

CUIDANDO DE TODOS: DCNT

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MSP

Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

1ª Edição Revisada

Gabinete do Secretário

Secretário
Edson Aparecido dos Santos

Chefe de Gabinete
Armando Luis Palmieri

Secretária-Adjunta
Edjane Maria Torreão Brito

Coordenadoria de Atenção à Saúde
Ivanilda Argenau Marques

Departamento de Atenção Básica
Maria Cristina Honório dos Santos

Elaboração do Protocolo Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis da APS no MSP

Suely Miya Shiraishi Rollemberg Albuquerque
Médica de Saúde Pública

Área Técnica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, MSP
Área Técnica da Saúde do Homem, MSP

Colaboração para Revisão de Conteúdo Técnico

Pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SMSSP
(em ordem alfabética)

Amaury Zatorre Amaral
Médico Cardiologista

Coordenadoria de Regulação: Área Técnica de Cardiologia

Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque
Médico de Saúde Pública

Gerência das Áreas Técnicas das Condições Crônicas na Atenção Básica: Doenças Raras, Melhor em Casa, Saúde do Homem, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Saúde do Deficiente e Oxigenioterapia

Áreas Técnicas da Atenção Básica da Saúde

Sociedades Médicas (em ordem alfabética)

Álvaro Avezum

Médico Cardiologista

Diretor do Centro Internacional de Pesquisa do Hospital Alemão Oswaldo Cruz & SOCESP

Carlos Alberto Machado

Médico Cardiologista

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2012-2013

Presidente do Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2002-2003

Decio Mion

Médico Nefrologista

Professor Livre-Docente e Diretor da Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Frida Liane Plavnik

Sociedade Brasileira de Hipertensão

Médica Assistente do Grupo de Hipertensão Arterial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Pesquisadora Associada da Unidade de Hipertensão do InCor

Luiz Aparecido Bortolotto

Médico Cardiologista

Sociedade Brasileira de Hipertensão

Diretor da Unidade de Hipertensão do InCor

Professor Livre-Docente do Departamento de Cardiologia da FMUSP

Realização, Projeto Gráfico e Editoração

Tellus: Iniciativa *Better Hearts, Better Cities* - Cuidando do Seu Coração

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cuidando de Todos : Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo de Linha de Cuidados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo (MSP) / [Organização, coordenação e compilação Suely Miya Shiraishi Rollemberg Albuquerque ; ilustração Instituto Tellus; Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque]. -- 1. ed. -- São Paulo : Instituto Tellus, 2020.

Bibliografia

1. Cuidados Primários de Saúde - São Paulo (SP) 2. Diabetes 3. Doenças Crônicas 4. Doenças Crônicas - Pacientes - Política Governamental - Brasil 5. Doenças Crônicas - Prevenção 6. Hipertensão 7. Medicina I. Albuquerque, Suely Miya Shiraishi Rollemberg. II. Albuquerque, Edmir Peralta Rollemberg. III. Instituto Tellus.

20-33298

CDD-616.044
NLM QT-235

CUIDANDO DE TODOS

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MSP

Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo

"Precisamos agir rapidamente: para salvar vidas, evitar o sofrimento desnecessário e evitar que sistemas de saúde frágeis entrem em colapso." (OMS, 2018)

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as que permanecem em uma pessoa por mais de um ano e requerem cuidados médicos e multiprofissionais contínuos, limitam a atividade do dia a dia dos pacientes; compõem a maior parte dos atendimentos em saúde na Atenção Primária à Saúde e em outros serviços. Elas são fontes inesgotáveis de gastos em saúde que frequentemente não são contabilizados pelos gestores. A epidemia é mundial; a morbidade, as sequelas e a mortalidade são invisivelmente preocupantes.

Promoção, Prevenção e Cuidados na Atenção Primária em Saúde são essenciais para a diminuição da morbidade e mortalidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Município de São Paulo.



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

1ª Edição Revisada



ÍNDICE

ILUSTRAÇÃO - CIDADE DE SÃO PAULO DOENTE: "EPIDEMIA DE DCNT"	7
I. QUAL A IMPORTÂNCIA DE SE "PLANEJAR" AS AÇÕES PARA DCNT PELA GERÊNCIA E PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (MSP)?	8
II. REUNIÕES TÉCNICAS NA UBS	10
III. SEM CONHECER NÃO HÁ COMO PLANEJAR	11
IV. CONHECER: A EPIDEMIA DAS DCNT	13
V. PLANEJAR AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA UBS	18
VI. TRABALHANDO OS FATORES DE RISCO COMUNS ÀS DCNT	27
VII. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AOS ATRIBUTOS DA PESSOA: POPULAÇÃO NEGRA, GESTANTES, SEXO BIOLÓGICO, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E IDOSOS	38
VIII. REALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DA PA - MPA	40
IX. PLANEJAR O RASTREAMENTO E A BUSCA ATIVA DE DCNT	45
X. CONSULTA COM MÉDICO E ENFERMEIRO. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DCNT	49
XI. MÉDICOS E ENFERMEIROS: DETECTAR SINAIS E SINTOMAS PRECOSES DAS DCNT	57
XII. ORIENTAÇÕES GERAIS DE COMO AFERIR A PA	61
ILUSTRAÇÃO - CIDADE DE SÃO PAULO SAUDÁVEL: "CUIDANDO DE TODOS - DCNT NA APS DO MSP"	64
ABREVIACIONES	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ILUSTRAÇÃO - CIDADE DE SÃO PAULO DOENTE: "EPIDEMIA DE DCNT"

CUIDANDO DE TODOS

A CIDADE DE SÃO PAULO DOENTE | DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



LEIA AS QUESTÕES E RESPONDA ARGUMENTANDO OBJETIVAMENTE EM UMA SÓ FRASE PARA CADA QUESTÃO:

- Ações para as DCNT fazem parte da sua rotina de trabalho na UBS?
- As ações de promoção, prevenção e cuidados precoces para as DCNT são complexas e difíceis de serem executadas?
- Não introduzir ações para DCNT é aceitável, tendo em vistas as consequências tardias?
- Por qual motivo não se consegue introduzir uma rotina de trabalho para as DCNT?
- Por que se deve planejar e estabelecer um cronograma de ações dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) e na área de abrangência da UBS, de Busca Ativa, Rastreamento, Visitas Domiciliares (VD), campanhas para detecção de Fatores de Risco (FR) e sinais e sintomas precoces para as DCNT?
- Como discutir, planejar e trabalhar as DCNT, sem subjetividade, introduzindo as ações de modo prático, efetivo, eficaz e eficiente?
- Por que e como os profissionais da UBS devem ter informações completas e corretas e utilizá-las no prontuário eletrônico de um único Sistema de Informação no MSP?
- Por que estabelecer metas, prazos e indicadores de processo de trabalho e de acompanhamento/avaliação das ações e dos resultados para as DCNT?

Problema: Epidemia de DCNT

Desafio: Planejar ações práticas, imediatas, efetivas e eficazes para as DCNT

I. QUAL A IMPORTÂNCIA DE SE "PLANEJAR" AS AÇÕES PARA DCNT PELA GERÊNCIA E PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (MSP)?

A epidemia das DCNT pode ser diminuída mundialmente com ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde. A maior parte dessas ações em saúde deve ser planejada, programada e executada na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS). As medidas essenciais são de Modificação do Estilo de Vida (MEV) para os Fatores de Risco (FR), o Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) apoiado pelo profissional de saúde, Busca Ativa, Rastreamento, Visitas Domiciliares (VD), campanhas para detecção precoce de sinais e sintomas e o acompanhamento efetivo dos doentes.

“Não há como combater a epidemia de DCNT sem planejamento antecipado.”

Cidade de São Paulo doente: “Epidemia de DCNT”

Cidade de São Paulo saudável: “Cuidando de Todos - Cuidando das DCNT”

Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo

A UBS é a instância executora das ações em saúde do SUS no Município de São Paulo (MSP) e deve fazer planos para que as ações de diminuição da morbidade e mortalidade epidêmica das DCNT sejam tão importantes na rotina quanto às demais demandas atendidas na UBS. Muitas das demandas de hoje são de DCNT, consequências das ações de promoção e prevenção não realizadas anteriormente pelos profissionais das UBS e pela falta de adesão ao autocuidado pelo cidadão.

1. As UBS devem trabalhar as DCNT tanto quanto as transmissíveis, pois são epidemias de várias doenças que apesar de não terem um agente etiológico biológico, com frequência são “transmissíveis” por meio de hábitos, comportamentos e estilo de vida inadequados à saúde.



2. Os principais grupos de DCNT têm importantes Fatores de Risco (FR) comuns, modificáveis e evitáveis, como: má nutrição, tabagismo, ingestão de álcool, inatividade física, transtornos mentais crônicos, obesidade e outros.
3. As DCNT levam a um estado crônico de saúde que exige cuidados constantes, portanto, maior debilidade, contribuindo para a propagação e instalação de muitas doenças transmissíveis ou não. As pessoas com diminuição da imunidade (idosos) e/ou com comorbidades (DCNT) são as mais suscetíveis a adoecer, a sofrerem as consequências graves e os óbitos, principalmente durante epidemias infecciosas (exemplo: Covid-19). Os cuidados com Fatores de Risco e as Modificações do Estilo de Vida para hábitos saudáveis devem ser contínuos, por toda a vida e redobrados em períodos de epidemia.
4. Não podemos aguardar a vinda do cidadão na UBS só quando ele está doente por DCNT. O início das DCNT é silencioso e quando os sinais e sintomas aparecem, já pode ser tarde, de modo que o primeiro atendimento só é feito quando o estado de saúde já é mais grave, na própria UBS, no Pronto Atendimento (PA), no hospital ou no serviço funerário.
5. DCNT estão associadas às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e/ou alterações metabólicas, com aumento do risco da morbimortalidade de doenças cardiovasculares (DCV), cerebrovascular, vascular periférica, doença renal, AVC, infarto, aneurisma arterial e pulmonar.

A APS E A CONSTRUÇÃO DE FORMAS DE TRABALHO COM AS GERÊNCIAS E OS PROFISSIONAIS DAS UBS

- A APS do MSP tem como objetivo, desde meados de 2019, elaborar o Protocolo das Linhas de Cuidado e dar início aos Protocolos Clínicos para a implementação efetiva das ações de promoção, prevenção e cuidados nas UBS/APS do MSP, cujos resultados iniciais veremos em outubro de 2020;
- Estamos construindo juntos um programa “**Cuidando de Todos**” que seja eficaz, efetivo e aplicável de imediato. Para isso, necessitamos da parceria das gerências das UBS e de seus profissionais, captando as sugestões dos profissionais que executam as ações para a efetividade e eficácia do cuidado;
- Os protocolos são norteadores e estão sendo entregues para a gerência das UBS, para uso de todos.

A UBS E OS PROTOCOLOS “CUIDANDO DE TODOS”: DCNT NA APS DO MSP

Para o planejamento e a organização estruturada foram elaborados os Protocolos Cuidando de Todos de DCNT na APS do MSP:

- Protocolos para as Linhas de Cuidado para todas as DCNT: os cuidados e os Fatores de Risco são comuns à maioria das DCNT.
- Protocolo Clínico dirigido para a Hipertensão e o Diabetes.
- As outras DCNT também têm importância epidêmica, de modo que outros protocolos clínicos com suas especificidades serão elaborados e entregues aos profissionais das UBS.

A importância da parceria e da supervisão das UBS pelos profissionais da STS regional:

- A STS e a CRS fazem a supervisão, o acompanhamento e verificam a execução da implementação das ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde nas UBS.
- Os supervisores junto à CEInfo, aos gerentes e aos profissionais das equipes farão o levantamento das DCNT com as informações atualizadas, inicialmente relativos ao ano de 2019. O acompanhamento das informações é tão crônico quanto o acompanhamento dos doentes.
- A finalidade do levantamento das informações é conhecer o perfil epidemiológico da UBS e sua área de abrangência (residentes e não residentes): atendimentos da UBS, morbidade, sequelas, mortalidade, internações.
- Outros levantamentos devem ser feitos periodicamente e continuamente para comparar e verificar os resultados das ações de promoção, prevenção e cuidados em DCNT.
- O controle das DCNT só pode ser feito com um bom acompanhamento de informações.



II. REUNIÕES TÉCNICAS NA UBS

“As Linhas de Cuidado para DCNT não são complexas, exigem conhecimento, discussão e planejamento entre os profissionais da UBS, sob responsabilidade da gerência.”

“Atenção! As ações para DCNT devem ser bem planejadas, não aguardar a vinda tardia do paciente: realizar Busca Ativa, Rastreamento, VD, campanhas para detectar FR, sinais e sintomas precoces e doentes.”

A gerência deve planejar, supervisionar e providenciar:

1. A 1ª reunião técnica das DCNT e estabelecer cronograma de reuniões técnicas permanentes de planejamento, avaliação de processos e resultados para DCNT na UBS, tendo em mãos o Protocolo das Linhas de Cuidados de DCNT do MSP para discussão, envolvendo todos os profissionais.
2. Providenciar reuniões e garantir que todos os profissionais, como ACS, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros leiam e discutam o Protocolo das Linhas de Cuidados das DCNT, inclusive para os ingressantes na UBS, promovendo o conhecimento, levantando sugestões e estabelecendo rotinas de trabalho na UBS para as DCNT.
3. Tomar providências para que os médicos leiam e discutam tecnicamente, listem e estabeleçam formas de trabalho segundo as orientações dos Protocolos das Linhas de Cuidado, bem como dos Protocolos Clínicos das DCNT. Da mesma forma, os enfermeiros devem discutir o conteúdo dos Protocolos Clínicos, pois realizam consultas e o trabalho com DCNT é matricial.
4. A equipe deve fazer uma leitura antecipada dos Protocolos, levantar, listar e trazer sugestões de como implementar as ações na rotina, a fim de otimizar as reuniões técnicas.
5. Logo após os encontros Cuidando de Todos/DCNT na APS do MSP para gerentes de UBS, planejar junto com seus profissionais de saúde da UBS as ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde na APS, que possam ser implementadas imediatamente dentro da UBS e na área de abrangência.
6. Disponibilizar o Manual na UBS para que o profissional possa consultar na rotina (impresso, *links* de internet).
7. Disponibilizar “na mesa” dos profissionais: quadros de “resumos” práticos e específicos para a categoria profissional, de fácil visualização. Imprimir e disponibilizar para os médicos o “Cartão das DCNT”.
8. Instruir os profissionais de saúde com cronogramas, fluxos e materiais de fácil entendimento, de forma clara, visível e de simples aplicação.
9. Planejar e organizar reuniões com discussão técnica de processos de trabalho; realizar avaliação de resultados, de forma objetiva, com discussões otimizadas, dirigidas e com soluções possíveis de serem feitas de imediato pela UBS. Promover reuniões de discussão de casos, projeto terapêutico singular entre os profissionais gestores e cuidadores do caso.
10. Realizar relatórios durante as reuniões com os resultados do planejamento estruturado na UBS e enviar para a STS (SMS) na primeira semana do mês seguinte.
11. Fazer cronogramas e mapas de tempos e movimentos para planejamento do processo de trabalho e de avaliação de resultados para as DCNT. Eles devem ser atualizados mensalmente e deixados à vista para todos os funcionários.
12. Fazer atas das reuniões.
13. Em qualquer planejamento, estabelecer os “problemas” e listar as soluções objetivas que considerem a realidade e o contexto de vida do indivíduo: ações práticas, efetivas e eficazes.
14. Estabelecer metas, prazos, periodicidade, indicadores de processo de trabalho, de ação e de avaliação de resultados: quantitativos e qualitativos. Alguns indicadores devem ser introduzidos durante o processo de implantação das atividades de DCNT, tanto em nível local como regional ou municipal. Alguns indicadores aparecem no Protocolo.
15. Garantir que as informações para o acompanhamento das DCNT sejam digitadas e encaminhadas para um único sistema de informação oficial (exemplo: e-SUS) (fichas, procedimentos, consultas pelo Registro Tardio etc.).



16. Planejar, supervisionar, coordenar, programar, controlar e estabelecer as ações e os gestores do cuidado, responsáveis pelos fluxos e pelo acompanhamento do cuidado em saúde do cidadão, para as DCNT.
17. Disponibilizar as impressões das listas mensais de pacientes para serem acompanhadas organizadamente pelos profissionais de saúde que realizam as ações em saúde como a VD, as Buscas Ativas, o acompanhamento de doentes e outros. Solicitar relatórios do acompanhamento dos pacientes aos profissionais de saúde e fazer o Registro Tardio dos procedimentos e das consultas realizadas fora da UBS.
18. Realizar o levantamento inicial de informações de morbidade, mortalidade, atendimentos e ações em saúde para as DCNT, tanto da UBS como de sua área de abrangência, para implementações das ações das DCNT. Os doentes são crônicos, de modo que é fundamental acompanhar mensalmente os processos de trabalho e os resultados das ações realizadas pelos profissionais da UBS para reavaliação do planejamento. Encaminhar as informações e os relatórios para a STS, CRS e SMS, conforme fluxo estabelecido.
19. Trabalhar otimizando as informações do monitoramento realizado pela vigilância epidemiológica/DCNT compartilhadas pela SUVIS/COVISA.
20. Enviar um cronograma para as STS de ações de promoção, prevenção e cuidados para as DCNT que serão realizadas dentro da UBS, com o nome da ação, o local da ação, as características da população a ser trabalhada (idade, sexo, cor etc.), resultados, procedimentos, encaminhamentos etc.
21. Enviar semestralmente para a STS um cronograma mensal de Buscas Ativas que serão realizadas na área de abrangência. Inserir o nome da ação, o nome do local, a data de realização, as características da população a ser trabalhada (idade, sexo, raça cor etc.), procedimentos realizados, resultados de testes, encaminhamentos etc. Lembrando que já faz parte da rotina a realização de atividades de Busca Ativa em meses de datas comemorativas como abril, com o Dia Nacional da Hipertensão, e Novembro azul". Enviar relatório do que foi realizado.

Informações de acompanhamento da execução das ações para as DCNT

O planejamento junto aos profissionais das UBS também é uma forma de aprimorar as diretrizes do Município, e como resultado do trabalho dos itens anteriores, solicitamos às gerências das UBS:

- Separar e enviar mensalmente para as STS e a SMS as propostas de informações e os indicadores, com metas e prazos para controle dos processos de trabalho continuado e de avaliação das ações realizadas para as DCNT, com um modelo simples e completo de formulário.
- Essas informações são de muita utilidade tanto para controle na UBS como para a STS, CRS e SMS. Elas devem ser sucintas, mas suficientes e eficientes para indicar as várias ações realizadas na UBS para combater a epidemia de DCNT.

Indicador de processo de trabalho: nº de propostas de atividades para DCNT realizadas no mês. / nº de propostas de atividades para DCNT do mês.

Meta: 100% de propostas de atividades para DCNT realizadas.

Justificativa: A epidemia de morbidades, mortes e a quantidade de atendimentos na rotina por DCNT justifica a realização de atividades nas UBS.

III. SEM CONHECER NÃO HÁ COMO PLANEJAR

1. A IMPORTÂNCIA DAS DCNT

- 1.1 São problemas fundamentais de saúde pública: "A epidemia é mundial".
- 1.2 As causas são múltiplas, o início gradual, a duração crônica, assintomática, insidiosa. Conseqüentemente de diagnóstico tardio, podendo ter períodos de agudização. Frequentemente incuráveis, exigem cuidados contínuos e cada vez mais complexos, podendo gerar incapacidades e dependência de cuidados. O prognóstico frequentemente é ruim, com morbidade, sequelas e mortalidade alta.



1.3 São sensíveis e respondem às ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde da Atenção Primária: detecção precoce de FR, Modificações do Estilo de Vida (MEV), do comportamento e de hábitos de risco (obesidade, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, má nutrição, ingestão de álcool, transtornos mentais e outros).

1.4 As ações de Rastreamento, Busca Ativa, VD e campanhas, tanto para FR como para detecção de sinais e sintomas precoces e de doentes não diagnosticados são essenciais e devem ser programados, partindo de buscas entre os cidadãos, familiares e comunidade.

1.5 Na APS, as ações de promoção e prevenção são eficazes, o diagnóstico e os tratamentos são fáceis, os medicamentos são eficazes e o acompanhamento é de baixo custo.

1.6 Devido à falta de promoção e prevenção, a consequência é a necessidade da procura de outros níveis mais complexos de atenção em saúde, inclusive na própria UBS.

1.7 Uma vez com DCNT, a complexidade aumenta e os custos são intangíveis: dor, ansiedade, perda da qualidade de vida, impacto e dificuldades na vida dos indivíduos, famílias e comunidade; tratamentos demorados, dispendiosos e complexos.

1.8 A saúde pública arca com os custos financeiros diretos e indiretos consequentes às DCNT que não são contabilizados e interferem em vários segmentos. Administrativos: as DCNT são as principais causas de atendimento em consulta médica nas UBS (temos, até o momento, um cadastro realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cerca de 200 mil hipertensos no MSP), o que aumenta a necessidade de serviços ofertados pela saúde, tanto em número quanto em complexidade (consultas, medicações crônicas, serviços especializados e cirúrgicos, exames, internações, reabilitação, medicações, outros). Perda de capacidade produtiva dos trabalhadores: absenteísmo, afastamentos, aposentadoria precoce. Perda da autonomia: dependência de familiares e de outros; readequação da forma de viver. Óbito precoce: anos potenciais de vida perdidos. As consequências do diagnóstico tardio elevam o custo do tratamento do diabetes, cerca de US\$ 97 a 123 bilhões estimados em pior cenário para 2030.

Fonte: SBD, 2019

1.9 As DCNT representam 60% de todas as mortes e 43% da carga global de doenças. Até 2020, espera-se que sua contribuição aumente para 73% de todas as mortes e 60% da carga global de doenças. Além disso, 79% das mortes por DCNT ocorrem nos países em desenvolvimento.

2. O QUE SÃO E QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as que permanecem por mais de um ano em uma pessoa e requerem cuidados médicos e multiprofissionais contínuos, limitam a atividade do dia a dia dos pacientes e compõem a maior parte dos atendimentos em saúde na Atenção Básica e em outros serviços. São fontes inesgotáveis de gastos em saúde que frequentemente não são contabilizados pelos gestores. A epidemia é mundial; a morbidade, sequelas e mortalidade são invisivelmente preocupantes. Estão associadas às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco da morbimortalidade de doenças cardiovasculares (DCV), cerebrovasculares, vascular periférica (AVC, infarto, aneurisma arterial), doença renal e pulmonar. As principais são:

2.1 Hipertensão Arterial (HA)

É uma condição clínica multifatorial, permanecendo assintomática durante muito tempo, na maioria dos casos, e que compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando o coração a exercer um esforço maior do que o normal para que o sangue seja distribuído corretamente no corpo, causando aumento da pressão sanguínea nos vasos, o que compromete a irrigação tecidual, provocando danos aos órgãos. Diagnosticado quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg no adulto (na APS, média de 3 aferições em condições ideais em duas visitas consecutivas no consultório médico, mais o MPA realizado pela enfermagem na UBS para averiguação do aumento da PA pelo estresse), e na infância e adolescência, quando os valores de Pressão Arterial Sistólica e/ou Diastólica são iguais ou superiores ao Percentil 95 para sexo, idade e altura, em três ou mais ocasiões diferentes.

Fonte: Adaptado para a APS do MSP: SBP, 2019; HAS Secretaria do Estado SP, 2018



2.2 Diabetes Mellitus (DM)

É um transtorno metabólico caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Associado à dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial, aumenta o risco cardiovascular e de Doenças Renais Crônicas (DRC). Leva ao longo do tempo a sérios danos ao coração, aos vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos (ataques cardíacos, derrame, cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores).

2.3 Doenças Cardiovasculares (DCV)

São distúrbios do coração e dos vasos sanguíneos. Associadas, principalmente, ao aumento da Pressão Arterial, glicose e dislipidemia, além de sobrepeso e obesidade. Um ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral pode ser o 1º aviso da doença.

2.4 Doença Renal Crônica (DRC)

Consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível tanto da estrutura como da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Pode levar à Insuficiência Renal Crônica (IRC) e afetar a excreção de produtos de diversos metabolismos; a produção de hormônios; o controle do equilíbrio hidroeletrólítico ácido básico e da Pressão Arterial. A evolução é frequentemente assintomática e crônica; o diagnóstico é frequentemente tardio e pode haver necessidade de hemodiálise. Além disso, é associada estreitamente à Hipertensão Arterial e ao Diabetes.

2.5 Neoplasias (Tumores Malignos)

O câncer surge da transformação de células normais em células tumorais que podem progredir de uma lesão pré-cancerosa para tumores malignos. As células anormais surgem em qualquer parte do corpo e podem invadir partes adjacentes e espalhar para outros órgãos sob a forma de metástase, que é a principal causa de morte por câncer.

2.6 Doenças Respiratórias Crônicas (DReC)

São doenças crônicas das vias aéreas superiores, inferiores e outras estruturas do pulmão. A maioria pode contar com ações precoces de promoção e prevenção. Incluem: asma, rinite alérgica, alergias respiratórias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças pulmonares ocupacionais e hipertensão pulmonar.

2.7 Obesidade

É uma doença crônica cujo avanço tem se dado de forma acelerada em todo o mundo nos últimos anos. Estima-se que mais de metade da população brasileira esteja com excesso de peso ou obesidade. É uma doença multifatorial, recidivante e muitas vezes silenciosa, e se não prevenida e cuidada corretamente tem um impacto devastador na vida do indivíduo e na economia do país.

Fonte: ANS, 2017

2.8 Outras DCNT

Dislipidemias, transtornos mentais crônicos, alcoolismo, acidentes, violências, doenças crônicas músculo-esqueléticas. As doenças mentais e reumáticas têm também outros fatores de risco na sua determinação.

IV. CONHECER: EPIDEMIA DAS DCNT

1. DCNT ESTÃO ENTRE AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NO MUNDO (OPAS, OMS, 2018)

- 1º. Cardiopatia Isquêmica;
- 2º. Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- 3º. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
- 4º. Infecções das Vias Respiratórias Inferiores (IVAS);
- 5º. Alzheimer e outras demências;
- 6º. Câncer de pulmão, traqueia e brônquios;
- 7º. Diabetes Mellitus (DM);
- 8º. Acidentes de trânsito.



2. DCNT NO MUNDO

- Em 2016, 41 (71%) milhões de mortes foram por DCNT: DCV 17,9 milhões (44% de todas as mortes); câncer (9 milhões de mortes; 22%); Doença Respiratória Crônica (3,8 milhões de mortes; 9%); e Diabetes (1,6 milhões de mortes; 4%). Em 2016, o risco de morrer para um homem de 30 anos antes dos 70 anos, de uma das quatro principais DCNT, era de 22%; de uma mulher de 30 anos (15%); adultos nos países de baixa (21%) e média renda (23%) e países de alta renda (12%). Meta mundial: diminuir a mortalidade prematura em um terço até 2030, o que exigirá ações para reduzir os principais fatores de risco (tabaco, poluição do ar, dieta não saudável, inatividade física, ingestão de álcool, sobrepeso, transtornos mentais) e melhorar a detecção e o tratamento de doenças. Fumar é o maior FR para DCV, câncer e Doença Respiratória Crônica;
- Se os principais fatores de risco para doenças não transmissíveis fossem eliminados, três quartos das doenças cardíacas, derrame e diabetes tipo 2, seriam evitados; e 40% dos casos de câncer seriam prevenidos;

Fonte: OMS 2018-2019; MS

- As DCV, os cânceres, as Doenças Respiratórias Crônicas e o DM se configuram como as principais DCNT, tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil. As DCNT são silenciosas, por se desenvolver ao longo da vida, e são responsáveis por 72% óbitos no Brasil. Segundo o MS, cerca de 57,4 milhões de pessoas possuem pelo menos uma DCNT no país.

Fonte: OMS 2018-2019; MS, 2015

3. CONHECER AS ESTIMATIVAS DE CUSTOS: INVESTIMENTOS X PREJUÍZOS EM SAÚDE (OMS, 2019)

- Os países mais pobres podem ganhar 350 bilhões de dólares, até 2030, aumentando os investimentos na prevenção e no tratamento de DCNT, evitando os custos com a saúde e aumentando as ações em saúde, além de salvar 8,2 milhões de vidas neste mesmo período;

Fonte: OMS, 2019

- Para cada 1 dólar investido nas ações para tratar as DCNT haverá um retorno de pelo menos 7 dólares em aumento de empregos, produtividade e longevidade. Para cada 1 dólar investido nas seguintes áreas, estimou-se os retornos: 12,82 dólares (promoção de dietas saudáveis); 9,13 dólares (redução do uso nocivo do álcool); 7,43 dólares (redução de consumo do tabaco); 3,29 dólares (fornecimento de terapia medicamentosa para DCV); 2,80 dólares (aumento de atividade física); e 2,74 dólares (gerenciamento do câncer);
- O impacto econômico do câncer em 2010 foi estimado em cerca de US\$ 1,16 trilhão;
- As perdas de renda nos países são substanciais e acumulativas, e a cada ano mais pessoas morrem por DCNT. Em 2005, no Brasil, a perda estimada na receita nacional de doenças cardíacas, derrame e DM em dólares foram de US\$ 2,7 bilhões. Estimativas de 2015 são entre 3 e 7 vezes superiores aos de 2005;
- DM: os países gastam entre 5 a 20% do seu custo total em saúde. As hospitalizações representam 55% dos custos diretos com DM2 na Europa, 44% nos EUA e 10% na América Latina. Para o Brasil, o gasto avaliado em 2015 foi de US\$ 22 bilhões, com projeção de US\$ 29 bilhões para 2040. Os gastos com saúde de indivíduos com DM são 2 a 3 vezes maiores do que daqueles sem DM;

Fonte: SBD 2017-2018

- Estimativas brasileiras sobre despesas com o tratamento ambulatorial com DM no SUS foram da ordem de US\$ 2.108 por indivíduo, dos quais US\$ 1.335 (63,3%) são custos diretos.

Fonte: Guias, Cadernos do MS e Diretrizes das Sociedades Brasileiras | 7ª HA, DM, Cardiologia, Nefrologia | OPS/OMS, SBD 2017-2018

4. CONHECER A IMPORTÂNCIA EPIDÊMICA: HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA)

- Mundo

- Cerca de 7,5 milhões de mortes (12,8% de todas as mortes); representa 57 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade ou 3,7% do total;

Fonte: DALYS



- A prevalência geral de aumento da PA em maiores de 25 anos foi de 40% em 2008. O número de pessoas com HA descontrolada aumentou de 600 milhões (1980) para quase 1 bilhão (2008). Em todas as regiões, a prevalência dos homens é ligeiramente maior do que a de mulheres;
- Aumento da prevalência de aumento da PA com taxas de cerca de 40%; menor nos países de alta renda (35%).

- Brasil

- Prevalência está entre 22% a 44% em > 18 anos. A prevalência de HA autorreferida passou de 22,6% (2006) para 24,3%;

Fonte: SIM/MS, 2017

- Em 2017, houve 141.878 mortes por HA ou suas causas atribuíveis. Todos os dias, cerca de 388 pessoas morrem devido à HA, o que significa 16,2 óbitos a cada hora. A maioria são evitáveis e 37% são precoces (< 70 anos);
- Quanto maior a escolaridade, menor a prevalência: 14,8% entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo;
- Mulheres (26,4%) têm maior prevalência de diagnóstico médico de HA em relação aos homens (21,7%);
- É a 1ª causa de mortalidade e de hospitalizações; responsável por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no SUS;

Fonte: OPAS, 2010

- Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HA em fases mais precoces da vida como FR. As mortes por demência dobraram entre 2000 e 2016, tornando-se a 5ª principal causa de morte global (2016); em 2000 era a 14ª.

Fonte: OMS, 2018-2019; MS; Vigitel, 2018; SIM/MS; OPAS, 2010

5. CONHECER A IMPORTÂNCIA EPIDÊMICA: DIABETES MELLITUS (DM)

- Mundo

- A meta para diminuição da DM e obesidade é global: até o ano de 2025;

Fonte: OMS, 2020

- Em 1980, foram 108 milhões (4,7%) e em 2015, 415 milhões de pessoas (8,8%) da população mundial entre 20 a 79 anos com DM. A estimativa para 2040 é superior a 642 milhões. Cerca de 75% dos casos ocorrem nos países em desenvolvimento;

Fonte: SBD 2017-2018

- A DM é responsável por 14,5% da mortalidade mundial. Aproximadamente 5 milhões entre 20 e 79 anos morreram em 2015 (1 óbito a cada 6 segundos). A DCV é responsável por cerca de metade dos óbitos entre as pessoas com DM. Nas estatísticas de mortalidade, nas declarações de óbito de indivíduos com DM e nas internações, DM frequentemente é omitido, pois suas complicações são citadas como causas principais, principalmente as cardiovasculares;
- 46% dos casos de DM em adultos não são diagnosticados, principalmente em países em desenvolvimento;
- Está associado a maiores taxas de hospitalizações, utilização dos serviços de saúde, maior incidência de DCV, cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores;
- Pela análise da mortalidade por causas múltiplas, a mortalidade por DM aumenta em até 6,4 vezes. O coma cetoadicótico é uma importante causa de óbito para os indivíduos com diagnóstico recente de DM1, assim como a nefropatia diabética, para os indivíduos com longa duração da doença;
- O sobrepeso e a obesidade contribuem para a prevalência de DM. Em 2014, mais de 1 em 3 adultos > 18 anos estavam acima do peso e mais de 1 em 10 eram obesos.

Fonte: OMS

- Brasil

- O Brasil é o 4º país com 14,3 milhões de casos (entre 12,9 a 15,8) com estimativa para 23,3 milhões (entre 21,0 a 25,9) em 2040. A prevalência de DM autorreferida em > 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Prevalência de DM em pessoas com até 8 anos de estudo é de 7,5% e 3,7% em pessoas com mais de 12 anos de estudo;

Fonte: BRASIL, 2011



- Entre 2006 e 2017, aumento de 54% entre homens e 28% entre mulheres, destacando o incremento nas pessoas > 65 anos. O percentual de casos de DM passou de 5,5% para 8,9%;
- Ocorrência de DM, aumenta com a idade: 21,6% entre os > 65 anos referiram à doença; entre 18 e 24 anos, 0,6%;
- É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, (2000) para a 6ª com 11,3%, em 2030;
- Migrantes japoneses no Brasil mostraram acentuado aumento da prevalência de DM, taxa de 18,3% (1993) e 34,0% (2000) consequentes às alterações no estilo de vida, no padrão alimentar e no nível de atividade física, em uma população com provável suscetibilidade genética.

Fonte: Caderno 36 MS; OMS; SBD 2017 2018

6. CONHECER A IMPORTÂNCIA EPIDÊMICA: DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV)

- Associação estreita entre DCV, DRC, HA, DM;
- DCV são as principais causas de mortes em todo o mundo nos últimos 15 anos. Mais pessoas morrem anualmente por DCV do que por qualquer outra causa;
- A cardiopatia isquêmica e o AVC são as principais, com 15,2 milhões de óbitos (2016);
- 17 milhões de mortes prematuras (< 70 anos) devido a DCNT em 2015, 3/4 (82%), principalmente em países de baixa e média renda; 6,7 milhões devido a acidentes vasculares cerebrais (AVC);
- As DCV oneram a administração em saúde e contribuem para a pobreza devido às despesas catastróficas com saúde, principalmente nos países de baixa e média renda.

Fonte: SBC; OPAS, OMS, 2018

7. CONHECER A IMPORTÂNCIA EPIDÊMICA: DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

- 850 milhões de pessoas têm DRC no mundo. A taxa de mortalidade é crescente, pelo menos 2,4 milhões de mortes por ano, principalmente em países de baixa e média renda;
- HA e DM são as principais causas de DRC;
- A estimativa: aumento de mais de 100% nos últimos dez anos. Em 2011, 35% dos pacientes com diálise tinham HA. Mais de 25% das pessoas com DM1 e entre 5 a 10% com DM2 desenvolvem DRC;
- No Brasil, 1 em cada 10 brasileiros vai ter algum tipo de doença renal, muitos têm e não sabem, porque é de início e evolução silenciosa e sem grandes sintomas;
- As despesas financeiras aumentam quando a função renal fica muito prejudicada, abaixo de 10%, necessitando de hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante;
- Em 2017, pessoas em diálise, entre 65 e 74 anos, apresentaram a maior taxa de realização de Terapia Renal Substitutiva (TRS). A predominância foi no sexo masculino, com taxa de crescimento anual de 2,2% e de 2% para o sexo feminino. A cor predominante é a branca (39,6%); cor amarela (1,2%), indígena (0,1%), parda (36,1%) e preta (11,4%);
- Taxa regional de pessoas com TRS: Sudeste com 236 pessoas a cada 100 mil, Centro-Oeste com 229 a cada 100 mil e Sul com 208 a cada 100 mil da população. Aumento em todas as regiões do país: 3,9% (Norte); 3,3% (Nordeste); 3,2% (Centro-Oeste); 1,7% (Sudeste) e 0,6% (Sul);
- A hemodiálise foi a modalidade de TRS mais frequente com média de 93,2% em relação à diálise peritoneal (6,8%), entre 2010 a 2017. Nesse período, o valor repassado pelo MS para a realização da TRS e a oferta de medicamentos especializados foi de R\$ 19,7 bilhões e de R\$ 1,2 bilhão para o transplante renal e medicamentos relacionados.

Fonte: SBN, 2014-2019; OPAS/OMS; SBC; Saúde Brasil 2018, do MS

8. CONHECER A IMPORTÂNCIA EPIDÊMICA: CÂNCER

- O câncer é a 2ª causa de morte no mundo e é responsável por 9,6 milhões de mortes (2018). 1 em cada 6 mortes são relacionadas à doença;



- Cerca de um terço das mortes por câncer se deve aos riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física e uso de álcool e tabaco. O tabagismo é o principal fator de risco, causando 22% das mortes pela doença. Entre 30% e 50% dos tipos de câncer podem ser prevenidos por meio da prevenção, detecção e/ou tratamento precoce;
- Muitos têm uma alta chance de cura se detectados e tratados adequadamente. No entanto, o diagnóstico frequentemente é tardio.

- OS TIPOS DE CÂNCER MAIS COMUNS SÃO:

- Pulmão (2,09 milhões de casos); óbitos (1,76 milhão de mortes);
- Mama (2,09 milhões de casos); óbitos (627 mil mortes);
- Colorretal (1,8 milhão de casos); óbitos (862 mil mortes);
- Próstata (1,28 milhão de casos);
- Câncer de pele não melanoma (1,04 milhão de casos);
- Estômago (1,03 milhão de casos).

Fonte: OMS | OPAS, 09, 2018

9. CONHECER A IMPORTÂNCIA EPIDÊMICA: DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS (DReC)

- Mundo

- No mundo, 65 milhões de pessoas sofrem de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) moderada a grave, e 3 milhões morrem por ano (2016); é a terceira causa de morte e os números aumentam a cada ano. O câncer pulmonar, traqueia e brônquios causaram 1,7 milhão de mortes;

Fonte: OMS, 2017

- A asma frequentemente está associada à rinite. É a doença de maior prevalência entre as Doenças Respiratórias Crônicas e acomete cerca de 20 a 25% da população. É, também, a doença crônica mais comum da infância (principalmente bebês e crianças pequenas), afetando 14% das crianças;

Fonte: OMS, 2005-2017

- As doenças respiratórias representam mais de 10% de todos os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, perdendo apenas para as DCV (incluindo o AVC);

Fonte: DALYS; WHO, 2017

- Constituem 5 das 30 causas mais comuns de morte; DPOC é a 3ª, a infecção do trato respiratório inferior é a 4ª, o câncer broncogênico é a 6ª e a asma é a 28ª. Mais de um bilhão de pessoas sofrem de condições respiratórias agudas ou crônicas.

- Brasil

- A prevalência da rinite é de 29,6% entre adolescentes e 25,7% entre escolares. O Brasil ocupa a 8ª posição mundial em prevalência de asma, com estimativas para crianças e adolescentes escolares entre 10% a 20%;
- Em 2007, foi responsável por cerca de 273 mil internações com custo aproximado de R\$ 98,6 milhões para o SUS. O número de óbitos por DPOC variou em torno de 33.000 mortes anuais de 2000 a 2005. A DPOC encontra-se entre a 5ª e 6ª das principais causas de morte no Brasil, e o custo estimado por paciente por ano é de US\$ 1.522,00, quase 3 vezes o custo *per capita* da asma;
- DPOC: A prevalência tem sido baseada nas estatísticas de mortalidade, o que configura um subdiagnóstico; mesmo assim, a morbimortalidade está se elevando em muitas regiões. Em um estudo com espirometria realizado na residência, a prevalência era de 15,6% em > 40 anos, correspondendo a 18% dos homens e 14% das mulheres, aumentando com a idade. 25% dos fumantes eram portadores de DPOC. Estima-se que existam 7,5 milhões de pessoas com DPOC no Brasil. Responsável por 170 mil admissões no SUS em 2008, com permanência média de seis dias. A Região Sul do Brasil apresenta a maior taxa de internações.

Fonte: Estudo Plantio SP



Indicador SISPACTO: nº de óbitos (30 a 69 anos) por DCNT na população local da STS registrados nos códigos CID 10; I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano / população residente (30 a 69 anos), em determinado ano e local x 100,000. **Meta Nacional:** diminuição de 2% ao ano.

OBS: no MSP, a área técnica de DCNT acompanha o mesmo indicador por faixas etárias.

V. PLANEJAR AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA UBS

1. ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS DA UBS

- 1.1. Participar das reuniões técnicas, conforme cronograma estabelecido pela gerência: discussão técnica, educação continuada, elaboração de quadro de ações visíveis a todos os profissionais da UBS, estabelecer fluxos de trabalho. Fazer atas das reuniões;
- 1.2. A UBS deve executar as ações segundo as diretrizes do SUS no Município de São Paulo, atendendo e programando ações em saúde segundo as necessidades distintas de todos os cidadãos, com soluções efetivas e eficazes, dentro do contexto, condições de vida e do Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) com o cidadão;
- 1.3. Planejar ações tendo a UBS como porta de entrada e como parte do complexo do cuidado longitudinal do cidadão, conforme fluxo da Rede de Atenção em Saúde (RAS) do MSP;
- 1.4. Planejar, supervisionar, organizar e executar ações em saúde para as DCNT, em qualquer oportunidade, para a população que procura a UBS e para todo cidadão, residentes e não residentes que frequentam a área de abrangência;
- 1.5. Planejar as Buscas Ativas, as VD, o Rastreamento e as campanhas; não aguardar o paciente chegar doente com DCNT na UBS;
- 1.6. Planejar, organizar, garantir, acompanhar e supervisionar: o itinerário terapêutico, o fluxo longitudinal, o agendamento das consultas, o Atendimento em Grupo e o encaminhamento para outros grupos (nutrição, atividade física, práticas corporais, outros). DCNT necessitam de gestores do cuidado. Discutir o projeto terapêutico do paciente entre o gestor e profissionais do cuidado;
- 1.7. Organizar, supervisionar, controlar o fluxo de acompanhamento e as referências e contrarreferência para outros serviços da AB (AE, CAPS, CECCO, NASF, população de rua, hospitalar e outros): responsabilidade de toda equipe multiprofissional, do gestor do cuidado, sob supervisão da gerência;
- 1.8. Fazer uma matriz de trabalho com pontos de atenção na área de abrangência; com ações desenvolvidas em cada ponto e suas respectivas competências e resultados. Deve ficar à vista para que todos os profissionais possam ver e acompanhar;
- 1.9. Trabalhar objetivamente, matricialmente, em equipe, concatenando as especificidades de cada profissional, não desperdiçando recursos humanos e nem financeiros. Otimizar o trabalho multiprofissional. A equipe deve avaliar e encaminhar para triagem na UBS sempre que for necessário, para avaliar a necessidade de se agendar uma consulta com o médico e o enfermeiro;
- 1.10. O trabalho é feito em equipe, os resultados do MPA feito pela enfermagem devem ser informados ao médico para que sejam utilizados nas consultas. O médico deve aferir a PA em todas as consultas;
- 1.11. Todos os profissionais devem estar atentos e/ou perguntar sobre FR e queixas de saúde do cidadão em qualquer atividade desenvolvida dentro da UBS e em sua área de abrangência. Na presença de HA, DM, DCV, DRC: na presença de uma, obrigatoriamente deve-se verificar a presença das outras;
- 1.12. Todos os profissionais devem ter atitude acolhedora, inclusiva, desde o segurança, os profissionais de limpeza, a recepção etc. Estar atentos, no olhar e na escuta e resolução em qualquer atividade dentro da UBS e na área de abrangência, na residência do usuário, junto ao indivíduo, família e comunidade. O cuidado deve ser acompanhado (longitudinal), ordenado, coordenado e qualificado;
- 1.13. As DCNT são transversais a todas as Áreas Técnicas e Programas de Saúde (idoso, criança, mulher, tabagismo, saúde do homem etc.); a responsabilidade é universal (cidadão, família, comunidade, sociedade e todas as entidades);



- 1.14. A gerência realiza com sua equipe, a supervisão e a avaliação com relatórios mensais e consolidados semestrais dos processos de trabalho e dos resultados das atividades realizadas (quantitativos e qualitativos). Estabelecer indicadores de processo de trabalho e de avaliação de resultados qualitativos e quantitativos na UBS com metas e prazos. Enviar para as STS, CRS e SMS;
- 1.15. Utilizar Prontuário Eletrônico SUS (PEC) (e-SUS). O compartilhamento de informações é de extrema importância, pois o acompanhamento das DCNT é crônico e multiprofissional. Todas as ações e os procedimentos do cuidado devem ser anotados e compartilhados para agilizar o atendimento, inclusive em outras unidades de saúde onde o paciente é atendido;
- 1.16. Digitar as informações das fichas: cadastro familiar, individual, atendimento individual, atividade coletiva, procedimentos, VD, valor da PA em cada aferição, resultados de testes de glicemia etc.;
- 1.17. Preencher o Registro Tardio ao realizar consulta na área de abrangência;
- 1.18. Estratificar riscos do indivíduo específicos por DCNT, de grupos e da população da área (individual, familiar, comunidade, trabalho, socioeconômico, epidemiológico, sanitário);
- 1.19. Pacientes com DCNT devem ser continuamente acompanhados. Avaliar a frequência dos acompanhamentos, dos procedimentos, dos retornos em consultas e das VD, segundo à exposição aos fatores de risco e/ou segundo a avaliação do risco dos pacientes. Os pacientes de risco devem ser visitados mensalmente ou mais frequentemente, de acordo com a avaliação feita pela equipe de saúde;
- 1.20. A gerência e os profissionais devem analisar os relatórios para supervisão dos resultados das ações em saúde e planejamento. A lista de pacientes deve ser impressa por condição crônica para o acompanhamento do paciente, que pode ser realizado na UBS, VD ou atividade fora da UBS, conforme a especificidade da categoria profissional. Os resultados das aferições de PA, qualquer procedimento e ações devem ser sempre inseridos em prontuários;
- 1.21. O Atendimento em Grupo deve ser informado na ficha de atividade coletiva com a descrição do que foi realizado na parte de trás da ficha (e-SUS);
- 1.22. Realizar o monitoramento das DCNT. Utilizar como um dos indicadores: percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre e o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada em cada semestre (Diário Oficial 11/12/2019 MS: Portaria n. 3222 de 10/12/19: indicador do pagamento por desempenho-Previne Brasil). O Ministério da Saúde propiciará o acompanhamento mensal dos resultados de cada equipe.

2. ATRIBUIÇÕES ESPECIAIS PARA O PLANEJAMENTO: TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBS

2.1. Abordagem Integral: a abordagem para o cuidado em saúde é sempre integral!

- 2.1.1. Cuidar do outro está frequentemente associado ao cuidado atento às várias situações, como Fatores de Risco, ao estilo de vida e às pessoas com quem se convive dentro e fora de casa (exemplo: trabalho). Faz parte do cuidado a conversa, o entendimento da situação, da doença, das orientações sobre MEV e medicamentos, das possíveis consequências da falta do cuidado e do acompanhamento contínuo do cuidado;
- 2.1.2. Cidadão: o autocuidado é sempre integral! A pessoa age para cuidar de sua própria saúde, olhar para si, escolher o seu estilo de vida, assumir bons hábitos, procurar orientações para seu cuidado, para não adoecer, para não piorar doenças e não trazer sérias consequências futuras;
- 2.1.3. A forma de abordagem para DCNT deve ser sempre “integral”, o indivíduo como um todo, considerando os Fatores de Risco (FR), MEV e sinais e sintomas precoces, seja onde for, em qualquer oportunidade: acolhimento, nas consultas iniciais e de retorno, em Visitas Domiciliares, Busca Ativa, Rastreamento, campanhas e outras ações na área de abrangência. A abordagem integral visa também o acompanhamento longitudinal do doente pelo gestor do cuidado;
- 2.1.4. Promover o acesso e a atitude acolhedora e respeitosa em abordagem integral de acordo com a categoria profissional. Não aguardar o paciente com DCNT. O acolhimento integral à saúde inicia antes de qualquer consulta ou ida à UBS, na área de abrangência onde o cidadão mora ou frequenta por trabalho ou outras condições. Visa à pessoa, família, comunidade e ao cidadão que frequenta essa comunidade;



2.1.5. Os cuidados em saúde são trabalhados de forma integral antes do adoecimento, realizando ações de promoção, prevenção, proteção à saúde, promovendo a qualidade de vida e diminuindo os Fatores de Risco (FR) evitáveis comuns às DCNT. Realizar ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde;

2.1.6. As orientações, ações e suas soluções devem ser efetivas, dentro do contexto de vida do cidadão (indivíduo, família, ambiente, trabalho, Fatores de Risco, fatores emocionais, socioeconômica, demográficas, psicológicas, sociais etc.);

2.1.7. Visa também ações ratificando a importância do autocuidado apoiado pelo profissional;

2.1.8. Faz parte da abordagem integral, as ações de promoção, prevenção e cuidados primários em saúde relacionadas à promoção da afetividade, amizade, diminuição da exposição e criação de transtornos mentais habituais de estresse, situações de angústia, depressão, violência etc.;

2.1.9. Grande parte do Programa da Saúde do Homem tem como objetivos principais, o acesso, o acolhimento e a abordagem integral para as DCNT, pois homens procuram as UBS já com a doença mais avançada, instalada; e a morbidade e mortalidade por DCNT é muito alta.

2.2 Planejar o acolhimento qualificado, a escuta inicial e a triagem

2.2.1. O acolhimento é a forma de atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo o serviço. É uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários; com resolutividade e responsabilização de acordo com as especificidades da categoria profissional, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos;

2.2.2. Planejar a programação do acolhimento/escuta inicial como uma das formas da “porta de entrada”, preferencial, coordenadora e ordenadora do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade;

2.2.3. O “acolhimento/escuta inicial” e os cuidados das DCNT devem ser realizados em todas as oportunidades e em todos os sentidos: os cuidados são integrais, em qualquer local, dentro e fora da UBS, na rotina, nas atividades programadas, buscas, campanhas e outros. Observar, escutar, perguntar FR e/ou queixas que possam estar relacionadas à saúde; orientar, agendar, encaminhar, intervir segundo a necessidade de saúde e do contexto de vida do cidadão;

2.2.4. Faz parte do acolhimento a escuta e a atitude acolhedora, a agilização de alguns procedimentos para as DCNT, a aferição da PA, o cálculo de IMC, a medida da circunferência abdominal e a estratificação inicial de risco para a rotina do atendimento na UBS. A solicitação de exames protocolados em saúde pública, estabelecidos na UBS para as DCNT, agiliza o atendimento longitudinal. As doenças são crônicas, a equipe deve planejar o trabalho conjunto e sistematizado;

2.2.5. A triagem é uma separação, uma escolha, uma seleção, ou seja, o profissional ouve a queixa do paciente e seleciona para qual profissional da unidade ele irá encaminhar;

2.2.6. Sintomas e sinais de doença podem ter como causa ou consequência os transtornos mentais crônicos decorrentes das condições, do contexto de vida.

2.3 Planejar VD para as DCNT

2.3.1. Os profissionais da UBS que realizam a VD são conhecidos pelos moradores e frequentadores da área de abrangência. As VD devem ser realizadas visando detectar as condições de saúde, de modo que além das condições externas, o profissional deve entrar no domicílio e ficar atento para a detecção precoce de FR a que estão expostos, sinais e sintomas precoces, doentes não diagnosticados e realizar o acompanhamento de cidadãos com DCNT;

2.3.2. Planejar VD para detectar FR e detectar sinais e sintomas precoces e acompanhamento de doentes de DCNT. Doentes crônicos devem ser visitados mensalmente e os que apresentem FR ou condições de risco devem ter VD mais frequentes; realizar aferição de PA, testes rápidos, levantamento contínuo de FR, queixas e orientações MEV, PAP e adesão ao tratamento. Anotar todos os procedimentos realizados e seus resultados;

2.3.3. Atualizar cadastro individual: observar, levantar FR, queixas associadas à saúde, orientar e tomar providências;



2.3.4. Preencher a Ficha de VD do e-SUS, conforme a atividade realizada. Listar e analisar os resultados das DCNT mensalmente (HA, DM, DRC, tabagismo, outras DCNT, usuário de álcool, usuário de drogas, câncer, outros);

2.3.5. VD realizadas como Busca Ativa, Rastreamento e campanhas de saúde; atividades coletivas, aferições de PA, antropometria/peso e altura, circunferência abdominal, testes rápidos etc.;

2.3.6. A VD é realizada por todos os profissionais da equipe, de acordo com suas especificidades;

2.3.7. A aferição da PA pelo auxiliar/técnico de enfermagem é muito indicada para ser realizada em VD ou outro local, para Monitoramento da Pressão Arterial, que muitas vezes pode estar aumentada se aferida dentro de um consultório. Anotar os valores e encaminhar para UBS sempre que necessário.

Indicador da UBS: nº de pessoas por DCNT visitadas no mês pelos profissionais da UBS.

Metas: quantidade de pessoas por DCNT acompanhadas em VD mensalmente pelos profissionais da UBS.

Numerador: nº de pessoas por DCNT visitadas no mês / Total da população da área de abrangência. Utilizar e-SUS.

2.4 Planejar a Busca Ativa (BA) e o Rastreamento para a detecção de FR, sinais e sintomas de DCNT e detectar possíveis doentes

“Aguardar o cidadão procurar a UBS, já com sintomas de DCNT, não altera de forma alguma a estatística de epidemia da morbimortalidade por DCNT.”

2.4.1. Planejar e programar Busca Ativa, Rastreamento, campanhas das DCNT para a detecção precoce de FR, queixas e sinais e sintomas precoces, dentro da UBS e na área de abrangência (para os residentes e não residentes que frequentam a área de abrangência, os espaços coletivos como igrejas, espaços de lazer, locais de trabalho, estabelecimentos de ensino, locais de estudo etc.). Detectar também doentes não diagnosticados e realizar avaliação;

2.4.2. Realizar procedimentos como aferição da PA, testes rápidos de glicemia, IMC, circunferência abdominal e outros. Valores acima do esperado ou alterados devem ser confirmados e encaminhados para diagnóstico;

2.4.3. Sempre que necessário encaminhar para: equipe, Atendimento em Grupo, consulta de enfermagem, Grupos (nutrição, práticas corporais, atividade física, tabagismo etc.);

2.4.4. Planejar Buscas Ativas, Visitas Domiciliares, campanhas, Rastreamento, conforme calendário de saúde. Anotar, digitar no FORM SUS e encaminhar planilhas e relatórios para a STS e a CRS, conforme fluxo estabelecido pela AT DCNT/SMS;

2.4.5. Planejar Buscas Ativas, Visitas Domiciliares, campanhas, Rastreamento, segundo orientação dos protocolos estabelecidos e/ou dependendo das necessidades da população da área de abrangência;

2.4.6. Realizar a Busca Ativa nos espaços mais frequentados pelo sexo masculino. Não aguardar a vinda tardia dos homens na UBS; realizar Busca Ativa, Visita Domiciliar e Rastreamento. Fazem parte das ações, o Rastreamento, a orientação e os cuidados para DCNT nas atividades do Novembro Azul e do “Pré-natal do Homem”. Promover o acesso e o acolhimento em abordagem integral, segundo as especificidades da categoria profissional;

2.4.7. Preencher a Ficha de Atividade Coletiva. Preencher a parte de trás da ficha com a identificação do CNS do cidadão e identificar a ação e o procedimento realizado com o resultado (exemplo: aferição de PA, teste de glicemia). Se for realizada consulta fora da UBS, preencher o Registro de Atendimento Tardio (e-SUS). Todos os resultados dos procedimentos devem ser sempre registrados. Preencher as fichas de atendimentos e procedimentos realizados.

Indicador 1: nº de pessoas com aferição de PA \geq 140/90 mmHg detectados em Busca Ativa, Rastreamento, VD e/ou campanha no mês pelos profissionais da UBS na área de abrangência / população da área de abrangência.

Meta: aumentar 10% o nº de diagnósticos de HA a cada mês. Mínimo de 1 Busca Ativa mensal. (e-SUS, Form SUS).

Indicador 2: nº de aferições de PA realizadas no mês / população da área de abrangência.

Indicador 3: nº de pessoas com resultado de glicemia capilar \geq 200 detectados em Busca ativa, Rastreamento, VD e/ou campanha no mês na área de abrangência / população da área de abrangência.

Meta: aumentar 5% o nº de diagnósticos de DM a cada mês. Mínimo de 1 Busca Ativa mensal. (e-SUS, Form SUS);

Indicador 4: nº de homens com diagnóstico de HA realizados no mês / população de homens da área de abrangência.

Indicador 5: nº de homens com diagnóstico de DM realizados no mês / população de homens da área de abrangência.



2.5 Planejar o Atendimento em Grupo de DCNT (AG DCNT)

2.5.1. A gerência deve programar e estabelecer um cronograma de trabalho e um fluxo para que todo paciente, logo após o diagnóstico de uma DCNT, seja agendado para um único AG DCNT;

2.5.2. O AG DCNT consiste em ratificar enfaticamente todas as orientações para FR, MEV, PAP, adesão ao tratamento, que são dadas em consulta médica para os pacientes diagnosticados com DCNT. As orientações são generalizadas e direcionadas a todos;

2.5.3. O AG DCNT deve ser efetivo, esgotar ao máximo, resumindo todas as orientações para a promoção, prevenção e cuidados às DCNT em um único AG DCNT, pois muitos cidadãos não podem retornar à UBS por diversos motivos (trabalho, dificuldade de caminhar, distância etc.). A abordagem é incisiva/enfática, repetitiva, da importância do autocuidado frente aos múltiplos Fatores de Risco (MEV e adesão ao tratamento medicamentoso) para não adoecer e para conter a epidemia de DCNT;

2.5.4. O Atendimento em Grupo de DCNT faz parte do tratamento;

2.5.5. Todos os profissionais planejam o conteúdo do AG DCNT, geral e resumido, com antecedência. O Atendimento em Grupo deve ser conduzido por um profissional com escolaridade universitária que possa replicar todo conteúdo programado, das orientações resumidas, simplificadas, reforçando o autocuidado, o PAP e a MEV e seus FR associados (alimentação, práticas corporais, atividades físicas, ambientes saudáveis, atitudes mentais, afetividade, alcoolismo, tabagismo e outros);

2.5.6. É um único Atendimento em Grupo para a ratificação do autocuidado. Não é um grupo em que se retorna várias vezes. Os profissionais podem organizar de forma que o doente passe antecipadamente pela enfermagem para o MPA e técnicas e procedimentos da rotina (aferição de PA, testes de glicemia, IMC, outros);

2.5.7. O médico deve anotar, listar os pacientes logo após o diagnóstico confirmado de DCNT e entregar para a enfermagem agendar um único AG DCNT como retorno, logo após o diagnóstico de alguma DCNT em consulta médica, em até 3 semanas;

2.5.8. Médicos, na suspeita e em todos os retornos, devem fazer o PAP, anotar em prontuário e entregar o PAP prescrito ao paciente e solicitar o agendamento do “AG DCNT”;

2.5.9. As orientações gerais devem permitir que o autocuidado dos pacientes seja feito de preferência em sua própria casa, com o máximo de independência ao próprio cuidado. Exemplo: o paciente alega vários motivos sociais para não caminhar, uma sugestão seria a caminhada dentro de casa no mesmo lugar; aprender movimentos do liang gong, tai chi, yoga e outros para realizar em casa (ver PAP);

2.5.10. Preencher a Ficha de Atividade Coletiva: “Atendimento em Grupo” e especificar a ação e/ou procedimento na parte de trás da ficha do e-SUS;

2.5.11. A equipe deve verificar junto ao paciente com DCNT, segundo suas condições de vida, se ele pode frequentar os outros grupos oferecidos, encaminhando para a UBS, semanalmente (práticas corporais, atividade física, caminhada em grupo, nutrição, dança circular e outros).

Indicador 1: nº de hipertensos diagnosticados no mês que participaram do atendimento em grupo / pessoas diagnosticadas no mês com HA.

Indicador 2: nº de diabéticos diagnosticados no mês que participaram do atendimento em grupo / pessoas diagnosticadas no mês com DM.

Denominador: total de hipertensos (ou diabéticos) diagnosticados no mês.

Meta: 80% de hipertensos (diabéticos) diagnosticados e que participaram do atendimento em grupo.

Fonte: Ficha de Atividade Coletiva e-SUS

2.6 Planejar campanhas de detecção, educação pública e políticas públicas para DCNT

2.6.1. Programar campanhas de esclarecimento e educação pública em saúde, junto à sociedade civil e junto às outras secretarias. Promover políticas públicas. Divulgar amplamente e repetidamente na mídia;

2.6.2. Promover campanhas de DCNT intersetoriais, intersecretariais, público e privado, para todas as faixas etárias, sexo, cor, também entre os funcionários da própria UBS com ações de promoção e prevenção às DCNT. Crianças e adolescentes são prioritários;



2.6.3. Datas chamativas devem ser utilizadas para estabelecer períodos de campanhas para ações em saúde para DCNT, inclusive com aferição de PA, testes rápidos de detecção de DCNT, IMC, levantamento de queixas e orientações. Campanhas de DCNT: mês de abril, Novembro Azul e outros;

2.6.4. Detecção, avaliação, acompanhamento e orientação de DCNT entre os profissionais da UBS.

2.7 Planejar a integração de trabalho junto a outros setores

2.7.1. DCNT é responsabilidade de todos; de todas as Áreas Técnicas e Programas;

2.7.2. Estabelecer o trabalho integrado local: intersecretarial, intersetorial, interorganizacional, subprefeituras, setores privados e públicos, no meio acadêmico, escolas, universidades, todos os estabelecimentos de educação, organizações civis, associação de moradores, igrejas, comunidade e outras. Encaminhar solicitações para introduzir temas sobre DCNT em cronogramas escolares. Os estabelecimentos de ensino são fundamentais para a educação em saúde para DCNT;

2.7.3. Organizar e programar a articulação intersetorial do território: estratégias conjuntas para as DCNT;

2.7.4. Estabelecer cronograma rotineiro e obrigatório anual com conteúdos de DCNT para crianças em escolas, principalmente do PSE. Crianças e adolescentes devem ser trabalhados de forma especial, pois nesta fase se forma a consciência do que é saudável e como adquirir hábitos e comportamentos, estilo para uma melhor qualidade de vida. Introduzir como tema obrigatório os cuidados com FR e detecção de sinais e sintomas precoces das DCNT em currículo escolar em todas as faixas etárias. Planejar as ações em saúde integradamente com outras secretarias, organizações sociais, comunidade, entidades educativas etc.

Indicador: N° de escolas com orientações para DCNT para todas as crianças / n° total de escolas.

2.8 Planejar o Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) para MEV e medicamentos

2.8.1. É um plano feito entre o paciente, o médico e o enfermeiro com acompanhamento de todos os profissionais de saúde, em um acordo amistoso, no qual se pactua Modificações do Estilo Vida (MEV) diminuindo ou não se expondo aos Fatores de Risco e adotando hábitos saudáveis, gradativamente, sem radicalismo, respeitando as condições de vida, para ser saudável, não adoecer ou não piorar suas condições de saúde;

2.8.2. Autocuidado: a pessoa age para cuidar de sua própria saúde, olha para si, escolhe o seu estilo de vida, assume bons hábitos, procura orientações para seu cuidado, para não adoecer, não piorar doenças e não trazer sérias consequências. Cidadão: o cuidado consigo é sempre integral;

2.8.3. O PAP para as DCNT deve ser feito pelo médico e pelo enfermeiro na primeira consulta (suspeita de DCNT e levantamento de FR para DCNT) e repactuado nos retornos. As abordagens para as DCNT são sempre integrais, em qualquer oportunidade, desde a primeira até a última consulta; perguntar sobre todos os FR/MEV, orientar e pactuar com o paciente as soluções para o problema. Entregar ao cidadão a prescrição, o PAP com as metas estabelecidas mutuamente. Anotar o PAP em prontuário e entregar o PAP prescrito;

2.8.4. O paciente deve sugerir algumas soluções para eliminar os FR, progressivamente, sem radicalismo, em etapas progressivas e considerando o seu próprio contexto de vida: com possibilidades de serem colocadas em prática pelo paciente imediatamente;

2.8.5. O profissional deve perguntar qual o FR a que o paciente está sujeito e qual sua solução, metas e prazos;

2.8.6. A gerência deve estabelecer como realizar a supervisão e o controle por todos os profissionais, identificando um gestor do cuidado, pois o acompanhamento é crônico. Todos os profissionais devem ser responsáveis por supervisionar, controlar, executar as ações e orientar exaustivamente, repetidamente, a promoção e prevenção em saúde do Plano de Autocuidado Pactuado (PAP), MEV, FR e detecção precoce de sinais e sintomas das DCNT;

2.8.7. O PAP deve ser pactuado entre o profissional e o cidadão para adesão ao tratamento (MEV e medicamentoso), apoiado pela equipe de saúde. A responsabilidade do indivíduo com sua própria saúde melhora o vínculo e a adesão ao tratamento;



2.8.8. Tratamentos não medicamentosos são necessários antes, durante e após o adoecimento: são eficazes, fáceis, possíveis de serem realizados. De difícil adesão pela falta do autocuidado, do comprometimento ao cuidado e pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e comportamento;

2.8.9. O autocuidado deve ser enfatizado no trabalho de todos os profissionais de saúde;

2.8.10. A autoavaliação da PA pode ser realizada pelo cidadão, que deve procurar um profissional quando os valores estiverem alterados;

2.8.11. A conscientização (individual ou em grupo) é o principal meio para o sucesso do tratamento das DCNT: pactuar metas individuais que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, orientação para FR e sobre os sinais e sintomas precoces das doenças prevalentes e adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso;

2.8.12. Orientar práticas saudáveis possíveis de serem feitas dentro e fora do domicílio, observando o contexto de vida do cidadão. Os profissionais devem, na medida do possível, ter como objetivo a independência do paciente, com opções que possam aprender e realizar dentro de sua própria casa (caminhar no mesmo lugar, yoga básica, liang gong, meditação e outros).

2.9 Planejar, estruturar e acompanhar a referência e contrarreferência

2.9.1. O paciente com DCNT exige orientações e acompanhamento de saúde continuados e muitos passam por especialistas e internações;

2.9.2. A UBS é a ordenadora e a coordenadora do cuidado integral dos pacientes: a gerência junto à sua equipe deve planejar a gestão do cuidado, de como se fará o acompanhamento dos pacientes em relação às idas e vindas dos atendimentos dos profissionais especializados e às internações. Organizar, supervisionar, controlar o fluxo de acompanhamento e as referências e contrarreferências para outros serviços da AB (AE, CAPS, CECCO, NASF, população de rua), hospitalar e outros;

2.9.3. Planejar e estruturar o cuidado junto a todos os serviços, equipes ou profissionais envolvidos na referência e contrarreferência;

2.9.4. O ACS e os profissionais da equipe de saúde devem orientar, acompanhar e verificar em VD, a referência e contrarreferência dos pacientes. Pacientes de risco devem ter VD mensal ou semanal ou com maior frequência, dependendo da avaliação da equipe gestora do cuidado.

3. PLANEJAR AS OUTRAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA UBS

- Todos os profissionais devem trabalhar nas atividades comuns a toda a equipe de saúde da UBS, respeitando as especificidades da categoria profissional.
- Todos devem ter atitude acolhedora em abordagem integral: desde o segurança, profissionais de limpeza, recepção e multiprofissionais, respeitando as especificidades da categoria profissional. O acolhimento deve ser feito por todos em qualquer oportunidade.
- A equipe deve realizar a abordagem integral para o cuidado longitudinal dos pacientes que necessitam de especialistas e internações, portanto, a equipe deve acompanhar as idas e voltas da referência e a contrarreferência às consultas especializadas e acompanhar a internação e a alta, bem como avaliar a necessidade de mais de uma Visita Domiciliar ao mês.
- Toda a equipe de saúde deve estar atenta, observar e orientar FR, MEV e PAP e a correta adesão ao tratamento medicamentoso, utilizando e otimizando os conhecimentos específicos da categoria profissional.

3.1 Recepção

3.1.1. A recepção encaminha para o acolhimento/escuta inicial, para os procedimentos (avaliação da PA, realização de testes, medidas de IMC, medida da circunferência abdominal e identificação de sinais e sintomas precoces), para os “Atendimentos de Grupos de DCNT” e para a agenda de consulta de enfermagem ou médica, conforme as necessidades do usuário da UBS.



3.2 Agente Comunitário em Saúde (ACS)

- 3.2.1. Cadastrar e atualizar o cadastro territorial e individual: condições de saúde mudam com o tempo;
- 3.2.2. Estabelecer um cronograma de rotina e realizar Busca Ativa nas VD ou outras atividades (programadas ou não) em sua área de abrangência. Observar, identificar e orientar os indivíduos, famílias, moradores e comunidade da área de abrangência expostas a FR e perguntar, levantar queixa ou sintoma e sinal de alerta para alguma doença;
- 3.2.3. Solicitar o apoio da equipe de saúde e/ou encaminhar para triagem na UBS, sempre que necessário;
- 3.2.4. Realizar ações de DCNT (VD, rotina ou programada, Busca Ativa, MPA e Rastreamento). Orientar o indivíduo, a família e as comunidades sobre DCNT. Agendar grupos, acompanhar, orientar e verificar e levantar dúvidas ou queixas quanto à adesão aos tratamentos (MEV, medicamentos);
- 3.2.5. Programar com muita atenção as Buscas Ativas e as VD; solicitar a lista de pacientes diagnosticados com DCNT à enfermagem. Pacientes com DCNT devem ser visitados mensalmente e quando forem pacientes de Alto Risco, tais como as gestantes de risco, as visitas devem ser mais de uma vez ao mês. A frequência de óbitos associados à Hipertensão entre gestantes negras é muito maior do que em outras gestantes;
- 3.2.6. Listar e verificar o comparecimento às consultas, acompanhar pré e pós-internações, as referências e contrarreferências, encaminhar as informações para a equipe responsável pelo cuidado;
- 3.2.7. Promover, planejar, desenvolver e ofertar grupos, opções de espaços e educação para a promoção, prevenção e cuidados em saúde; trabalhar continuamente os FR na área de abrangência, junto com a equipe, comunidade, sociedades organizadas, estabelecimentos de ensino, locais de trabalho, áreas de lazer etc.;
- 3.2.8. Registrar os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde. Garantir o sigilo ético. Manter os dados atualizados nas fichas e no sistema de informação vigente.

Indicador 1: nº de cadastros individuais com pessoas com HA / total de pessoas com cadastro individual.

Indicador 2: nº de cadastros individuais com pessoas com DM / total de pessoas com cadastro individual.

Indicador 3: nº de cadastros individuais com pessoas com DCV / total de pessoas com cadastro individual.

Indicador 4: nº de cadastros individuais com pessoas com DReC / total pessoas com cadastro individual.

Indicador 5: nº cadastros individuais com pessoas com câncer / total pessoas com cadastro individual.

3.3 Auxiliar de enfermagem

- 3.3.1. Realizar a aferição da PA, Monitoramento de PA (MPA) nas atividades de rotina, programadas ou não na UBS e na área de abrangência. Realizar 3 aferições com intervalo de 1 semana, em condições ideais e momentos diferentes. Solicitar a lista de pacientes diagnosticados com DCNT para programação das VD. Para pacientes diagnosticados com HA crônica, realizar o MPA semanal até um mês após a normalização da PA. Encaminhar para a triagem se o valor persistente da PA > 120/80. A aferição da PA por auxiliar de enfermagem é importante para estabelecer o valor individual da PA, principalmente para as pessoas cujo valor é maior durante uma consulta em consultório;
- 3.3.2. Medir o peso, altura e circunferência abdominal em todas as oportunidades, nas atividades de rotina, programadas ou não, na UBS e área de abrangência. Anotar nas fichas (VD, procedimento, Atividade Coletiva etc.) e inserir no sistema de informação;
- 3.3.3. Estabelecer um cronograma de rotina e realizar Busca Ativa, Rastreamento, VD ou outras atividades, programadas ou não, em sua área de abrangência. Observar, identificar e orientar indivíduos, famílias, moradores e comunidades da área de abrangência expostas a FR e observar ou perguntar sobre alguma queixa ou sinal de alerta para alguma doença. Ao detectar FR ou queixas em saúde, agendar uma triagem com o enfermeiro que poderá solicitar o apoio da equipe de saúde, agendar o Atendimento em Grupo, encaminhar para o acolhimento, agendar consulta médica;
- 3.3.4. Realizar VD ou atividade programada para orientar indivíduos doentes (DCNT), mensalmente ou com maior frequência, conforme a necessidade. Orientar sempre FR, MEV, PAP, adesão ao tratamento: cidadão, família e/ou comunidade. Encaminhar para o acolhimento e escuta inicial sempre que necessário;



- 3.3.5. Programar com muita atenção as Buscas Ativas e as VD. As VD que são realizadas mensalmente devem ser feitas com mais frequência para os doentes crônicos de alto risco, tais como as gestantes de risco. A frequência de óbitos associados à hipertensão entre gestantes negras é muito maior do que as outras gestantes. Programar aferição da PA e outras ações em saúde com maior frequência em VD e Busca Ativa;
- 3.3.6. Listar e supervisionar o agendamento, o comparecimento às consultas e os retornos da contrarreferência e pré e pós-internações e encaminhar as informações para a equipe responsável pelo cuidado;
- 3.3.7. Planejar, promover, desenvolver e ofertar grupos, opções de espaços e educação para a promoção, prevenção e cuidados em saúde para as DCNT na área de abrangência da UBS, com a equipe, comunidade, sociedades organizadas, estabelecimentos de ensino, locais de trabalho, áreas de lazer etc.;
- 3.3.8. Cuidar dos equipamentos e solicitar sua manutenção;
- 3.3.9. Supervisionar, acompanhar o fluxo do paciente para as referências e contrarreferências, internações e nas solicitações de exames complementares.

Indicador 1: nº de pessoas hipertensas com PA aferida no mês (fazer uma série histórica).

Indicador 2: nº de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada no mês (fazer uma série histórica).

3.4 Enfermeiro

- 3.4.1. Trabalhar nas atividades comuns a toda equipe na UBS e em toda a área de abrangência;
- 3.4.2. Supervisionar e controlar junto à equipe de profissionais, conforme estabelecido com a gerência, o fluxo das DCNT e dos pacientes;
- 3.4.3. Supervisionar e controlar junto à equipe de profissionais, conforme estabelecido com a gerência, a Busca Ativa, o Rastreamento e as ações na área de abrangência;
- 3.4.4. Realizar triagens e solicitar o apoio da equipe de saúde, agendar o Atendimento em Grupo, encaminhar para o acolhimento ou consulta médica; encaminhar para o especialista (nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros) somente os casos em que a equipe não consiga orientar;
- 3.4.5. Na triagem, o enfermeiro realiza o levantamento do risco para o atendimento. Realizar o acolhimento/escuta qualificada e consulta de enfermagem em qualquer oportunidade (UBS, VD, área de abrangência, outros) (protocolo de enfermagem);
- 3.4.6. Realizar em todas as ações e todas as oportunidades, rotina do acolhimento/escuta qualificada na UBS e área de abrangência: aferição da PA, peso e altura (IMC), testes rápidos, circunferência abdominal e outros que permitam identificar precocemente as DCNT;
- 3.4.7. O trabalho é feito em equipe, de modo que os resultados do MPA e outros procedimentos feitos pela enfermagem devem ser informados ao médico para que seja utilizado nas consultas;
- 3.4.8. Listar, supervisionar e controlar junto a outros profissionais, conforme acordado com a gerência, o agendamento e os fluxos para grupos, consultas, PAP, MEV e outros procedimentos;
- 3.4.9. Estratificar o risco cardiovascular. Supervisionar MEV, PAP e Atendimento em Grupo para as DCNT. Quando necessário, solicitar os exames mínimos estabelecidos nos protocolos segundo a UBS, para agilização do atendimento longitudinal. Supervisionar, prescrever, orientar e reavaliar MEV e PAP. Realizar o exame para avaliação dos pés de diabéticos. Agendar o retorno programado em consulta de enfermagem para as DCNT. Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- 3.4.10. Supervisionar, controlar, planejar e programar junto a outros profissionais, conforme estabelecido com a gerência: o fluxo, as ações, as consultas iniciais e de retorno intercaladas entre as categorias profissionais (MPA, auxiliar de enfermagem, Atendimento em Grupo, MPA, consulta de enfermeiro e médica), e os fluxos de referência e contrarreferência (encaminhamentos e retornos) de pacientes com DCNT;
- 3.4.11. Planejar o fluxo otimizado: Consultório na Rua, CAPS, CECCO, especialidades, hospitalizações, PAI etc.;
- 3.4.12. Inserir toda e qualquer informação em fichas e prontuários eletrônicos.



3.5 Médico

- 3.5.1. Trabalhar nas atividades comuns a toda equipe na UBS;
- 3.5.2. Supervisionar, coordenar, planejar, programar, controlar junto aos demais profissionais, conforme estabelecido com a gerência: as ações de promoção, prevenção, cuidados em saúde, atendimentos e encaminhamentos das DCNT;
- 3.5.3. Realizar a Abordagem Integral ao usuário em qualquer oportunidade, nas ações de promoção e prevenção, MEV/FR, atendimentos e consulta inicial ou de retornos com aferição da PA e estratificação do risco em qualquer local, na UBS, VD ou área de abrangência. Todas as orientações devem ser enfaticamente repetidas durante as consultas;
- 3.5.4. Listar todo paciente diagnosticado com uma DCNT e encaminhar ao final do período para a enfermagem, para que seja agendado o Atendimento em Grupo de DCNT (AG DCNT), o MPA e a consulta de enfermagem. Anotar no prontuário;
- 3.5.5. Fazer o PAP, pactuar com o paciente na consulta inicial e repactuar nos retornos. Anotar no prontuário o que foi pactuado e entregar o PAP prescrito ao paciente. Supervisionar e acompanhar o PAP (MEV/FR e adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso);
- 3.5.6. Planejar e intercalar junto à enfermagem o MPA semanal até um mês após a normalização da PA, as consultas com enfermeiro, Atendimento em Grupo para MEV e outros;
- 3.5.7. O diagnóstico de HA é feito se o valor continuar alterado após 3 medidas em condições ideais. O médico poderá solicitar o apoio da equipe de enfermagem para o MPA a fim de auxiliar na confirmação de valor de PA em condições de menos estresse (Hipertensão do Avental Branco). O trabalho é feito em equipe, os resultados do MPA e outros procedimentos feitos pela enfermagem devem ser informados ao médico para que seja utilizado nas consultas. O médico deve aferir a PA em todas as consultas;
- 3.5.8. Agendar consulta de retorno médico em até 30 a 60 dias, dependendo do risco, para avaliação das condutas. Encaminhar para o especialista (nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, ambulatórios de especialidades e outros) ou Consultório na Rua, CAPS, CECCO, especialidades, hospitalizações, PAI etc., sempre que necessário;
- 3.5.9. Anotar tudo em prontuário;
- 3.5.10. Consultas na área de abrangência: fazem parte das ações médicas preencher o registro de Atendimento Tardio do sistema de informação (e-SUS).

Fonte: Caderno 15, 37 e Protocolo de AB/Condições crônicas não transmissíveis 2017

Indicador 1: n° de pessoas com diagnósticos de HA no mês / total de atendimentos de primeira vez no mês.

Indicador 2: n° de pessoas com diagnósticos de DM no mês / total de atendimentos de primeira vez no mês. (e-SUS)

VI. TRABALHANDO OS FATORES DE RISCO COMUNS ÀS DCNT

1. PLANEJAR A DETECÇÃO DE FR PARA DCNT

- 1.1. A gerência deve fazer o planejamento junto a todos os profissionais de saúde. Promover, planejar tarefas e programar as responsabilidades na execução e no acompanhamento das ações em saúde;
- 1.2. Realizar VD, Busca Ativa, Rastreamento, campanhas, rotinas e outros para observação e detecção de FR;
- 1.3. O tratamento não medicamentoso para as DCNT são as MEV para os FR: são realizados, entregue prescrito ao paciente e anotados em Prontuário Eletrônico nas escutas qualificadas, consultas com enfermeiro e consulta médica em Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) com o cidadão;
- 1.4. O PAP é supervisionado, controlado e orientado por todos os profissionais. O controle do fluxo deve ser acordado pela gerência que pode indicar o enfermeiro ou outro profissional como gestor do caso, para organização e controle dos fluxos para as DCNT;
- 1.5. Todos os profissionais de saúde devem ter olhar atento e perguntar sempre sobre os FR em todas as oportunidades, em todas as ações em saúde dentro e na área de abrangência da UBS;



- 1.6. As ações em saúde para DCNT são de responsabilidade da gerência e de toda a equipe de profissionais, o planejamento deve ter cronograma estabelecido para as ações de promoção, prevenção para todos os Fatores de Risco, MEV e PAP;
- 1.7. A gerência e sua equipe de saúde devem procurar trabalhar os FR para as DCNT em toda área de abrangência, para os residentes e para os frequentadores, realizando ações conjuntas entre secretarias, intersetorialmente, com o público e o privado em nível local;
- 1.8. Desenvolver trabalho para todos os FR, contínuo e com cronograma obrigatório estabelecido intersetorialmente na região, para todas as faixas etárias, sexo, cor, e principalmente para as crianças e suas famílias;
- 1.9. Estabelecer políticas saudáveis em cada nível de saúde. Divulgar amplamente os hábitos saudáveis e FR para as DCNT. Proibir divulgação na mídia, meios eletrônicos, propagandas comerciais sobre produtos não saudáveis ao organismo.

2. MODIFICAÇÕES DO ESTILO DE VIDA (MEV) SÃO TRATAMENTOS NÃO MEDICAMENTOSOS

Ações de promoção e prevenção para todos os Fatores de Risco devem ser planejadas e executadas na rotina, em qualquer atividade da equipe de saúde. Evitando Fatores de Risco diminuímos as morbidades e mortalidades por DCNT. As infecções agudas, principalmente em tempo de grandes epidemias, se instalam facilmente e têm consequências de maior gravidade em pessoas expostas a Fatores de Risco e com DCNT.

- 2.1. Considerar os fatores de adoecimento, ambiente, condições e situações da vida, socioeconômicos, história da pessoa (como ela entende e convive com a sua enfermidade), transtornos mentais como estresse, depressão, raiva, angústia, preocupação, raiva, sentimentos crônicos, espiritualidade, religiosidade, trabalho, relações familiares e sociais, dependências, vulnerabilidades;
- 2.2. Fazer o Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) com o cidadão;
- 2.3. Utilizar técnicas de motivação e tecnologias de mudança comportamental para hábitos saudáveis e adesão ao tratamento, para efetividade do trabalho;
- 2.4. Estar atento em todas as situações e atividades de rotina, à detecção de FR, ao levantamento de queixas, sinais e sintomas precoces e ao acompanhamento efetivo e eficaz do cidadão e paciente;
- 2.5. Agendar um Atendimento em Grupo para orientação de problemas e soluções comuns às DCNT que podem ser otimizadas em grupo. Se o cidadão tiver disponibilidade, encaminhar para os grupos de atividades da UBS ou outros locais de promoção em saúde (nutrição, práticas alternativas, atividade física, outros);
- 2.6. Programar atividades educativas para MEV na UBS e na área de abrangência (VD, Busca Ativa, Rastreamento etc.);
- 2.7. Programar VD, Busca Ativa, Rastreamento, campanhas, grupos e introduzir atividades na rotina dos profissionais da UBS para ações DCNT relacionadas à detecção de FR e sinais e sintomas precoces;
- 2.8. Estabelecer cronograma contínuo para crianças e adolescentes que são alvos primordiais das ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde das DCNT: currículos escolares, temas de DCNT no PSE. A obesidade entre bebês e crianças é problema mundial: acabar com a obesidade infantil. O cuidado à saúde inicia-se mesmo durante a gestação e continua com a criança e o adulto, possibilitando um envelhecimento saudável.

Assembleia Mundial da Saúde (2013): 9 metas globais para a prevenção e controle das DCNT, entre elas a interrupção do aumento do DM e da obesidade e uma redução relativa de 30% na ingestão de sal até 2025. O tratamento de FR das DRC faz parte das estratégias lideradas pelo governo federal para 2011-2022; entre as metas se encontram os associados aos FR e o desenvolvimento da DRC: reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DRC em 2% ao ano; diminuir a obesidade em adultos; aumentar a atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; e reduzir o consumo médio de sal.

3. TODOS OS PROFISSIONAIS: UTILIZAR TÉCNICAS DE MOTIVAÇÃO PARA A "MUDANÇA" DO COMPORTAMENTO NOCIVO COM PARTICIPAÇÃO ATIVA DO CIDADÃO

- **Pré-contemplação.** Fornecer informações; levantar dúvidas e trazer questionamentos; aumentar e fortalecer a percepção acerca dos riscos e problemas decorrentes do estilo de vida e das discrepâncias entre os objetivos pessoais e o comportamento e suas consequências; dar *feedback*.



- **Contemplação.** Evocar as razões para mudar e os riscos de mudar ou não mudar o comportamento nocivo; fornecer apoio e fortalecer a autoeficácia para a mudança.
- **Preparação.** Auxiliar na elaboração e no detalhamento de um plano de ação, principalmente o PAP. Questionar quando, como e onde pretende realizá-lo, como irá se organizar, qual a data de início, quais são as metas e os prazos, quais os obstáculos, quem ou o que o ajudará. Preparar o fluxo das ações.
- **Ação.** Acompanhar, avaliar e pactuar os passos para a mudança, em conjunto, o foco na mudança, os resultados atuais (metas e prazos), a necessidade de adequação, a persistência. Orientar, introduzir, oferecer ações matriciadas programadas e contínuas possíveis de serem realizadas pelo usuário da APS.
- **Manutenção.** Ajudar na identificação dos benefícios do comportamento assumido e na valorização do que está funcionando; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento.
- **Deslizes e recaídas.** Auxiliar a pessoa a renovar os processos de contemplação, determinação e ação, sem tornar-se culpada, imobilizada ou desmoralizada. Avaliar de forma objetiva o fato.

4. FATORES DE RISCO QUE DEVEM SER TRABALHADOS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

- As UBS devem estabelecer indicadores, metas e prazos para as ações em saúde associadas aos FR.
- O médico e o enfermeiro deve fazer o PAP, anotar no prontuário e entregar ao paciente as orientações para os FR, autocuidado e o Pacto com metas e prazos dos cuidados pactuados. Verificar os resultados nas consultas de retorno e repactuar novos cuidados. O acompanhamento das orientações do cuidado é multiprofissional. As programações, planejamento, atividades, orientações e acompanhamentos das DCNT são de responsabilidade de todos os profissionais.
- Introduzir temas obrigatórios sobre DCNT e repetir intensamente as orientações e os cuidados sobre MEV em todos os locais, em entidades de ensino, principalmente em escolas de educação infantil, adolescência, ambientes de ensino de alfabetização de adultos e universitários.
- Estipular metas e prazos pactuados com o cidadão para todas as MEV recomendadas para os FR.
- Planejar e agendar o Atendimento em Grupo para DCNT e agendar o retorno para avaliação do cidadão.
- Cidadãos sujeitos a Fatores de Risco devem ter VD mensal e ser acompanhado pela equipe de saúde. Uma vez com DCNT e/ou paciente crônico com alto risco, as VD devem ser realizadas mais de uma vez ao mês.
- Estabelecer em cada nível de saúde ações contínuas intersetoriais, intersecretariais, público e privado, Campanhas e Políticas em saúde para os FR e hábitos saudáveis associados às DCNT. Estabelecer legislações dificultando o acesso aos produtos nocivos à saúde.

4.1 Sobrepeso, obesidade

- A obesidade aumenta a probabilidade de DM, HA, DCV, AVC, certos tipos de câncer, apneia obstrutiva do sono, osteoartrite e o desempenho reprodutivo. Após quatro anos de seguimento, as pessoas que realizaram MEV apresentaram benefícios: perda de peso, controle glicêmico, capacidade funcional, controle pressórico e aumento do HDL-colesterol;

Fonte: WING, 2010 | GRADE B. Estilo de vida interferem nas DCNT | SBD 2017-2018

- O excesso de peso é responsável por 58% da carga para DM2, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto 7% e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países. A prevalência de sobrepeso e da obesidade aumenta continuamente desde 1974 até os dias atuais entre adultos. No Brasil, o aumento da prevalência de excesso de peso foi de 43% (2006) para 52,5% (2014), a obesidade aumentou de 11,9% para 17,9% predominando entre 35 a 64 anos e em mulheres 18,2% (homens 17,9%);

Fonte: OMS, 2003

- Em um período de 34 anos, a prevalência de obesidade aumentou em mais de 4 vezes para os homens (2,8% para 12,4%) e em mais de 2 vezes para as mulheres (8% para 16,9%);
- Atualmente, o Brasil ocupa o quarto lugar entre os países com maior prevalência de obesidade;



- Município de São Paulo (MSP). Em 2006, a prevalência de obesidade era de 11,3%, e em 2017 passou para 18,5%. O excesso de peso em 2006 era de 44,3% e em 2017 mais da metade dos paulistanos apresentavam esta condição (54,8%); ocorreu um aumento percentual anual de 4,84 na prevalência de obesidade e de 2,15 na prevalência de excesso de peso na população adulta. Para as mulheres, o aumento foi maior para os dois indicadores (obesidade: 5,25% x 3,77%; excesso de peso: 2,75% x 1,75%);

Fonte: Boletim Covisa, 2019

- O aumento do peso está diretamente relacionado ao aumento da PA, a partir dos 8 anos;
- A diminuição de gordura visceral e a redução da circunferência abdominal está correlacionada com reduções da PA e melhora metabólica;
- Obesos têm um risco aumentado em 83% de desenvolver a DRC.

Fonte: IFKF

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Atividades de rotina e na área de abrangência: calcular IMC, circunferência abdominal; pesar e medir a altura na rotina das ações em saúde. Inserir dados no sistema de informação, no prontuário;
2. Diminuir a gordura visceral. Manter IMC < 25 kg/m²; CA < 80cm para mulheres e < 94cm para homens. Inserir os dados de acompanhamento no sistema de informação;
3. Promover legislações, campanhas, políticas públicas para controlar, reduzir e evitar situações, agentes e “ambientes obesogênicos” que propiciam hábitos não saudáveis, principalmente em crianças, como a indústria de alimentos, *fast food*, propagandas e programações de TV, filmes, videogames. O homem urbano é amplamente influenciado pelo ambiente, atualmente considerado obesogênico, pois induz à adoção de comportamentos alimentares e práticas de atividades inadequados, vistos como os principais fatores no desenvolvimento e na manutenção da obesidade;

Fonte: Caisan, 2020

4. Adotar bons hábitos de alimentação, mastigação correta, ingestão de água;
5. As intervenções devem combinar mudanças ambientais e comportamentais;
6. Orientar os passos para uma alimentação saudável, dentro do contexto de vida do cidadão;
7. Supervisionar os indicadores, metas e prazos para diminuição do sobrepeso e da obesidade.

Fonte: MS

4.2 Alimentação e Nutrição

- Em 2015, a prevalência de marcadores de alimentação não saudável entre estudantes do 9º ano do ensino fundamental foi de 41,6% para guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons, pirulitos etc.), 26,7% para refrigerantes e 31,3% para alimentos ultraprocessados salgados (hambúrguer, presunto, mortadela, salame, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote etc.);

Fonte: PNSE, 2015

- No Brasil, houve uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis para alimentos processados, entre meados de 1970 e 2000, acarretando aumento no consumo de gorduras saturadas, sódio e açúcares;

Fonte: The Lancet, 2011

- Em 2016, 80,4% da população com 18 anos não atingiram o consumo recomendado de frutas e hortaliças. Entre < 2 anos, a prevalência dos que comeram biscoitos ou bolos desde o dia anterior à entrevista foi de 60,8% no Brasil. Em relação ao refrigerante ou suco artificial, a prevalência de crianças que consumiram desde o dia anterior à entrevista foi de 32,3% no país;

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013; Vigil, 2016

- O consumo frequente e em grande quantidade de gorduras, açúcar e sal aumenta o risco de doenças como obesidade, HA, DM e doenças do coração;



- MSP: Ocorreu um aumento anual de 2,03% na prevalência do consumo regular de Frutas, Legumes e Verduras (FLV) e de 3,5% na prevalência do consumo recomendado. No consumo recomendado de FLV, o aumento foi de 3,91% para os homens e 3,17% para mulheres. Apesar do aumento do consumo, ainda está muito aquém do desejado;

Fonte: Boletim Covisa

- A dieta adequada pode reduzir a PA: cerca de 6,7/3,5 mmHg.

Fonte: PNAN-MSI 7ª diretriz HA

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Diminuir a obesidade infantil (bebês e crianças). Prescrever o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida. Fornecer refeições saudáveis para crianças nas escolas públicas e introduzir conteúdo para a educação alimentar e promoção e prevenção de DCNT no PSE e estabelecimentos de ensino;

Fonte: Brasil, 2009

2. Estabelecer metas individuais, familiares e comunitárias: em 2013, a Assembléia Mundial da Saúde acordou como meta global a interrupção do aumento do DM e da obesidade e uma redução relativa de 30% na ingestão de sal até 2025;

3. Promover e adotar alimentação adequada e saudável, se possível orgânica. As orientações devem ser introduzidas sem radicalismo, promovendo a adesão do paciente, de acordo com suas condições de vida;

4. Comer três refeições principais completas e saudáveis por dia (café da manhã, almoço e jantar) e alimentos saudáveis nos intervalos (exemplo: frutas);

5. Açúcar livre (refinado, cristal, demerara, mascavo) e produtos que contenham açúcar: reduzir o consumo que idealmente deve ser inferior a 5% da ingestão calórica total para benefícios adicionais à saúde. Açúcares livres são todos os açúcares adicionados aos alimentos ou bebidas pelos fabricantes, cozinheiros ou consumidores, bem como os açúcares naturalmente presentes no mel, xaropes, sucos de frutas e concentrados de sucos de frutas;

Fonte: OPAS, 2019

6. Frutas, legumes e verduras: consumir 3 a 5 porções de frutas, legumes e verduras (aumentar em 3 vezes o consumo médio atual da população brasileira, segundo o Ministério da Saúde). Estabelecer na região, parceiros de trabalho intersetoriais, público e privado; campanhas educativas; políticas públicas e legislações para programas que aumentem a oferta e o consumo de frutas, legumes e verduras. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda cinco porções diárias, pelo menos cinco dias da semana, de frutas, verduras e hortaliças. Atualmente, 23% da população brasileira faz o consumo recomendado pela organização;

7. Consumir leguminosas. São grãos secos como feijões de todos os tipos, lentilha, ervilha, grão de bico, fava. Constituem uma fonte vital de proteínas de origem vegetal. O ano de 2016 foi declarado na 68ª Assembleia Geral das Nações Unidas como o ano Internacional das Leguminosas no mundo. A decisão contribui para o incentivo ao consumo desses alimentos e reforça a importância das leguminosas para além dos benefícios nutricionais, mas também como parte da produção sustentável de alimentos;

8. Reduzir o consumo de carnes vermelhas: quando consumidas em excesso, podem facilitar o desenvolvimento de câncer no intestino (cólon e reto), uma vez que possuem grandes quantidades de ferro heme, nutriente essencial ao corpo, mas que, em excesso, pode ter efeito tóxico sobre as células. Por isso, o seu consumo deve ser limitado a 500 gramas de carne vermelha por semana;

Fonte: INCA, 04.04.2019

9. Evitar gordura saturada: manteiga, leite integral, carne vermelha, banha e outros;

10. Preferir gorduras não saturadas (abacate, nozes, óleos de girassol, soja, canola e azeite);

11. Não consumir alimentos com ácidos graxos trans. Gorduras trans produzidas industrialmente estão contidas em gorduras vegetais hidrogenadas, como margarina e ghee, e estão frequentemente presentes em sorvetes, salgadinhos, alimentos assados, biscoitos, bolachas, tortas e frituras. Os fabricantes costumam usá-las, pois têm uma vida útil mais longa do que outras gorduras; alternativas mais saudáveis podem ser usadas, não afetando o sabor ou o custo dos alimentos. Pode ser encontrado em carnes e laticínios de animais ruminantes, vacas, ovelhas, cabras e camelos;

Fonte: Projeto do 13º General Programme of Work, OMS, 2018 | OMS/OPAS, 2019



12. Não substitua refeições por lanches ou alimentos ultraprocessados (bolacha de água e sal, salgados e torradas);
 13. Café: não consumir em excesso, tem propriedades estimulantes; o ideal é consumir entre 300mg e 500mg por dia (ou três a cinco xícaras de café). O excesso pode provocar dependência e/ou sintomas: insônia, tremores, irritabilidade, inquietação, enxaqueca, vertigens, palpitações, taquicardia e aumento da secreção gástrica (que produz náuseas, dores e vômitos). Mas estudos indicam não provocar câncer;
- Fonte:** CAS/MSIOMS
14. Campanhas educativas, legislações e adoção de impostos para reduzir a ingestão de alimentos ultraprocessados ricos em gorduras, açúcares e sal, e para incentivar a cesta básica saudável e o arroz e feijão como prato tradicional da alimentação brasileira;
 15. Para o autocuidado do cidadão e paciente, as orientações devem ser adaptadas ao contexto de vida de cada pessoa;
 16. Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e, se possível, de produção orgânica e agroecológicos;
 17. Incentivar o cultivo caseiro, orgânico ou não, cuidadoso e sem agrotóxicos;
 18. Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades;
 19. Consumir alimentos *diet* e *light*, quando houver indicação;
 20. Coma regularmente, com atenção, mastigue tranquilamente. Prefira alimentar-se em lugares tranquilos e limpos e na companhia de outras pessoas;
 21. Planeje seu tempo. Distribua as responsabilidades com a alimentação na sua casa. Comer bem é tarefa de todos;
 22. Ao comer fora, prefira locais que façam a comida na hora;
 23. Seja crítico. Existem muitos mitos e publicidade enganosa em torno da alimentação. Avalie as informações que chegam até você e aconselhe seus amigos e familiares a fazerem o mesmo. Preste atenção nos rótulos;
 24. Tomar água nos intervalos entre as refeições e ao realizar atividades físicas.

Fonte: SBH | Cartilha do Estado SP | Guia Alimentar do MS

4.3 Água é indispensável ao funcionamento do organismo

- Beber no mínimo 2 litros de água por dia (6 a 8 copos) entre as refeições: pode variar de acordo com a atividade física e com a temperatura do ambiente. Incentivar o consumo de água, independentemente de outros líquidos;
- Beber água tratada, filtrada ou fervida;
- Idosos não sentem muita sede, estabelecer rotinas, ofertar ativamente e regularmente a eles e às crianças;
- Não devemos esperar a sede para beber água. A sede já significa a desidratação. Deve-se tomar uma quantidade de líquido aumentado para filtrar mais a urina. A falta de água prejudica os rins e origina patologias renais como o cálculo renal (pedra no rim), e tomar água evita que os cristais fiquem muito tempo na urina.

4.4 Consumo de sal

- O consumo excessivo de sódio é um dos principais FR para HA e associa-se a eventos CV e renais;

Fonte: SBH

- O sal retém mais água e faz os rins trabalharem com uma pressão mais alta, levando à doença renal;

Fonte: SBN

- O consumo de sal diário deve ser no máximo de 5g/dia (uma colher rasa de chá por pessoa). O consumo de sal NaCl médio do brasileiro é muito alto (12,6 g/dia). Redução de 2 a 7 mmHg na PAS com redução de 2,4 g sódio/dia e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 1,5 g sódio por dia;

Fonte: SBH

- Limitar o consumo diário de sódio em 2,0g por dia está associado à diminuição de PA.



Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Consumir menos de 2,0 g de sódio por dia, o que equivale a 5 g de cloreto de sódio. Utilizar temperos frescos que dão sabor à comida e diminui a necessidade de sal. Faça e utilize o sal de ervas: bater no liquidificador meia xícara de cada: sal, manjericão, orégano, alecrim, salsinha e colocar em um pote de vidro bem fechado e usar no lugar do sal. Utilizar sal iodado próprio para consumo humano. Não utilizar saleiro na mesa.

Fonte: MS

4.5 Ingestão de álcool

- A ingestão de álcool não é um consumo natural, é um costume introduzido socialmente;
- O consumo habitual de álcool eleva a PA. Estima-se que um aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg. Redução de PAS e PAD de 3,31/2,04 mmHg com a redução de 3-6 para 1-2 doses álcool/dia. Alcoolismo está diretamente relacionado com piora da adesão ao tratamento e pior prognóstico;

Fonte: Caderno 37

- Em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool. Em geral, 5,1% da carga mundial de doenças e lesões são atribuídas ao consumo de álcool;

Fonte: DALYS

- Além das consequências para a saúde, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e econômicas significativas para os indivíduos e para a sociedade em geral;

- É fator causal em mais de 200 doenças e lesões: distúrbios mentais e comportamentais (dependência psicoativa), doenças não transmissíveis graves, doenças hepáticas como cirrose, câncer e DCV, bem como lesões resultantes de violências, lesões fatais (principalmente em jovens), acidentes de trânsito e suicídios; incidência de doenças infecciosas, tais como tuberculose e HIV/AIDS;

- No município de São Paulo, entre 2006 e 2017 houve aumento percentual anual de 2,5 na prevalência do consumo abusivo de álcool na população geral. Em homens houve estabilidade, o resultado foi alarmante em mulheres, com aumento anual de 5,91% no período analisado; em 2006 era de 5,1%, passando para 12,1% em 2017;

Fonte: Vigitel I COVISA

- O consumo de álcool por mulheres grávidas pode causar síndrome fetal do álcool e complicações no parto prematuro.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Não ingerir álcool, caso não seja possível limitar o consumo diário de álcool a 1 dose para mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens (1 dose tem cerca de 14g de etanol, equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada);
2. Organizar ações educativas e de sensibilização, grupos de orientação e acompanhamento: também para familiares e população;
3. Regular a comercialização de bebidas alcoólicas, restringir a disponibilização em estabelecimentos, principalmente os que são frequentados para as compras familiares; impostos sobre o produto;
4. Políticas públicas, legislações para redução do consumo, para não dirigir sob os efeitos do álcool. Proibir marketing de incentivo ao consumo. Reduzir a demanda por meio de mecanismos de tributação e preços;
5. Fornecer tratamento acessível para pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. Encaminhar para NASF, CAPS e CECCO;
6. Ações em saúde e conjunta com outras secretarias para diminuição da violência e de acidentes.



4.6 Tabagismo

- Aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a DCV. É o principal FR para o câncer, causando 22% das mortes a nível global;

Fonte: OMS, 2018

- Fumar um cigarro eleva momentaneamente a PA, e o seu efeito pode permanecer por até 2 horas. Estudos estimam um aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência aos medicamentos anti-hipertensivos, diminuindo o efeito esperado;
- Aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Parar de fumar pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%;
- Em 2012, 14,8% das pessoas acima de 18 anos eram fumantes no Brasil. Entre os homens, 18,1% e mulheres, 12%. Entre aqueles que fumam 20 cigarros ou mais por dia, 5,4% são homens e 3,3%, mulheres. Os homens, em compensação, estão deixando mais o cigarro: 25% se declararam ex-fumantes, enquanto 19% das mulheres afirmaram terem sido tabagistas;
- MSP e tabagismo. Em 2006, a prevalência de fumantes com 18 anos ou mais era de 18,8% e em 2017, 14,2%; a diminuição percentual anual foi de 3,83. A redução percentual anual foi de 5,19 para os homens e 2,73 para as mulheres.

Fonte: Boletim COVISA, 2019

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Cessar tabagismo individual e passivo. Dar continuidade a campanhas, legislações e políticas públicas proibindo ou dificultando o acesso à compra de cigarros, cigarros eletrônicos e narguilé. Educação em saúde, principalmente de crianças e adolescentes.

Indicador: nº de fumantes cadastrados / nº de fumantes na população da área de abrangência da UBS.

Meta: diminuição do nº de fumantes.

Fonte: Caderno 37 MS

4.7 Transtorno mental crônico. Estresse, depressão, sofrimento, baixa motivação, desânimo, ansiedade, raiva, preocupação

- Pessoas com transtornos mentais crônicos podem ser mais expostas aos FR e desenvolver DCNT;
- Pessoas com doenças não controladas são expostas a transtornos mentais crônicos, piorando quanto maior a gravidade e necessidade de cuidados;
- O estresse em geral se associa a outros FR e pode ser muito perigoso. O estresse, agudo e crônico, provoca excesso de atividade do sistema nervoso e pode elevar a Pressão Arterial e o nível de colesterol, bem como estimula o vício de fumar e provoca excessos alimentares. O estresse aumenta em 60% o risco de infarto;
- A depressão é um sofrimento com diminuição da autoestima, frequente em pessoas doentes, em especial com doenças crônicas. As pessoas adultas com DM têm depressão com prevalência pelo menos três vezes maior do que não diabéticos, pois o DM restringe o indivíduo: nutrição restrita, uso contínuo de medicamentos que pode ser injetável, dificuldade em alcançar as metas de controle, discriminação no ambiente social e no mercado de trabalho e incapacidades decorrentes das complicações fragilizam emocionalmente e psicologicamente e comprometem a autoestima;
- Cerca de 50% dos adultos tendem a sofrer de doença mental em algum momento da sua vida; em mais da metade os sintomas são de moderados a graves. 4 das 10 principais causas de incapacidade nas pessoas com 5 anos de idade ou mais se devem a transtornos de saúde mental, e a depressão é a principal causa de todas as doenças que causam incapacidade. Apesar dessa prevalência elevada de doenças mentais, apenas cerca de 20% dessas pessoas procuram assistência médica;
- Pequenas alterações de pensamento, emoções e/ou comportamento são comuns, mas quando essas alterações causam angústia significativa à pessoa e/ou interferem na sua vida cotidiana, elas são consideradas uma doença mental com efeitos duradouros ou temporários, ou um transtorno de saúde mental;



- Pessoas deprimidas ficam desmotivadas para aderir às recomendações e ao Plano de Autocuidado;
- Alguns sentimentos crônicos levam a alterações orgânicas ou hormonais, facilitando a instalação de DCNT.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Avaliar o grau de resiliência e seus fatores, orientar religiosidade, espiritualidade;
2. Promover a afetividade, a amizade e o convívio saudável entre pessoas, família e comunidade são essenciais na abordagem integral do médico, enfermeiro e da equipe de saúde. São causas e consequências importantes de adoecimento;
3. Para Rastreamento de depressão, perguntar: No último mês: 1) Você se sentiu incomodado por estar triste, desmotivado, deprimido ou sem esperança? 2) Você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se a resposta for sim para as duas, investigar a depressão;
4. Programar e encaminhar atendimento e/ou grupos de atendimento: troca de experiências, técnicas de controle e de motivação, orientação, controle do estresse, psicoterapias, práticas de técnicas de meditação, *biofeedback* e relaxamento;
5. Estimular técnicas para promover o convívio saudável, a afetividade e para evitar o estresse, a angústia, a preocupação excessiva, a depressão etc.;
6. Orientar grupos para técnicas respiratórias: redução da frequência respiratória para menos de 6 a 10 respirações por minuto durante 15-20 minutos por dia para promover redução na PA casual. Orientar atividade física e práticas corporais.

4.8 Escolaridade

- Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA autorreferida (31,1%). A proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%); em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2%. Funcionários de seis universidades e hospitais universitários do Brasil apresentaram uma prevalência de HA de 35,8%, sendo maior entre homens.

Fonte: ELSA Brasil

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. O conhecimento é fundamental para formar cidadãos com qualidade de vida e a alfabetização em saúde se inicia junto às crianças que devem agregar os cuidados em saúde e o autocuidado, levando para a vida adulta. As equipes de saúde devem orientar o conhecimento, o autocuidado e apoiar o cuidado em saúde;
2. Ficar atento e orientar o cidadão e o paciente de forma que entenda a importância dos FR, sinais e sintomas e adesão ao tratamento;
3. Incentivar junto às outras secretarias a formação educacional do cidadão. Introduzir temas de DCNT em todos os estabelecimentos de ensino: crianças, adolescentes, universitários, jovens e adultos.

4.9 Histórico Familiar e Doenças Associadas

- Várias DCNT são reproduzidas por descendentes familiares, ou são transmitidas por fatores hereditários ou por hábitos e comportamentos semelhantes de comportamentos e estilo de vida.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Realizar nas ações da equipe de saúde, cadastramento individual pelos ACS, nas Visitas Domiciliares, no acolhimento, consultas médicas/enfermagem, Busca Ativa, área de abrangência: identificar as DCNT no histórico familiar, fatores de risco do cidadão. Perguntar sobre doenças na família ou queixas clínicas;
2. Orientar, trabalhar ações para os FR “transmitidos” por hábitos e comportamentos de risco;
3. Realizar Busca Ativa das DCNT. Na presença de uma DCNT, investigar a presença das outras;
4. Realizar Busca Ativa da DRC, pois a prevenção está diretamente relacionada a estilos e condições de vida das pessoas. Tratar e controlar os FR como DM, HA, obesidade, DCV e tabagismo são as principais formas de prevenir DRC.



4.10 Sedentarismo

- A inatividade física é um dos FR mais prevalentes e a 2ª causa de morte no mundo. Indivíduos ativos apresentam risco 30% menor de desenvolver HA que os sedentários;
- Redução em 58% na incidência do sedentarismo em um período de 3 anos em que os dois principais objetivos da intervenção no estilo de vida foram atingir e manter 7% de perda de peso e manter uma atividade física de 150 minutos por semana. A intervenção no estilo de vida teve boa relação custo-efetividade;

Fonte: Diabetes Prevention Program I SBD, 2017-2018

- Redução de 0,67% na hemoglobina glicosilada (HbA1c) após oito semanas de realização de exercício físico regular, além da redução do peso e dos FR cardiovasculares. Exercícios aeróbicos e resistidos (de força ou carga) reduzem de forma semelhante o nível da HbA1c;

Fonte: SBD, 2017

- A atividade física e o exercício físico aumentam a captação de glicose pelo tecido muscular por mecanismos independentes daqueles mediados pela insulina. O exercício físico regular melhora o controle glicêmico, diminui os FR para doença coronariana, contribui para a perda de peso, melhora o bem-estar, além de prevenir DM tipo 2 em indivíduos de alto risco;

- No município de São Paulo, a prevalência de atividade física no tempo livre entre os paulistanos em 2011 era de 27,5% e em 2017 era de 29,9%. Ao analisar este indicador por sexo, verificou-se maior prevalência de atividade física no tempo livre entre os homens;

Fonte: Boletim COVISA, 2019

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Incentivar a prática corporal e atividade física moderada para toda a população, não havendo necessidade de nenhum exame prévio; e no caso de sentir algum desconforto, procurar orientação profissional. Estimular o corpo humano em sua dinâmica natural, movimentando; o sedentarismo promove doenças;

Fonte: SBD, 2017

2. Recomendar práticas corporais e atividades físicas para a população em geral e para hipertensos e diabéticos;
3. Incentivar e participar de políticas públicas possibilitando o acesso para realização de atividade física para a população: parques próximos das moradias, locais para caminhada, ciclismo e outros. Espaços públicos, inclusive na UBS, devem ser compartilhados possibilitando a realização de práticas corporais e atividade física;
4. O profissional de saúde deve orientar e ensinar as pessoas a realizar práticas corporais, caminhada e atividades físicas de forma adequada para que sejam independentes, autossuficientes e que possam se exercitar segundo suas condições de saúde e de vida, principalmente dentro de sua própria casa. Vários são os motivos para não se exercitar fisicamente: trabalhar muito, chegar tarde em casa, ser cuidador de idosos, deficientes ou crianças; violência nas ruas; espaços inadequados e outros. Inclusive, em períodos de restrição domiciliar, como em grandes epidemias, tal qual a COVID-19, orientar atividades de fácil execução e adaptadas às condições de vida: um bom exemplo é caminhar dentro de casa, no mesmo lugar, movimentando bem os braços ou andar de 4 a 6 passos, virar e andar mais 4 a 6 passos, andar 4 a 6 passos em marcha ré; repetir durante 15 minutos e ir aumentando até 30 a 40 minutos; iniciar de 1 a 3 vezes na semana e ir aumentando gradativamente. Variar o desenho dos passos, ouvir música para diminuir a monotonia ou ouvir música e dançar. Massagear o corpo todo diariamente com auxílio das mãos e dos pés promove a circulação e mobiliza as articulações e os músculos. Estimular e aprender, realizar e adaptar práticas mentais e corporais tradicionais para serem feitas em casa (meditação, yoga, danças, liang gong, alongamentos, caminhadas, tai chi etc.);
5. Participar de grupos de atividades físicas e práticas corporais e de estimulação mental;
6. Reduzir o tempo sentado, levantando-se por pelo menos 5 minutos a cada 30 minutos sentado. Subir escadas;
7. Para pessoas que não apresentem condições de risco, fazer, no mínimo, 30 min/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em 5 a 7 dias da semana. Atividade física é qualquer movimento corporal que aumente o gasto energético (andar na rua, subir escada, fazer trabalhos físicos domésticos, fazer práticas físicas de lazer etc.) e intensidade moderada é a que o indivíduo consegue conversar sem ficar ofegante ou quando se sente ligeiramente cansado;



8. Recomendar treinamento aeróbico para a prevenção e o tratamento de HA, para pessoas que não apresentem condições de risco. Exercícios aeróbicos reduzem a PA casual de pré-hipertensos e hipertensos; reduz a PA de vigília de hipertensos e diminui a PA em situações de estresse físico, mental e psicológico. Modalidades diversas: andar, correr, dançar, nadar, entre outras. Frequência de pelo menos 3 vezes/semana. Ideal 5 vezes/semana. Durante pelo menos 30 min; ideal entre 40 e 50 min.

Fonte: 7ª Diretriz SBH

4.11 Sono

- Um terço dos adultos relata dormir menos de 7 horas por noite. A quantidade insuficiente de sono está associada a muitas doenças crônicas incluindo diabetes, doenças cardíacas, obesidade, depressão e também aos acidentes automobilísticos e de trabalho.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Dormir 7 horas de sono tranquilo, contínuo e repousante.

4.12 Tratamento Medicamentoso Crônico

- A partir de 115 mmHg de pressão sistólica (PS) e de 75 mmHg de pressão diastólica (PD), o risco para eventos cardiovasculares dobra a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo caso;
- O uso irregular da medicação leva a maior risco de efeitos colaterais e complicações: esquecimentos, alteração das doses por iniciativa própria.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. A equipe de profissionais deve perguntar sobre o uso de medicamentos e orientar na medida do possível;
2. Levantar as queixas sempre, identificar as dúvidas e levá-las à avaliação da equipe gestora do cuidado e, se for necessário, agendar a triagem na UBS;
3. Levantar sempre queixas associadas aos medicamentos, pois podem ter efeitos adversos;
4. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da PA em pacientes hipertensas;

Fonte: Caderno 37, MS

5. Uma vez necessário o medicamento, a adesão é importante;
6. Sempre associar a MEV.

4.13 Meio Ambiente: Poluição do Ar e Mudanças Climáticas

- Em 2019, a poluição do ar foi considerada risco ambiental para a saúde pela OMS: 9 em cada 10 pessoas respiram ar poluído todos os dias: indústria, transportes, agricultura, combustíveis ou tecnologias poluentes em ambientes interiores. Poluentes microscópicos podem danificar pulmões, coração e cérebro. FR associados causam morte prematura de 7 milhões de pessoas todos os anos, devido a enfermidades como câncer, AVC e DCV e pulmonares;
- A principal causa da poluição do ar, a queima de combustíveis fósseis, contribui para a mudança climática.

Fonte: OMS, 2019

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Controlar riscos ocupacionais;
2. Reduzir a exposição à radiação não ionizante pela luz solar (UV) e ionizantes (imagemologia diagnóstica ocupacional ou médica);
3. Promover políticas e programar ações pelas áreas técnicas em saúde para problemas ambientais: PAVS, ESF, outros afins;
4. Ambientes livres de poeiras e higienizados são importantes para diminuir o desencadeamento de crises de asma crônica;



5. Diminuir a exposição aos raios solares durante os horários mais nocivos;
6. Diminuir exposição a produtos agrotóxicos.

VII. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AOS ATRIBUTOS DA PESSOA: POPULAÇÃO NEGRA, GESTANTES, SEXO BIOLÓGICO, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E IDOSOS

1. Fatores de Risco e População Negra

- A prevalência autorreferida: negros (24,2%), pardos (20,0%), brancos (22,1%); outros estudos como Corações do Brasil e ELSA-Brasil, confirmam a maior prevalência nesta população: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda; 29,4% na branca e 34,8% nos pretos. A prevalência aumentada das DCNT está estreitamente associada às vulnerabilidades determinadas pela situação socioeconômica da população;

Fonte: PNS, 2013 | Corações do Brasil | ELSA Brasil

- Desenvolvem HA em idade precoce com rápida progressão da doença: maiores valores de elevação de PA, menores taxas de controle, baixa adesão ao tratamento; risco aumentado para complicações graves, como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Hipertrofia Ventricular Esquerda, Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Renal Crônica e necessidade de diálise;
- A população negra apresenta maior prevalência de obesidade, maior sensibilidade ao sal, distúrbios do sistema renina angiotensina aldosterona, maior resposta vascular e maior rigidez arterial.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. A linha de cuidado para as DCNT, tanto no acolhimento como na Busca Ativa pelos profissionais, deve ser reforçada para a população negra, pois tem a maior prevalência de HA;
2. Realizar educação em saúde, abordar o autocuidado, esclarecer dúvidas sobre o a importância do tratamento. Ter especial atenção quanto às MEV e ao TNM, segundo o contexto social do usuário, principalmente a redução do consumo de sal e a perda de peso (sobretudo da cintura e circunferência abdominal);
3. Prescrever o Plano de Autocuidado Pactuado com o usuário: reforçar o autocuidado apoiado.
4. Orientar e acompanhar a adesão ao tratamento: MEV e medicamentoso. Solicitar ao paciente para observar atentamente sintomas ou sinais, também quando estiver tomando medicações, pois alguns medicamentos podem ser melhor indicados do que outros.

2. Gestantes

- HA em gestante quando a pressão ≥ 140 por 90 mmHg em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos 3 ocasiões;
- HA está associada a complicações graves fetais e maternas com risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento é a principal causa de mortalidade materna e responsável por muitas internações em tratamento intensivo.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Mulheres com valores de pressão dentro da meta e acompanhamento regular geralmente tem desfecho favorável. Se o controle é insatisfatório no 1º trimestre, o risco é maior de morbimortalidade materna e fetal. Realizar VD uma vez por semana com MPA;
2. Focar o tratamento em medidas não farmacológicas. Nas formas moderadas e grave, optar pelo tratamento recomendado para gestante;
3. Para mulher em idade fértil com Hipertensão Arterial, avaliar a indicação de tratamento medicamentoso com cuidado. Encaminhar para avaliação especializada.

3. Sexo Biológico

- A prevalência de HA autorreferida foi estatisticamente maior entre mulheres, 24,2%;

Fonte: PNS, 2013



- No município de São Paulo, nascem mais homens do que mulheres e ocorre inversão numérica a partir da faixa etária da adolescência, quando os homens começam a adoecer e morrer em maior número, muitos por DCNT, cujos os FR poderiam ser evitados por MEV. Na faixa etária de 20 a 59 anos, 68% de mortes são de homens e a expectativa de vida é de 7,6 anos abaixo da média das mulheres. 75% das enfermidades e dos agravos da população adulta de homens está concentrada nas áreas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Homens procuram assistência em saúde quando os sintomas são mais graves, complexos, em Pronto Atendimento, hospitalizações ou mesmo identificados nos óbitos;

Fonte: Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem

- Os eixos norteadores do Programa de Saúde do Homem são compostos em sua maioria pelas ações que constam no Protocolo Cuidando de Todos DCNT: 1) A promoção do acesso e acolhimento dentro da UBS e na área de abrangência, a Busca Ativa em espaços “masculinos”, visando maior captação de FR e detecção de sinais e sintomas precoces; 2) Saúde sexual, reprodutiva e a paternidade visando principalmente os cuidados associados à família e à parceria ativa e afetiva do cuidado entre pai, mãe e filhos; os cuidados em saúde incluindo também o cuidado no pré-natal do homem; 3) Agravos crônicos e prevalentes e 4) Os transtornos mentais, acidentes e violência.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Promover as ações dos eixos norteadores do Programa Saúde do Homem em abordagem integral e cuidado contínuo;
2. Realizar Busca Ativa, Rastreamento e campanhas para detecção de FR, os primeiros sinais e sintomas precoces, e doentes para DCNT em espaços onde se concentram os homens: lazer, trabalho, estudos, espaços comunitários etc.;
3. Planejar o pré-natal do homem: ao atender uma gestante, agendar consulta com o parceiro. Homens não costumam procurar a UBS, portanto, realizar Busca Ativa, Rastreamento e VD nos espaços frequentados por eles.

Indicador Programa Saúde do Homem e DCNT: n° de homens com diagnóstico de HA no mês / total de homens atendidos na UBS no mês. **Meta:** Aumentar em 10% ao mês o n° de diagnóstico de HA em homens.

Indicador Programa Saúde do Homem e DCNT: n° de homens com diagnóstico de DM no mês / total de homens atendidos na UBS no mês. **Meta:** Aumentar em 5% ao mês, o n° de diagnóstico de DM em homens.

Pré-natal Homem. n° de homens (parceiros de mulheres diagnosticadas como gestantes no mês) com pré-natal do homem realizados no mês / n° de mulheres diagnosticadas como gestantes no mês, na UBS.

Fonte: e-SUS

4. Idoso | Criança e Adolescente

- A prevalência atual de HA é de 3 a 5%. A prevalência de pré-hipertensão, em torno de 10 a 15%. Esses valores têm sido atribuídos em grande parte à epidemia atual de obesidade infantil;
- Envelhecimento. Há uma relação direta e linear do envelhecimento com a prevalência de HA: aumento da expectativa de vida do brasileiro (74,9 anos), aumento da população de idosos na última década (6,7% para 10,8%); estudos no Brasil mostram prevalência de 68% de HA em idosos;
- O excesso de carga e as posturas inadequadas das crianças e adolescentes são alguns dos responsáveis pela assustadora estatística da OMS: 85% da população mundial adulta sente ou já sentiu dores nas costas e 70% dos problemas de coluna na fase adulta tem como causa o efeito cumulativo do excesso de peso e esforço repetitivo na adolescência;
- A postura corporal incorreta (sentada, posição para ver instrumentos eletrônicos etc.) em qualquer idade causa danos crônicos à coluna vertebral.

Planejar Ações em Saúde, Metas e Indicadores

1. Idosos podem diminuir a capacidade ou mesmo se esquecer dos cuidados e se expor mais a FR. Ações conjuntas com o Programa Saúde do Idoso;



2. Criança: o cuidado à saúde inicia-se mesmo durante a gestação e continua com a criança e o adulto, possibilitando um envelhecimento saudável. A recomendação é de fazer intervenções não medicamentosas; se não houver resposta, em presença de comorbidades, indicam-se medicamentos para reduzir a pressão abaixo do percentil 95% ou 90%. Estabelecer cronograma contínuo de ações com o Programa Saúde da Criança e PSE para as DCNT. O risco de desenvolver DM2 é maior nos nascidos com baixo peso e nos com peso elevado (≥ 4 kg);

Fonte: SBH | SBNI | SBC

3. Crianças não devem carregar mais do que 10% do peso, pois pode causar danos à coluna vertebral, repercutindo também na vida adulta. As mochilas devem ter alças largas (mínimo 4 centímetros). Não carregar com uma única alça, pois pode provocar escoliose. Ajustar as alças para que a mochila fique bem encostada ao corpo, com a base 5cm abaixo da linha da cintura;

Fonte: PL 3673 | SBOT

4. Crianças, adultos, idosos, todos precisam de boas posturas e de movimentação ativa. Estimular, orientar e ensinar para terem como rotina em casa, nas escolas, no trabalho etc.;

5. Analisar a capacidade do autocuidado e das relações de dependência de cuidados de familiares;

6. Valores mais elevados são encontrados em crianças obesas, e que tendem a reduzir com a diminuição do peso. Hipertensão secundária deve ser investigada, principalmente se ausente a obesidade.

Indicador Saúde da Criança e Adolescente: nº de escolas de ensino básico/fundamental da área de abrangência com ações de DCNT/PSE / total de escolas de ensino básico/fundamental da área de abrangência da UBS.

Meta: 100% das escolas da área de abrangência com ações de DCNT.

Fonte: Cadernos 32 e 36 MS

VIII. REALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DA PA - MPA

Pressão Arterial é a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias. Ela depende da força da contração do coração, da quantidade de sangue e da resistência das paredes dos vasos. Para bombear o sangue pelo nosso corpo, o coração faz a **contração** (sístole) que empurra o sangue para as artérias do corpo, e a **descontração** (diástole), quando o sangue volta ao coração.

- Aferir a PA em todas as oportunidades: na UBS, em Busca Ativa, no Rastreamento na área de abrangência. Não se detecta HA sem aferir PA: a HA não causa sintomas durante anos e é causa de DCV (AVC, AVCI e hemorrágico, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica), insuficiência renal, hemorragia retiniana e deficiência visual. O MPA anual é realizado para a detecção precoce dos primeiros sinais da HA;
- A supervisão e o controle do fluxo do MPA do cidadão são realizados pelo enfermeiro. Todos os profissionais são responsáveis pelas ações em saúde;
- Auxiliar de enfermagem: realizar a aferição da PA, IMC e circunferência abdominal e anotar no prontuário ou no procedimento; as informações devem ser vistas na consulta de enfermeiro ou médico. Caso o valor esteja acima do preconizado, confirmar segundo o protocolo, e se tiver queixas clínicas, encaminhar para o acolhimento e escuta qualificada;
- A constatação de um valor elevado de PA em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de HA. O médico realiza uma média de 3 aferições em condições ideais em duas visitas consecutivas no consultório médico e pode solicitar o MPA pela enfermagem. A enfermagem deve realizar MPA com pelo menos 3 medidas em um intervalo semanal para detectar o valor de PA persistente do cidadão; feita principalmente pelo auxiliar de enfermagem e fora do consultório, pois os valores da PA variam dependendo de várias situações, condições ambientais, de estresse, condições orgânicas. Todos os profissionais de saúde devem ficar atentos e perguntar sobre FR e sinais e sintomas precoces e realizar ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde;
- O monitoramento da PA é realizado por toda a equipe multiprofissional capacitada para aferir PA;
- O aumento da PA é um indício de HA e deve ser monitorado e investigado na rotina da UBS;



- Hipertensão Arterial: os sintomas frequentemente aparecem com a alteração de órgãos e sistemas do organismo devido ao aumento da PA, quando ocorre a suspeita. O diagnóstico de HA é realizado em consulta médica. Uma vez detectada a HA, a enfermagem deve realizar o MPA até um mês após a normalização do valor da PA;
- Um indivíduo com hipertensão arterial grave ou prolongada e não tratada apresenta: dores de cabeça, vômito, dispnéia ou falta de ar, agitação e visão borrada decorrente de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração, os rins, DCV, DRC;
- Em algumas faixas etárias, o risco de doença cardiovascular dobra para cada incremento de 20/10 mmHg da Pressão Arterial, começando em até 115/75 mmHg;
- O MPA deve ser iniciado logo após a constatação da PA \geq 140/90 mmHg para confirmação do aumento da PA em consultório médico pelo estresse da consulta; se o risco for alto, a enfermagem deve iniciar imediatamente, e se o risco for médio ou baixo, deve ser feito pelo menos 3 vezes, com intervalo semanal, em condições ideais. Para acompanhamento das condutas médicas, 1 vez por semana até 1 mês após a normalização da PA. Para detecção precoce da HA, monitoramento 1 vez por ano da Pressão Arterial;
- O tratamento da Pressão Arterial Sistólica e da Pressão Arterial Diastólica até que eles estejam abaixo de 140/90 mmHg está associado a uma redução nas complicações cardiovasculares.

Indicador: Pessoas Hipertensas com PA aferida no mês (fazer uma série histórica).

1. QUANDO REALIZAR O MONITORAMENTO DA PA (MPA)

O MPA (MPA/UBS, MPA/BA e MPA/cidadão) pode ser solicitado pelos profissionais da equipe, médico ou enfermeiro. Todos os profissionais capacitados realizam o procedimento de MPA. A aferição da PA pelo auxiliar de enfermagem oferece melhores resultados, evitando a elevação da PA por estresse quando é medida dentro do consultório.

Confirmação de valores de PA.

1. Suspeita de hipertensão arterial sistêmica;
 2. Suspeita de hipertensão arterial do avental branco ou aferições de PA sob estresse;
 3. Acompanhamento de normotensos no consultório com lesão de órgão-alvo;
 4. Acompanhamento de PA controlada, mas com persistência ou progressão de lesão de órgão-alvo;
 5. Auxiliar no acompanhamento da eficácia terapêutica anti-hipertensiva;
 6. Programação de Busca Ativa em área de abrangência para detecção precoce de HA;
 7. Acompanhamento de hipertensos.
- **Médico:** se persistir a dúvida sobre o valor médio da PA do cidadão, após as várias opções de monitoramento da PA (MPA), o médico poderá avaliar a necessidade de se encaminhar para o ambulatório de especialidade.

2. ONDE E QUANDO REALIZAR O MONITORAMENTO DA PA (MPA)

2.1 Monitoramento da PA na UBS (MPA/UBS)

- A recepção pode encaminhar o cidadão para a aferição da PA que é feita anualmente a partir dos 3 anos de idade. Encaminhar o cidadão > 18 anos para a aferição da PA pelo auxiliar de enfermagem;
- Os valores encontrados devem ser anotados nas fichas de procedimento, prontuário e sistema de informação. Valores alterados e/ou queixas clínicas, encaminhar para triagem/acolhimento;
- A aferição da PA deve ser programada em todas as oportunidades, nas atividades de rotina, nas programadas e nas campanhas dentro da UBS, para detecção de valores alterados da PA por profissionais de saúde capacitados em aferir a PA;
- Os médicos realizam a aferição da PA em todas as consultas. Caso se encontre alterada, avaliar a necessidade do MPA, podendo solicitar MPA feito pela enfermagem. Os resultados do MPA devem ser anotados e encaminhados ao médico para serem avaliados na consulta de retorno;



- O cidadão pode realizar sua autoferição com seus próprios aparelhos e no Cantinho Cuidando de Todos: DCNT, nas UBS que os têm. Caso o resultado esteja alterado, procurar orientação do profissional de saúde.

2.2 Monitoramento da PA (MPA) em Busca Ativa (BA) na área de abrangência

- Sem procura, sem Busca Ativa, Rastreamento, campanhas na área de abrangência, VD, atividades programadas nos locais de trabalho, lazer, estabelecimentos de ensino etc., não se muda a epidemia de HA. É um importante procedimento para a detecção, cuidado integral e/ou continuidade do cuidado de pessoas com Pressão Arterial alterada;
- Os valores encontrados devem ser anotados nas fichas de procedimento e prontuário/sistema de informação. Se > 120/70 mmHg e sem sintomas, fazer mais 2 medidas com intervalo de 1 semana, anotar, aferir e acompanhar. Se > 140/90 mmHg, fazer 3 medidas com intervalo de 1 semana e confirmando o valor alterado e/ou queixas clínicas, encaminhar triagem e acolhimento.

2.3 Monitoramento da PA pelo cidadão | Automonitoramento

- A autoferição da PA é realizada por pacientes/familiares, não profissionais da UBS, no domicílio ou anotação autorreferida em Busca Ativa, cujos valores são obtidos no ambiente em que as pessoas passam a maior parte do dia e sem o nervosismo e estresse da presença do profissional de saúde;
- O cidadão pode medir a PA em sua casa, durante 7 dias com 4 medidas diárias: 2 pela manhã e 2 ao fim do dia. Anotar os valores, dia e hora. Estabeleça, como rotina, a meta pressórica, níveis abaixo de 135/85 mmHg. Acima desse valor, o cidadão deve solicitar a aferição para confirmação pelo profissional de saúde da UBS;
- Os profissionais capacitados para aferição da PA devem orientar aos usuários que possuem seus próprios aparelhos como medir e orientar FR. Observar o tipo de aparelho utilizado: manutenção, calibração ou se é semiautomático validado. Orientar e acompanhar as aferições;
- Caso o valor esteja persistentemente alterado, ou em caso de dúvidas, procurar a orientação do profissional de saúde.

3. MONITORAMENTO DA PA/HA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1 Por que Monitorar a PA e a Hipertensão Arterial na infância e adolescência

- É considerada criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade;

Fonte: Lei 8069, 1990 artigo 2º

- Evitar a expansão de uma epidemia de HA e conseqüentes sequelas e mortalidade em crianças e adolescentes que cada vez mais chegam com quadro clínico complexo ou grave em atendimento hospitalar, por causa da HA, cujos FR podem ser evitados por MEV, de hábitos e comportamentos nocivos e se doentes, promovendo o autocuidado apoiado pelo profissional de saúde;
- Nesta faixa etária, a prevalência atual de HA é de 3% a 5% e de pré-hipertensão, em torno de 10% a 15%. Valores atribuídos em grande parte à epidemia de obesidade infantil;
- As UBS coordenam o cuidado do cidadão; tem importante papel na diminuição da epidemia de DCNT com ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde. Acompanham as crianças e os adolescentes no cuidado longitudinal, nas VD, ações da área de abrangência, nas referências e contrarreferências dos ambulatórios de especialidades, hospitais e outros;
- Níveis mais elevados de PA relacionam-se mais frequentemente com a presença de HA de causa secundária. Os níveis de PA no início da vida são preditores dos níveis de PA na vida adulta. Verificou-se que a elevação da PA na infância desencadeia alterações crônicas no sistema cardiovascular, como mudança e aumento da massa do ventrículo esquerdo e aceleração do processo de aterosclerose com aumento da espessura médio-intima da artéria carótida.



3.2 Criança e adolescente

CLASSIFICAÇÃO DA PA E CRITÉRIOS PARA MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO DA PA

Estágio segundo PA	1-13 anos de idade (Percentil: idade, sexo e estatura)	≥ 13 anos (Pressão Arterial)	Monitoramento da PA por profissional capacitado	Retorno em consulta médica na UBS
PA normal	PA > 90 mmHg.	PA < 120 / < 80 mmHg.	Acolhimento e rotina. Para > 3 anos sem queixas, aferir a PA anualmente.	Protocolo do Programa Saúde da Criança.
PA elevada	PA ≥ P90 e < P95 ou PA 120/80 mmHg mas < P95, o que for menor.	PA 120/< 80 mmHg até 129 /<80 mmHg.	Acolhimento e rotina. De 6 em 6 meses até normalizar a PA. Após, anual.	Consultas de 6 em 6 meses. Após, anual.
HA estágio 1	PA ≥ P95 para sexo, idade e altura até < P95 + 12mmHg ou PA entre 130/80 até 139/89, o que for menor.	PA 130/80 mmHg a 139/89 mmHg.	Salas de acolhimento e de 3 em 3 meses até normalizar a PA. Após, anual.	Consultas de 3 em 3 meses. Após, anual.
HA estágio 2	PA ≥ P95 + 12mmHg para sexo, idade, ou altura, ou PA ≥ 140/90, o que for menor.	PA ≥ 140/90 mmHg.	Salas de acolhimento e de 3 em 3 meses até normalizar a PA. Após de 6 em 6 meses.	Consultas de 3 em 3 meses. Após, semestral.

3.3 Monitoramento da PA/HA em crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde

- Conferir o valor persistente da PA; realizar a aferição da PA em 3 ocasiões diferenciadas.
- Se na primeira medida a PA for ≥ P90, deve-se medir mais 2 vezes na mesma visita e calcular a média das 3 medidas. Essa média deve ser usada para avaliação do estadiamento da Pressão Arterial.

Fonte: SBP, 2019

A hipertensão na infância costuma ser assintomática, mas raras vezes pode vir acompanhada dos sintomas de cefaleia, irritabilidade e alterações do sono. Desta forma, recomenda-se aferir a PA nas crianças acima de 3 anos de idade, pelo menos uma vez por ano. Os sinais e sintomas podem sugerir envolvimento de algum órgão ou sistema como os rins (hematúria macroscópica, edema, fadiga) e coração (dor torácica, dispneia aos esforços, palpitação).

Tratamento: primeira opção é a terapia não medicamentosa através de alteração dos FR, dos hábitos alimentares e da prática de exercício físico. Os casos resistentes às MEV ou duvidosos devem ser referendados à Atenção Especializada para identificação de alguma causa secundária e conduta medicamentosa, com seguimento na Atenção Primária à Saúde.

Fonte: SBP, 2019

3.4 Atendimento de Rotina da PA em Crianças e Adolescentes

- A hipertensão primária na faixa etária pediátrica vem crescendo, chegando até a ultrapassar as causas secundárias em alguns centros de referência norte-americanos. Geralmente, a HA primária ocorre em crianças acima de 6 anos, que têm sobrepeso ou obesidade ou história familiar positiva para HA. A gravidade da elevação da PA não difere entre HA primária e secundária. A elevação da PA diastólica está mais relacionada à hipertensão secundária, enquanto hipertensão sistólica parece ser mais preditiva de HA primária;

Fonte: SBP, 2019

- Crianças devem ter suas consultas de acompanhamento realizadas conforme o Protocolo de Saúde da Criança, e crianças com hipertensão devem ser encaminhadas para consulta especializada;
- Realizar ações de Busca Ativa, Visita Domiciliar e/ou Rastreamento para os FR, sinais e sintomas precoces e detecção de obesidade e de doentes não diagnosticados. A Equipe de Saúde da Família deve também, uma vez diagnosticado um paciente hipertenso, orientar o PAP para MEV e adesão do tratamento medicamentoso.

3.4.1 Monitorar PA e condições clínicas de crianças < 3 anos

- Realizar o MPA em < 3 anos em todas as consultas. Retornos seguem o protocolo do Programa Saúde da Criança.



AVALIAR NA ROTINA E AFERIR A PA NAS SEGUINTESS CONDIÇÕES:

- Histórico neonatal: Prematuros < 32 semanas; muito baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino; cateterismo umbilical; outras complicações no período neonatal e antecedente de internação em UTI;
- Doenças cardíacas: Cardiopatia congênita (corrigida ou não);
- Doenças renais: ITU de repetição; hematúria ou proteinúria; doença renal conhecida; malformação urológica; história familiar de doença renal congênita;
- Transplantes: órgãos sólidos; doença oncológica ou transplante de medula óssea;
- Outros: neoplasia; tratamento com drogas que aumentam a PA; outras doenças associadas à HA (neurofibromatose, esclerose tuberosa, anemia falciforme etc.);
- Evidência de aumento da pressão intracraniana.

Fonte: SBP, 2019

3.4.2 Monitorar PA e condições clínicas de crianças ≥ 3 anos

Aferir a PA anualmente ou mais frequente, conforme avaliação. Analisar e orientar sempre MEV.

- A obesidade é importante fator de risco, portanto, calcular IMC e estar atento para glicemia, sinais e sintomas precoces de DCNT;
- Casos sintomáticos (irritabilidade, cefaleia, convulsão atual, dispneia, sinais de insuficiência cardíaca, alterações sugestivas de nefropatia ou uropatias como edema, disúria, hematúria, urina espumosa) devem ser encaminhados para serviços de urgência-emergência;
- O diagnóstico de HA de uma criança ou adolescente se baseia em medida de PA ≥ percentil 95 em 3 visitas em ocasiões diferentes por medida auscultatória.

1. A equipe de profissionais capacitados para aferir PA deve realizar o Monitoramento da PA em crianças e adolescentes nos procedimentos, em acolhimento, escuta qualificada, demais oportunidades e ações de rotina na UBS e em todas as consultas programadas. Encontrando valores de PA elevados ou queixas, encaminhar para o acolhimento, a escuta qualificada ou consulta de enfermagem com nova aferição de PA. Se PA normal, realizar o monitoramento da PA anualmente em ≥ 3 anos;
2. O enfermeiro realiza a supervisão e o controle do fluxo de monitoramento. Todos os profissionais são responsáveis pelas ações em saúde;
3. Confirmar o diagnóstico em consulta médica e em caso de necessidade encaminhar para o pediatra/ nefrologista pediátrico. Na consulta médica, ao se detectar HA, encaminhar ao pediatra em fluxo de referência e contrarreferência bem estabelecido. A enfermagem deve supervisionar e controlar o programa de Monitoramento da PA do paciente;
4. Crianças e adolescentes devem ter agendamento com fluxos de retorno programados em consultas médicas de saúde de família, como pediátrica ou especialidades. Utilizar o prontuário eletrônico e seus relatórios para realizar o acompanhamento programado;
5. O médico deve aferir a PA em consulta e também solicitar o MPA pela equipe multiprofissional para determinar o valor da PA ou para acompanhar alguma condição clínica;
6. Na presença de uma doença crônica não transmissível, verificar a presença de outra.

Monitorar PA de Crianças e Adolescentes acompanhando as Condições Clínicas:

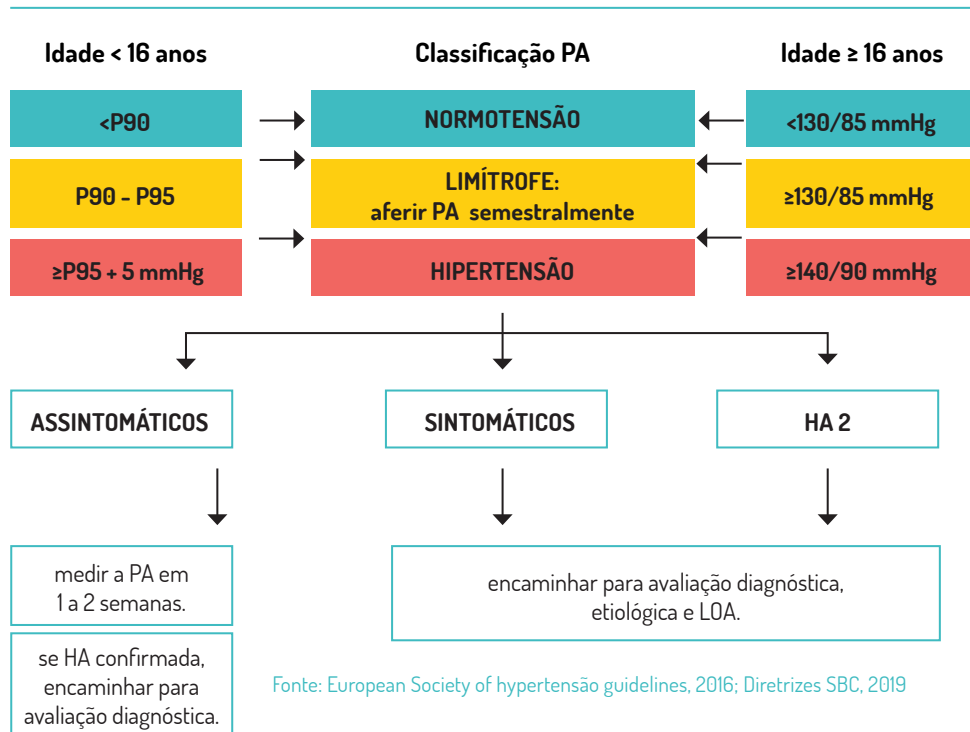
- Obesidade;
- Doença renal;
- Obstrução de arco aórtico ou coarctação de aorta;
- Diabetes Mellitus;
- Utilização crônica de medicamentos reconhecidamente associados à elevação de PA.

Na consulta do médico de família, ao se detectar uma dessas condições, encaminhar ao pediatra em fluxo de referência e contrarreferência bem estabelecido.



Indicador: N° de crianças > 3 anos com monitoramento de PA (aferição de PA) realizados / total de crianças na área de abrangência.

PAS e ou PAD crianças e adolescentes: para confirmar o valor da PA repetir as aferições



IX. PLANEJAR O RASTREAMENTO E A BUSCA ATIVA DE DCNT

- A Busca Ativa para DCNT tem como um dos objetivos a identificação precoce dos FR e detecção precoce de queixas, sinais e sintomas e também de doentes não diagnosticados. O Rastreamento consiste em um conjunto de procedimentos importantes para a saúde pública para detectar e intervir precocemente nos FR, em indivíduos assintomáticos ou com primeiros sinais e sintomas das DCNT, possibilitando o diagnóstico e tratamento precoces, minimizando e evitando complicações;
- “Não buscar” implica em não ter detecção precoce dos FR e primeiros sinais e sintomas de DCNT. Aguardar o cidadão na UBS só fará com que aumente a epidemia, as perdas humanas e necessidades maiores e mais complexas. As DCNT são frequentemente assintomáticas durante longo período; o diagnóstico é tardio, quando são frequentes as complicações;
- Os profissionais das UBS devem realizar a Busca Ativa para FR e perguntar sempre, em qualquer oportunidade, sobre queixas clínicas, sinais e sintomas de DCNT. Monitorar a PA, realizar testes rápidos de glicemia capilar e ações conforme programação;
- Em campanhas e Busca Ativa, sinais e sintomas ou resultados positivos para DCNT devem ser confirmados no acolhimento, escuta qualificada ou consulta médica.

A GERÊNCIA DEVE PROGRAMAR PELO MENOS UMA BUSCA ATIVA/RASTREAMENTO DCNT POR MÊS:

1. A gerência deve supervisionar, otimizar, planejar e estabelecer junto à sua equipe: *checklist* para a Busca Ativa. Todos os profissionais são responsáveis pelas ações em saúde;
2. Repetir exaustivamente: orientações para FR e sinais e sintomas precoces ou instalados das DCNT e a importância do autocuidado, adesão ao tratamento, ao PAP; e instruções como procurar a orientação do profissional de saúde aos primeiros sinais e sintomas de DCNT. O Monitoramento da PA é importante para detecção da PA elevada e acompanhamento do hipertenso;

Fonte: SBH, 2017



3. Sempre anotar e informatizar as ações e os procedimentos (valor de PA, teste de glicemia, IMC e outros) em fichas e em planilhas e encaminhar pelo sistema de informação (e-SUS e/ou FormSUS). As informações não podem se perder, o acompanhamento do doente é crônico;
4. O trabalho de Busca Ativa implica em garantir que o cidadão com FR ou queixa seja encaminhado como referência para a UBS da área de abrangência e que seja recebido pelo profissional da UBS e passe pela triagem ou acolhimento;
5. Realizar Campanhas e Busca Ativa de DCNT em meses comemorativos da saúde, tais como Novembro Azul, Mês da Saúde em Abril (Dia Nacional da Hipertensão, Dia Mundial da Atividade Física, Dia Mundial da Saúde);
6. Na presença de uma DCNT, as outras devem ser observadas e rastreadas;
7. As condições crônicas simples, 70% a 80% dos casos, necessitam de autocuidado apoiado; as condições crônicas altamente complexas correspondem a até 5% dos casos.

Fonte: Mendes, 2012

1. RASTREAMENTO, BUSCA ATIVA, MONITORAMENTO PA I HA E RETORNOS

- Adulto ≥ 18 anos: MPA uma vez ao ano;
- À gerência cabe o planejamento, a supervisão e a programação do trabalho junto à equipe multiprofissional: Busca Ativa, Rastreamento, campanhas, MPA etc.;
- Multiprofissional: orientar em todas as oportunidades MEV e PAP, detectar queixas clínicas e acompanhar doentes crônicos;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem e profissionais capacitados em aferir PA: fazer MPA 1 vez ao ano em pessoas > 3 anos e ≥ 18 anos. Orientar MEV e detectar queixas e os primeiros sinais e sintomas em todas as oportunidades;
- Médicos e enfermeiros: a consulta é integral, isto é, queixas subjetivas, objetivas, avaliação e plano. Prescrever PAP, Atendimento em Grupo para DCNT, MPA semanal com auxiliar de enfermagem até 1 mês após normalizar a PA;
- Ao fazer o diagnóstico de HA, o médico deve solicitar o agendamento programado da consulta de enfermagem;
- Enfermeiros: supervisionar e controlar o fluxo das consultas de retorno intercaladas entre: médico, enfermeiro, MPA auxiliar de enfermagem. Todos os profissionais são responsáveis pelas ações em saúde;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem ou profissional capacitado para aferir PA: MPA uma vez por semana até 1 mês após normalizar a PA;
- Se PA $< 140/90$ mmHg e sem sintomas clínicos, MPA 1 vez ao ano: equipe multiprofissional, principalmente auxiliar de enfermagem;
- Realizar a aferição de PA pelo menos 3 vezes com intervalo de 1 semana.

CLASSIFICAÇÃO DA PA

Classificação	PAS	PAD
PA normal	120 mmHg	80 mmHg
Pré-Hipertensão	121 - 139 mmHg	81 - 89 mmHg
HA estágio 1	140 - 159 mmHg	90 - 99 mmHg
HA estágio 2	160 - 179 mmHg	100 - 109 mmHg
HA estágio 3	≥ 180 mmHg	≥ 110 mmHg
HA sistólica isolada	≥ 140 mmHg	≤ 80 mmHg

HA não controlada: Casos em que a PA permanece elevada mesmo sob tratamento anti-hipertensivo.

HA controlada: Quando, sob tratamento anti-hipertensivo, o paciente permanece com a PA controlada tanto no consultório como fora dele.

Fonte: Manual HAS Estado, 2018



2. RASTREAMENTO E BUSCA ATIVA: DIABETES MELLITUS

Aplicar testes de avaliação do risco de diabetes e pré-diabetes em adultos assintomáticos para DM: o intervalo anual ou de 3 em 3 anos depende sempre dos FR e condições avaliadas:

1. Indivíduos ≥ 45 anos de idade: 3 em 3 anos.
2. Anual ou de 3 em 3 anos, em qualquer idade com sobrepeso ou obesidade (IMC ≥ 23 kg/m²), crianças e adolescentes (IMC $> 85\%$ para idade e sexo, peso para altura $> 85\%$ ou peso $> 120\%$ do ideal para altura), e que apresente algum dos FR (abaixo):
 - Pré-Diabetes;
 - Parentes de primeiro grau com diabetes;
 - Fatores étnicos de alto risco para DM (negros, hispânicos, latinos, asiáticos);
 - História de DCV;
 - Hipertensão $\geq 140/90$ mmHg ou em terapia para hipertensão;
 - Dislipidemia. Nível de colesterol HDL < 35 mg/dL e/ou nível de triglicérides > 250 mg/dL;
 - Mulheres com síndrome do ovário policístico;
 - Inatividade física;
 - Outras condições clínicas associadas à resistência à insulina (por exemplo: obesidade intensa, acantose nigricans, peso baixo ao nascer);
 - Uso de medicações como corticoides, diuréticos tiazídicos e antipsicóticos.
3. Mulheres que tiveram diabetes gestacional ou RN > 4 kg: 3 em 3 anos.
4. Pacientes com pré-diabetes (A1c $\geq 5,7\%$, IGT* ou IFG**) devem ser testados anualmente. Glicemias de jejum entre 100 e 125 mg/dL ou glicemia de 2 horas pós-sobrecarga com 75g de glicose, entre 140 e 199 mg/dL ou A1c entre 5,7% e 6,4%. Qualquer um dos exames positivos confirma o diagnóstico de pré-diabetes.

Fonte: ADA, 2017 | Caderno 36/MS | SBD, 2019

*IGT: Impaired Glucose Tolerance | ** IFG: Impaired Fasting Glucose

INTERVALO: Os FR devem ser sempre questionados e observados em VD, UBS ou outros locais na área de abrangência

1. De 3 a 4 anos para o reteste daqueles pacientes com baixo risco de desenvolver DM e que tiveram resultado prévio indubitavelmente normal, encaminhar para escuta qualificada se houver dúvidas;
2. Para pessoas > 45 anos e para aquelas com FR independentemente da idade;
3. Reteste anual para os pacientes com pré-diabetes ou com FR para desenvolvimento de DM2;
4. As atividades de rastreamento do DM2 devem ser realizadas no ambiente em que a população é habitualmente tratada e em campanhas públicas; observar os critérios de risco para evitar testar pacientes com risco muito baixo ou que já tenham diagnóstico de DM, a fim de não onerar a campanha;
5. Encaminhar e orientar a importância para escuta qualificada para cidadãos com teste positivo;
6. A importância das atividades de Rastreamento e diagnóstico precoce do DM2 não pode ser minimizada em um país como o Brasil, com cerca de 14 milhões de pacientes, dos quais apenas a metade sabe que tem diabetes.

Fonte: SBD, 2017-2018

Se glicemia de jejum > 126 mg/dL realizar confirmação com nova glicemia de jejum para ser diagnosticado como DM, manter controle rigoroso da PA $< 135/80$ para diminuir a morbimortalidade cardiovascular.

Fonte: Caderno 29, MS

Pré DM2

- Glicemias de jejum entre 100 e 125 mg/dL, glicemias de 2 horas pós-sobrecarga entre 140 e 200 mg/dL ou, ainda, HbA1c entre 5,7% e 6,5%. Não caracteriza uma patologia, mas uma condição de alto risco para o desenvolvimento de DM2;



- As medidas de prevenção do DM2 envolvem intervenções farmacológicas e não farmacológicas; as últimas devem ser implementadas sempre e podem ser, eventualmente, associadas a terapias farmacológicas, principalmente nos casos de maior risco ou HbA1c mais elevada (> 6%). As medidas não farmacológicas incluem modificações da dieta alimentar e atividade física, constituindo, portanto, mudanças do estilo de vida. As Modificações do Estilo de Vida reduziram a incidência de DM2 em 58% em 3 anos e em 34% ao longo de 10 anos. A população de mulheres com história de diabetes gestacional, a metformina e a MEV tiveram efeito equivalente, com redução de 50% do risco de evolução para diabetes.

Fonte: SBD, 2017-2018

Testes para Rastreamento de DM2

1. Utilizar qualquer um dos testes, de acordo com o tipo de Rastreamento: glicemia capilar, glicemia de jejum, glicemia de 2 horas pós-sobrecarga ou hemoglobina glicada (HbA1c);
2. Quando mais de um teste é feito, com resultados discrepantes, considera-se aquele que diagnostica o DM2 ou o pré-diabetes;
3. As atividades de Rastreamento do DM2 devem ser realizadas no ambiente em que a população é habitualmente tratada e em campanhas públicas observar os critérios de risco para evitar testar pacientes com risco muito baixo ou que já tenham diagnóstico de DM, a fim de não onerar a campanha;
4. A importância das atividades de Rastreamento e diagnóstico precoce do DM2 não pode ser minimizada em um país como o Brasil, com cerca de 14 milhões de pacientes, dos quais apenas a metade sabe que tem diabetes. Considerar testes de diagnósticos alternativos (teste de glicemia plasmática em jejum ou teste de tolerância oral à glicose), se houver desacordo entre A1c e níveis de glicemia.

Fonte: ADA, 2019 | SBD 2017-2018 | Caderno 29 e36, MS

3. RASTREAMENTO E BUSCA ATIVA: DOENÇA RENAL CRÔNICA

- Profissionais da Atenção Primária devem estar atentos e orientar os Fatores de Risco e detecção de primeiros sinais e sintomas.
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para diagnóstico aprofundado de Doença Renal Crônica.
- Rastreamento anual com dosagem de creatinina sérica e pesquisa de proteinúria. Exames de triagem com tal objetivo devem ser realizados, sobretudo por integrantes de grupos de risco para DRC, que são os hipertensos, diabéticos e parentes de portadores de doença renal de natureza progressiva. Mais recentemente foram incorporados a este grupo, entre outros, os portadores de doenças cardiovasculares, particularmente pelo fato de que a coexistência dessas condições tem repercussões sobre o prognóstico, agravando-o de forma expressiva.

GRUPOS DE RISCO PARA DRC:

- Hipertensos;
- Diabéticos;
- Parentes de portadores de DRC, DM e/ou HA;
- Portadores de Doença Cardiovascular;
- Idosos;
- Obesos.

X. CONSULTA COM MÉDICO E ENFERMEIRO. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DCNT

- Toda consulta é integral, lembrando que os pacientes com DCNT são crônicos e algumas perguntas que não interferem diretamente nas condutas podem ser feitas na consulta de retorno, completando a abordagem integral;
- Os médicos, para as condutas, devem levar em conta não só as evidências científicas, mas a experiência clínica e a pactuação com o paciente, segundo as suas preferências e contexto de vida. Os cuidados devem ser individualizados, levando-se em conta: motivação, risco de hipoglicemia, duração da doença, expectativa de vida, outras doenças e medicações, complicações micro e macro vasculares, aspectos econômicos, e abordagens específicas incluindo a educação, preferências do paciente, efeitos colaterais e custos dos tratamentos prescritos;

Fonte: SND, 2019



- O médico deve aferir a PA em consulta e também solicitar o Monitoramento da PA multiprofissional programado, ou ao se detectar alguma condição clínica;
- A enfermagem deve realizar o acolhimento e a escuta qualificada e supervisionar e controlar o programa de Monitoramento da PA do paciente;
- O médico deve fazer a pactuação do PAP junto com o paciente diagnosticado com DCNT, anotar em prontuário, entregar ao paciente o que foi pactuado. Repactuar a cada retorno em consulta médica;
- O médico deve listar os pacientes logo após fazer o diagnóstico de alguma DCNT e entregar diariamente à enfermagem;
- O médico deve prescrever um agendamento para o Atendimento em Grupo logo após o diagnóstico de DCNT;
- A enfermagem deve supervisionar o MPA, procedimentos e atendimentos segundo o fluxo.

1. ALGUMAS PERGUNTAS ESPECÍFICAS PARA HA E DM

- O protocolo da consulta integral de enfermagem deve ser visto no Protocolo de Enfermagem e o de consulta médica no Protocolo Clínico do Médico;
- Toda abordagem em consulta para DCNT é integral: perguntar sintomas e sinais para as DCNT (HA e DM).

Perguntar em todas as consultas:

- Presença de sintomas e queixas de condições crônicas

- Cefaleia;
- Alterações visuais;
- Déficit neurológico (diminuição da força muscular ou dormência);
- Dor precordial;
- Dispneia;
- Poliúria, polidipsia, perda inexplicada de peso, polifagia;
- Fadiga, fraqueza e letargia;
- Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite;
- Histórico e/ou distúrbios na cavidade oral, como doença periodontal e cárie dentária, serostomia, hipossalivação, distúrbios de degustação; infecção bucal (exemplo candidíase); síndrome de ardência bucal e glossodinia; doenças da mucosa oral, como líquen plano.

- Antecedentes Clínicos:

- Histórico de AVC e/ou IAM;
- Lesão periférica: AIT, HVE, nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática;
- Histórico de HA e/ou DM, dislipidemia.

- Antecedentes Familiares:

- Histórico familiar de evento cardiovascular (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos).

Na 1ª consulta médica, verificar condições socioeconômicas e todos os Fatores de Risco. Nas demais consultas, verificar se houve mudanças.

- **Rede familiar e social:** relacionamento familiar e conjugal, conflitos e afetividade.
- **Condições de moradia, trabalho e exposição ambiental:** tipo de moradia e saneamento, renda, grau de esforço físico, estresse, jornada de trabalho e trabalho noturno e exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos).
- **Atividade física:** tipo, grau de esforço, periodicidade, deslocamento para o trabalho, lazer e PAP.
- **Nutrição:** desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, hábito alimentar, transtornos alimentares e carência nutricional.
- **Tabagismo e exposição à fumaça de cigarro:** fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo, exposição ambiental à fumaça de cigarro; avaliar "parar de fumar".



- **Álcool e outras substâncias psicoativas (ilícitas ou não):** consumo anterior e/ou atual, tratamentos realizados e outros.
- **Outros FR (PAP).**

2. ESTRATIFICAR O RISCO PARA HA E DM CONSIDERANDO OS FATORES DE RISCO

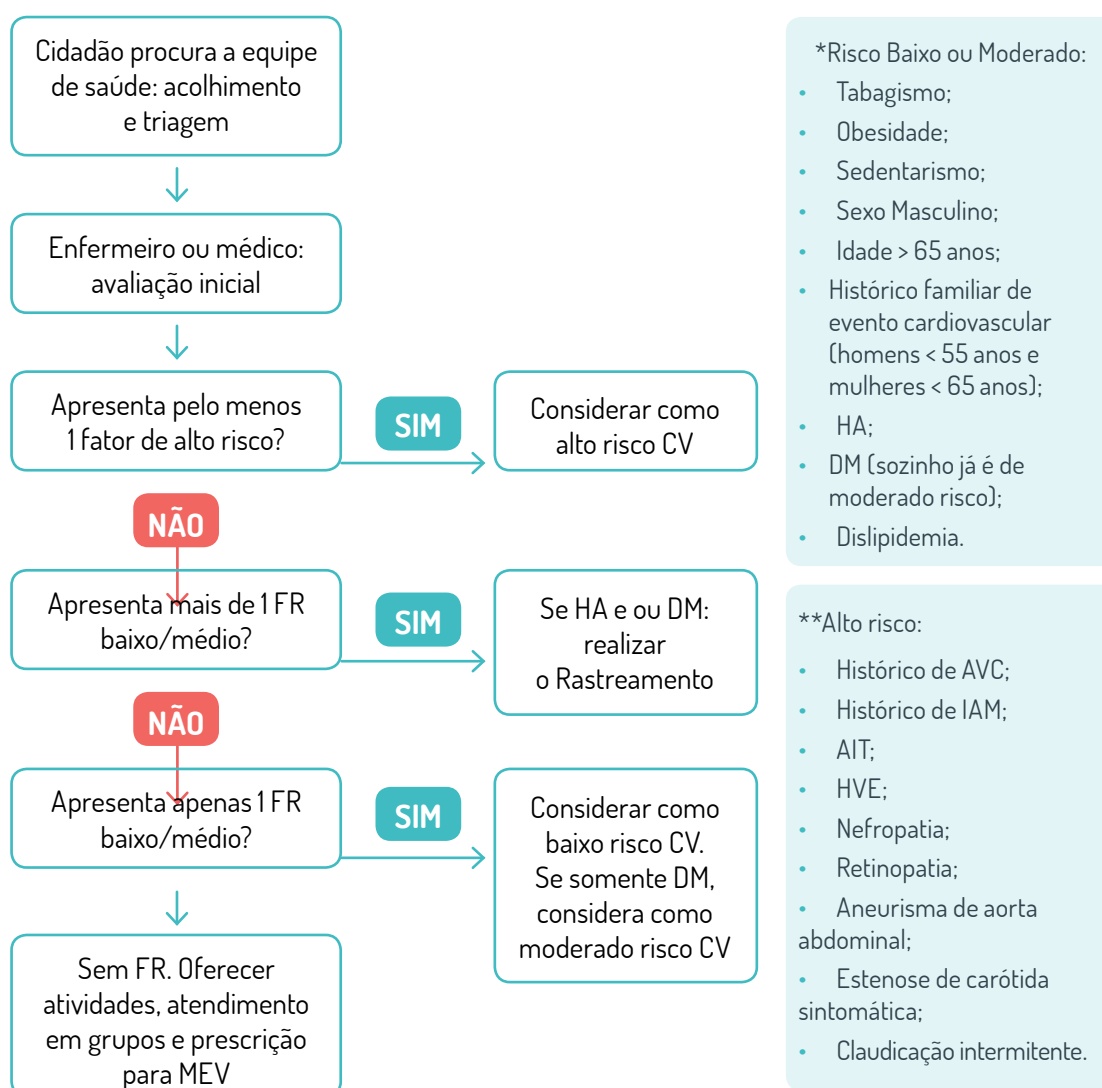
Reconhecer as pessoas segundo o risco, vulnerabilidade para planejamento das ações individuais e coletivas pelos profissionais de saúde.

O médico deve em consulta:

- Confirmar o diagnóstico de HA por medição da PA;
- Identificar FRCV;
- Pesquisar LOAS subclínicas ou clinicamente manifestas;
- Pesquisar outras doenças associadas;
- Estratificar o risco CV global;
- Avaliar indícios de HA secundária.

Para o médico tomar a decisão de iniciar a terapia para hipertensão é necessária confirmação diagnóstica, seguida da estratificação de risco cardiovascular, levando em conta, além dos níveis pressóricos, a presença de Fatores de Risco, de lesões de órgão-alvo e de doenças cardiovasculares.

FLUXO : AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO OU DO MÉDICO: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR (CV) NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



3. PROGRAMAR OS FLUXOS DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS

Os profissionais devem aferir a PA para todo cidadão ≥ 18 anos. Se não apresentar sintomas ou sinais de risco, aferir 3 vezes com intervalo de 1 semana, anotar em prontuário e na ficha de procedimento. Se PA aumentada, agendar a triagem na UBS.

- Estabelecer um gerenciador do cuidado.
- Enfermeiro: supervisionar e controlar o fluxo de retornos dos pacientes, conforme o fluxo abaixo. Programar o fluxo de retorno dos pacientes intercalando com periodicidade programada para cada categoria profissional.
- Cada profissional de saúde deve supervisionar e controlar suas atividades em relação ao fluxo de retornos dos pacientes.
- A gerência deve planejar, supervisionar e avaliar os fluxos, inclusive dos Atendimentos em Grupo junto à sua equipe.
- Todos os profissionais devem orientar e acompanhar a adesão ao tratamento e plano de autocuidado: MEV e medicamento em qualquer oportunidade, dentro e fora da UBS, Visitas Domiciliares, Buscas Ativas e outros.
- Atendimento do enfermeiro: se houver avaliação que descarte a necessidade de mudança de prescrição medicamentosa, poderá renovar até a data da próxima consulta médica.
- Enfermagem. Se HA estágio 3 ou alto risco: iniciar de imediato a MPA, IMC, CA; registrar em prontuário os valores para que todos os profissionais do cuidado tenham acesso.
- Se for encontrada PA $> 140/90$ mmHg na consulta inicial, o médico poderá iniciar a estratificação de risco – segundo os Fatores de Risco – e dar continuidade na consulta de retorno com os resultados de exames. Levantar os FR e iniciar a pactuação com o cidadão, anotar no prontuário o valor da PA e o PAP.
- Uma vez atingida a meta, a gerência deve planejar junto à equipe o cuidado continuado, pois o acompanhamento é crônico.
- O fluxo de retorno para cuidados continuados deve considerar a Estratificação de Risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional, de acordo com os níveis de Pressão Arterial e a presença de Fatores de Risco, Lesões de Órgãos-Alvo e DCV:

	PAS 130 - 139mmHg ou PAD 85 - 89mmHg	HA Estágio 01 PAS 140 - 159mmHg ou PAD 90 - 99mmHg	HA Estágio 02 PAS 160 - 179mmHg ou PAD 100 - 109mmHg	HA Estágio 03 PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg
Sem FR	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 FRs	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 FRs	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – SBC

PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; DRC: Doença Renal Crônica; DCV: Doença Cardiovascular; DM: Diabetes Mellitus; LOA: Lesão de Órgão-Alvo; Verde: Risco Baixo; Roxo: Risco Moderado; Vermelho: Risco Alto



FATORES DE RISCO (FR) CLÍNICOS ADICIONAIS NO HIPERTENSO

1. Sexo Masculino;
2. Idade:
 - Homens ≥ 55 anos;
 - Mulheres ≥ 65 anos;
3. Histórico de DCV Prematura em Parentes de 1º grau:
 - Homens < 55 anos;
 - Mulheres < 65 anos;
4. Tabagismo;
5. Dislipidemia:
 - Colesterol Total > 190 mg/dL e/ou;
 - Lipoproteína de Baixa Densidade - LDL > 115 mg/dL e/ou;
 - Lipoproteína de Alta Densidade - HDL < 40 mg/dL em homens ou < 46 mg/dL em mulheres e/ou;
 - Triglicerídes > 150 mg/dL;
6. Diabetes - Resistência à Insulina:
 - Glicemia Plasmática em Jejum $100 - 125$ mg/dL e/ou;
 - Teste Oral de Tolerância à Glicose $140 - 199$ mg/dL em 2 horas e/ou;
 - Hemoglobina Glicada $5,7\% - 6,4\%$;
7. Obesidade:
 - Índice de Massa Corpórea - IMC ≥ 30 kg/m² e/ou;
 - Circunferência Abdominal - CA ≥ 94 cm em homens ou ≥ 80 em mulheres;
8. Doença Renal Crônica:
 - Microalbuminúria - $30 - 300$ mg/g creatinina ou;
 - Albuminúria > 300 mg/g creatinina;
9. Síndrome Metabólica.

FATORES DE RISCO CLÍNICOS I DCV E RENAL PARA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO

1. Doença Cerebrovascular:
 - AVC isquêmico;
 - Hemorragia Cerebral;
 - Ataque Isquêmico Transitório;
2. Doença da Artéria Coronária:
 - Angina estável ou instável;
 - Infarto do Miocárdio;
 - Revascularização do miocárdio percutânea | angioplastia ou cirúrgica;
3. Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada;
4. Hipertrofia Ventricular Esquerda;
5. Doença Arterial Periférica sintomática dos membros inferiores;
6. Doença Renal Crônica Estágio 3:
 - RFG-e $30-60$ ml/min/1,73m²;
 - Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h;
7. Retinopatia Avançada: Hemorragias, Exsudatos ou Papiledema.



FATORES DE RISCO CLÍNICOS | DCV E RENAL PARA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO

1. Idade;
2. Obesidade;
3. Sedentarismo;
4. Excesso no consumo de sal;
5. Álcool;
6. Fatores socioeconômicos;
7. Baixo peso ao nascer;
8. Medicções (Ex: antiinflamatórios não esteroidais);
9. Diabetes;
10. Tabagismo;
11. Doença Renal Crônica;
12. LDL elevado;
13. HDL baixo;
14. Obesidade Abdominal;
15. Hiperuricemia;
16. Abuso de Drogas;
17. População Negra;
18. Transtornos Mentais (Estresse, Ansiedade);
19. Outros.

Fonte: Adaptado do Manual de HAS do Estado, 2018

Indicador: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre. (Diário Oficial 11/12/2019 MS: Portaria n. 3222 de 10/12/19: indicador do pagamento por desempenho-Previne Brasil)

FLUXOS E RETORNOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

- **(*I)** Consulta Inicial Médica Integral (Abordagem Completa):
 1. Fazer e Pactuar o PAP junto ao paciente, anotar no prontuário, entregar ao paciente;
 2. Prescrever MPA (enfermagem) para todos os pacientes com PA \geq 140/90 durante a consulta;
 3. Iniciar a estratificação, segundo os Fatores de Risco;
 4. Enviar lista de pacientes com diagnóstico de DCNT para enfermagem (procedimentos, MPA, AG DCNT);
 5. Se a PA estiver muito alta e/ou condições de risco: MPA e condutas imediatas;
 6. Agendar retorno em consulta médica: 30 a 60 dias (baixo e médio riscos) e em até 30 dias (alto risco).
 7. Pacientes com Fatores de Risco importantes e/ou com DCNT devem ser acompanhados em VD continuamente. Pacientes de risco devem ser visitados uma ou mais vezes ao mês, dependendo da avaliação.
- **(*II)** Gestão do Cuidado Continuado: Equipe de Saúde:
 1. Atendimento em Grupo para DCNT na 1ª ou 2ª semana;
 2. Enfermagem/Auxiliar enfermagem: MPA semanal até 1 mês após normalizar a PA;
 3. Supervisionar, organizar fluxos, controlar e orientar o paciente (FR, PAP, MEV);
 4. Enfermagem. Se HA estágio 3 ou alto risco: iniciar de imediato a MPA, IMC, CA; registrar em prontuário;
 5. Realizar MPA, IMC, CA, procedimentos para DCNT: equipe/saúde (VD, Busca Ativa, Rastreamento, Rotina etc.);
 6. Registrar todas as informações para que todos os profissionais do cuidado tenham acesso.



- **(*III)** Consultas de Retorno Médico (Integral):

1. Avaliar condutas, exames, repactuar PAP (MEV/FR), receber resultados de MPA e procedimentos/enfermagem;
2. Ratificar o diagnóstico ou confirmar a suspeita e fechar o diagnóstico;
3. Estratificar risco;
4. Conforme o estágio da HA e avaliação de risco, seguir os fluxos *IV, *V ou *VI:
 - **(*IV)** Se HA estágio 1 (PAS 140-159 mmHg ou PAD 90-99 mmHg) sem FR ou Risco Baixo: agendar consultas (abordagem integral) de retorno médico conforme avaliação e agendar consulta de enfermeiro intercalada com a de médico em 30 a 60 dias;
 - **(*V)** Se HA estágio 2 (PAS 160-179 mmHg ou PAD 100-109 mmHg) ou risco moderado: avaliar o risco, agendar consultas (abordagem integral) de retorno médico em até 30 a 60 dias e agendar consulta de enfermeiro intercalada com a de médico em 30 a 60 dias;
 - **(*VI)** Se HA estágio 3 (PAS \geq 180 /110 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg) ou de risco alto: intervenção imediata, avaliar o risco, agendar consultas (abordagem integral) de retorno médico em até 30 dias e outros retornos (depende da avaliação médica). Enfermagem inicia de imediato: MPA, IMC, CA e procedimentos e agendar consulta de enfermagem para 15 dias de orientações, acompanhamento (FR, MEV, PAP, procedimentos).

- **(*VII)** Caso a HA/PA tenha atingido a meta, o acompanhamento é contínuo: Gestão do Cuidado Continuado Anual. A gerência deve planejar junto à equipe de saúde como intercalar o cuidado, que terá uma frequência maior dependendo do risco: auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico.

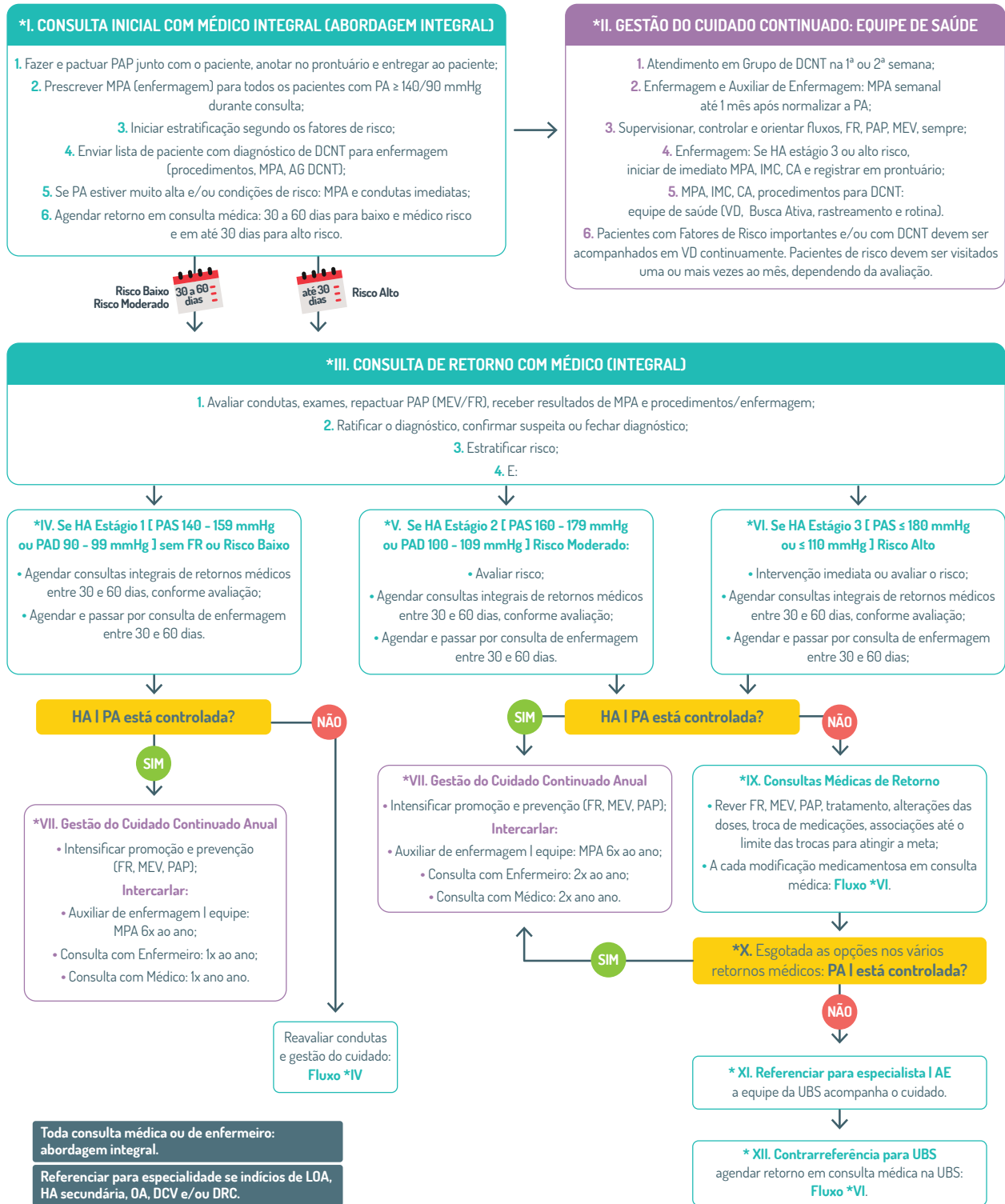
- **(*IX)** Em todas as consultas médicas de retorno: rever FR, MEV, PAP, tratamento, alterações das doses, troca de medicações, associações etc. até o limite das trocas para atingir a meta.

- A cada modificação medicamentosa em consulta médica, retornar conforme o fluxo *VI.

- **(*XI)** Esgotada as opções nos vários retornos médicos sem atingir a meta, encaminhar para a especialidade. A equipe da UBS acompanha o cuidado, portanto, acompanha referenciamento e a contrarreferência com agendamento de consulta de retorno para a continuidade do cuidado na UBS. A equipe gestora do cuidado deve ter uma lista e acompanhar os cuidados dos pacientes referenciados e contrarreferenciados.

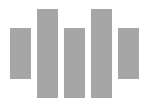


Fluxo de Cuidado Continuado a partir da Consulta Médica Inicial de Cidadão com PA ≥ 140/90 mmHg



Se apresentar sintomas de crise hipertensiva: atendimento imediato.

Levantar sempre queixas: dor de cabeça, dor no peito, falta de ar, dificuldade de enxergar, perda de força muscular e/ou dormência.



4. PRESCREVER O PLANO DE AUTOCUIDADO PACTUADO EM CONSULTA

PLANO DE AUTOCUIDADO PACTUADO: PACTUAÇÃO E REPACTUAÇÃO - EXEMPLO					
Alimentos indicados: naturais, minimamente processados e livres de agrotóxicos					
Recomendações NC = Não Consumir C = Consumir	Como este FR é percebido pelo cidadão?	Meta pactuada com o cidadão	Data de início	Data de retorno para avaliação da meta	Resultado alcançado
1. Sobrepeso e obesidade	Muito gorda	Diminuir 2kg em 1 mês	01.09.2019	30.09.2019	Emagreci 1 kg em 1 mês (50%)
2. Refeições saudáveis principais com tranquilidade, 3 vezes por dia: C	Faço 1 refeição no almoço	1 refeição saudável por dia	01.09.2019	30.11.2019	100%
3. Tomar de 6 a 8 copos de água por dia entre as refeições: C					
4. Frutas, legumes, verduras e leguminosas (feijões, lentilha, ervilha, soja etc.), 3 porções ao dia: C	Não como fruta	Comer maçã 2 vezes por semana			
5. Carne vermelha: reduzir consumo para 500g por semana					
6. Refrigerante e suco artificial: NC					
7. Gordura trans (processados): margarina, gorduras, doces, ghee, assados e salgadinhos: NC Gorduras saturadas: carnes, manteiga, creme, banha e frituras: NC	Compro 2 potes de margarina por mês	Comprar a metade	10.09.2019	30.09.2019	Diminui 20%.
8. Gorduras não saturadas: peixes, abacate, nozes, azeites, óleo soja: preferir, comparada a outras gorduras					
9. Café: sem excesso - 3 a 5 xícaras por dia					
10. Reduzir o sal e o açúcar					
11. Álcool: NC					
12. Tabagismo: NC	2 maços por dia	1 maço por dia	Amanhã	3 meses	Não consegui
13. Sofrimento, desânimo, depressão, motivação, ansiedade, estresse, raiva e respiração ofegante					
14. Afetividade, convivência e espiritualidade					
15. Sedentarismo: andar no mesmo lugar por 30 minutos, práticas corporais em casa ou outra atividade física					
16. Sono tranquilo: 7 horas					
17. Postura Corporal. Excesso de Carga					
18. Adesão medicamentosa					



1. Avaliar e perguntar ao cidadão/paciente:
 - Qual a percepção que tem sobre os FR aos quais necessitam evitar ou eliminar?
 - Como o cidadão pode melhorar cada FR ao qual está submetido?
2. Pactuar as sugestões do próprio cidadão: autocuidado. Estabelecer metas pactuadas com data de início e período para avaliação das metas e resultados alcançados;
3. Considerar sempre o contexto de vida da pessoa para a pactuação;
4. Fazer, anotar no prontuário, prescrever e entregar a pactuação ao paciente;
5. Revisar o PAP em cada consulta e repactuar estabelecendo novas metas e ir eliminando aos poucos os FR, até atingir boas metas e seguir acompanhando o tratamento não medicamentoso (MEV) e medicamentoso;
6. O gestor do caso deve acompanhar e supervisionar o PAP junto aos profissionais da equipe;
7. Todos os profissionais devem acompanhar e orientar o PAP em qualquer oportunidade;
8. O Plano de Autocuidado Pactuado deve ser pactuado e repactuado obrigatoriamente pelo médico em consultas e pode ser utilizado, complementarmente, como conceitos a serem trabalhados pelos profissionais no Atendimento em Grupo, nos Grupos, nas Visitas Domiciliares, em outras atividades e até mesmo pelo próprio cidadão no seu autocuidado.

XI. MÉDICOS E ENFERMEIROS: DETECTAR SINAIS E SINTOMAS PRECOSES DAS DCNT

Todo cidadão com queixas ou sinais e sintomas precoces deve ser encaminhado para triagem e consulta.

1. DETECTAR SINAIS E SINTOMAS PRECOSES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

- Ficar atento e detectar sinais e sintomas precoces de HA.
- O médico da atenção primária à saúde, médico da família, tem como atribuição realizar ações de promoção, prevenção e cuidados de atenção primária para as DCNT, podendo, conforme avaliação, encaminhar ao ambulatório de especialidades para averiguação aprofundada ou de investigação diagnóstica das DCNT.
- A PA alta é um sinal de alerta para a Hipertensão. Aferir a PA de rotina.
- HA cronicamente não causa sintomas durante anos. É FR e causa de DCV (insuficiência cardíaca, coronariana, AVC isquêmico e hemorrágico, doença vascular periférica), DRC, insuficiência renal, hemorragia da retina e deficiência visual.
- Os sintomas frequentemente aparecem com a alteração de órgãos e sistemas do organismo, quando então o diagnóstico é realizado. Em algumas faixas etárias, o risco de DCV dobra para cada aumento de 20/10 mmHg da Pressão Arterial, começando em até 115/75 mmHg. O tratamento da Pressão Arterial, até que estejam abaixo de 140/90 mmHg, está associado a uma redução nas complicações cardiovasculares.
- **CRIANÇAS E ADOLESCENTES:**
 - Equipe multiprofissional: perguntar sempre se tem queixas, sintomas e quadros associados. A doença é silenciosa, daí o perigo, pois os sinais e sintomas aparecem tardiamente, quando as complicações estão instaladas.
 - Na presença de queixas, sintomas, sinais e doenças (cardíacas, vascular, renal, endócrina etc.) agendar consulta médica.

Fonte: Caderno 29 e 37, MS | Protocolo AB/DCNT/MS 2017

1.1 Criança Maior

- Irritação frequente, convulsões, tonturas, falta de ar;
- Pneumonias de repetição;
- Doença cardíaca;



- Atraso de crescimento (alerta: doença grave);
- Cefaleias, enxaquecas e zumbido;
- Urinar durante o sono após os 5 anos;
- Visão embaçada;
- Sangramento nasal;
- Apneia do sono;
- Sobrepeso ou obesidade;
- Uso de drogas: ilícitas; cafeína, medicações (descongestionantes, AINH, déficit de atenção ou hiperatividade, esteroides contraceptivos hormonais, antidepressivos tricíclicos, anfetaminas, cocaínas etc.).

1.2 Recém-Nascido

- Irritabilidade, convulsões, pneumonias de repetição, doença cardíaca.

2. DETECTAR SINAIS E SINTOMAS PRECOSES DE DIABETES MELLITUS

2.1 DM Tipo 1

- Frequentemente, em crianças e adolescentes, o início pode ser abrupto. Pode ocorrer em adulto, lentamente.
- Polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso: são mais agudos no DM1. Cetoacidose pode ser o 1º sintoma, principalmente em presença de estresse ou infecção aguda. Desidratação e peso normal, mas sobrepeso e obesidade não descarta.

2.2 DM Tipo 2

- Prevalência maior, 90 % dos casos e são geralmente em adultos. Cada vez mais frequente em crianças e jovens.

Fonte: WHO

- Assintomático por muito tempo, o diagnóstico é tardio, geralmente pela complicação tardia (proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica), ou então por infecções de repetição. Pode ter polidipsia, polifagia e emagrecimento inexplicado e progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo.
- Está associado a FR comuns às DCNT: histórico familiar, principalmente excesso de peso corporal e inatividade física. Em pelo menos 80% a 90% dos casos se associa ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica.

2.3 Sintomas menos específicos de DM

- Fadiga, fraqueza e letargia;
- Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
- Prurido vulvar ou cutâneo, inflamações da mucosa que reveste a glândula.

2.4 Complicações Crônicas DM

- Câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores. Amputações de membros inferiores são eventos sentinela, influenciados por diversos fatores (controle glicêmico, pressórico, tabagismo etc.) e dependem do acompanhamento e do autocuidado.
- Dificuldade de esvaziamento da bexiga/retenção de urina, infecções urinárias. Alterações no sistema musculoesquelético, digestório, função cognitiva e mental, além de ser associado a diversos tipos de câncer.
- Catarata; Doença Coronariana Aterosclerótica, Doença Cerebrovascular, como infarto agudo do miocárdio, AVC, doença vascular periférica; cegueira e infecções repetidas.

2.5 Morbidades associadas

- HA, DCV, DRC. Verificar associação com medicamentos. Pode estar associado à tuberculose ou hanseníase;
- HA é 2,4 vezes mais frequente nos indivíduos com DM, chegando a ser 3,8 vezes > nos indivíduos < 44 anos de idade.

Fonte: SBD, 2017-2018



3. DETECTAR SINAIS E SINTOMAS PRECOSES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Como outras DCNT o início é insidioso, e frequentemente o paciente procura assistência médica com sinais e sintomas complexos.

3.1 Ataque Cardíaco

- Dor ou desconforto no centro do peito ou braços, ombro esquerdo, cotovelos, mandíbula ou costas;
- Dificuldade em respirar ou falta de ar; suor frio, palidez;
- Sensação: enjôo, vômito, desmaio, tontura;
- Mulheres são mais propensas: falta de ar, náuseas, vômitos e dores nas costas ou mandíbulas.

3.2 Acidente Vascular Cerebral

- Fraqueza ou formigamento na face, braço ou perna, especialmente unilateral;
- Confusão, alteração da fala ou compreensão; alteração da visão (um ou ambos olhos);
- Alteração do equilíbrio, coordenação, tontura ou alteração no andar;
- Dor de cabeça súbita, intensa, sem causa aparente;
- O atendimento em até 4-5 horas do início dos sintomas diminui sequelas em AVC isquêmico.

3.3 Insuficiência Cardíaca VE

- Dispneia e fadiga, geralmente com esforço; diminui no repouso. Piorando, pode evoluir durante o repouso e à noite, às vezes com tosse noturna. Apneia do sono são comuns;
- Comumente dispneia logo após ficar em posição supina, melhorando ao sentar (ortopneia);
- A dispneia paroxística noturna acorda o paciente várias horas após ter se deitado e melhora depois de 15 a 20 minutos sentado;
- IC grave: alternância periódica da respiração com período curto de aumento (hiperpneia, quando repentina pode despertar o paciente) e período curto de ausência (apneia): Pode ocorrer de dia ou à noite;
- Irritabilidade crônica, alteração do desempenho mental.

3.4 Insuficiência Cardíaca VD

- Edema de tornozelo e fadiga;
- Às vezes, plenitude em abdômen ou pescoço;
- Desconforto no quadrante superior direito do abdômen e congestão do estômago e intestino podem causar saciedade precoce, anorexia.

3.5 Sintomas menos específicos de Insuficiência Cardíaca

- Sensação de desfalecimento relacionada à postura;
- Membros frios;
- Noctúria e diminuição da micção durante o dia;
- Definhamento da musculatura esquelética. Perda de peso excessiva (caquexia cardíaca: sinal preocupante associado à mortalidade elevada);
- Idosos podem ter: confusão, delírios, quedas, diminuição funcional repentina, incontinência urinária noturna ou distúrbio de sono, alteração de cognição e depressão.

3.6 Hipertrofia Ventricular Esquerda

- Sintomas surgem entre 20 e 40 anos, relacionada à esforço. Fadiga é mais raro;
- Dor torácica semelhante à angina típica; dispneia, palpitações;
- Síncope (marcador de aumento do risco de morte súbita).

Fonte: SBDCB



4. DOENÇA RENAL CRÔNICA: CARACTERÍSTICAS, SINTOMAS E SINAIS

- Disfunções renais costumam ser silenciosas. Algumas pessoas sequer desconfiam que possam estar doentes. O sinal mais eficiente para se diagnosticar precocemente as alterações do rim é através da dosagem da creatinina.
- Urinar bem não é sinal de saúde renal. O controle de água corporal é apenas uma das inúmeras atribuições dos rins. Mesmo intoxicados, eles conseguem urinar sem maiores problemas. A redução do volume urinário é uma reação tardia e indica gravidade. A insuficiência renal crônica não costuma causar sintomas até fases bem avançadas da doença. O fato de não sentir dor nos rins, não significa nada. Em geral, o rim só dói na presença de cálculo ou infecção.
- Qualquer indivíduo com risco de desenvolver doença renal deve dosar a creatinina sanguínea. Isto inclui pessoas que apresentam Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, rins policísticos, glomerulonefrite, uso crônico de anti-inflamatórios, infecção urinária, cálculos renais de repetição, inchaços sem causa definida, insuficiência cardíaca, sangramentos pela urina etc.

4.1 Ficar atento e perguntar sobre fatores de risco para DRC

- História familiar DRC;
- HA;
- DM;
- Histórico de DRC ou Doença Renal Genética;
- DCV (doença coronariana, AVC, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);
- Tabagismo;
- Uso de medicações tóxicas;
- Idosos;
- Uso de agentes, medicações nefrotóxicos;
- Obesidade;
- Exame de urina com alteração renal (creatinina);
- Enfermidades sistêmicas;
- Infecções urinárias de repetição;
- Pedras nos rins;
- Doenças urinárias;
- Mulheres grávidas;
- Crianças com < 5 anos com doenças renais ou sistêmicas;
- Tumores e traumas medulares;
- Malformação congênita do trato urinário;
- Recém-nascidos de baixo peso e prematuros, principalmente prematuros extremos.

Fonte: Adaptado para o MSP: MS DRC, SBN

4.2 Sintomas

A progressão lenta da doença permite que o organismo se adapte à diminuição da função renal. Por isso, muitas vezes a doença não manifesta sintomas até que haja um comprometimento grave dos rins. Nesses casos, os sinais são:

- Aumento do volume e alteração na cor da urina; incômodo ao urinar;
- Inchaço nos olhos, tornozelos e pés;
- Dor lombar;
- Anemia; fraqueza; enjoos e vômitos;
- Alteração na Pressão Arterial;
- Nas crianças: ficar atento para as infecções urinárias de repetição, deficiências de crescimento e doenças renais na família.



XII. ORIENTAÇÕES GERAIS DE COMO AFERIR A PA

- Uma medida não é suficiente para estabelecer o valor da PA; aferir em pelo menos 3 ocasiões diferentes com intervalos de pelo menos 1 semana. O ACS deve realizar o acompanhamento do Monitoramento da PA (MPA) no domicílio. Estabelecer fluxo e intercalar as aferições entre os profissionais, conforme a categoria profissional: realizar medições em situações diferenciadas para melhor definir os valores pressóricos, procurando eliminar ao máximo situações de estresse.
- Realizar a 1ª aferição em ambos os braços, anotando o maior valor encontrado. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência. Se houver diferenças de pressão > 20/10 mmHg para as pressões sistólica e diastólica, respectivamente, encaminhar para o enfermeiro.
- Investigar doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20 mmHg - sistólica e 10 mmHg - diastólica.
- Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas e sugere-se o intervalo de um minuto entre elas. A média das duas últimas medidas deve ser considerada a PA real. Atualizar as 2 aferições com intervalo de no mínimo 1 minuto e considerar a média; se a diferença for mais de 5 mmHg, medir novamente.

Fonte: Protocolo Estado, 2011

- Cerca de 20% dos usuários apresentam Hipertensão do Avental Branco (HAB): acentuada discrepância entre os achados no consultório e em outros ambientes, geralmente a PA elevada e persistente sem lesão de órgãos-alvo, sem sintomas de hipotensão postural. Realizar MPA multiprofissional para confirmação do valor: Monitoramento da PA/UBS (MPA/UBS), na Busca Ativa (MPA/BA) e pelo cidadão (MPA/cidadão).
- Hipotensão ortostática (redução da PAS > 20 mmHg ou da PAD > 10 mmHg) deve ser suspeitada em pacientes idosos, diabéticos, disautonômicos e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva: medir a PA com o paciente de pé, após 3 minutos.
- Anotar sempre e inserir no prontuário, sem arredondar os valores. Anotar o braço em que a medida foi realizada.
- Utilizar esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos: validados e calibrados anualmente (INMETRO), com manguito adequado à circunferência do braço (adultos e crianças). A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento envolver pelo menos 80% do braço.

Fonte: SBH | SBC | SBN, 2010 | MS, 2017

1. PREPARO DO INDIVÍDUO PARA MEDIR A PA

- 1.1 Explicar o procedimento e dúvidas ao paciente;
- 1.2 Deixar o cidadão em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. Não conversar durante a medição;
- 1.3 Certificar-se de que o paciente NÃO apresenta estas condições: bexiga cheia; prática de exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingestão bebidas de alcoólicas, café ou alimentos há pelo menos 30 minutos; uso de cigarro nos 30 minutos anteriores;
- 1.4 Posição: sentado, dois pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- 1.5 Braço: altura do coração, apoiado, palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear;
- 1.6 Para estimar a pressão sistólica, palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, depois, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente;
- 1.7 Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos em diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeita.

Fonte: DCNT/AB/SMS/Adaptado da Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2016



2. VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- A técnica preferencial de medida é a auscultatória.

Fonte: SBP, 2019

- Para alinhar as diretrizes pediátricas com as de adultos e facilitar a conduta terapêutica e a transição de adolescentes mais velhos com PA elevada e HA, a partir de 13 anos, os níveis de PA de adultos já podem ser adotados. Esse corte arbitrário em 13 anos deve ser analisado individualmente. Considera-se que, além da idade, deve ser levado em conta o estágio puberal da criança. Nas últimas diretrizes europeias, esse ponto de corte foi feito para adolescentes acima de 16 anos.

Fonte: Departamento Científico de Nefrologia, SBP

PA	Classificação
PA < P90 para sexo, idade e altura	Normotenso
PA ≥ P90 e < 95 para sexo, idade e altura	PA elevada
PA ≥ P95 para sexo, idade e altura	Hipertensão
PA até P95 + 12 mmHg	Hipertensão 1
PA ≥ P95 + 12 mmHg para sexo, idade e altura	Hipertensão 2

Fonte: SBP, 2019

QUADRO1: VALORES ESTIMADOS DE PRESSÃO ARTERIAL (PA) APÓS 2 SEMANAS EM RECÉM-NASCIDOS DE 26 A 44 SEMANAS DE IDADE PÓS-CONCEPÇÃO

Percentil PA	PAS			PAD		
	50	95	99	50	95	99
44 semanas	88	105	110	50	68	73
42 semanas	85	98	102	50	65	70
40 semanas	80	95	100	50	65	70
38 semanas	77	92	97	50	65	70
36 semanas	72	87	92	50	65	70
34 semanas	70	85	90	40	55	60
32 semanas	68	83	88	40	55	60
30 semanas	65	80	85	40	55	60
28 semanas	60	75	80	38	50	54
26 semanas	55	72	77	30	50	56

Fonte: SBP, 2019



QUADRO 2: VALORES DE PA CONSIDERADOS COMO SINAL DE ALERTA PARA A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO CLÍNICA ADICIONAL, SEGUNDO IDADE CRONOLÓGICA E SEXO.

IDADE	SEXO M		SEXO F	
	PAS	PAD	PAS	PAD
1	8	2	8	54
2	00	5	01	58
3	01	8	02	60
4	02	0	03	62
5	03	3	04	64
6	05	6	05	67
7	06	8	06	68
8	07	9	07	69
9	07	0	08	71
10	08	2	09	72
11	10	4	11	74
12	13	5	14	75
≥ 13	20	0	20	80

Fonte: SBP, 2019



CUIDANDO DE TODOS

A CIDADE DE SÃO PAULO SAUDÁVEL | PROMOVEDOR E PREVENINDO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS





ABREVIACÕES

APS: Atenção Primária à Saúde;	MSP: Município de São Paulo;
AE: Ambulatório de Especialidade;	PAM: Pressão Arterial Média;
DCNT: Doença Crônica Não Transmissível;	PAS: Pressão Arterial Sistólica;
DCV: Doença Cardiovascular;	PAD: Pressão Arterial Diastólica;
DM: Diabetes Mellitus;	PAP: Plano de Autocuidado Pactuado;
DMG: Diabetes Mellitus Gestacional;	PNAB: Política Nacional de Atenção Básica;
DRC: Doença Renal Crônica;	SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes;
DReC: Doença Respiratória Crônica;	SBDCV: Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares;
FR: Fatores de Risco;	SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria;
HA: Hipertensão Arterial;	SMSSP: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;
HDL-c: Colesterol da Lipoproteína de Alta Densidade;	TNM: Tratamento Não Medicamentoso;
IFKF: International Federation of Kidney Fundations;	UBS: Unidade Básica de Saúde;
MEV: Modificações no Estilo de Vida;	VD: Visita Domiciliar.
MS: Ministério da Saúde;	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cadernos de Saúde do Ministério da Saúde: 25, 27, 29, 32, 36, 35, 36, 37.
- Protocolos da Atenção Básica. Condições Crônicas Não Transmissíveis. Risco cardiovascular. Brasília DF 2017. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Condições-Crônicas-Provisório.pdf>
- Diretrizes para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica, 2014. Brasília DF MS. <http://abcdt.org.br/wp-content/uploads/25-03-2014-diretriz-clnicas-drc-versaofinal.pdf>
- European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents 2016. https://hypertasi.gr/UsersFiles/Documents/guidelines/2016_European_Society_of_Hypertension_guidelines.97970.pdf
- World Health Organization. Department of Noncommunicable Disease Management. Geneva. Screening for Type 2 Diabetes 2003. https://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_mnc03.pdf
- Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Diabetes Mellito tipo 1. http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_Diabetes-Mellitus-Tipo-1_CP_51_2019.pdf
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia. <https://sbn.org.br/como-prevenir-a-doenca-renal-cronica/>; <https://sbn.org.br/tratamento-conservador-da-doenca-renal-cronica/>
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
- Hipertensão arterial na infância e adolescência. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21635c-MO_-_Hipertensao_Arterial_Infanc_e_Adolesc.pdf
- OPAS, 2019. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5676:organizacao-mundial-da-saude-divulga-novas-estatisticas-mundiais-de-saude&Itemid=843
- American Diabetes Association. https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/42/Supplement_1/S46.full.pdf
- 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>
- Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2016. http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
- Doenças cardiovasculares. OPAS, 2018. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096
- WHO, 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1>
- WHO, 2017. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
- Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. http://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf
- CDC. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/promoting-health-for-adults.htm>
- Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira, 2017. Agência Nacional de Saúde Suplementar.





**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

1ª Edição Revisada

