



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

MATSU-HITO DE OLIVEIRA FEITOSA

**IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO
DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UBS MARIA LUCILENE LEITE CRUZ**

JARDIM - CEARA

2018

MATSU-HITO DE OLIVEIRA FEITOSA

**IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO
DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UBS MARIA LUCILENE LEITE CRUZ**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Nú-
cleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^ª. Me. Lilia Jannet Saldarriaga
Sandoval

JARDIM - CEARA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F336i Feitosa, Matsu-Hito de Oliveira.
Implementação do plano de intervenção para acompanhamento dos pacientes hipertensos da UBS Maria Lucilene Leite Cruz / Matsu-Hito de Oliveira Feitosa. – 2018.
16 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Ma. Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval.

1. Hipertensão. 2. Saúde da família. 3. Doenças cardiovasculares. I. Título.

CDD 362.1

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CV - Cardiovascular

DM - Diabetes Mellitus

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

MATSU-HITO DE OLIVEIRA FEITOSA

**IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO
DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UBS MARIA LUCILENE LEITE CRUZ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 10/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Profº. Me. Thyago Leite Campos de Araújo
Universidade Federal do Ceará

Profª. Dra. Claudia Leal Sampaio Suziki
Universidade Federal do Ceará

Profº. Me. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção no acompanhamento dos pacientes hipertensos da unidade de saúde Maria Lucilene Leite Cruz, na cidade de Jardim, Ceará. A partir da observação da grande quantidade de pacientes com hipertensão que não faziam acompanhamento de rotina e também do alto índice relativo de mortes por complicações cardiovasculares no município, verificou-se a necessidade de agir para fomentar a saúde pública e reduzir o número de pacientes com hipertensão descontrolada, que é uma importante causa desses óbitos, assim como de outras complicações de saúde. Para tanto, será necessária a busca ativa dos hipertensos desacompanhados assim como dos usuários da unidade de saúde que ainda não sabem serem hipertensivos. Após esta busca ativa, será feito um cadastramento no posto de saúde, com estratificação do risco cardiovascular de cada paciente, seguindo os critérios do Escore de Framingham, o que orientará um seguimento personalizado pelo risco individual. Para que este acompanhamento tenha característica holística, ocorrerá de forma multidisciplinar em conjunto com a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Após essa intervenção, espera-se que se mantenham em atendimento médico regular todos os pacientes hipertensos adscritos ao posto de saúde, afim de reduzir a médio e longo prazo o número de óbitos e também das complicações advindas da hipertensão não tratada.

Palavras-chave: Hipertensão; Saúde da Família; Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

This paper presents a proposal for intervention in the follow up of hypertensive patients of the Maria Lucilene Leite Cruz health unit, in the city of Jardim, Ceará. From the observation of the large number of patients with hypertension who did not routinely follow up at that unit and also from the high relative rate of deaths due to cardiovascular complications in this city, there was a need to act to promote public health and reduce the number of patients with uncontrolled hypertension, which is an important cause of these deaths, as well as other health complications. To do this, it will be necessary to actively search for unattended hypertensives as well as users of the health unit who do not yet know they are hypertensive. After this active search, a registration will be made at the health unit, with stratification of the cardiovascular risk of each patient, following the Framingham Score, which will guide a personalized follow up of the patient. In order for this monitoring to have a holistic characteristic, it will occur in a multidisciplinary way together with the Family Health Support Group team. After this intervention, it is expected that all hypertensive patients assigned to the health unit will be maintained in regular medical care, in order to reduce the number of deaths and complications from untreated hypertension in the medium and long term.

Keywords: Hypertension; Family Health; Cardiovascular Diseases.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	6
3	JUSTIFICATIVA.....	7
4	OBJETIVOS.....	8
4.1	GERAL.....	8
4.2	ESPECÍFICOS.....	8
5	METODOLOGIA.....	9
6	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	11
7	CRONOGRAMA.....	12
8	RESULTADOS ESPERADOS.....	13
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
	ANEXOS.....	15

1. INTRODUÇÃO

Esta UBS está localizada no centro da cidade de Jardim. No extremo sul do estado do Ceará. O município tem uma população de 26.697 (IBGE 2010), sendo que 66% reside em área rural. A unidade de saúde tem uma população adscrita de 2463 pessoas, em sua grande maioria residentes na sede do município, e acompanhadas por 7 Agentes Comunitários de Saúde. Na UBS temos um médico, do Programa Mais Médicos para o Brasil, uma enfermeira e 2 técnicas de saúde. Não contamos ainda com saúde bucal nesta unidade.

O plano de intervenção em questão visa melhorar o acompanhamento dos pacientes hipertensos cadastrados na UBASF Maria Lucilene Leite Cruz, bem como resgatar os hipertensos que abandonaram o acompanhamento de rotina e ainda melhorar a busca ativa por novos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a principal condição cardiovascular responsável por complicações como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Renal Crônica Terminal. É uma condição clínica com alta prevalência e um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares. Segundo o Ministério da Saúde a HAS atinge até 25% da população adulta e até 5% das crianças e adolescentes. Na faixa etária acima dos 60 está presente em mais de 50% da população.

Apesar de tamanha abrangência, desde crianças a idosos, homens e mulheres, negros e brancos, pobres e ricos, ela é frequentemente negligenciada em seu cuidado pelo próprio paciente e familiares, por se tratar de uma condição silenciosa. A HAS deve ser acompanhada com muito zelo pela equipe de saúde da família, principalmente nestes casos de falta de cuidado do paciente.

Segundo os dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde, a UBS em questão possui em seu cadastro 271 pacientes hipertensos. O que representa 11% da população adscrita a unidade. Comparando com os dados do Ministério da Saúde, temos um deficit de diagnostico desta condição de mais de 200 pessoas. Outro dado importante obtido foi de que nos últimos 6 meses, 44% dos óbitos da área da UBS foi decorrente de complicações cardiovasculares e todos eram portadores de HAS.

2. PROBLEMA

Após a realização de uma análise por amostragem aleatória de 90 pacientes hipertensos acompanhados nesta unidade, verificou-se que 33% não apresentam um controle adequado da sua pressão arterial e que 42% não vem a unidade de saúde regularmente para aferir a PA e receber sua medicação. Outro ponto importante é a diferença da quantidade de hipertensos cadastrados, de apenas 11%, frente aos 25% de adultos hipertensos informados pelo MS. Existe aí uma lacuna de diagnóstico que precisa ser preenchida, com importante finalidade de dirimir qualquer condição patológica, decorrente de picos hipertensivos não controlados, que possa ser prevenida.

Levando em consideração que 44% dos óbitos da UBASF nos últimos 6 meses tiveram correlação com complicações cardiovasculares, e que todos eram hipertensos, percebesse a extrema importância de melhorar o acompanhamento ambulatorial e de visitas domiciliares para pacientes em situações de risco deste evento ocorrer.

A grande dificuldade com os paciente que não se tratam provem de desinformação, crenças populares em remédios caseiros, não adesão as dietas e tratamento convencional, sedentarismo e falta de consciência pessoal e que tem uma condição patológica, por, geralmente, “não sentir nada”.

O problema da hipertensão não tratada já é consenso na área da saúde, com vários trabalhos e publicações que ratificam a importância do controle da pressão arterial como forma de prevenir doenças cardiovasculares. Apesar de vermos diversas ações na mídia de uma forma geral, o trabalho *in loco* em cada unidade deve ser personalizado para cada comunidade, afim de se obter um resultado satisfatório.

A diferença entre o número de hipertensos previstos e os cadastrados, a falta de um acompanhamento ambulatorial regular e de atividades em grupo constituem um problema pelas complicações advindas do controle pressórico inadequado. Tudo isso gerou a necessidade de implementação deste plano de intervenção para acompanhamento adequado dos hipertensos adscritos a UBS Maria Lucilene Leite Cruz.

3. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição sabidamente importante na gênese de sequelas decorrentes de problemas cardiovasculares. Tais sequelas podem variar de pequenas limitações até a dependência completa, culminando com óbito. Tais fatos trazem uma grande carga para o paciente debilitado, que muitas vezes não retorna ao posto de trabalho e fica dependente da família e do SUS. Para a família, muitas vezes, um provedor tornar-se dependente de forma repentina pode ser devastador financeiramente, desestabilizando a estrutura familiar, além de toda comoção familiar pelo ente querido.

Com relação a importância para o SUS de se controlar adequadamente a hipertensão, temos a grande diferença financeira quando comparamos os grandes gastos hospitalares e de reabilitação com os gastos ínfimos na prevenção. Esta que pode e deve ser realizada de forma constante e com boa qualidade, pela equipe de saúde da família.

Levando em consideração apenas os casos de infarto agudo do miocárdio, o Ministério da Saúde refere que ocorrem em média 300 mil casos por ano no Brasil, e que aproximadamente 30% destes casos termina de modo fatal. O mesmo ministério afirma que o principal vilão é a hipertensão não tratada.

Como vemos, na UBASF em questão, um alto índice de abandono de tratamento e negligência no uso correto da medicação, junto com o déficit na quantidade de diagnósticos, temos como um ponto de partida muito importante a busca ativa por esses pacientes e a melhora na qualidade do atendimento e da informação a população da área adscrita a UBS.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Implementar o plano de intervenção para agir no acompanhamento adequado dos pacientes hipertensos da UBS Maria Lucilene Leite Cruz.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores pelo quais os pacientes não comparecem as consultas ou acompanhamentos.
- Realizar ações no resgate dos pacientes que abandonaram o acompanhamento de rotina.
- Agendar acompanhamento de rotina na UBS, para aferição de pressão arterial, com realização de consulta médica e/ou de enfermagem e entrega de medicação para controle da hipertensão arterial.
- Propor plano de visitas domiciliares do ACS aos pacientes faltosos, seguida da visita pelo restante da equipe (médico/enfermeiro) para aqueles pacientes com dificuldade de acompanhamento.
- Criar e manter ativo grupos de hipertensos para atividades em conjunto com o NASF.

5. METODOLOGIA

Será utilizado como universo do plano de intervenção os moradores da área adscrita a UBS. Teremos como critério de amostragem aqueles pacientes que durante consulta com médico, enfermeira ou durante busca ativa tiverem sua PA indicando pelo menos Hipertensão estágio 1, segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤120	≤80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA

Afim de realizar esta proposta de intervenção para controle dos pacientes hipertensos, é necessário, inicialmente, que seja realizado um cadastramento de tais pacientes e que eles sejam estratificados com relação ao risco cardiovascular. Para tal estratificação será usada o escore de risco de Framingham (SBC). Durante essa fase inicial de cadastro, o técnico de enfermagem preencherá os dados de identificação e antropométricos do paciente. O médico e a enfermeira, durante suas respectivas consultas preencheram os dados para estratificação de risco, que são: idade, níveis pressóricos, DM, tabagismo, colesterol total e HDL colesterol.

O escore de Framingham é muito útil para avaliar os graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010) e ainda ajuda a definir as condutas. De acordo com o escore teremos pacientes de baixo risco, com estimativa de menos de 10% de chance de evento cardiovascular em 10 anos, pacientes de risco intermediário, com 10 a 20% de evento cardiovascular em 10 anos, e pacientes de alto risco, com mais de 20% de evento cardiovascular em 10 anos ou existir a presença de lesão em órgão alvo. As rotinas de acompanhamento serão definidas de acordo com o risco avaliado de cada paciente. Paciente de baixo risco, após orientação sobre estilo de vida saudável, realizará duas consultas anuais, sendo uma com o médico e outra com

o enfermeiro. Pacientes de risco intermediário, deverá realizar quatro consultas anuais, duas com o médico e duas com o enfermeiro, além de ser encaminhado para ações coletivas de educação em saúde. Para os pacientes de alto risco será realizada oito consultas, sendo quatro com o médico e quatro com o enfermeiro, além das orientações sobre estilo de vida saudável e estimulada a participação em atividades de saúde coletiva.

A intervenção e o acompanhamento desses pacientes se dará de forma contínua, com ajustes em suas medicações sempre que necessário, acompanhamento rotineiro com exames laboratoriais anuais, para avaliação de escore de risco de Framingham ou quando o médico julgar necessário.

As consultas serão agendadas e organizadas pelo enfermeiro juntamente com o médico e técnico de enfermagem, mas a qualquer momento o paciente pode procurar a USF para suprir qualquer necessidade, não sendo a consulta restrita apenas aos dias agendados. Em unidade com as consultas serão criados grupos de hipertensos para realização de palestras e atividades coletivas mensais, em conjunto e com o apoio do NASF. Os pacientes serão sempre informados com antecedência pelos ACSs sobre a data para comparecimento as palestras e atividades em grupo.

Teremos como meta para controle de PA nestes pacientes, segundo Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial:

Categoria	Meta recomendada
Hipertensos estágios 1 e 2, com risco CV baixo e intermediário e HAS estágio 3	< 140/90 mmHg
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco CV alto	< 130/80 mmHg

Serão utilizadas fichas de cadastro e acompanhamento do Hipertenso e Diabético fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexos 1 e 2). Para aferição da PA utilizar-se-á a técnica determinada pela SBH. Todos os pacientes serão informados sobre o motivo da coleta dos dados, que é fomentar a saúde dos próprios pacientes, reduzindo o risco de complicações cardiovasculares, e terão plena autonomia de escolher se querem ser acompanhados na UBS.

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Recursos humanos: Equipe de saúde da família, que no caso em questão encontra-se completa. Equipe de apoio do NASF, com nutricionista, psicólogo e educador físico.
- Recurso de aparelhos físicos: A USF já dispõe de esfigmomanômetro, fita métrica, balança e estetoscópio.
- Recurso de espaço físico: A USF dispõe de um pequeno espaço onde é possível realizar atividades com alguns pacientes, não mais de vinte ao mesmo tempo. Em caso de necessidade, dispomos de área mais ampla em escola situada vizinha ao posto.
- Recurso para mobilidade da equipe: A USF dispõe de um carro para a realização das visitas e busca ativa.
- Recursos econômicos: A necessidade destes recursos é necessário para confecção de panfletos e outros materiais educativos e para lanches nas atividades de saúde coletiva.
- Fichas de cadastro no modelo do HIPERDIA fornecidas pela secretaria municipal de saúde.

7. CRONOGRAMA

Atividades	Data Prevista	Responsáveis
Treinamento dos ACSs	Agosto de 2018	Médico e Enfermeiro
Cadastro	Agosto de 2018	ACS, Médico e Enfermeiro
Análise dos pacientes e estratificação pelo escore de Framingham	Setembro a Outubro 2018	Médico e Enfermeiro
Reunião Multidisciplinar	Outubro de 2018	ESF e NASF
Criação dos Grupos	Outubro de 2018	Médico e Enfermeiro
Início do Acompanhamento	Novembro de 2018	ESF e NASF

Todas as atividades tem caráter contínuo e devem permanecer ocorrendo cada qual com sua sazonalidade, como o cadastro que ocorrerá sempre quando houver um novo paciente hipertenso, reuniões dos grupos de ocorrência mensal e reunião com o NASF trimestralmente ou quando necessário.

8. RESULTADOS ESPERADOS

A HAS é uma patologia de extrema importância na saúde em geral, vide a grande quantidade de hipertensos que existe nos dias atuais, mais de 30 milhões (BRASIL, 2017), por isso espera-se uma redução importante nos seus efeitos deletérios a médio e longo prazo, principalmente eventos cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidentes Vasculares Encefálicos, Fenômenos Tromboembólicos, dentre outros. Isso apoiado pelo fato de os pacientes que sequer tinham conhecimento de sua condição poderem cuidar melhor de sua saúde através da prevenção e uso correto da medicação anti-hipertensiva.

Também é esperado um engajamento maior por parte da população não hipertensa, que em contato com as atividades de saúde coletiva podem manter-se orientadas sobre estilos de vida saudável, com melhores dietas e prática de atividades físicas regulares. De tal forma que a prevenção dos efeitos deletérios da hipertensão arterial não controlada, que é a melhor forma de atuar com relação custo-benefício em saúde, atinja o maior número de pessoas possível.

REFERENCIAS

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica nº 35. Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. 2014.

BRASIL. Hipertensão Atinge Mais de 30 Milhões de Pessoas no País. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/04/hipertensao-atinge-mais-de-30-milhoes-de-pessoas-no-pais?TSPD_101_R0=2f0ec7bc43151b51d0da15b8b0f5c1e0j4i000000000000000008-ce813bbffff00000000000000000000000000000005b1056a3000ea87a8c>. Acesso em 4 de mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série Cadernos de Atenção Básica nº 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2006.

BRASIL DATASUS. Sistema HIPERDIA. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em 22 de jun 2018.

FALUDI, AA et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2017.

FRAMINGHAM HEART STUDY. 2008. Disponível em: <www.framinghamheartstudy.org>. Acessado em 10 de jun 2018.

IBGE. Panorama da cidade Jardim. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/jardim/panorama>> Acesso em 4 de mai 2018.

MALACHIAS, MVB et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Como medir a pressão arterial. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/pressao.asp>>. Acesso em 22 de jun 2018.

ANEXO 1 - CADASTRO DO HIPERTENSO



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

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

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)						
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai			
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		País de Origem	Data Naturalização / /	
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS	
DOCUMENTOS GERAIS						
Título de Eleitor	Número		Zona	Série		
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /	
CPF	Número		PIS/PASEP	Número		
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)						
Identidade	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF	
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro	
	Folha		Termo		Data de Emissão / /	
ENDEREÇO (*)						
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento	
Bairro	CEP		DDD	Telefone		
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE						
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)		Peso (kg) (*)		
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/dl)		<input type="checkbox"/> Em jejum		<input type="checkbox"/> Pós prandial	
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações		
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2				AVC		
Tabagismo				Pé diabético		
Sedentarismo				Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal		
Hipertensão Arterial						
TRATAMENTO						
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>						
Medicamentoso						
		Comprimidos/dia				Unidades/dia
Tipo	1/2	1	2	3	4	
Hidroclorotiazida 25mg						Insulina <input type="text"/>
Propranolol 40mg						
Captopril 25mg						
Glibenclamida 5mg						
Metformina 850 mg						
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)				

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

