIS									
Título de Eleitor	Número		Zona	Série					
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /				
CPF	Número		PIS/PASEP	Número					
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)									
Identidade	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /			
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório			Livro			
	Folha		Termo			Data de Emissão			
ENDEREÇO (*)									
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro				Número	Complemento			
Bairro	CEP		DDD		Telefone				
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE									
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)		Peso (kg) (*)				
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		Em jejum <input type="checkbox"/>		Pós prandial <input type="checkbox"/>				
Fatores de risco e Doenças concomitantes				Não	Sim	Presença de Complicações		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares						Infarto Agudo Miocárdio			
Diabetes Tipo 1						Outras coronariopatias			
Diabetes Tipo 2						AVC			
Tabagismo						Pé diabético			
Sedentarismo						Amputação por diabetes			
Sobrepeso/Obesidade						Doença Renal			
Hipertensão Arterial									
TRATAMENTO									
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>									
Medicamentoso <input type="checkbox"/>									

Tipo	Comprimidos/dia						Unidades/dia
	1/2	1	2	3	4	5	
Hidroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Captopril 25mg							
Glibenclamida 5mg							Insulina
Metformina 850 mg							

Outros SIM NÃO

Data da Consulta (*)	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)
----------------------	--

Legenda: / Campos obrigatórios, com exceção: nome pai, data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone.

TV = Tabela no verso do formulário.

(**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório.



MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.^a Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU
DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde AUGUSTO FRANCO	Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário
--	------------------	----------------------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)					
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai		
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> estrangeira	País de Origem	Data Naturalização / /	
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Estado Civil (TV)	Nº Cartão SUS	

ENDEREÇO (*)

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE					
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)		
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial		

Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		
Hipertensão Arterial					

TRATAMENTO							
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>							
Medicamentoso							
Tipo	Comprimidos/dia						Unidades/dia
	1/2	1	2	3	4	5	
Hidroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Captopril 25mg							
Glibenclamida 5mg							
Metformina 850 mg							
AAS 100 mg							
Losartana potássica 50 mg							

Furosemida 40 mg								Insulina
Atenolol 25 mg								
Sinvatativa 10 mg								
Flurexetina 10 mg								
Clonazepam 2 mg								

Outros **SIM** **NÃO**

Data da Consulta (*) / /	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)
-----------------------------	--