

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE DOS USUÁRIOS  
HIPERTENSOS DA EQUIPE VERDE DA UBS ALTOS DE SANTANA, SÃO JOSÉ DOS  
CAMPOS, SP**

TIAGO ERIKSSON BATISTA

ORIENTADORA:  
PATRICIA NIERI MARTINS

**SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – SP  
2015**

# SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
1.1 Identificação do problema.....	3
1.2 Contextualização do território.....	4
1.3 Justificativa.....	4
<b>2.OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
2.1 Objetivo geral:.....	5
2.2 Objetivos específicos:.....	5
<b>3.METODOLOGIA.....</b>	<b>6</b>
3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	6
3.2 Cenário da intervenção.....	6
3.3 Estratégias e ações.....	6
3.4 Avaliação e Monitoramento.....	7
<b>4.RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>5.CRONOGRAMA.....</b>	<b>9</b>
<b>6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....</b>	<b>10</b>
<b>7.ANEXOS.....</b>	<b>12</b>
7.1 Anexo 1 – Ficha de cadastro do hipertenso e/ou diabético.....	12
7.2 Anexo 2 – Ficha de acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético.....	13
7.3 Anexo 3 – Ficha B - HA.....	14

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Identificação do problema

A **hipertensão arterial Sistêmica** (HAS) é uma doença crônica caracterizada por um aumento contínuo dos níveis de pressão arterial. Ainda que não haja um patamar estrito que permita definir o limite entre o risco e a segurança, de acordo com consensos internacionais, uma pressão sistólica constante acima de 139 mmHg ou uma pressão diastólica mantendo-se maior que 89 mmHg, estão associadas a um aumento medível do risco de aterosclerose e portanto, se considera como uma hipertensão clinicamente significativa.<sup>1</sup>

A partir do ano 2000, quase um bilhão de pessoas ou aproximadamente 26% da população adulta do mundo tinham HAS.<sup>2</sup> Era bastante comum nos países desenvolvidos (333 milhões) e subdesenvolvidos (639 milhões).<sup>2</sup> Contudo, sua prevalência varia muito de região para região apresentando taxas tão baixas quanto 3,4% (homens) e 6,8% (mulheres) na Índia rural e tão elevadas como 68,9% (homens) e 72,5% (mulheres) na Polônia.<sup>3</sup> Na Europa a cerca de 30 - 45 das pessoas padeciam de hipertensão arterial em de 2013.<sup>4</sup> Num estudo de bibliografia efetuado no Brasil pelo Grupo de Pesquisa em Epidemiologia de Doenças Crônicas e Ocupacionais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, com a colaboração de Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, usando Medline e LILACS, e segundo os critérios JNC7, conclui-se haver uma elevada prevalência de 44,4%, 47,9 no sexo masculino e 41% no sexo feminino. Quando estes dados foram estudados segundo os critérios da OMS, mostraram taxas de prevalência à volta de 20%, sem distinção de sexo, mas com a tendência de aumento com a idade. Estes mesmos valores são encontrados em outros países da América Latina.<sup>5</sup>

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser aplicado pela Equipe de Saúde da Família Verde, do Programa de Saúde da Família (PSF) da UBS Altos de Santana, em São José dos Campos, São Paulo, com o objetivo de melhorar o controle dos pacientes com HAS. Para a abordagem dos pacientes será feito o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham<sup>6</sup>, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, criação do HIPERDIA, encaminhamento para especialistas nos casos em que houver indicação e criação dos grupos. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se a abordagem da HAS como doença crônica, aumento da adesão da população às mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciando melhorias na qualidade de vida esse projeto pretende contribuir de forma significativa para

melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência da UBS Altos de Santana.

## **1.2 Contextualização do território**

O município de São José dos Campos situa-se na Mesorregião do Vale do Paraíba Paulista, a aproximadamente 94 km da capital, tem a sétima maior população do estado.<sup>7</sup> Com população predominantemente urbana, o município é sede de várias empresas tendo um parque industrial bastante desenvolvido<sup>4</sup>. Hoje, é a oitava cidade mais rica de São Paulo<sup>8</sup>. O município possui 1.099,6 km<sup>2</sup> de área total<sup>7</sup>, com uma população de 629.921 habitantes<sup>9</sup> e densidade demográfica de 572,9 hab/km<sup>2</sup> no ano de 2010<sup>9</sup>.

A Unidade de Saúde da Família estudada se situa no bairro Altos de Santana no município de São José dos campos. A comunidade tem acesso a correios, comércio, serviço de telefonia e igrejas. Possui creches e escolas de ensino fundamental e médio. A maioria dos métodos diagnósticos, como de imagem e patologia clínica, é realizada nas UPAs ou no laboratório de referência. Métodos diagnósticos de alto custo são realizados em centros especializados. A dispensação de medicamentos é feita pelas farmácias populares e farmácias dentro das próprias UBSs. Há também clínicas médicas, hospitais e farmácias particulares na região. A UBS Altos de Santana atende a um total de 3815 famílias sendo que 100 % delas tem acesso acasas com tijolo, energia elétrica e saneamento básico.

A equipe de saúde da família verde da UBS Altos de Santana, divide espaço com duas equipes mais, Vermelha e Azul. Está localizada na rua Avenida Alto do Rio Doce, 1585, Altos de Santana, São José dos Campos, SP. A UBS Altos de Santana tem 3.815 famílias cadastradas e 14.421 usuários cadastrados, sendo esta população dividida entre as três equipes, ficando a equipe verde responsável por 1272 famílias e 4807 pessoas. Desses, 38,7% tem cobertura de plano de saúde. As afecções mais prevalentes são hipertensão arterial 13,2%, diabetes 2,9% e alcoolismo 1,0%. A ESF Verde conta com um médico (Mais Médicos), uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS's). As condições estruturais, de conservação, e os espaços são de porte adequado para as três equipes. A unidade é composta por: recepção/sala de espera, 2 arquivos de prontuários, 3 consultórios médicos e 2 de enfermagem, sala de vacinação, sala de curativos e procedimentos, sala de hipodermia, consultório dentário sala de reuniões, sala de administração, pátio externo com tanques, cozinha, almoxarifado e banheiros.

## **1.3 Justificativa**

No dia a dia da equipe verde da UBS Altos de Santana são seguidos os atendimentos de pacientes com hipertensão arterial, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares provavelmente evitáveis, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. São frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de pressão arterial sobrecarregando a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento medicamentoso tornam-se evidentes durante as consultas médicas e de enfermagem. Por isso, devido à alta prevalência de hipertensão arterial na população da área de abrangência e ao alto grau de

descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle, a longo prazo, da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Propor projeto de intervenção que possibilite a melhoria do controle dos níveis pressóricos dos pacientes de responsabilidade da equipe verde da UBS Altos de Santana, por meio da estratificação de risco e da otimização do atendimento.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Identificar os fatores que contribuem à incidência da hipertensão arterial na população abrangida pela Equipe Verde da UBS Altos de Santana.

## 3.METODOLOGIA

### 3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A proposta inicial é a realização do cadastro e da classificação de risco cardiovascular de todos os usuários. Para estratificação dos pacientes, será utilizada a escala de Framingham. O cadastro será feito durante a visita dos usuários hipertensos à unidade, seja para consulta, ou diversos outros fins, e também pela busca ativa de pacientes hipertensos ou com fatores de risco, pelos Agentes Comunitários. Os que tenham fatores de risco mas não são hipertensos, serão avaliados e orientados, mas não serão cadastrados, somente os hipertensos serão cadastrados.

### 3.2 Cenário da intervenção

O projeto será realizado nas UBS Altos de Santana e junto à gerência da unidade será discutido e acordado o melhor momento para realizar as atividades propostas no que se refere a dias e horários.

### 3.3 Estratégias e ações

Para a **Classificação de risco cardiovascular** em grupos de risco será usada a escala de risco de Framingham revisada de acordo com D'Agostino et al. (2008)<sup>10</sup>, que consiste em um algoritmo de risco multivariado que incorpora os fatores de risco das doenças cardiovasculares que podem ser usados na APS para estimar o risco individual dos pacientes de desenvolver as doenças cardiovasculares. Esse algoritmo<sup>10</sup>. A proposta dos autores foi criar uma ferramenta de avaliação de risco multivariável única que permitisse identificar candidatos de alto risco para eventos cardiovasculares ateroscleróticos iniciais utilizando medidas prontamente disponíveis na clínica e laboratório. A escala de Framingham faz uma estimativa do risco cardiovascular em 10 anos (morte coronariana, IAM, insuficiência coronariana, angina, AVC isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca) em pessoas sem doença cardiovascular ao exame inicial. Os usuários que apresentem doença cardiovascular ao exame clínico inicial (insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica estágio 3 ou história de acidente vascular encefálico ou ataque isquêmico transitório) já são classificados como alto risco<sup>10</sup>.

Se utilizará uma ficha cadastral (anexo 1), preenchendo dados de identificação, medidas corporais (peso, altura e circunferência abdominal), fatores de risco, uso de medicamentos, comorbidades e estratificação de risco.

Os fatores de risco avaliados serão: idade, HDL colesterol, colesterol total, pressão arterial, tabagismo e Diabetes Mellitus. Durante o cadastro, os agentes e os técnicos de enfermagem preencherão os dados de identificação e a medidas corporais.

O médico e a enfermeira preencherão dos demais dados durante a consulta e farão a classificação dos pacientes a qual grupo de risco pertencem.

Os pacientes com risco cardiovascular menor que 10% em 10 anos serão classificados como Hipertensos de baixo risco. Risco entre 10% e 20% como moderado e, se maior que 20%, serão classificados como alto risco<sup>11</sup>.

Após classificados os usuários nesses três grupos, será proposto um abordamento direcionado conforme a faixa de risco de cada um.

Os de baixo risco deverão consultar-se ao menos duas vezes ao ano com o médico e duas vezes ao ano com a enfermeira, os de moderado risco farão três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem ao ano e os de alto risco três consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano. Os de alto risco deverão ter acompanhamento simultâneo com profissionais especializados na atenção secundária. Todos deverão participar de ao menos 4 atividades em grupos anualmente e serem visitados pelos agentes comunitários 12 vezes ao ano como mínimo<sup>11</sup>.

A enfermeira organizará a agenda dos profissionais de saúde, separando o tempo das atividades do plano e, junto ao médico e aos técnicos de enfermagem, verificará e controlará o plano terapêutico dos pacientes.

Casos mais complexos serão discutidos separadamente durante as reuniões de equipe e serão elaborados planos terapêuticos diferenciados quando forem necessários.

Os exames complementares serão pedidos durante as consultas médicas e de enfermagem, acorde ao protocolo de Hipertensão Arterial<sup>11</sup>. As consultas médicas e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente em horário pré-determinado para essa atividade, dia do HIPERDIA.

### **3.4 Avaliação e Monitoramento**

O controle da frequência e da regularidade dos pacientes às consultas médicas e de enfermagem e à realização dos exames complementares, além da análise da adesão ao tratamento pelas visitas dos Agentes Comunitários, será realizado por meio do acompanhamento pelas fichas: Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético, Anexo 2, a ser preenchida pelo médico e pela enfermeira durante as consultas do HIPERDIA; e Ficha B-HA, Anexo 3, a ser preenchida pelos Agentes comunitários durante as visitas domiciliares.

Nessa etapa a equipe buscará conscientizar a população com respeito ao seu problema de saúde objetivando introduzir medidas de promoção de saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas.

Depois desta etapa se propõe a criação dos grupos de hipertensos e realização de palestras informativas. O grupo terá como participantes os profissionais de saúde da equipe do programa de saúde da família em questão e da equipe expandida, com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, após discutir a proposta em reuniões na unidade. Os grupos e as palestras serão preferencialmente no mesmo dia, com frequência mensal, podendo ser quinzenal para que seja possível abranger todos os usuários. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar para possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os grupos e as palestras.

Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como:

Organizacionais:

- Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A UBS possui esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças;
- Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras. Esses serão realizados, inicialmente, na sala de reuniões da UBS Altos de Santana. O espaço é adequado para cerca de 20 pessoas, mas faltam equipamentos de projeção de multimídia. Caso se proponha reuniões com grupos maiores outro espaço mais adequado deve ser disponibilizado;
- Disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da ESF quanto da equipe expandida, NASF, já estão cientes e dispostos a participar do projeto, contudo, falta organização adequada das agendas para disponibilização do tempo adequado necessário para as ações;

Econômicos: recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais necessários;

Cognitivos: capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção;

Poder: recursos políticos necessários para implementação das ações e regularização das propostas.

O primeiro passo para implementação do projeto será viabilizar a disponibilização dos recursos organizacionais e econômicos frente a reunião com a gerência do distrito. A atualização conceitual e o treinamento dos profissionais de saúde da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pelo médico e pela enfermeira, durante as reuniões da equipe. A gerente das operações será a enfermeira, que já exerce cargo de liderança na equipe.

#### **4.RESULTADOS ESPERADOS**

- Melhora do controle de doenças crônicas e diminuição da frequência de eventos cardiovasculares.
- Redução da morbimortalidade associada a doenças cardiovasculares e das despesas relativas a estas.
- Aumento do percentual de cobertura dos hipertensos no programa HIPERDIA;
- Proporcionar um diagnóstico adequado e precoce da Hipertensão Arterial nos pacientes com a estratificação de risco
- Prevenir e a tratar precocemente complicações priorizando as medidas de promoção à saúde.
- Aumento da adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de caráter maioritariamente curativo.
- Colaborar com o controle da pressão arterial em usuários hipertensos.
- Melhora da situação de saúde da comunidade incrementando a adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso adequado das medicações



## 5. CRONOGRAMA

No quadro a seguir está representado o cronograma das atividades propostas pelo Projeto de Intervenção para melhoria do controle dos pacientes com hipertensão arterial da Equipe de Saúde da Família Verde da UBS Altos de Santana.

<b>Atividades propostas</b>	<b>Período</b>	<b>Responsáveis pela realização</b>
Cadastramento hipertensos	Primeiro ao sexto mês	ACS, técnicos de enfermagem
Reunião com a gerência do distrito	Terceiro mês	Enfermeira, médico, gerência distrital
Atualização conceitual e treinamento dos profissionais da equipe de saúde	Terceiro mês	Enfermeira, médico
Avaliação e estratificação de risco dos hipertensos de acordo com a escala de risco de Framingham revisada	Quarto ao sexto mês	Enfermeira, médico
Criação do HIPERDIA	Quinto mês	Enfermeira, médico
Criação dos grupos de hipertensos e início das palestras informativas	Quinto mês	Enfermeira, médico, profissionais do NASF
Controle do acompanhamento dos pacientes e avaliação dos dados das fichas de cadastro e de acompanhamento	Sexto ao décimo segundo mês	ACS, técnicos de enfermagem, enfermeira, médico


## 6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Kumar, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, MD (2009). «Cap. 11 Hypertensive vascular disease». En Saunders (Elsevier). *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease* (8th edición).
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J; Whelton; Reynolds; Muntner; Whelton; He (2005). "Global burden of hypertension: analysis of worldwide data". *Lancet* **365** (9455): 217–23.
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J; Whelton; Reynolds; Whelton; He (January 2004). "Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review". *J. Hypertens*
4. Giuseppe, Mancina; Fagard, R; Narkiewicz, K; Redon, J; Zanchetti, A; Bohm, M; Christiaens, T; Cifkova, R; De Backer, G; Dominiczak, A; Galderisi, M; Grobbee, DE; Jaarsma, T; Kirchhof, P; Kjeldsen, SE; Laurent, S; Manolis, AJ; Nilsson, PM; Ruilope, LM; Schmieder, RE; Sirnes, PA; Sleight, P; Viigimaa, M; Waeber, B; Zannad, F; Redon, J; Dominiczak, A; Narkiewicz, K; Nilsson, PM et al. (July 2013). "2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)". *European heart journal*
5. PASSOS, Valéria Maria de Azeredo, ASSIS, Tiago Duarte e BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. mar. 2006, vol.15, no.1 [citado 23 Novembro 2014], p.35-45. Disponível na World Wide Web: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1679-4974.
6. D'AGOSTINO, R. B.; Vasan R. S.; Pencina M. J.; et al. **General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study**. *Circulation*. 2009; 117: 743-753.
7. PMSJC – Secretaria Municipal da Fazenda. Dados da cidade ([http://www.sjc.sp.go.br/sao\\_jose/dados\\_da\\_cidade.aspx](http://www.sjc.sp.go.br/sao_jose/dados_da_cidade.aspx)). Visitado em 8 de novembro de 2014.
8. Wikipedia – Lista de municípios de São Paulo por PIB ([http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_de\\_munic%C3%Adpios\\_de\\_S%C3%A3o\\_Paulo\\_por\\_PIB#cite\\_note-1](http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_munic%C3%Adpios_de_S%C3%A3o_Paulo_por_PIB#cite_note-1)). Visitado em 08 de novembro de 2014.

9. IBGE – (<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=354990&idtema=1&search=sao-paulo|sao-jose-dos-campos|censo-demografico-2010:-sinopse->). Visitado em 08 de novembro de 2014.
10. D'AGOSTINO, R. B.; Vasan R. S.; Pencina M. J.; et al. **General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study**. *Circulation*. 2008; 117: 743-753.
11. MEIRELES, A. L. et al. **Atenção à saúde do adulto - Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo)**, Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21-97.

## 7.ANEXOS

### 7.1 Anexo 1 – Ficha de cadastro do hipertenso e/ou diabético

	<b>MS – HIPERDIA</b> PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS	1.ª Via: <u>Enviar para digitação</u> <b>CADASTRO DO HIPERTENSO                  E/OU DIABÉTICO</b>					
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>							
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	Pais de Origem	Data Naturalização / /			
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS			
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>							
Título de Eleitor	Número	Zona	Série				
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /			
CPF	Número	PIS/PASEP	Número				
<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)</b>							
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /		
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro		
	Folha		Termo		Data de Emissão / /		
<b>ENDEREÇO (*)</b>							
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro		Número	Complemento			
Bairro	CEP	DDD	Telefone				
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>							
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)				
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial			
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio			
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias			
Diabetes Tipo 2				AVC			
Tabagismo				Pé diabético			
Sedentarismo				Amputação por diabetes			
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal			
Hipertensão Arterial							
<b>TRATAMENTO</b>							
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>							
<b>Medicamentoso</b>							
<b>Comprimidos/dia</b>						<b>Unidades/dia</b>	
<b>Tipo</b>	1/2	1	2	3	4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Captopril 25mg							
Glibenclâmida 5mg							
Metformina 850 mg							
						<b>Insulina</b> <input type="text"/>	
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.



**7.3 Anexo 3 – Ficha B - HA**

FICHA B - HA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												SUS	ANO						
MUNICÍPIO		SEGMENTO		UNIDADE		ÁREA		MICROÁREA		NOME DO ACS:											
<b>ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS</b>																					
Identificação	Sexo	Idade	Fumante		Data da visita do ACS	Meses												Observações			
			Sim	Não		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez				
Nome:					Faz dieta																
Endereço:					Toma a medicação																
					Faz exercícios físicos																
					Pressão Arterial																
					Data da última consulta																
Nome:					Data da visita do ACS																
					Faz dieta																
					Toma a medicação																
					Faz exercícios físicos																
					Pressão Arterial																
					Data da última consulta																
Nome:					Data da visita do ACS																
					Faz dieta																
					Toma a medicação																
					Faz exercícios físicos																
					Pressão Arterial																
					Data da última consulta																
Endereço:					Data da última consulta																