

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
RESIDENTE NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DIRETA E INDIRETA DA USINA TERMELÉTRICA
PRESIDENTE MÉDICI

**INSTRUMENTO A SER PREENCHIDO COM PESSOAS A PARTIR DE 60 ANOS COM
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E/OU CARDIOVASCULARES**

O instrumento de coleta de dados deverá ser preenchido toda a vez que um(a) usuário(a) de 60 anos ou mais solicitar atendimento dos profissionais da Unidade de Saúde devido a ocorrência de **doença respiratória e/ou cardiovascular**. Deverá ser registrado também o(a) usuário(a) que, mesmo impossibilitado(a) de se deslocar até a Unidade de Saúde, solicitar atendimento do profissional de saúde no domicílio.

Este instrumento deverá ser preenchido por um profissional da Unidade de Saúde.

ANTES DE INICIAR O PREENCHIMENTO EXPLIQUE O MOTIVO DO ESTUDO PARA O(A) USUÁRIO(A), E SOLICITE QUE O(A) MESMO(A) ASSINE O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), PRESENTE NO VERSO DO FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS. APÓS A ASSINATURA, POR FAVOR ENTREGUE UMA CÓPIA DO TCLE (VIA BRANCA) PARA O(A) USUÁRIO(A).

A seguir, são descritos cada bloco e o modo de preenchimento de suas variáveis. **O bloco I – IDENTIFICAÇÃO E DADOS COMPLEMENTARES**, se refere às informações relativas à identificação do(a) usuário(a) e outros dados complementares de importância para a pesquisa. Este bloco de informações deve ser preenchido para todos os(as) usuários(as) com doenças respiratórias e/ou cardiovasculares.

No caso do(a) usuário(a) apresentar doença respiratória preencher também o **bloco II – SINTOMAS RESPIRATÓRIOS**. Se o(a) usuário(a) apresentar doença cardiovascular preencher o **bloco III - SINTOMAS CARDIOVASCULARES**. Caso o(a) usuário(a) apresente doença respiratória e cardiovascular preencher os blocos II e III.

Deverá ser preenchido um instrumento de coleta de dados para cada visita do(a) usuário(a) à Unidade com as doenças referidas acima. No caso de retorno do(a) usuário(a), preencher o formulário somente a partir da questão 9 (Primeira consulta) e anexá-lo ao instrumento completamente preenchido na consulta anterior. O registro de todas as consultas é muito importante para se identificar os casos de recorrência do(a) usuário(a) devido a uma mesma doença. Quando o usuário(a) já assinou o TCLE não há necessidade de solicitar nova assinatura.

Os campos escuros (cinza), à direita do instrumento de coleta de dados, **não devem ser preenchidos**, pois são áreas de codificação que serão utilizadas posteriormente pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

I – IDENTIFICAÇÃO E DADOS COMPLEMENTARES

- **Questão 1 – Unidade.** Já preenchido.
- **Questão 2 – Responsável pelo preenchimento.** Colocar o nome do profissional de saúde que está realizando o preenchimento do instrumento.
- **Questão 3 – Data.** Preencher a data em que foi efetuado o registro do agravo à saúde.
- **Questão 4 – Nome.** Colocar o nome do(a) usuário(a) que apresenta o agravo que motivou a busca pelo atendimento.
- **Questão 5 – Data de nascimento.** Preencher a data completa de nascimento do(a) usuário(a).
- **Questão 6 – Idade.** Colocar a idade do(a) usuário(a) em anos completos.
Sexo. Assinalar na opção **(0)**, se for do sexo **masculino**, ou **(1)** do sexo **feminino**.
- **Questão 7 – Endereço completo.** Registrar a rua (rua, avenida, travessa, etc.), o número e o bairro. A identificação correta do endereço é fundamental para o georeferenciamento do agravo à saúde.
- **Questão 8 – Telefones.** Informar o nº de telefone do(a) usuário(a), dando preferência para o nº de telefone fixo. Caso o(a) usuário(a) só tenha telefone celular, solicitar também o nº de celular de algum outro membro da família.
- **Questão 9 – Primeira Consulta.** Assinalar a opção **(1) sim**, quando for a primeira vez que o(a) usuário(a) procura a Unidade de Saúde devido a doença respiratória e/ou cardiovascular. Caso o(a) usuário(a) já tenha procurado a Unidade com doença semelhante, assinale a opção **(0) não**.
- **Questão 10 – Data do início dos sintomas.** Perguntar ao(a) usuário(a) há quantos dias ele(a) vem sentindo o(s) sintoma(s) que motivaram a procura pela Unidade de Saúde. Se relatado um dia registrar a data anterior, se três dias, registrar a data de três dias anteriores à consulta. Para evitar equívocos no registro da data, quando o(a) usuário(a) referir que os sintomas iniciaram há mais de 03 dias escrever no espaço disponível somente o número de dias referidos.

- **Questão 11 – Fumante.** Investigação sobre o hábito de tabagismo do(a) usuário(a). Assinalar **(0) não**, se o(a) usuário(a) nunca fumou, **(1), se ele(a) já fumou, mas não fuma mais**, ou **(2) sim**, se for fumante.

- **Questão 12 – Outros fumantes na casa.** Investigar a existência de outros fumantes na casa. Caso existam outros fumantes, assinalar **(1) sim**, e anotar o número de pessoas que fumam, sem incluir o(a) próprio(a) usuário(a) que apresenta o sintoma que motivou a consulta.

- **Questão 13 – Tem fogão à lenha e/ou lareira na casa.** Perguntar se na casa é utilizado fogão a lenha para cozimento de alimentos e/ou lareira para aquecimento. Em caso afirmativo, assinalar **(1) sim**. Investigar se os moradores entram em contato com a fumaça, ou se esta é jogada totalmente para fora da casa pela existência de chaminé, assinalando **(0) sim** ou **(1) não**.

- **Questão 14 – Nesse último mês com quanto a sua família viveu.** Investigar o total de renda recebido no mês anterior à entrevista por todos os membros da família que possuem algum tipo de rendimento. Descrever todos os valores referidos, inclusive auxílios do governo. Explicar que esta pesquisa não visa conhecer as fontes de rendas, mas somente o valor das mesmas. Se mesmo assim o(a) usuário(a) não quiser responder a questão, deixe o campo em branco.

- **Questão 15 – Quantas pessoas moram na casa.** Registrar o número de todos os moradores da casa, incluindo mesmo os moradores temporários.

- **Questão 16 – Sr(a) tem refluxo gastro-esofágico.** Assinalar **(1) sim**, se o(a) usuário(a) referir refluxo gastro-esofágico, **(0) não**, se o(a) usuário(a) relatar não ter este sintoma ou **(9) não sabe**, se o(a) mesmo(a) não souber responder à questão.

- **Questão 17 – Trabalha(ou) na Usina de Candiota.** Assinalar **(0) não**, se o(a) usuário(a) nunca trabalhou, **(1), se ele(a) já trabalhou, mas não trabalha mais**, ou **(2) sim**, se ainda estiver trabalhando na usina termoelétrica.

II – SINTOMAS RESPIRATÓRIOS¹

- **Questão 18 – Qual o agravo identificado.** Assinalar uma das opções apresentadas: (1) Asma (CID 10 - J45 a J46), (2) Bronquite (CID 10 - J40 a J42), (3) Infecção Respiratória Aguda (CID 10 - J00 a J22) ou (4) Outra. Nessa última alternativa especificar o outro agravo diagnosticado. Esta questão deve ser preferencialmente respondida pelo médico da equipe, profissional responsável pelo diagnóstico. No caso em que não seja a primeira consulta, e que o(a) usuário(a) retorna com a mesma sintomatologia para algum procedimento, como por exemplo realização de nebulização devido a uma crise, a enfermeira pode realizar o preenchimento do referido campo.
- **Questão 19 – Agravo definido pelo médico.** Assinalar **(0) sim**, se o agravo identificado na **questão 18** foi diagnosticado naquele momento pelo médico. Caso contrário, assinalar **(1) não**.
- **Questão 20 – Sintomas.** Assinalar os principais sintomas respiratórios identificados e/ou referidos pelo usuário. (1) Falta de ar/cansaço, (2) Chiado no peito. (3) Tosse. Pode ser assinalado mais de um sintoma.
- **Questão 21 – Associados a outro(s) sintoma(s) respiratório(s).** Assinalar outros sintomas que podem estar associados aos sintomas principais identificados e/ou referidos **na questão 20**, como: (1) Catarro, (2) Coceira no nariz, (3) Espirros, (4) Ronco, (5) Febre, (6) Aperto Torácico, (7) Cansaço Físico, (8) Coriza. Pode ser assinalado mais de um sintoma.
- **Questão 22 – Esses sintomas já aconteceram nos últimos 12 meses.** Perguntar se os sintomas respiratórios aconteceram outras vezes durante o último ano. Em caso afirmativo, assinalar a opção **(1) sim**, e anotar o número de vezes em que ocorreram nesse período. Caso contrário, assinalar **(0) não**.
- **Questão 23 – Realizada nebulização.** Assinalar a opção **(1) sim**, caso tenha sido necessária a realização de nebulização. No espaço destinado a observações anotar como foi realizada a nebulização, registrando o medicamento e a dose utilizada.

III - SINTOMAS CARDIOVASCULARES²

- **Questão 24 – Qual o agravo identificado.** Registrar qual o agravo **cardiovascular** identificado pelo médico no momento da consulta. Esta questão deve ser preferencialmente respondida pelo médico da equipe, profissional responsável pelo diagnóstico. No caso em que não seja a primeira consulta, e que o(a) usuário(a) retorna com a mesma sintomatologia para algum procedimento, como por exemplo verificação da pressão, a enfermeira pode realizar o preenchimento do referido campo.
- **Questão 25 – Agravo definido pelo médico.** Assinalar **(0) sim**, se o agravo identificado na **questão 24** foi diagnosticado naquele momento pelo médico. Caso contrário, assinalar **(1) não**.
- **Questão 26 – Pressão alta.** Assinalar **(1) sim**, se o(a) usuário(a) referir já ter apresentado anteriormente situação de pressão alta, ou **(0) não**, em caso negativo. Anotar os valores de pressão sistólica e diastólica aferidos no momento da consulta.
- **Questão 27 – Dor no peito.** Assinalar **(1) sim**, se o(a) usuário(a) refere dor no peito/angina. Caso contrário assinalar **(0) não**.
- **Questão 28 – Dor no braço esquerdo.** Assinalar **(1) sim**, se o(a) usuário(a) refere dor no braço esquerdo mesmo que não acompanhada de dor no peito/angina. Caso contrário, assinalar **(0) não**.
- **Questão 29 – Esses sintomas já aconteceram nos últimos 12 meses.** Perguntar se os sintomas cardiovasculares aconteceram outras vezes durante o último ano. Em caso afirmativo, assinalar a opção **(1) sim**, e anotar o número de vezes em que os sintomas ocorreram nesse período. Caso contrário, assinalar **(0) não**.
- **Questão 30 – Outras observações.** Este espaço foi reservado para anotações que o profissional responsável pelo preenchimento julgar necessário. Devem ser anotados os atendimentos realizados no domicílio. Também devem ser anotados comentários do(a) usuário(a) sobre a ocorrência de queimadas em área rural ou urbana, atividades de aplicação de agrotóxicos, etc...

INSTRUMENTO A SER PREENCHIDO COM MENORES DE 5 ANOS COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Instruções de preenchimento

O instrumento de coleta de dados deverá ser preenchido toda a vez que um usuário menor de 5 anos (até 4 anos, 11 meses e 29 dias) receber atendimento dos profissionais da Unidade de Saúde devido a ocorrência de doença respiratória. Este instrumento deverá ser preenchido por um profissional da Unidade de Saúde.

ANTES DE INICIAR O PREENCHIMENTO EXPLIQUE O MOTIVO DO ESTUDO PARA O(A) RESPONSÁVEL PELO(A) USUÁRIO(A), E SOLICITE QUE O(A) MESMO(A) ASSINE O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), PRESENTE NO VERSO DO FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS. APÓS A ASSINATURA POR FAVOR ENTREGUE UMA CÓPIA DO TCLE (VIA BRANCA) PARA O(A) RESPONSÁVEL(A) PELO(A) USUÁRIO(A).

A seguir, são descritos cada bloco e o modo de preenchimento de suas variáveis. **O bloco I – IDENTIFICAÇÃO E DADOS COMPLEMENTARES** se refere às informações relativas à identificação do(a) usuário(a) e outros dados complementares de importância para a pesquisa. **O bloco II** se refere aos **SINTOMAS RESPIRATÓRIOS**.

Deverá ser preenchido um instrumento de coleta de dados para cada visita do(a) usuário(a) à Unidade com doença respiratória. No caso de retorno do(a) usuário(a), preencher o formulário somente a partir da questão 9 (Primeira consulta) e anexá-lo ao instrumento completamente preenchido na consulta anterior. O registro de todas as consultas é muito importante para se identificar os casos de recorrência do(a) usuário(a) devido a uma mesma doença. Quando o(a) responsável pelo(a) usuário(a) já assinou o TCLE não há necessidade de solicitar nova assinatura.

Os campos escuros (cinza), à direita do instrumento de coleta de dados, **não devem ser preenchidos**, pois são áreas de codificação que serão utilizadas posteriormente pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

I – IDENTIFICAÇÃO E DADOS COMPLEMENTARES

- **Questão 1 – Unidade.** Já preenchido.
- **Questão 2 – Responsável pelo preenchimento.** Colocar o nome do profissional de saúde que está realizando o preenchimento do instrumento.
- **Questão 3 – Data.** Preencher a data em que foi efetuado o registro do agravo à saúde.
- **Questão 4 – Nome.** Colocar o nome do(a) usuário(a) que apresenta o agravo que motivou a busca pelo atendimento.
- **Questão 5 – Data de nascimento.** Preencher a data completa de nascimento do(a) usuário(a).
- **Questão 6 – Idade.** Colocar a idade do(a) usuário(a) em anos completos.
Sexo. Assinalar na opção **(0)**, se for do sexo **masculino**, ou **(1)** do sexo **feminino**.
- **Questão 7 – Endereço completo.** Registrar a rua (rua, avenida, travessa, etc.), o número e o bairro. A identificação correta do endereço é fundamental para o georeferenciamento do agravo à saúde.
- **Questão 8 – Telefones.** Informar o nº de telefone do(a) responsável pela criança, dando preferência para o nº de telefone fixo. Caso o(a) responsável só tenha telefone celular, solicitar também o nº de celular de algum outro membro da família.
- **Questão 9 – Primeira Consulta.** Assinalar a opção **(1) sim**, quando for a primeira vez que o(a) usuário(a) procura a Unidade de Saúde devido a doença respiratória. Caso o(a) usuário(a) já tenha procurado a Unidade com doença semelhante, assinale a opção **(0) não**.
- **Questão 10 – Data do início dos sintomas.** Perguntar ao(a) responsável pela criança há quantos dias ele(a) vem sentindo o(s) sintoma(s) que motivaram a procura pela Unidade de Saúde. Se relatado um dia registrar a data anterior, se três dias, registrar a data de três dias anteriores à consulta. Para evitar equívocos no registro da data, quando o(a) usuário(a) referir que os sintomas iniciaram há mais de 03 dias escrever no espaço disponível somente o número de dias referidos.

- **Questão 11 – Existem fumantes na casa.** Investigação sobre a exposição passiva do(a) usuário(a) ao tabagismo. Caso existam fumantes na casa, assinalar **(1) sim**, e anotar o número de pessoas que fumam. Caso contrário, assinalar **(0) não**.
- **Questão 12 – Tem fogão à lenha e/ou lareira na casa.** Perguntar se na casa é utilizado fogão a lenha para cozimento de alimentos e/ou lareira para aquecimento. Em caso afirmativo, assinalar **(1) sim**. Investigar se os moradores entram em contato com a fumaça, ou se esta é jogada totalmente para fora da casa pela existência de chaminé, assinalando **(0) sim** ou **(1) não**.
- **Questão 13 – Nesse último mês com quanto a sua família viveu.** Investigar o total de renda recebido no mês anterior à entrevista por todos os membros da família que possuem algum tipo de rendimento. Descrever todos os valores referidos, inclusive auxílios do governo. Explicar que esta pesquisa não visa conhecer as fontes de rendas, mas somente o valor das mesmas. Se mesmo assim o(a) responsável pelo(a) usuário(a) não quiser responder a questão, deixe o campo em branco.
- **Questão 14 – Quantas pessoas moram na casa.** Registrar o número de todos os moradores da casa, incluindo mesmo os moradores temporários.
- **Questão 15 – Alguém na família tem asma/cansaço.** Em caso afirmativo assinalar **(1) sim**, e descrever a(s) pessoa(s) da família que apresenta(m) esta doença/sintomatologia.
- **Questão 16 – A criança tem refluxo gastro-esofágico.** Assinalar **(1) sim**, se o(a) responsável referir que a criança tem refluxo gastro-esofágico, **(0) não**, se não relatar este sintoma ou **(9) não sabe**, se o(a) mesmo(a) não souber responder à questão.

II – SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

- **Questão 17 – Qual o agravo identificado.** Assinalar uma das opções apresentadas: (1) Asma (CID 10 - J45 a J46), (2) Bronquite (CID 10 - J40 a J42), (3) Infecção Respiratória Aguda (CID 10 - J00 a J22) ou (4) Outra. Nessa última alternativa especificar o outro agravo diagnosticado. Esta questão deve ser preferencialmente respondida pelo médico da equipe, profissional responsável pelo diagnóstico. No caso em que não seja a primeira consulta, e que o(a) usuário(a) retorna com a mesma sintomatologia para algum procedimento, como por exemplo realização de

nebulização devido a uma crise, a enfermeira pode realizar o preenchimento do referido campo.

- **Questão 18 – Qual o agravo identificado.** Não preencher este campo.

- **Questão 19 – Agravo definido pelo médico.** Assinalar **(0) sim**, se o agravo identificado na **questão 18** foi diagnosticado naquele momento pelo médico. Caso contrário, assinalar **(1) não**.

- **Questão 20 – Sintomas.** Assinalar os principais sintomas respiratórios identificados e/ou referidos pelo(a) responsável pela criança. (1) Falta de ar/cansaço, (2) Chiado no peito. (3) Tosse. Pode ser assinalado mais de um sintoma.

- **Questão 21 – Associados a outro(s) sintoma(s) respiratório(s).** Assinalar outros sintomas que podem estar associados aos sintomas principais identificados e/ou referidos pelo(a) responsável pela criança **na questão 19**, como: (1) Gatarro, (2) Coceira no nariz, (3) Espirros, (4) Ronco, (5) Febre, (6) Aperto Torácico, (7) Cansaço Físico, (8) Coriza. Pode ser assinalado mais de um sintoma.

- **Questão 22 – Esses sintomas já aconteceram nos últimos 12 meses.** Perguntar se os sintomas respiratórios aconteceram outras vezes durante o último ano. Em caso afirmativo, assinalar a opção **(1) sim**, e anotar o número de vezes em que ocorreram nesse período. Caso contrário, assinalar **(0) não**.

- **Questão 23 – Realizada nebulização.** Assinalar a opção **(1) sim**, caso tenha sido necessária a realização de nebulização. No espaço destinado a observações anotar como foi realizada a nebulização, registrando o medicamento e a dose utilizada.

- **Questão 24 – Outras observações.** Este espaço foi reservado para anotações que o profissional responsável pelo preenchimento julgar necessário. Devem ser anotados os atendimentos realizados no domicílio. Também devem ser anotados comentários do(a) usuário(a) sobre a ocorrência de queimadas em área rural ou urbana, atividades de aplicação de agrotóxicos, etc...