



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

**PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE**



OTIMIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DE HIPERTENSOS NO CENTRO DE
CONVIVÊNCIA DA PESSOA IDOSA (CCI) DO BAIRRO VILA ARIAS, CAXIAS – MA

FELIPE GOMES CARREIRO NEIVA

FORTALEZA

2018

FELIPE GOMES CARREIRO NEIVA

OTIMIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DE HIPERTENSOS NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA PESSOA IDOSA (CCI) DO BAIRRO VILA ARIAS, CAXIAS – MA

Trabalho de Conclusão de Curso submetido 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.

Orientador: Prof^o Dr. Orleânico de Azevedo

FORTALEZA

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)

N338o Neiva, Felipe Gomes Carreiro.

Otimização do Cuidado em Saúde de Hipertensos no Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCI) do bairro Vila Arias, Caxias-MA / Felipe Gomes Carreiro Neiva. – 2018.

26 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização em Medicina de Família e Comunidade, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Esp. Orleânico de Azevedo.

1. Centro de Cuidado do Idoso. 2. Hipertensão Arterial Sistêmica. 3. Cuidado. I. Título.

CDD 362.1

Mantenha seus PENSAMENTOS POSITIVOS, porque seus pensamentos tornam-se suas PALAVRAS.

Mantenha suas PALAVRAS POSITIVAS, porque suas palavras tornam-se suas ATITUDES.

Mantenha suas ATITUDES POSITIVAS, porque suas atitudes tornam-se seus HÁBITOS.

Mantenha seus HÁBITOS POSITIVOS, porque seus hábitos tornam-se seus VALORES.

Mantenha seus VALORES POSITIVOS, porque seus valores tornam-se seu DESTINO.

(Mahatma Ghandi)

A Deus,

Por sua demonstração diária de que com fé e perseverança nada é intangível.

Aos meus pais,

Pelo amor incondicional, pela amizade, apoio e confiança, independente das circunstâncias.

À minha tia e avó materna,

Pela eterna disposição e cumplicidade junto às adversidades pessoais e acadêmicas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que, por suas bênçãos e iluminação, proporcionou a realização deste processo.

Aos meus pais, **Francisco Carreiro Neiva** e **Francisca Iolanda Gomes Carreiro Neiva** pela incansável devoção e doação, pelos pertinentes conselhos, e pelo companheirismo frente a todos os obstáculos.

A minha tia, **Márcia Cristina Gomes**, pelo carinho, disposição e receptividade, bem como pela postura crítica e construtiva; sempre presentes ao longo de todas as etapas de elaboração deste trabalho.

Aos meus irmãos, **Fernando Gomes Carreiro Neiva** e **Ana Luisa Gomes Carreiro Neiva**, e primos, **Larissa Gomes Fiterman** e **Dmitri Gomes Fiterman**, e minha namorada, **Swanne Thais Alves Barros**, pelos momentos de descontração e apoio empreendidos, contribuindo para a assimilação de toda a carga laboriosa e extenuante em uma experiência edificante.

Aos meus professores, **Orleânco de Azevedo** e **Ivana Cristina**, pelo norteamento do processo de construção do presente trabalho, sempre se portando de maneira acolhedora, educada e solícita, apesar da modalidade de ensino a distância sobre a qual está pautado este curso de especialização em Saúde da Família e Comunidade.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 INTRODUÇÃO	10
2 PROBLEMA	11
3 JUSTIFICATIVA.....	12
4 OBJETIVO GERAL.....	13
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
5 METODOLOGIA	14
6 REVISÃO DE LITERATURA	15
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	19
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	21
9 CRONOGRAMA	22
10 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	34

APÊNDICE

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um agravo à saúde de elevada prevalência, correspondendo ao principal fator de risco para doenças cardiovasculares. A população idosa, responsável pela maior parte deste contingente, comumente não apresenta um controle adequado nos níveis pressóricos sistodiastólicos, derivando em situações de urgência e emergência, o que contribui para a alta morbimortalidade cardiovascular, gerando grande impacto nos custos financeiros e logísticos em saúde. Frente a este quadro, é de grande importância a avaliação do controle de saúde destes pacientes, enfatizando a primazia dos Centros de Cuidado do Idoso, e a assistência integrada e sistematizada a eles atrelada. Quanto à metodologia, o projeto será desenvolvido em duas etapas, primeiramente promovendo consultas ambulatoriais para estratificação de risco e em seguida implementando a ficha de acompanhamento para otimizar o cuidado dos idosos. Com tal iniciativa tem-se o objetivo de adequar o controle da pressão arterial nos pacientes envolvidos e reduzir situações de urgência e emergência, e as eventuais incapacidades funcionais secundárias as complicações hipertensivas nos pacientes acompanhados na UBS e no CCI, sempre pautado no programa de envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Centro de Cuidado do Idoso; Hipertensão Arterial Sistêmica; Cuidado

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a health problem of high prevalence, corresponding to the main risk factor for cardiovascular diseases. The elderly population, responsible for most of this contingent, usually does not present adequate control in systolic and diastolic blood pressure levels, resulting in emergency and emergency situations, which contributes to high cardiovascular morbidity and mortality, generating a great impact on the financial and logistical health costs. Against this background, it is of great importance to evaluate the health control of these patients, emphasizing the primacy of the Centers for Elderly Care and the integrated and systematized care attached to them. As for the methodology, the project will be developed in two stages, first promoting outpatient consultations for risk stratification and then implementing the follow-up form to optimize the care of the elderly. The aim of this initiative is to adjust the blood pressure control in the patients involved and to reduce emergency and emergency situations, and the eventual functional disabilities secondary to the hypertensive complications in the patients followed in the UBS and the CCI, always based on the aging program healthy.

Keywords: Elderly Care Center; Systemic Arterial Hypertension; Caution

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

CCI: Centro de Convivência do Idoso

DCV: Doença Cardiovascular

SM: Síndrome Metabólica

DVP: Doença Vascular Periférica

DC: Doença Coronariana

PMMB: Programa Mais Médicos para o Brasil

UFC: Universidade Federal do Ceará

UnA-SUS: Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia

NUTEDS: Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde

MEV: Mudança do Estilo de Vida

UBS: Unidade Básica de Saúde

1. Introdução

A HAS constitui-se em uma entidade nosológica crônica e degenerativa, não transmissível, de alta prevalência, e representante de marcado risco para o desenvolvimento de distúrbios macro e microvasculares, modificando a arquitetura morfofuncional de tecidos e órgãos, e repercutindo com alterações metabólicas no organismo. A especificar: Doença Cerebrovascular (DCV), Doença Coronariana (DC), Doença Vascular Periférica (DVP), Síndrome Metabólica (SM), dependência funcional / inabilidade física etc (DUNCAN et. al, 2013)

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é responsável por aproximadamente 65% dos óbitos na população adulta - com 40% das aposentadorias precoces atreladas a complicações a ela associadas - e responde por 14% das internações na faixa etária de 30–69 anos. Trata-se de um grave problema de saúde pública. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a prevalência de HAS na população adulta está entre 22 a 43% (Cadernos da Atenção Primária, Nº 29)

O delineamento da presente proposta de intervenção no CCI, no bairro Vila Arias, Caxias-MA, advém da experiência de um profissional do PMMB, na UBS Vila Arias, localizada no município de Caxias – MA. Consiste no Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS), em parceria com Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde (NUTEDS), da Universidade Federal do Ceará (UFC).

2. Problema

Acompanhamento inadequado dos pacientes portadores de HAS, com inscrições irregulares dos valores de pressão arterial nos prontuários, desconhecimento dos horários e medicamentos a serem tomados diariamente, e seguimento inapropriado no que tange aos cuidados de vigilância em saúde.

3. Justificativa

Diante de um cenário epidemiológico marcadamente prevalente para o agravo crônico em estudo, que é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), faz-se necessário uma maior vigilância frente à prevenção de complicações potencialmente incapacitantes e irreversíveis da nosologia em questão.

Dessa forma, a inserção de um instrumento específico, anexado ao prontuário físico, para o registro objetivo de parâmetros de avaliação e controle clínico-terapêutico – níveis glicêmicos e pressóricos, efeitos adversos, fármacos, complicações, comorbidades –, faz-se necessária para o acompanhamento adequado da população alvo.

4. Objetivo Geral

- Desenvolver uma proposta de intervenção para sistematização e avaliação do controle e acompanhamento dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mediante ficha de acompanhamento específica anexada ao prontuário físico.

4.1 Objetivos Específicos

- Estabelecer o uso da ficha de acompanhamento específica anexada ao prontuário físico;
- Realizar o estadiamento clínico dos pacientes com HAS, conforme as recomendações do Ministério da Saúde;
- Organizar a agenda de acompanhamento individual do paciente;
- Monitorar o comparecimento dos pacientes as consultas e realizar busca ativa dos faltosos.

5. Metodologia

Para a consecução dos objetivos propostos foi realizada uma consulta de acompanhamento ambulatorial no próprio Centro de Convivência da Pessoa Idosa do bairro Vila Arias, Caxias – MA, com orientações a respeito da importância da higiene física e mental (alimentação saudável e atividade física regular), bem como da assiduidade nas reuniões em grupo e práticas multidisciplinares do CCI.

Feito o registro inicial, os pacientes foram orientados a retornar trimestralmente para entrega de exames, avaliação da resposta terapêutica e controle da frequência nas atividades coletivas do CCI. A partir da segunda consulta, foi realizado o estadiamento clínico-laboratorial do público-alvo e posterior preenchimento da ficha de acompanhamento, com a organização da respectiva agenda individual, seguida da sua incorporação ao prontuário físico.

Os idosos seguirão o acompanhamento, no CCI ou na Unidade Básica de Saúde do bairro, com periodicidade a ser determinada pelo estágio clínico correspondente e/ou pelo julgamento da equipe multidisciplinar envolvida no processo de melhoria da qualidade de assistência à pessoa idosa, com o objetivo de prevenir a ocorrência de agravos agudos - e seus potenciais efeitos incapacitantes - das doenças crônico-degenerativas em questão.

6. REVISÃO DE LITERATURA

A HAS afeta aproximadamente, entre 11 a 20% da população adulta com idade superior a 20 anos. Por tratar-se de um agravo crônico, incurável, ações de educação continuada em saúde ganham especial destaque no seu manejo terapêutico com vistas na mudança comportamental em prol da qualidade de vida, já que sua manutenção em níveis elevados sustentados e persistentes constitui-se em fator de risco independente, linear e contínuo para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2005).

No Brasil, a HAS é responsável por aproximadamente 65% dos óbitos na população adulta - com 40% das aposentadorias precoces atreladas a complicações a ela associadas - e responde por 14% das internações na faixa etária de 30–69 anos. E, portanto, quando não controlada torna-se uma doença de altos custos assistenciais decorrentes de suas complicações como: doenças cérebro vascular, arterial coronariana e vascular periférica; insuficiências cardíaca e renal crônica. (VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial)

Os principais fatores de risco para a hipertensão arterial são: idade (acima de 65 anos), gênero e etnia (homens até os 50 anos, igualando homens e mulheres após a quinta década, e duas vezes mais prevalente em pacientes negros), sobrepeso e obesidade, ingestão de sal e álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial).

A medida da pressão arterial em ambos os braços com o paciente sentado, em ortostatismo e posição supina, pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos, e em todas as avaliações nos idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva constitui o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica. Cabe ressaltar, que sempre tem-se como referência o membro superior com o maior valor para as medidas subsequentes (SBC, 2016).

Como as medidas de pressão arteriais sistêmicas tomadas em situações ambulatoriais podem ser falseadas por diversos fatores (dor, estresse emocional, bebidas estimulantes etc.), e desse modo, revelar valores irreais de mensuração, tem-se os seguintes critérios diagnósticos (SBC, 2016):

- Pressão arterial no consultório, dado pelo valor médio entre duas medidas da pressão arterial (PA), em pelo menos duas consultas, com níveis maiores ou iguais a 140 x 90 mmHg;
- Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA): várias aferições da PA do paciente maiores que 135 x 85 mmHg, feitas pelo próprio paciente ou profissional habilitado, em intervalo de 5 dias com 6 aferições/dia ou 7 dias com 2 aferições/dia;
- Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) que consiste num método de aferições indiretas e intermitentes da pressão arterial durante 24 horas ou mais, com valores iguais ou maiores que 140 X 90 mmHg.

A investigação clínica posterior objetiva confirmar a elevação persistente da pressão arterial, avaliar lesões de órgãos-alvo, identificar fatores de risco cardiovascular, diagnosticar doenças associadas e a etiologia da hipertensão. Para isso, realiza-se: anamnese completa; exame físico minucioso; avaliação laboratorial de rotina (urina, dosagens de potássio, creatinina, glicemia de jejum, lipidograma completo e eletrocardiograma); e avaliação complementar quando necessária (Mion JRD et. al, 2002)

Quadro 6 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
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.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3 (SBC, 2016)

O tratamento deve ser baseado no risco cardiovascular, que deve levar em consideração a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida. Pacientes com níveis limítrofes de pressão arterial, lesões de órgãos-alvo e outras comorbidades, e aqueles com nível cardiovascular médio, alto e muito alto, devem receber tratamento medicamentoso precocemente, redução do impacto causado pela elevação da PA e pela presença de fatores de risco associados e na progressão do processo aterosclerótico (SBC, 2016).

O MS preconiza que as mudanças de estilo de vida (MEVs), tanto individual quanto coletiva, são essenciais para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as metas de controle. Os profissionais de saúde devem auxiliar o indivíduo idoso a incorporar práticas e atingir os objetivos e metas propostas no tratamento respeitando suas idiossincrasias. Taís práticas contemplam as MEVs e o controle de fatores de risco (SBC, 2016):

- Redução de peso;
- Prática regular de exercícios físicos;
- Restrição ao consumo de bebidas alcoólicas;
- Restrição de sódio;
- Suspensão do tabagismo;
- Controle da dislipidemia;
- Restrição ao uso de cafeína;
- Suplementação de potássio, cálcio, magnésio e fibras.

Tabela 2 – Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais

Categoria	Meta recomendada	Classe	Nível de Evidência
Hipertensos estágios 1 e 2, com risco CV baixo e moderado e HA estágio 3	< 140/90 mmHg	I	A
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco CV alto	< 130/80 mmHg*	I	A**

CV: cardiovascular; HA: hipertensão arterial. *Para pacientes com doenças coronarianas, a PA não deve ficar < 120/70 mmHg, particularmente com a diastólica abaixo de 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares. **Para diabéticos, a classe de recomendação é IIB, nível de evidência B.

(SBC, 2016)

Nos pacientes idosos, a dose inicial dos fármacos empregados no tratamento medicamentoso de ser mais baixa do que na população não idosa, e seu aumento ou associações devem ser feitas com mais cuidado. A maioria dessa população possui fatores de risco, lesões de órgãos-alvo instaladas e doenças cardiovasculares, requerendo normalmente uma terapia combinada especialmente para o controle dos níveis sistólicos (SBC, 2016)

Tabela 1 – Recomendações para início de terapia anti-hipertensiva: Intervenções no estilo de vida e terapia farmacológica

Situação	Abrangência (medida casual)	Recomendação	Classe	Nível de evidência
Início de intervenções no estilo de vida	Todos os estágios de hipertensão e PA 135-139/85-89 mmHg	Ao diagnóstico	I	A
	Hipertensos estágio 2 e 3	Ao diagnóstico	I	A
	Hipertensos estágio 1 e alto risco CV	Ao diagnóstico	I	B
	Hipertensos idosos com idade até 79 anos	PAS ≥140 mmHg	IIa	B
	Hipertensos idosos com idade ≥ 80 anos	PAS ≥160 mmHg	IIa	B
Início de terapia farmacológica	Hipertensos estágio 1 e risco CV moderado ou baixo	Aguardar 3 a 6 meses pelo efeito de intervenções no estilo de vida	IIa	B
	Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg e DCV preexistente ou alto risco CV	Ao diagnóstico	IIb	B
	Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg sem DCV pré-existente e risco CV baixo ou moderado	Não recomendado	III	-

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; CV: cardiovascular; DCV: doença cardiovascular.

(SBC, 2016)

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra da população idosa participante das atividades de educação e aconselhamento em saúde do Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCI) do bairro Vila Arias, município de Caxias – MA, cujo preceito fundamental está pautado no desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento do convívio comunitário e na prevenção de risco social, revelou os seguintes valores:

- **43 pacientes hipertensos;**
- 11 pacientes diabéticos.

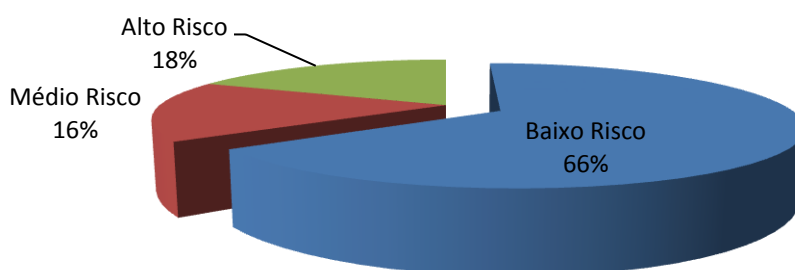
Dados estes que demonstram a ausência de assiduidade dos mais de 100 pacientes listados no CCI do bairro Vila Arias como potenciais frequentadores das atividades planejadas e sistematizadas a partir dos valores socioculturais, ocupacionais e de necessidades manifestas pelos idosos frequentadores, e também dos recursos humanos e materiais disponíveis, a ilustrar:

- Artística ou cultural (folclore, teatro, oficinas, música, dança, coral, modelagem, pintura, artesanato etc.);
- Educativa: palestras, seminários (saúde física e mental, drogas ilícitas, alcoolismo, assistência social, direitos humanos, religiosidade, lazer, cultura e ecologia), filmes e vídeos, e atividades de alfabetização;
- Sociabilidade: comemorações ou calendário festivo;
- Físicas: hidroginástica, ginástica, caminhadas, alongamentos, atividades esportivas etc.
- Viagens, excursões, passeios;

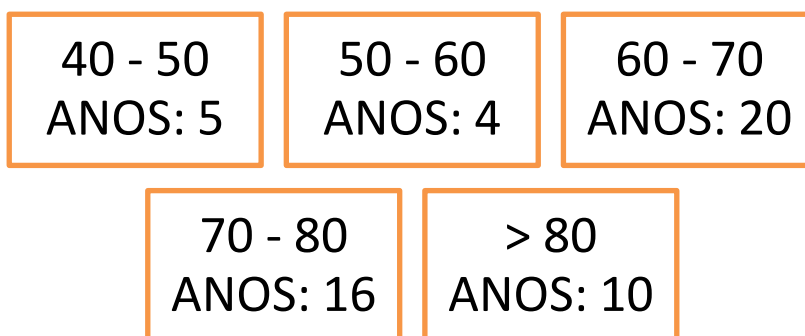
- Jardinagem e horticultura;
- Vocacionais/produtivas: treinamento vocacional, oficinas de artesanato, costura etc.; sempre visando o estímulo aos projetos de capacitação que desenvolvam habilidades de gestão e a auto-sustentação dos CCI's.

Os pacientes idosos avaliados em consulta ambulatorial compuseram os seguintes gráficos de distribuição etária e estratificação de risco:

Estratificação de Risco (GRÁFICO 1)



Distribuição Etária (GRÁFICO 2)



8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos serão de três tipos:

- Humanos: membros da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, administrativos).
- Materiais: estetoscópio, esfigmomanômetro, papel A4, fita métrica, folders e cartazes educativos, balança antropométrica, materiais de escritório, glicosímetro, tiras para glicemia, agulhas.
- Local: Unidade Básica de Saúde, CCI, escolas

9. CRONOGRAMA

ATIVIDADE	MAIO 2018	JUNHO 2018	JULHO 2018	AGOSTO 2018
Escolha do tema	X			
Revisão bibliográfica	X	X	X	
Elaboração do projeto		X	X	
Coleta de Dados/Consulta Ambulatorial	X	X		
Elaboração de elementos pré e pós – textuais		X	X	
Entrega do TCC			X	
Defesa do TCC				X

10. CONCLUSÃO

Por tudo que foi descrito e apresentado neste manuscrito, percebe-se a importância do Centro de Convivência para a pessoa Idosa nos cuidados de orientação, aconselhamento e promoção de saúde. As tarefas de educação em saúde, de escuta qualificada e de aplicação de políticas de saúde possibilitam autonomia aos idosos, de modo que tais pacientes se sintam inseridos em um programa de envelhecimento saudável.

. Constatou-se também que o CCI do bairro Vila Arias, no município de Caxias, é um local adequado para manter a autonomia e a independência do idoso, tirando-o da monotonia que a sociedade impõe nessa época da vida, através de atividades que proporcionam o exercício físico e mental, incluindo também a criação de novos vínculos, sempre priorizando sua funcionalidade.

Portanto, faz-se necessário a inserção de uma ficha de acompanhamento, em que conste o registro objetivo de parâmetros de avaliação e controle clínico-terapêutico – níveis glicêmicos e pressóricos, efeitos adversos, fármacos, complicações, comorbidades –, como uma forma de sistematizar o cuidado a esse grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.
2. GAEDE, P. et al. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 358, n. 6, p. 580–591, 2008.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Primária, n. 37)
4. Mion JRD, et al. **Hipertensão Arterial – Abordagem Geral**. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira, 2002.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83

APÊNDICE I

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO
MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

Nº CARTÃO SUS

NOME

IDADE (anos): _____

SEXO: _____

ATENDIMENTO / DADOS CLÍNICOS

PAS/PAD:

ALTURA (m):

GLICEMIA (VALOR):

PESO (Kg):

HIPERTENSÃO

IMC:

DIABETES 1 DIABETES 2

CINTURA (cm):

FATORES DE RISCO AUTO REFERIDOS

ANTECEDENTES FAMILIARES DE HAS/DM

TABAGISMO ATUAL

EX - FUMANTE

AIT/AVC PRÉVIOS

DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

SEDENTARISMO

EXAMES

HEMOGLOBINA GLICADA (%)

TRIGLICERÍDEOS (mg/dl)

CREATININA SÉRICA (mg/dl)

PROTEINÚRIA 24H (gramas)

COLESTEROL TOTAL (mg/dl)

MICROALBUMINÚRIA (miligramas)

HDL – c (mg/dl)

ECG _____

LDL – c (mg/dl)

ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL

URINA TIPO 1

EXAME DE FUNDO DE OLHO: _____

COMPLICAÇÕES

ESTADIAMENTO CLÍNICO – LABORATORIAL () ALTO () MODERADO () BAIXO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

INSULINA DOSE DIÁRIA (UI/dia)

() NPH () REGULAR () ANÁLOGAS

() AUTOMONITORAMENTO DOMICILIAR DA GLICEMIA (Sim ou Não)

INSUMOS TIRAS REAGENTES () LANCETAS () SERINGAS ()

CONDUTAS

VACINAÇÃO INFLUENZA (ANUAL) Sim () Não ()

PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE Sim () Não ()

TIPO DE SAÍDA	RETORNO:	DATA	ASSINATURA
	CONSULTA DE ENFERMAGEM	_____	_____
	CONSULTA MÉDICA	_____	_____
	VISITA DOMICILIAR	_____	_____
	ENCAMINHAMENTOS	DATA	ASSINATURA
	GRUPOS	_____	_____
	ESPECIALISTAS	_____	_____

OBSERVAÇÃO:

CONTROLES

DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:
DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:
DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:
DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:
DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:	DATA/HORA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

CRM/COREN:

