

NOTA INFORMATIVA
INFORMAÇÕES INTEGRADAS
PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL

Nº 03 | 12/09/2024



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Estado do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde
Antonio Silva Lima Neto

Secretário Executivo de Atenção à
Saúde e Desenvolvimento Regional
Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretária Executiva de Atenção Primária e
Políticas de Saúde
Maria Vaudelice Mota

Coordenadora de Vigilância
Epidemiológica e Prevenção em Saúde
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

Coordenadora de Imunização
Ana Karine Borges Carneiro

Coordenadora de Atenção Primária à Saúde
Thaís Nogueira Facó de Paulo Pessoa

Coordenadora de Atenção Especializada e
das Redes de Atenção à Saúde
Rianna Nargilla Silva Nobre

Coordenadora de Políticas de Assistência
Farmacêutica e Tecnologias em Saúde
Fernanda França Cabral

Superintendente da Região de Saúde de Fortaleza
Ícaro Tavares Borges

Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
Giselle Barroso Vieira Costa
Médica Cardiologista

Hospital Geral de Fortaleza
Rafael Siqueira Athayde Lima
Médico Nefrologista

ELABORAÇÃO E REVISÃO

Adriana Rocha Simião

Ana Maria Martins Pereira

Bruna Monik Moraes de Oliveira

Carlos Garcia Filho

Célia Viana da Silva Brasileiro

Carmem Cintra de Oliveira Tavares

Evelyne Rodrigues Feitoza

Evanézia de Araújo Oliveira

Fernanda França Cabral

Francisco Elvis Firmino da Fonseca

Helenira Fonseca de Alencar

Juliana Alencar Moreira Borges

Karísia Pontes Aguiar de Castro

Kelma Pinheiro Costa Cruz

Louise Myrella Santos de Sousa

Maria Socorro Moisés de Melo

Maria Ercelina Cavalcante Alencar

Nalber Sigian Tavares Moreira

Pedro Antônio de Castro Albuquerque

Priscilla de Lima Carneiro

Raimunda Nonata de Paulo

Rejane Helena Chagas de Lima

Renata Oliveira Leorne Dantas

Rosimar Ferreira de Oliveira

Samille Diógenes Boyadjian

Silvio Rodrigo Alves Ferreira

Sylmara Carlos Brito dos Santos Pitta

Talyta Alves Chaves Lima

Tereza Odete de V. Corrêa Martins

Quelvia da Silva Lima

Wildson Ronney Rodrigues Bezerra

Ana Milena de Castro Siqueira Oliveira



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde e da Célula de Vigilância e Prevenção das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, em parceria com as Coordenadorias de: Atenção Primária à Saúde, Imunização, de Atenção Especializada e Redes de Atenção à Saúde, de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde, Superintendência da Região de Fortaleza, Hospital Geral de Fortaleza e do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, divulga a **Nota Informativa, contendo Informações Integradas para a prevenção e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica**, direcionada para gestores, trabalhadores e profissionais de saúde com o objetivo de fortalecer as estratégias de prevenção e controle dessa doença no estado.

A Nota Informativa apresenta dados epidemiológicos de mortalidade por Doenças Hipertensivas e mortalidade materna considerando um período de 10 anos. Também são apresentadas, para o enfrentamento a essa doença, as estratégias de prevenção, promoção e controle, informações sobre a assistência farmacêutica e os serviços de atendimento que integram a rede assistencial do Estado do Ceará.

Um outro componente presente na nota informativa, descrito pela Coordenadoria de Imunização, é a recomendação e divulgação de estratégias voltadas para a promoção à saúde por meio da oferta de imunobiológicos indicados para pacientes com condições clínicas que cursam com susceptibilidade aumentada às infecções, como no caso das cardiopatias.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AAS	Ácido Acetilsalicílico
AH	Atenção Hospitalar
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroides
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEH	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEI	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
BB	Betabloqueadores
BCC	Bloqueadores dos Canais de Cálcio
BRA	Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
COAPS	Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde
COVEP	Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde
CORAS	Coordenadoria da Rede de Atenção à Saúde
CIDH	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
CRIE	Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
CV	Cardiovascular
DAC	Doença Arterial Coronariana
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DEF	Dispositivos Eletrônicos para Fumar
DM	Diabetes Mellitus

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DRC	Doença Renal Crônica
DIU	Diuréticos
ECG	Eletrocardiograma
ERF	Escore de Risco Global de Framingham
ERG	Escore de Risco Global
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FC	Frequência Cardíaca
FRCV	Fatores de Risco Cardiovascular
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
LOA	Lesões de Órgão-Alvo
MEV	Modificação do Estilo de Vida
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAE	Pressão Arterial Elevada
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPS	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PRES	Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível
PFPB	Programa da Farmácia Popular do Brasil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMM	Razões de Mortalidade Materna
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ	12
3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	36
5. REGISTROS DE ATENDIMENTOS NA APS	38
6. SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS	41
7. IMUNIZAÇÃO	42
8. SAÚDE BUCAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL	45
9. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	49
10. REDES DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	53
11. AÇÕES ESTRATÉGICAS	57
12. REFERÊNCIAS CONSULTADAS	60

1 INTRODUÇÃO

A **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)** é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de caráter multifatorial, sendo determinada por elevados níveis de pressão nos vasos sanguíneos, podendo culminar em danos circulatórios e resultar em Doenças Cardiovasculares (DCV), Doença Renal Crônica (DRC) e comprometimento de outros órgãos importantes que possam desencadear uma morte prematura (Brasil, 2020; Barroso *et al*, 2020).

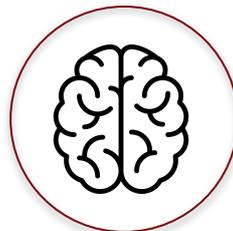
A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em setembro de 2023 o "Relatório Global sobre Hipertensão: a corrida contra um assassino silencioso", com dados globais sobre a condição, que traz que o Brasil vitimou mais de 1 milhão de pessoas. Segundo o relatório, aproximadamente quatro em cada cinco pessoas com hipertensão não recebem tratamento adequado. No entanto, se os países conseguirem expandir a cobertura, 76 milhões de mortes poderiam ser evitadas entre 2023 e 2050 (OMS, 2023).

A hipertensão afeta **1** em cada **3** adultos em todo o mundo. O número de pessoas vivendo com hipertensão dobrou entre 1990 e 2019, passando de **650** milhões para **1.3** bilhão. Quase metade das pessoas com hipertensão em todo o mundo desconhece atualmente sua condição e mais de três quartos dos adultos com hipertensão vivem em países de baixa e média renda (OMS, 2023).

Pré-Hipertensão é caracterizada como pressão arterial sistólica de 121-139 mmHg e diastólica de 81-89 mmHg, no qual considera-se uma condição reversível, mas quando não tratada torna-se irreversível (Brasil, 2020).

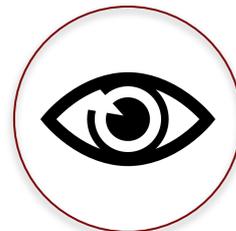
Diagnóstico de HAS: Em consonância com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, o diagnóstico é feito a partir da pressão arterial em consultório acima de 140 x 90 mmHg. Para as medições feitas através da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), a pressão arterial elevada consiste em valor igual ou superior a 130 mmHg por 80 mmHg (Barroso *et al*, 2021).

DOENÇAS ASSOCIADAS AO DESCONTROLE PRESSÓRICO



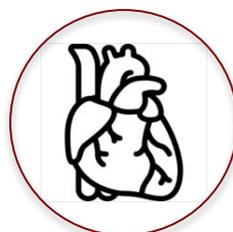
CÉREBRO

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO (AVEH) E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO (AVEI)



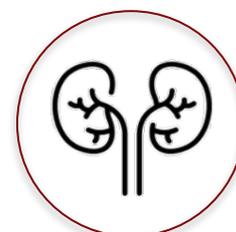
OLHOS

RETINOPATIA AVANÇADA



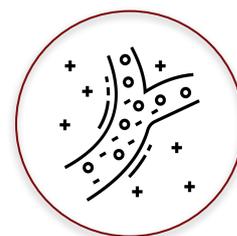
CORAÇÃO

DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



RINS

INSUFICIÊNCIA RENAL; DOENÇA RENAL CRÔNICA



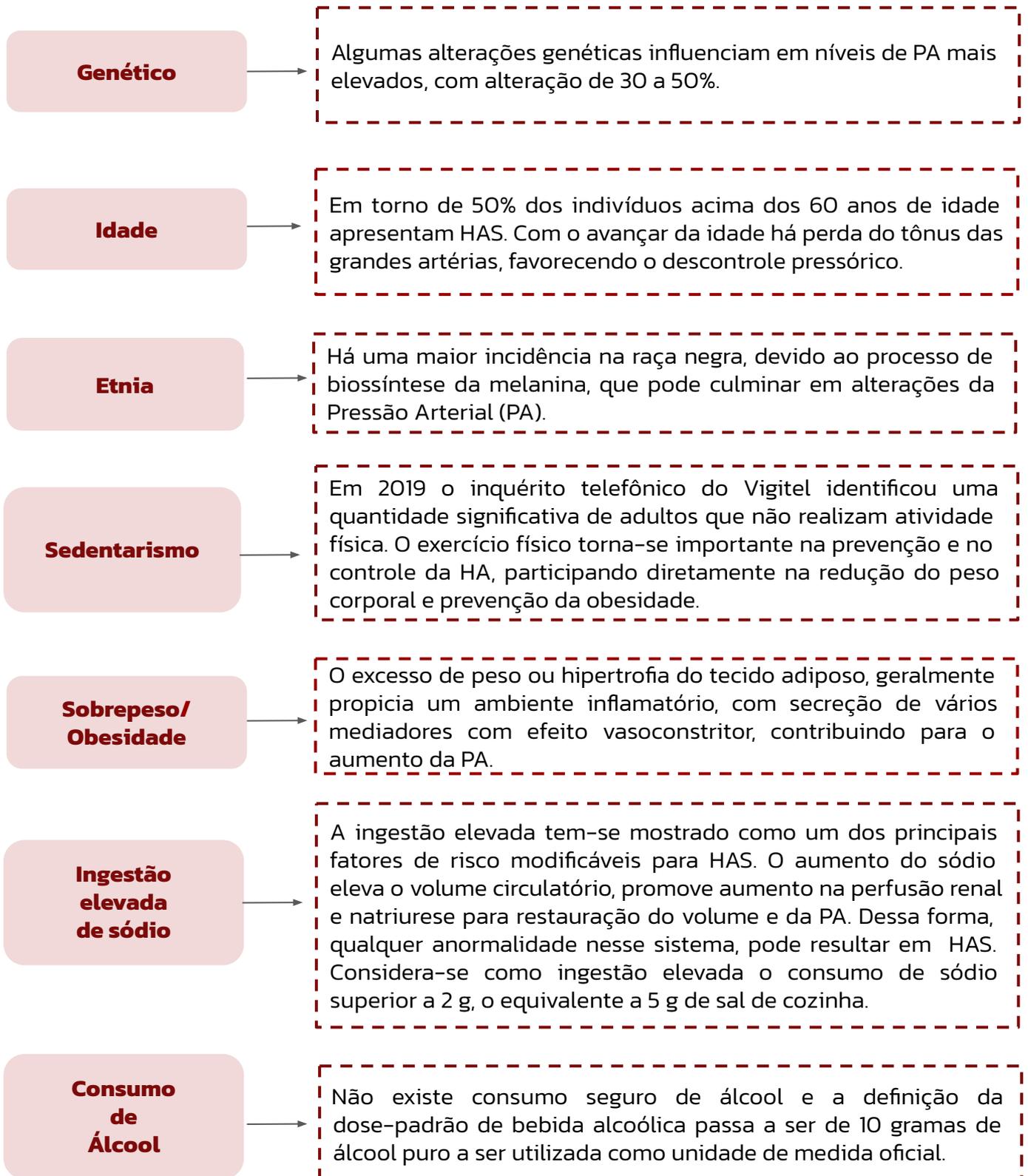
ARTÉRIAS:

ARTERIOSCLEROSE; DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA SINTOMÁTICA DOS MEMBROS INFERIORES

1 INTRODUÇÃO

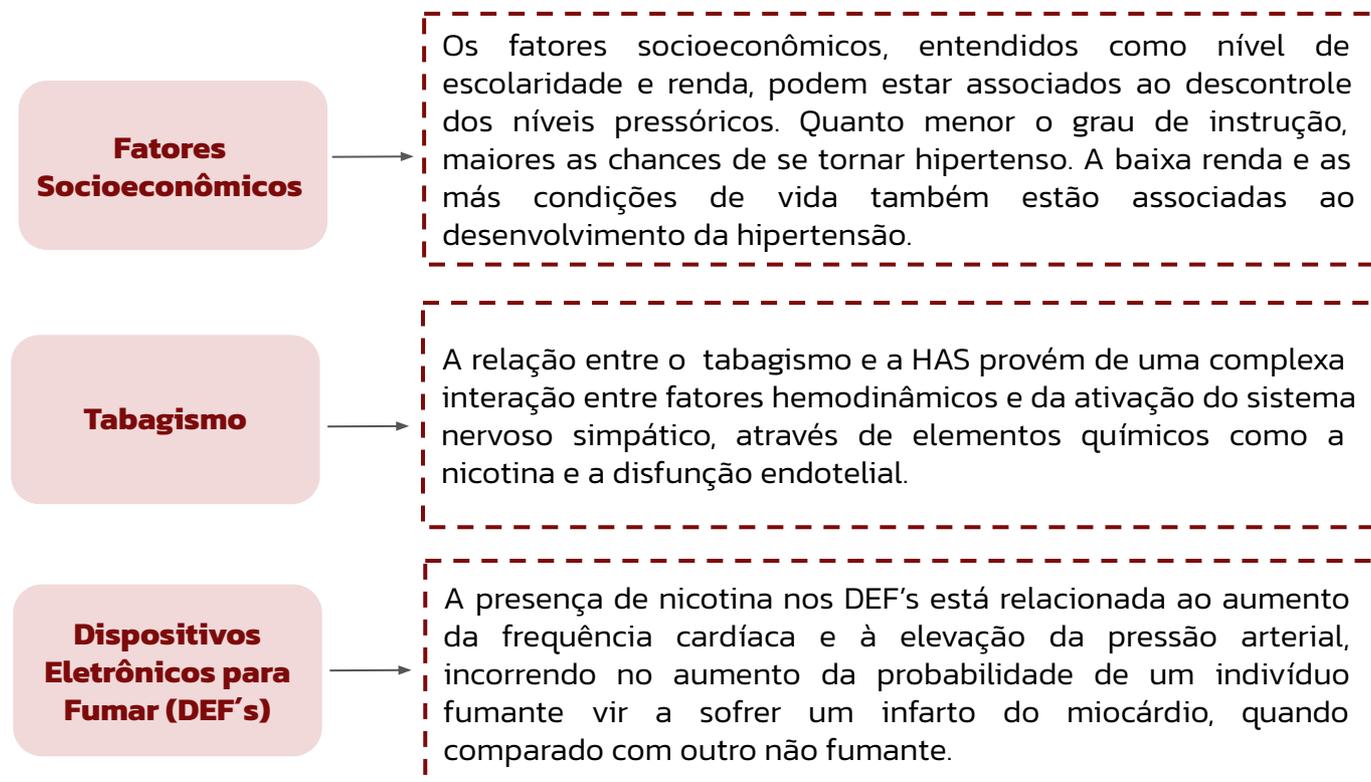
1.1. Fatores de Risco associados ao desenvolvimento da HAS

Há vários fatores que influenciam nos níveis da pressão arterial, entre eles:



1 INTRODUÇÃO

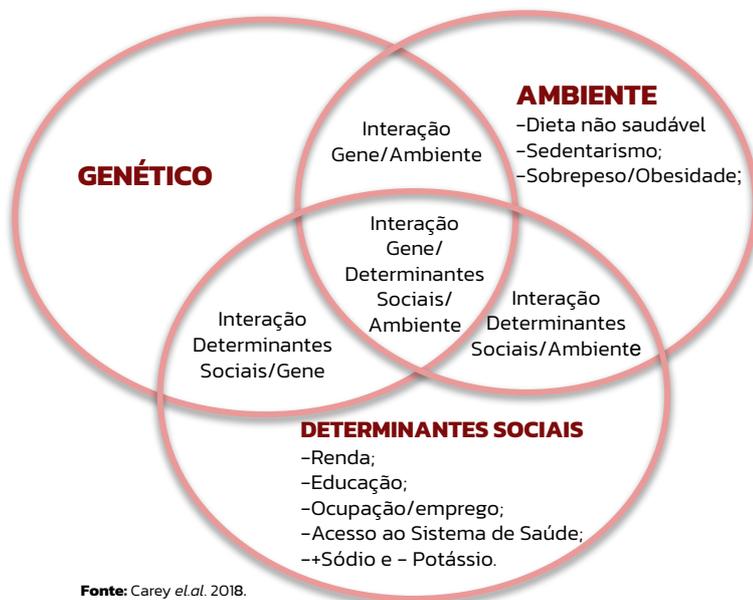
1.1. Fatores de Risco associados ao desenvolvimento da HAS



Fonte: Brasil, 2021d; Carey *et al.*, 2018; Roerecke, M., 2021; Scholz *et al.*, 2024; Sousa, M. S., 2015; Lopes, 2014

A figura abaixo traz uma representação dos fatores que poderão impactar no descontrole pressórico da população.

Figura 1. Determinantes genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais que interagem para elevar a PA em hipertensos e na população em geral.



Fonte: Carey *et al.* 2018.

ATENÇÃO!

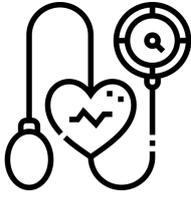
Aderir às estratégias de prevenção, aferir a PA regularmente e buscar por serviços de saúde são alternativas para diagnosticar precocemente a HAS.

Pessoas acima de 20 anos de idade devem aferir a PA ao menos uma vez por ano.

Para pessoas com hipertensão na família, deve-se aferir no mínimo duas vezes ao ano.
(Brasil, 2024).

1 INTRODUÇÃO

1.2. Fisiopatologia



Levando em consideração a **fisiopatologia da HAS**, é importante lembrar que a inflamação e consequentemente a disfunção endotelial são mecanismos importantes que contribuem diretamente para o desenvolvimento de processos ateroscleróticos.

Os **fatores de risco** citados anteriormente são responsáveis por gerar um quadro inflamatório no endotélio dos vasos sanguíneos, que a longo prazo desenvolve a disfunção endotelial, que por sua vez, acaba reduzindo a secreção de alguns fatores antiaterogênicos que tem como função primordial a vasodilatação dos vasos (Barroso *et al.*, 2021).

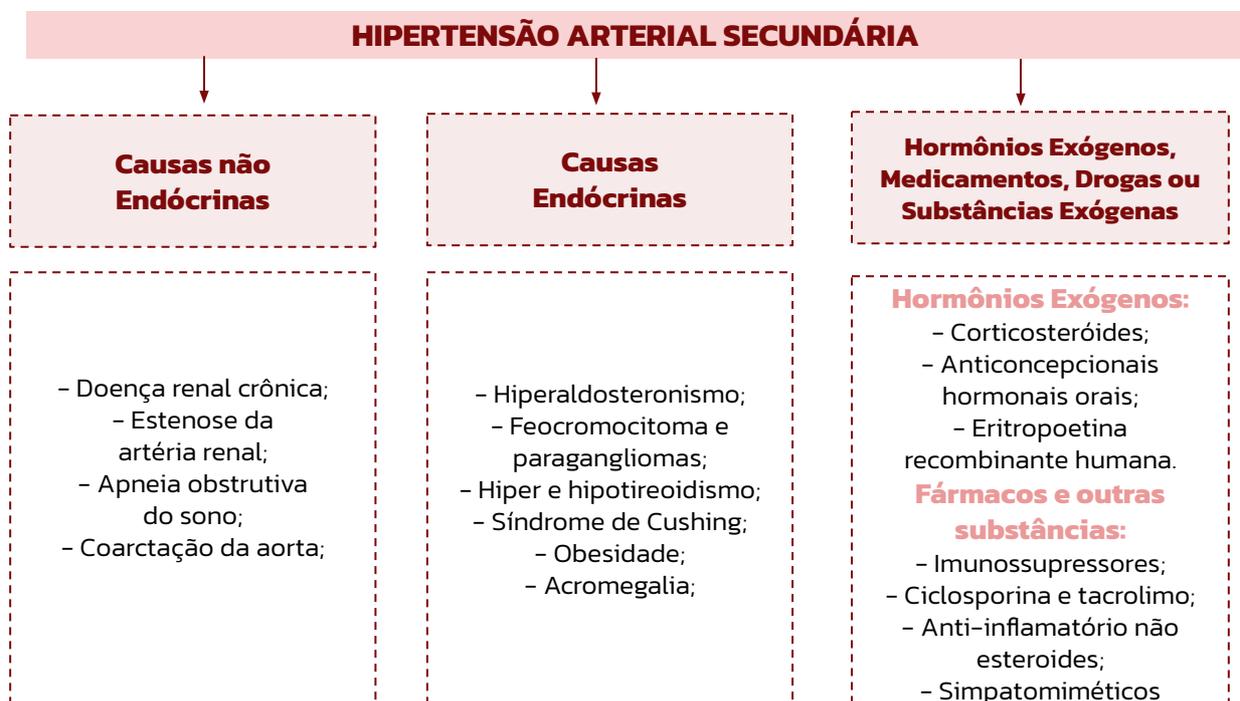
Nesse sentido, a vasoconstrição é promovida tanto pela formação das placas de ateroma advindo do quadro inflamatório, que acaba reduzindo o calibre dos vasos, aumentando a PA, quanto pela redução do Óxido Nítrico que é um importante elemento vasodilatador endotelial (Barroso *et al.*, 2021). Quanto às causas a hipertensão pode ser classificada em:

Hipertensão Arterial Essencial, também chamada de pressão hipertensão primária, com idiopática a esclarecer, sendo causada por múltiplos fatores genéticos e de hábitos de vida.

E

Hipertensão Arterial Secundária é caracterizado em decorrência de uma outra causa já identificada, tais como: **causas não endócrinas**, **causas endócrinas** e **hormônios exógenos, medicamentos, drogas** ou **substâncias exógenas**.

Figura 2. Causas responsáveis pela Hipertensão Arterial Secundária



1 INTRODUÇÃO

1.3. Metas pressóricas nos grupos populacionais

De acordo com as Diretrizes Clínicas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) as metas para obtenção do controle pressórico tem variação de acordo com os grupos populacionais especificados abaixo:

POPULAÇÃO IDOSA:

Para esta população deve-se **levar em consideração o estado funcional**, a fragilidade e as comorbidades presentes. O correto é estabelecer metas individuais, considerando-se a qualidade de vida do usuário, o risco de quedas, a fragilidade, a independência e a presença de comorbidade. A meta de tratamento considerando a condição global e a medida da pressão arterial no consultório para idosos hígidos é 130-139 por 70-79 mmHg e para idosos mais debilitados é de 140-149 por 70-79 mmHg.



GESTANTE:

Os distúrbios hipertensivos (hipertensão gestacional, hipertensão gestacional grave, proteinúria, pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta, eclâmpsia, síndrome de HELLP, síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) e síndrome da vasoconstrição encefálica reversível), que acometem essa população, acabam **sendo considerados uma das principais causas de mortalidade materna e perinatal** em todo o mundo. No Brasil, a pré-eclâmpsia é a principal causa de parto prematuro, estimando uma incidência de 1,5%. O objetivo é que durante o período gravídico a PA se mantenha inferior a 120 por 80 mmHg.



CRIANÇA E ADOLESCENTE:

A prevalência da Pressão Arterial Elevada (PAE) e da HA vem aumentando nos últimos anos nesse grupo. Na idade Pediátrica, estima-se de 3% a 5% de HA e de 10-15% de PAE. Na faixa etária de 7 a 12 anos, as prevalências de PAE e HA são de 4,7% e 1,9% respectivamente, ambas mais prevalentes entre os obesos. Sugere-se que para crianças de 1 a 13 anos o percentil (para idade, sexo e altura) se mantenha < P90 e para crianças com idade ≥13 anos a PA deverá apresentar-se < 120 / < 80 mmHg. Dito isso, **é de extrema importância a investigação de causas secundárias em crianças e adolescentes com níveis pressóricos elevados.**



POPULAÇÃO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC):

Evidências indicam uma meta de PA < 130/80 mmHg nesse grupo, porém, independentemente da meta, **a redução da PA deverá exigir atenção na monitorização dos eventos adversos**, sobretudo das anormalidades eletrolíticas e da diminuição do Ritmo de Filtração Glomerular.



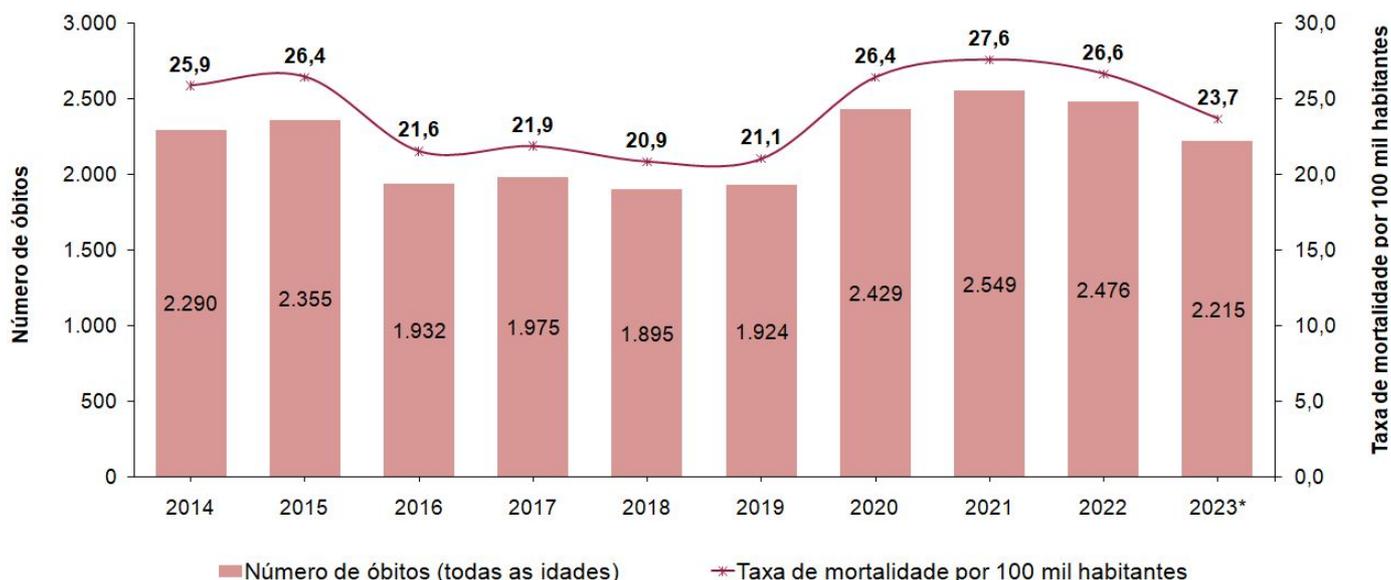
2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

2.1. Mortalidade por Doenças Hipertensivas no Estado do Ceará

A figura 3 apresenta a série histórica do número de óbitos e da taxa de mortalidade por doenças hipertensivas no estado do Ceará no período de 10 anos.

Verifica-se que, entre os anos de 2014 e 2023, foram contabilizados 22.040 óbitos por doenças hipertensivas, sendo o ano de 2021 o que evidenciou o maior número de óbitos (n=2.549) e a maior taxa de mortalidade (27,6 óbitos por 100 mil habitantes). Observa-se que o cenário epidemiológico mostrava uma estabilidade com menores risco dessa mortalidade entre os anos de 2016 e 2019, a qual foi interrompida nos anos de 2020 e 2021, provavelmente pelos efeitos da pandemia de Covid-19. Já o último biênio mostra tendência de diminuição desse risco.

Figura 3. Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por doenças hipertensivas. Ceará, 2014 a 2023* (n=22.040)



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS; *Dados de 2023 – sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024; Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10-I15).

2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

2.2. Mortalidade por Doenças hipertensivas, segundo as características sociodemográficas

Ao distribuir os óbitos por doenças hipertensivas, segundo as características sociodemográficas, verifica-se que 54,5% deles ocorreram em indivíduos do sexo feminino, 58,6% na faixa etária ≥ 80 anos, 66,6% na raça/cor parda e 45,1% em indivíduos sem escolaridade. Mais informações podem ser consultadas na Tabela 1.

Tabela 1. Mortalidade por doenças hipertensivas, segundo as características sociodemográficas. Ceará, 2014 a 2023* (n=22.040)

Variáveis	Mortalidade por Doenças Hipertensivas (2014-2023*)	
	(n)	%
Sexo		
Masculino	10.021	45,5
Feminino	12.019	54,5
Faixa etária		
Menor 1 ano	4	0,0
01 a 09 anos	2	0,0
10 a 19 anos	8	0,0
20 a 29 anos	46	0,2
30 a 39 anos	185	0,8
40 a 49 anos	541	2,5
50 a 59 anos	1.283	5,8
60 a 69 anos	2.472	11,2
70 a 79 anos	4.587	20,8
≥ 80 anos	12.910	58,6
Ignorado	2	0,0
Raça cor		
Branca	6.017	27,3
Preta	903	4,1
Amarela	66	0,3
Parda	14.675	66,6
Indígena	64	0,3
Não informado	315	1,4
Escolaridade		
Sem Escolaridade	9.944	45,1
Fundamental I	7.035	31,9
Fundamental II	1.595	7,2
Ensino Médio	1.021	4,6
Superior Incompleto	44	0,2
Superior Completo	250	1,1
Ignorado	1.061	4,8
Sem Informação	1.090	4,9

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS;

*Dados de 2023 – sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024;

Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10-I15).

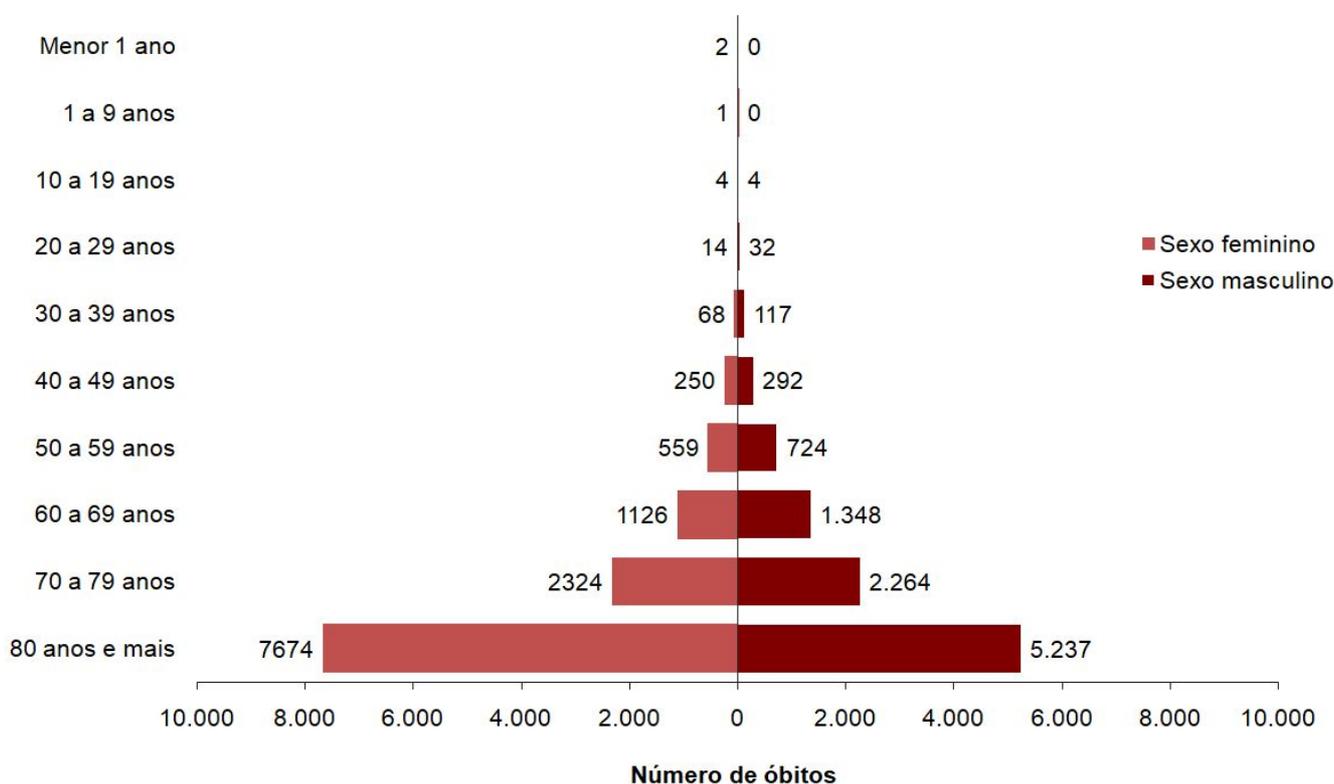
2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

2.3. Mortalidade por Doenças hipertensivas, segundo sexo e faixa etária

A figura 4 apresenta a mortalidade por doenças hipertensivas, segundo sexo e faixa etária, conforme o acumulado entre os anos de 2014 e 2023.

Analisando o perfil da mortalidade no período supracitado, foram contabilizados 12.022 óbitos no sexo feminino e 10.018 no sexo masculino. Observa-se, em ambos os sexos, o aumento da mortalidade com o avançar da idade, contudo verifica-se que o sexo masculino apresenta uma maior mortalidade na faixa da prematuridade (30 a 69 anos) e o sexo feminino nas idades mais avançadas (≥ 70 anos). Ressalta-se, assim, a expressiva mortalidade do sexo feminino em idade ≥ 80 anos ($n=7.674$ óbitos).

Figura 4. Mortalidade por doenças hipertensivas, segundo sexo e faixa etária. Ceará, 2014 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS;

*Dados de 2023 - sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024;

Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10-I15).

Nota 2: Foram desconsiderados os óbitos cuja sexo ou faixa etária estava assinalada como "ignorada"

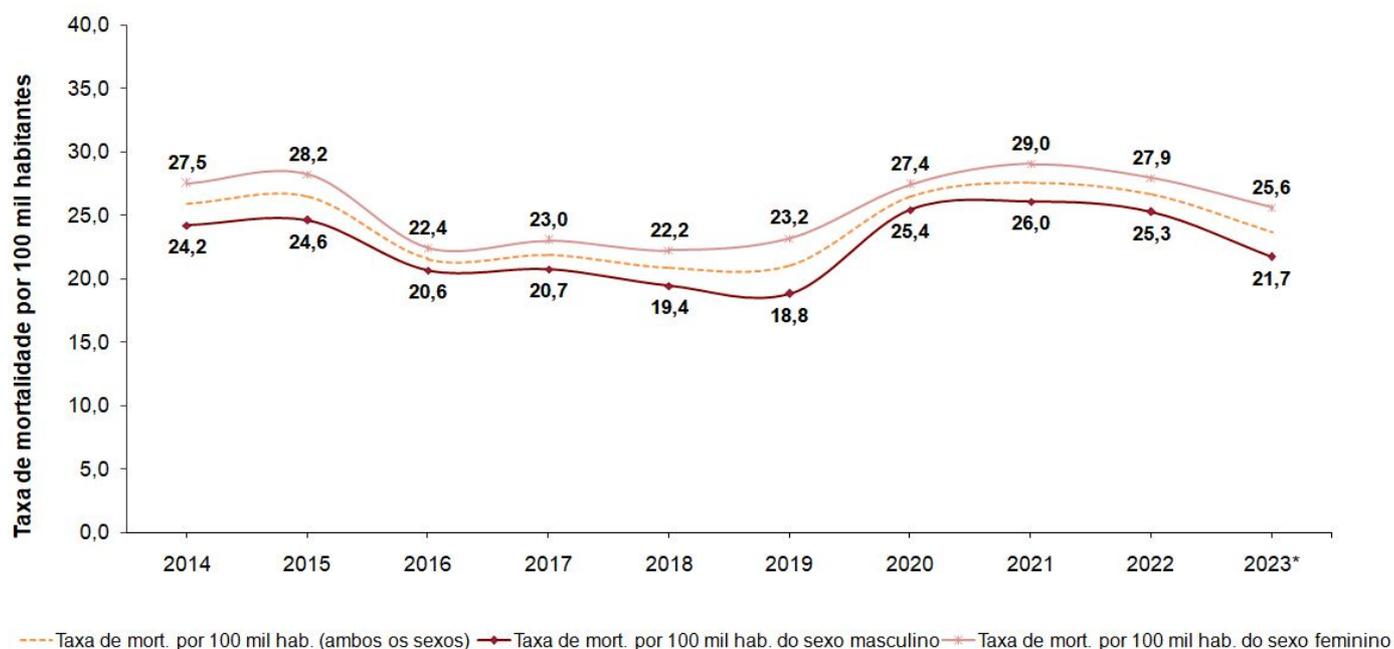
2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

2.4. Mortalidade por Doenças hipertensivas, segundo sexo

Analisando o comportamento da mortalidade por doenças hipertensivas, segundo sexo, nos últimos dez anos, verifica-se que o sexo feminino apresentou as maiores taxas durante todo o período, exibindo o maior risco em 2021 (29,0 óbitos para cada 100 mil habitantes do sexo feminino).

Observa-se que, em ambos os sexos, as taxas de mortalidade declinaram no quadriênio (2016–2019), seguidas de um aumento em 2020 e 2021, quando voltam a diminuir no biênio 2022 e 2023. Ressalta-se que em 2021 foi evidenciada o maior risco de mortalidade por essa doença em ambos os sexos (Figura 5).

Figura 5. Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por doenças hipertensivas, segundo sexo. Ceará, 2014 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS;

*Dados de 2023 - sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024;

Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10-I15).

2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

2.5. Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças hipertensivas

Reitera-se, a partir dessa análise, que serão analisados os óbitos prematuros (30 a 69 anos) por doenças hipertensivas. Os óbitos que ocorrem nessa faixa etária, são aqueles que podem ser significadamente evitados pelo controle da exposição de fatores de risco modificáveis, pela mudança no estilo de vida da população.

A figura 6 retrata o percentual de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por Doenças hipertensivas, entre os óbitos ocorridos em todas as idades por essa doença. Verifica-se que, no Ceará, entre os anos de 2014 e 2023, foram contabilizados 22.040 óbitos (considerando todas as idades) e 4.481 óbitos prematuros por Doenças hipertensivas. Contudo, cabe destacar que no triênio (2020–2022) foi observado os maiores números, tendo como destaque o ano de 2021, com 2.549 óbitos em todas as idades e 567 óbitos prematuros. Proporcionalmente, nessa série história, verifica-se uma média do percentual de 20,2% de óbitos prematuros entre os demais.

Ressalta-se, ainda, que o último quadriênio apresentou os maiores percentuais de óbitos prematuros entre os demais ocorridos, sendo o ano de 2020 o que apresentou o maior desses valores (22,9%).

Figura 6. Percentual de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por doenças hipertensivas dentre os óbitos ocorridos em todas as idades. Ceará, 2014 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVOP/DATASUS/SIM; dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS;

*Dados de 2023 – sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024;

Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10–I15).

2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

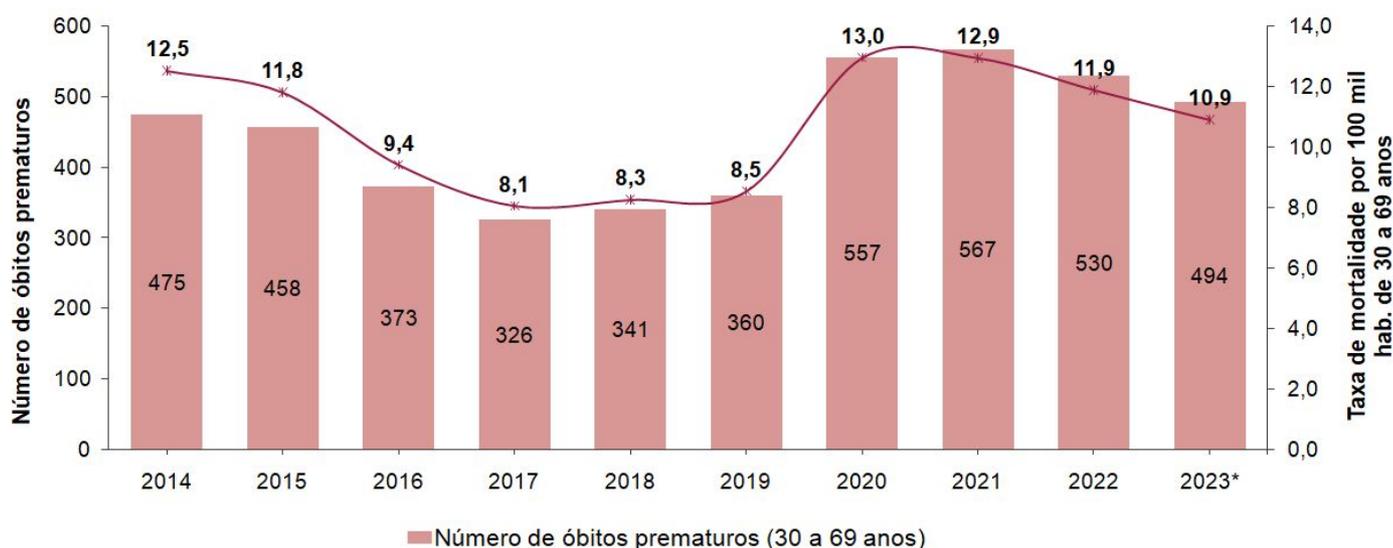
2.5. Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças hipertensivas

No Ceará, entre 2014 e 2023, foram contabilizados 4.481 óbitos prematuros (30 a 69 anos) por doenças hipertensivas.

Analisando a série histórica dos últimos dez anos (2014–2023), observa-se uma oscilação no comportamento da mortalidade, sendo verificado os maiores números de óbitos prematuros nos anos de 2020 (n=557) e 2021 (n=567) e os menores em, 2017 (n=326) e 2018 (n=341).

Ressalta-se, que o ano de 2021 exibiu o maior número de óbitos prematuros (n=567) e em 2020, a maior taxa de mortalidade prematura (13,0 óbitos prematuros por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos), a qual passa a declinar a partir desse ano (Figura 7).

Figura 7. Número de óbitos prematuros e taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos) por doenças hipertensivas. Ceará, 2014 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS;

*Dados de 2023 – sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024;

Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10-I15).

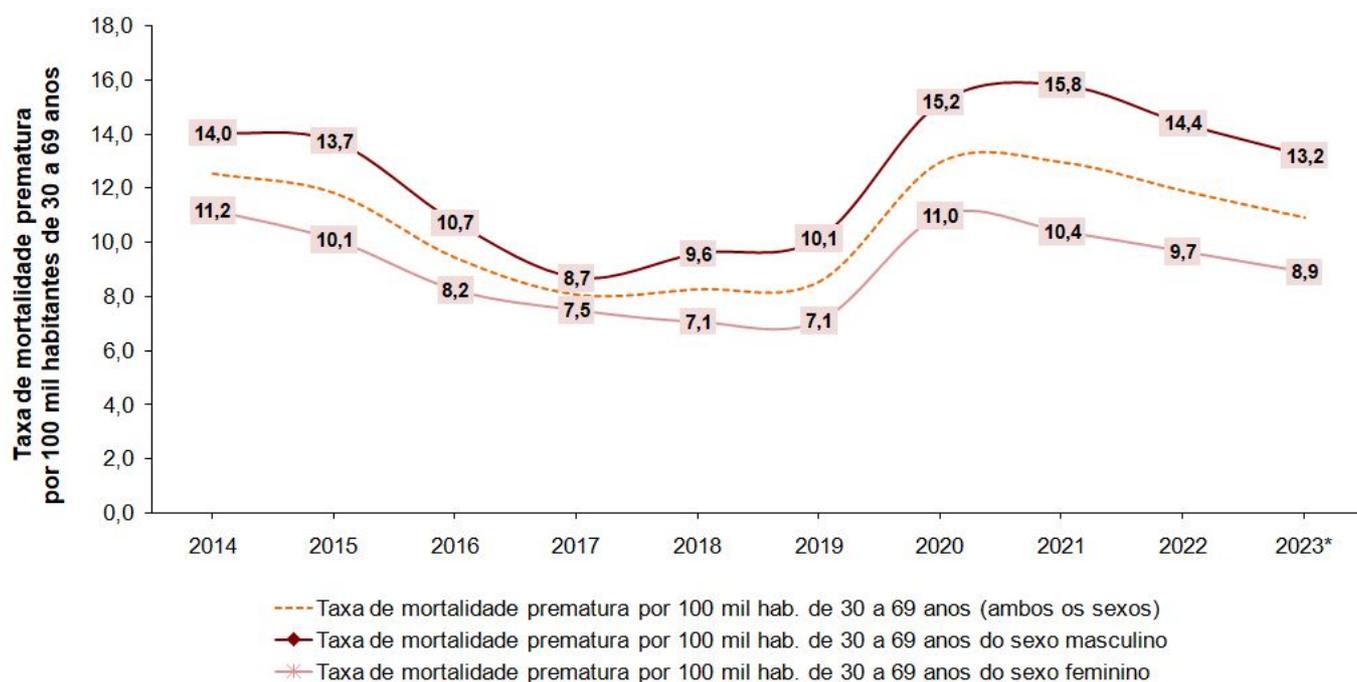
2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

2.6. Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças hipertensivas, segundo sexo

Analisando o comportamento da mortalidade prematura por Doenças hipertensivas, segundo sexo, observa-se um predomínio dessa mortalidade no sexo masculino em todo período analisado, o qual exibiu o maior risco em 2021, com uma taxa de 15,8 óbitos prematuros para cada 100 mil habitantes de 30 a 69 anos. Já para o sexo feminino, o maior risco de morrer por essa foi evidenciado em 2014, correspondendo a 11,2 óbitos prematuros por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo feminino.

Vale reiterar que o sexo feminino apresenta maior risco de morrer por essa doença, quando se considera todas as idade, conforme já descrito na Figura 4. Por fim, cabe ainda destacar, conforme análise da série histórica dos últimos dez anos no sexo masculino, a taxa de mortalidade prematura por essa doença evidenciou uma diminuição até o ano de 2017, seguida de aumento até o ano de 2021, voltando a declinar no biênio (2022 e 2023) (Figura 8).

Figura 8. Taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos) por doenças hipertensivas, segundo sexo. Ceará, 2014 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS; *Dados de 2023 – sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024;

Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10-I15).

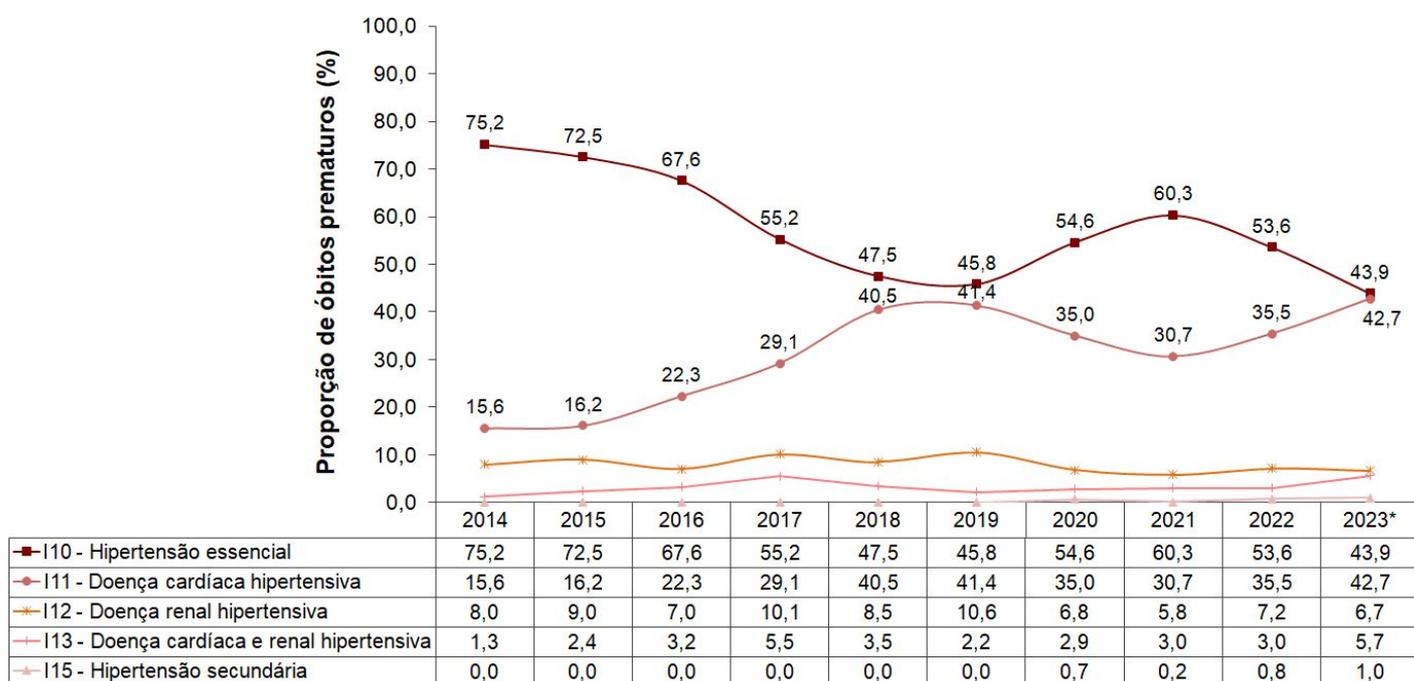
2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

2.7. Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças hipertensivas, segundo os tipos conforme os códigos da CID-10

Analisando a proporção da mortalidade prematura por doenças hipertensivas, segundo os grupos de causa descritos na CID-10, observa-se que a hipertensão essencial e a doença cardíaca hipertensiva, embora apresentem comportamentos da mortalidade diferentes, exibem as maiores proporções quando comparada com os demais grupos, conforme a análise da série histórica (2014 a 2023).

Analisando a mortalidade prematura para a Hipertensão essencial, observa-se uma diminuição da proporção de óbitos prematuros até o ano de 2019, seguida de oscilações no comportamento da mortalidade no quadriênio (2020–2023). Por fim, no que se refere a proporção de óbitos prematuros para a doença cardíaca hipertensiva, observa-se um crescimento dessa proporção até o ano de 2019, com descontinuação em 2020 e 2021, seguido de aumento no biênio (2022–2023). (Figura 9).

Figura 9. Proporção de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por Doenças hipertensivas, segundo os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Ceará, 2014 a 2023.*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS;

*Dados de 2023 – sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024;

Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10-I15).

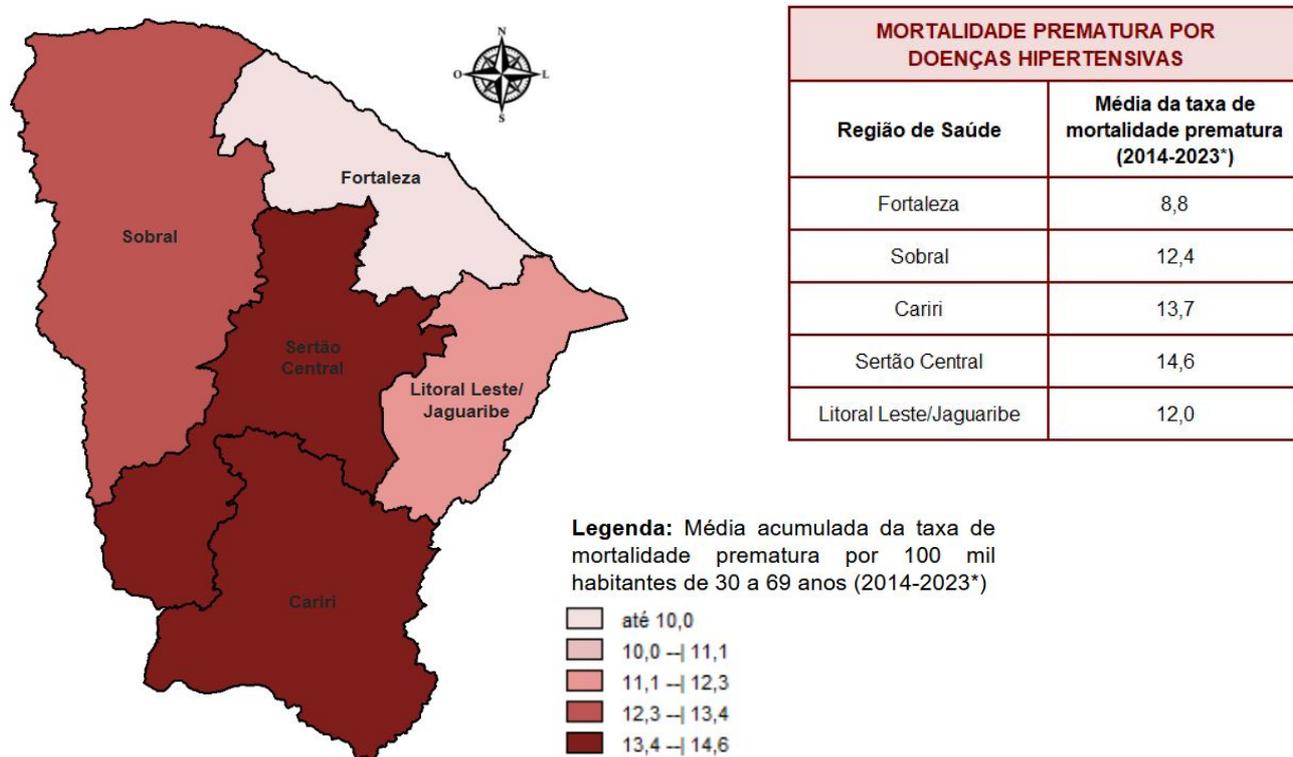
2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Doenças Hipertensivas

2.8. Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças hipertensivas, segundo as Regiões de Saúde

A Figura 10 apresenta a distribuição espacial da média acumulada da taxa de mortalidade prematura por doenças hipertensivas, segundo as cinco Regiões de Saúde, no período acumulado entre 2014 a 2023. Os resultados das taxas foram distribuídos em cinco estratos, conforme a legenda da figura abaixo. As cores mais escuras representam as taxas mais elevadas, e as mais claras, as taxas mais baixas.

Observa-se que as Regiões de Saúde do Sertão Central e do Cariri evidenciaram os maiores risco de morte prematura por essa doença, correspondendo a 14,6 e 13,7 óbitos prematuros por 100 mil hab. de 30 a 69 anos, respectivamente, seguida das Regiões de Saúde de Sobral, Litoral Leste Jaguaribe e Fortaleza (Figura 10).

Figura 10. Distribuição espacial da média acumulada da taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos) por Doenças hipertensivas, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2014 a 2023*.



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/CEVOP/DATASUS/SIM: dados de 2014 a 2022 consultados no dia 13/08/2024 no site do DATASUS; *Dados de 2023 – sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024;

Nota 1: Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: doenças hipertensivas (I10-I15).

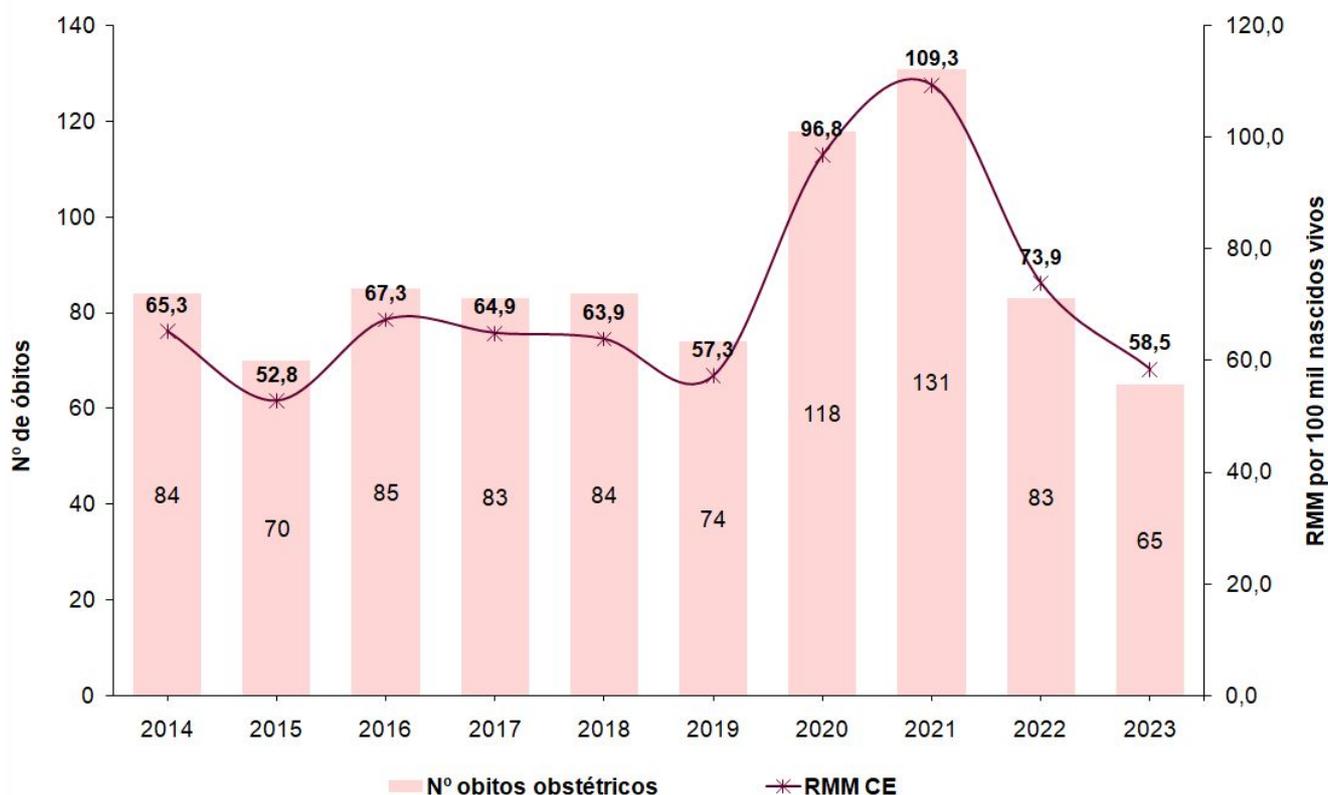
2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Mortalidade Materna

2.9. Razão da Mortalidade Materna

As altas Razões de Mortalidade Materna (RMM) encontradas no Ceará, apontam para a necessidade de ações específicas que apresentem maior impacto para a inversão deste indicador, já que a redução da RMM é uma prioridade para as três esferas dos governos.

Na figura 11 verificou-se uma redução de 10,4% na RMM, passando de 65,3 óbitos por 100.000 mil nascidos vivos em 2014 para 58,5 óbitos por 100.000 mil nascidos vivos em 2023. A menor RMM foi registrada em 2015, correspondendo a 52,8 óbitos para cada 100.000 mil nascidos vivos e a maior RMM em 2021, com 109,3 óbitos por 100.000 mil nascidos vivos podendo-se atribuir à gravidade da pandemia da Covid-19 para as mulheres no ciclo gravídico puerperal, o qual não foi somente pela doença, mas também pelo aumento da letalidade de outras emergências obstétricas que requerem cuidados intensivos.

Figura 11. Número de óbitos maternos obstétricos e a razão da mortalidade materna, Ceará 2014 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM/GT Vigilância do Óbito
Nota: *dados 2023 parciais gerados em 06/08/2024, sujeitos a alteração.

2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Mortalidade Materna

2.10 Razão da Mortalidade Materna, segundo causas

A Tabela 2 apresenta o número de óbitos maternos e a razão da mortalidade materna (RMM por 100.000 mil nascidos vivos) no estado do Ceará, no período de 2014 a 2023.

Observa-se a predominância das doenças hipertensivas como a principal causa direta (quando o óbito ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério), condição essa representada pelo registro de 166 óbitos maternos no período, seguida pela hemorragia com registro de 68 óbitos, podendo assim, serem classificadas como as causas principais e responsáveis pelos maiores riscos de morte materna no Estado. No entanto vale ressaltar que no estudo foi evidenciado uma redução em ambas as causas respectivamente, 56,4% e 4,2%.

Tabela 2. Número de óbitos e Razão da Mortalidade Materna (RMM por 100.000 mil nascidos vivos), segundo os principais grupos de causas. Ceará, 2014 a 2023*

Causas	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023*	
	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM
Causas obstétrica direta																				
Aborto	4	3,1	3	2,3	1	0,8	2	1,6	2	1,5	1	-	1	0,8	2	1,7	1	0,9	3	2,7
Complicação no parto	8	6,2	3	2,3	4	3,2	1	0,8	-	-	5	3,9	-	-	-	-	3	2,7	2	1,8
Embolia	4	3,1	-	-	6	4,8	4	3,1	5	3,8	-	-	4	3,3	-	-	-	-	4	3,6
Hemorragia	6	4,7	5	3,8	8	6,3	8	6,3	7	5,3	3	2,3	10	8,2	6	5,0	10	8,9	6	5,4
Doenças hipertensivas	16	12,4	19	14,3	18	14,3	20	15,6	13	9,9	17	13,2	25	20,5	18	15,0	14	12,5	6	5,4
Anormalidade Contração Uterina	4	3,1	4	3,0	3	2,4	1	0,8	2	1,5	2	1,5	3	2,5	-	-	-	-	-	-
Infecção puerperal	6	4,7	-	-	1	0,8	2	1,6	4	3,0	4	3,1	3	2,5	2	1,7	1	-	1	-
Outras Diretas	3	2,3	3	2,3	10	7,9	19	14,9	11	8,4	13	10,1	12	9,8	17	14,2	11	9,8	9	8,1
Total	51	39,6	37	27,9	51	40,4	57	44,6	44	33,5	45	34,8	58	47,6	45	37,6	40	35,6	31	27,9
Causas obstétrica indireta																				
Doenças do aparelho respiratório	-	-	6	4,5	1	0,8	5	3,9	5	3,8	4	3,1	6	4,9	1	0,8	2	1,8	2	1,8
Doenças do aparelho circulatório	8	6,2	9	6,8	13	10,3	8	6,3	15	11,4	11	8,5	6	4,9	14	11,7	10	8,9	12	10,8
Doenças do aparelho digestivo	5	3,9	1	0,8	5	4,0	-	-	2	1,5	3	2,3	3	2,5	1	0,8	2	1,8	2	1,8
Hipertensão arterial crônica	1	0,8	2	1,5	-	-	1	0,8	2	1,5	-	-	-	-	6	5,0	3	2,7	2	1,8
Doenças infecciosas	7	5,4	2	1,5	3	2,4	1	0,8	4	3,0	5	3,9	32	26,3	51	42,6	3	2,7	-	-
Diabetes	2	1,6	1	0,8	-	-	1	0,8	-	-	-	-	-	-	1	0,8	-	-	-	-
Outras indiretas	7	5,4	9	6,8	8	6,3	9	7,0	10	7,6	6	4,6	11	9,0	11	9,2	20	17,8	14	12,6
Total	30	23,3	30	22,6	30	23,76	25	19,56	38	28,9	29	22,45	58	47,58	85	70,95	40	35,6	32	28,8
Óbitos obstétricos não especificados																				
Total	3	2,3	3	2,3	4	3,2	1	0,8	-	-	-	-	2	1,6	1	0,8	3	-	2	1,8
Total de causas maternas obstétricas	84	65,3	70	52,8	85	67,3	83	64,9	82	62,4	74	57,3	118	96,8	131	109,3	83	73,9	65	58,5
Óbitos materno obstétricos tardios	39	-	35	-	20	-	24	-	31	-	32	-	13	-	10	-	4	-	7	-
Óbitos maternos não obstétricas	12	-	4	-	14	-	18	-	24	-	16	-	15	-	16	-	14	-	10	-
Soma de todos óbitos maternos	135	-	109	-	119	-	125	-	137	-	122	-	146	-	157	-	101	-	82	-

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM/GT Vigilância do Óbito

Nota: *dados 2023 parciais gerados em 06/08/2024, sujeitos a alteração.

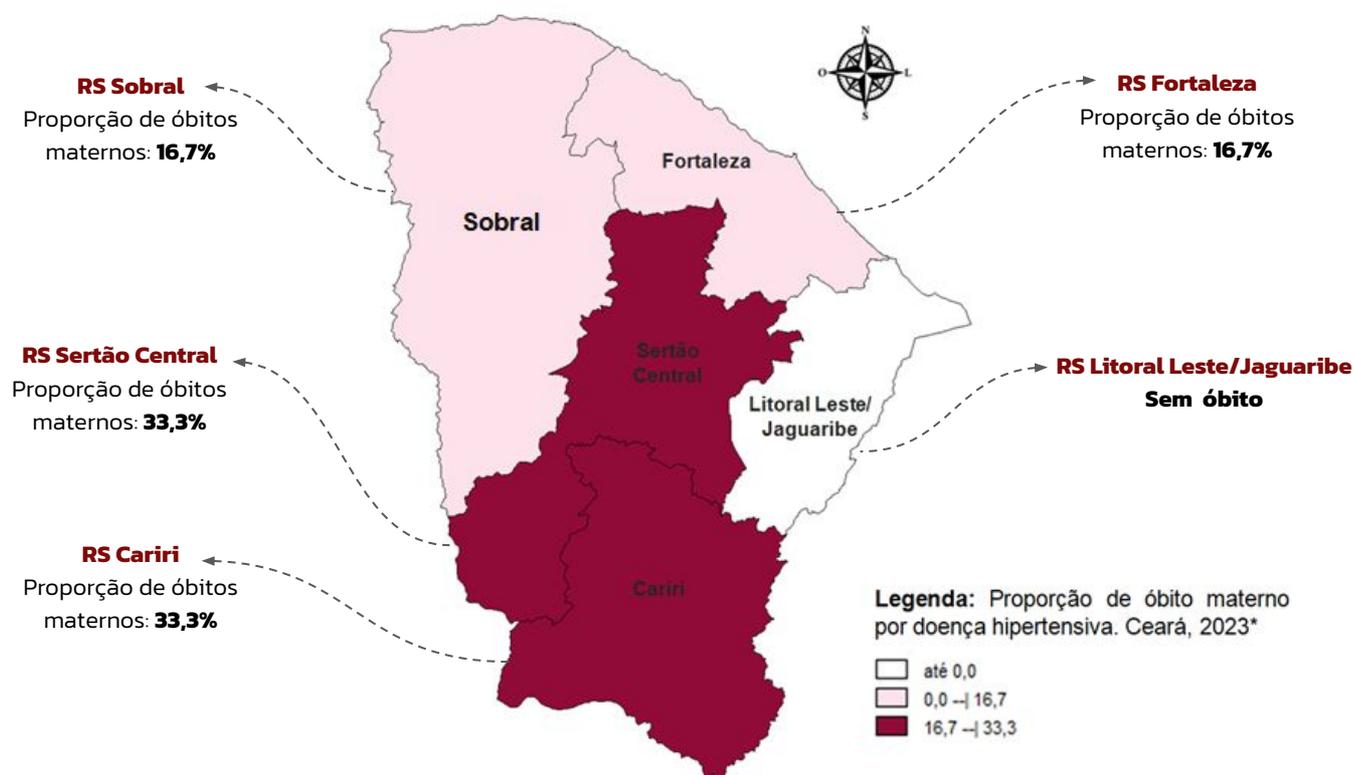
2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO – Mortalidade Materna

2.11 Proporção de Mortalidade Materna por doença hipertensiva, segundo Regiões de Saúde

A Figura 12 apresenta a distribuição espacial da proporção da mortalidade materna por doença hipertensiva específica da gravidez, segundo as cinco Regiões de Saúde no ano de 2023. Os resultados percentuais foram distribuídos em cinco estratos, conforme a legenda da figura abaixo. As cores mais escuras representam os percentuais mais elevados, e as mais claras, os percentuais mais baixos.

Observa-se ainda que as Regiões de Saúde do Sertão Central e do Cariri evidenciaram os maiores percentuais de mortalidade materna por doenças hipertensivas, ambas correspondendo a 33,3%, seguidas das Regiões de Fortaleza e Sobral, com 16,7% cada. É importante ressaltar que a Região do Litoral Leste Jaguaribe não evidenciou nenhum óbito materno por doença hipertensiva no ano analisado.

Figura 12. Distribuição espacial da proporção de óbitos maternos por doença hipertensiva específica da gravidez, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM/GT Vigilância do Óbito
Nota: *dados 2023 parciais gerados em 06/08/2024, sujeitos a alteração.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

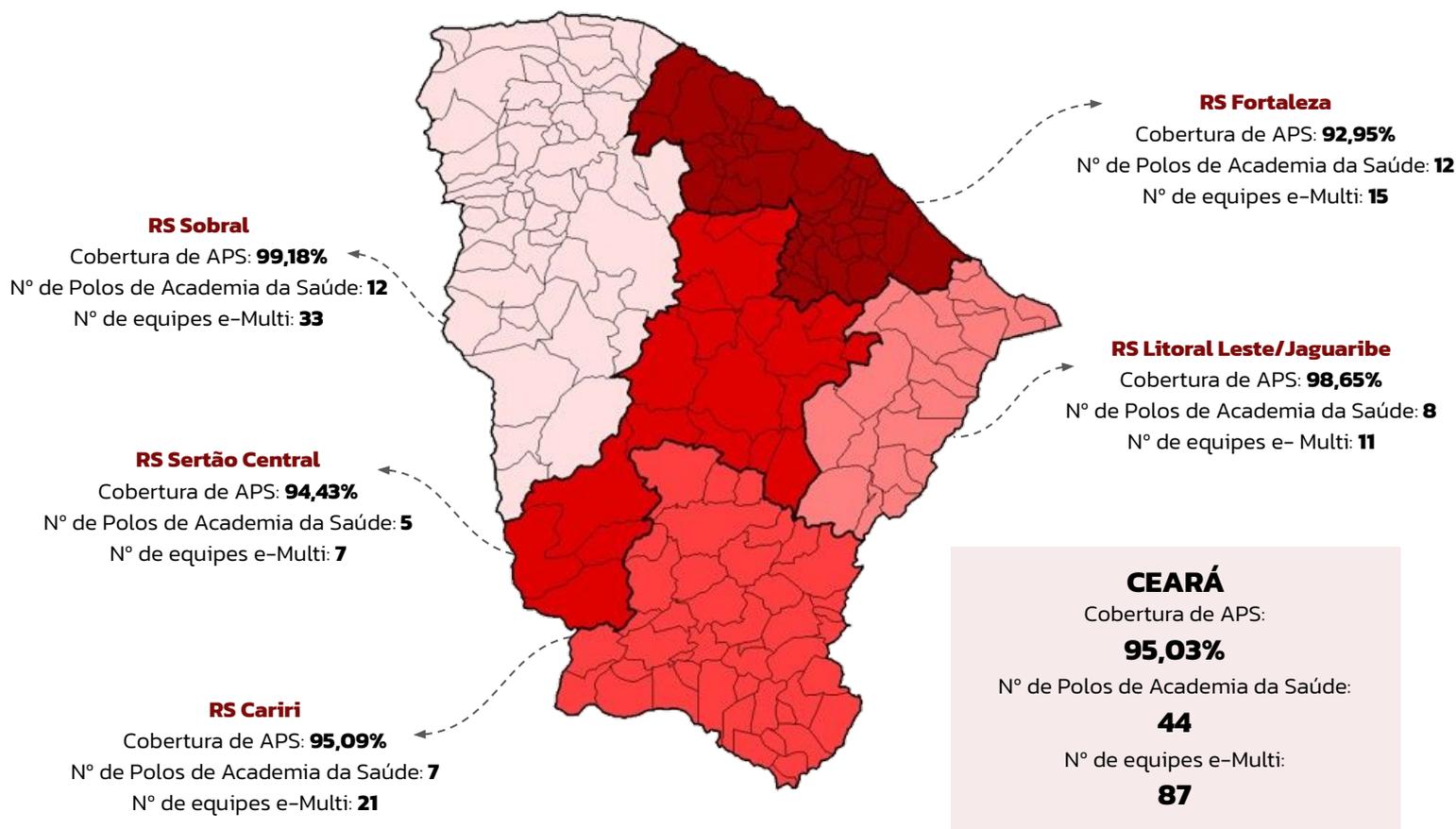
A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende ações e serviços que privilegiam o cuidado individual e coletivo, a partir das condições de vida e determinantes sociais dos distintos territórios onde as pessoas residem.

Cabe lembrar que todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais, conforme nos assinala Starfield (2002), quais sejam: otimizar a saúde da população através do incremento do estado mais avançado do conhecimento acerca da causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. Outra meta se refere à minimização das disparidades entre subgrupos populacionais, a fim de que certos grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

3.1. Cenário da APS no Ceará

Ao mapear a distribuição da oferta de serviços de saúde vinculados à APS, lista-se o seguinte cenário por Região de Saúde:

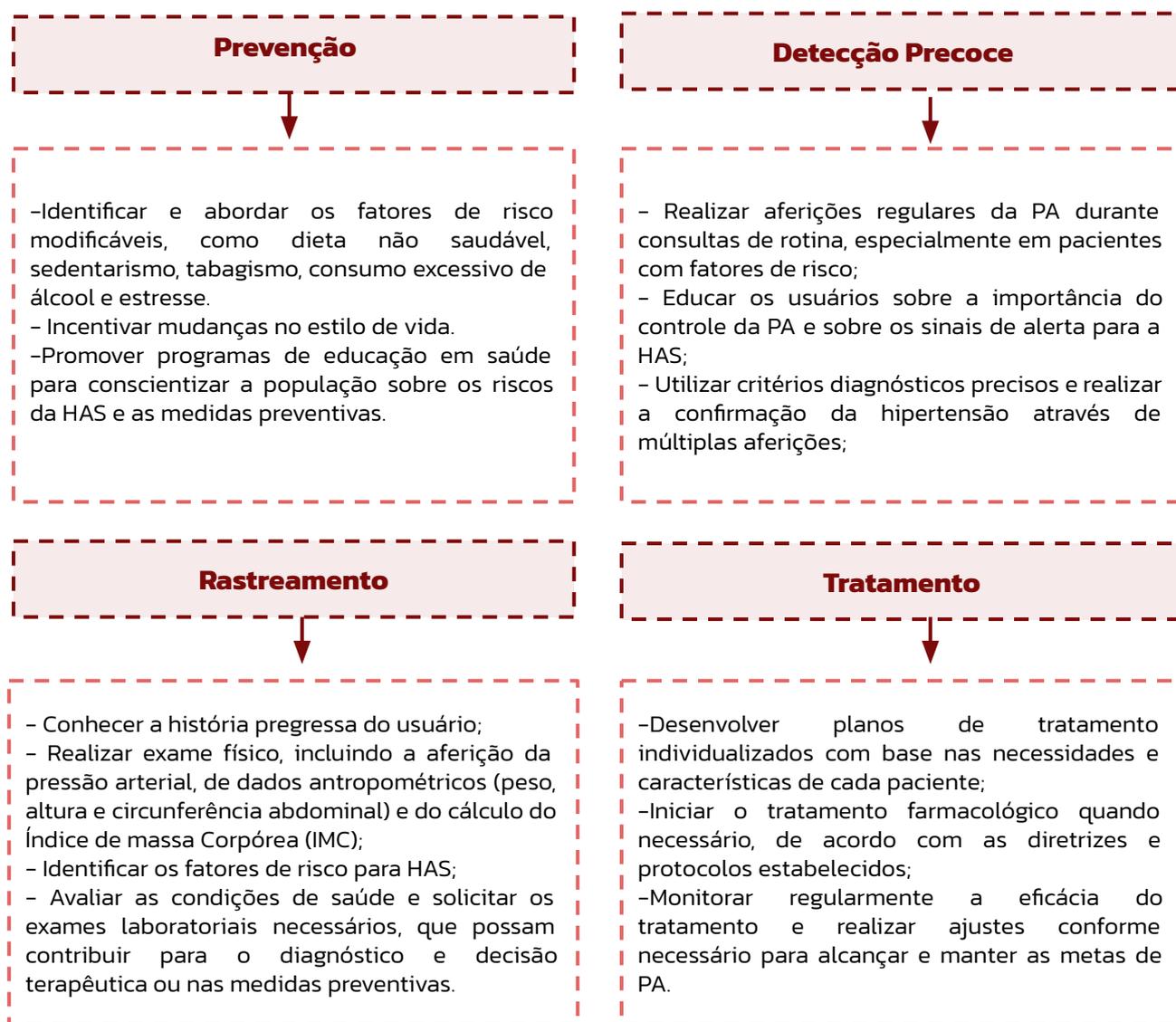
Figura 13. Cenário da Atenção Primária em Saúde, segundo Região de Saúde, Ceará, 2024.



3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.2 Ações da Estratégia da Saúde da Família

A APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) **tem um papel fundamental na prevenção e controle da HAS**, uma vez que é através das equipes de saúde da família que há o desenvolvimento de ações no território de abrangência, cabendo-lhes identificar os usuários, cadastrá-los e classificá-los conforme a gravidade da condição crônica, assim como atuar na promoção à saúde, controle e diagnóstico. Abaixo estão descritas as diretrizes prioritárias para atenção primária.



Faz-se necessário que os **profissionais da saúde** estejam **atualizados** sobre as últimas **evidências científicas e diretrizes clínicas** relacionadas ao manejo da HAS, garantindo o cuidado de qualidade e a promoção da saúde cardiovascular da população. Para os casos de difícil manejo por parte da Atenção Primária, pode-se contar com o apoio da **Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)**.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.3 Estratégias de Prevenção e Controle da HAS

O cuidado integral ao paciente com HAS e sua família é um desafio para a equipe de saúde da APS, especialmente no que tange a mudança de hábitos de vida, o que será influenciado diretamente pelo modo de vida dos familiares e amigos.

É importante que a equipe de saúde mantenha um papel de coordenador do cuidado dentro do sistema, planejando as condutas terapêuticas em comum acordo entre equipe e multi e o usuário, assegurando e promovendo o vínculo, implementando atividades de educação em saúde para efetividade e adesão às ações propostas, em consonância com as questões biopsicossociais e estimulando o processo de autonomia do usuário com HAS.

Ações de prevenção e controle da HAS são prioridades e devem estar sempre contidas no planejamento das equipes da APS, sejam estas relativas à consultas e dispensação de medicações específicas, como principalmente às ações não medicamentosas, que consistem em estratégias de educação em saúde no território e na Unidade Básica de Saúde (UBS), promoção da atividade física e de cuidados relativos à alimentação e nutrição.

Ao lado disso, é primordial que a equipe procure reforçar ações governamentais e comunitárias que incentivem a adoção de estilos de vida saudáveis, bem como, possa elaborar estratégias com movimentos sociais e demais organizações, a fim de ampliar as oportunidades de práticas saudáveis que dialoguem com as necessidades das pessoas. Listou-se abaixo algumas estratégias de prevenção e controle da HAS.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLES DA HAS		Estimular o autocuidado com apoio mútuo paciente e profissional de saúde).		Praticar atividade física: 20 a 30 minutos de exercício moderado 3 vezes por semana reduz o risco de hipertensão.
		Seguir o tratamento recomendado pelos profissionais de saúde.		Manter o controle do peso e da pressão arterial.
		Alimentar-se de forma saudável, preferindo alimentos in natura.		Evitar o uso de cigarros, incluindo os cigarros eletrônicos, assim como ambientes para fumantes.
		Reduzir o consumo de sal, embutidos e alimentos ultraprocessados.		Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.4 Avaliação clínica

A avaliação clínica inicial é composta por: identificação de fatores de risco cardiovascular, suspeita e identificação de causa secundária, avaliação das Lesões de Órgão-Alvo (LOA) e doenças associadas. Esta avaliação e acompanhamento devem ser realizados por equipe multidisciplinar, tendo importante papel de acolher o usuário e rastrear a condição clínica, conforme as ações descritas abaixo:

Confirmação diagnóstica



- ❖ Sempre que possível, o diagnóstico de HAS deve ser estabelecido em mais de uma visita médica.
- ❖ Geralmente de 2 a 3 visitas com intervalos de 1 a 4 semanas (dependendo do nível de pressão).
- ❖ O diagnóstico é feito em uma única visita se a PA do paciente estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular.

Identificar os Fatores de Risco Cardiovascular



- ❖ Idade: Homens > 55 anos e Mulheres > 65 anos;
- ❖ Tabagismo;
- ❖ Dislipidemias (qualquer um dos abaixo):
 - Colesterol total > 190 mg/dL;
 - Triglicérides > 150 mg/dL;
 - HDL-C < 40 mg/dL;
 - LDL-C > 100 mg/dL;
- ❖ Diabetes mellitus;
- ❖ História familiar prematura de DCV (familiares de 1º grau).

Exame Clínico



- ❖ Aferir a PA (no consultório e/ou fora dele) utilizando-se de técnica adequada e equipamentos validados. Atenção: Deve-se aferir a PA dos dois braços na primeira consulta. Depois, aferir no braço em que a PA estava mais elevada;
- ❖ Verificar a frequência cardíaca;
- ❖ Mensurar a circunferência abdominal, peso, altura e cálculo do índice de massa corporal;
- ❖ Identificar os sinais de LOA;
- ❖ Palpar e realizar ausculta cardíaca: identificando o desvio de ictus, presença de B3 ou B4, sopros, arritmias;
- ❖ Realizar ausculta pulmonar: crepitações pulmonares;
- ❖ Palpar e realizar ausculta das artérias carótidas, aorta abdominal, artérias renais e femorais, atentando para presença de sopros;
- ❖ Avaliar as artérias periféricas: ausência de pulsos, assimetrias ou reduções;
- ❖ Características cushingóides: obesidade central, hirsutismo, amenorreia, "fácies em lua cheia", "giba dorsal", estrias purpúreas;
- ❖ Realizar palpação abdominal: rins aumentados (rim policístico).

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.5. Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas

FIQUE SABENDO!

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) instituída pelo MS, em 2009, por meio da Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009, apresenta-se com o compromisso de combater as desigualdades no SUS e promover a saúde da população negra de forma integral (Brasil, 2017).

Tendo a PNSIPN como um marco norteador para o fortalecimento da saúde da população negra e para o enfrentamento do racismo, precisamos, enquanto profissionais da saúde reconhecer a promoção da equidade como um importante princípio do SUS. Guiados pelas diversidades, especificidades e respeito às necessidades de cada indivíduo ou grupo social, no combate às desigualdades e riscos historicamente vivenciado pela população negra, o princípio da equidade nos permite olhar com atenção para os determinantes sociais e diferentes condições de vida que impactam diretamente na saúde dessa população.

Para que possamos analisar os dados referentes à saúde da população negra e construir ações efetivas de saúde, assim como, compreender o cenário epidemiológico de saúde do Estado do Ceará, ressaltamos a importância da Portaria n.º 344, de 1º de fevereiro de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde (Brasil, 2017; Brasil, 2017a).

A referida normativa informa que a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

No tocante à prevalência da presença da hipertensão na população negra, o Boletim Temático da Biblioteca do MS, em 2021, aponta que a doença atinge de 10% a 20% dos adultos e é a causa direta ou indireta de 12% a 14% de todos os óbitos no Brasil. Em geral, a hipertensão é mais alta entre os homens e tende ser mais complicada em negros, de ambos os sexos.

No que concerne à mortalidade por doenças hipertensivas segundo as características sociodemográficas extraídas do site do DATASUS, no que se refere à raça/cor, observa-se um cenário de 902 óbitos de pessoas pretas, 14.658 óbitos de pessoas pardas e 64 óbitos de pessoas indígenas. Se somarmos a prevalência de óbitos por pessoas pretas, pardas e indígenas encontramos um universo geral de 70% dos óbitos.

Nesse sentido, reafirmamos a garantia e compromisso com a qualidade das informações nos sistemas de informações da saúde para que possamos fazer um diagnóstico da situação de saúde e condições de vida dessa população voltado para a elaboração de políticas públicas com vistas à redução de desigualdades raciais em saúde.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.6. Classificação dos Estágios da HAS e Estratificação de Risco Cardiovascular

Na avaliação do paciente hipertenso, a **classificação dos estágios da HAS** e a **identificação do risco cardiovascular** são ações de fundamental importância para orientar o seguimento do caso e a conduta terapêutica individualizada.

A classificação dos estágios da HAS se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, tais como: níveis pressóricos, sexo, idade, presença de LOA, DCV, DRC ou DM dentre outros. A partir desta classificação, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais necessitarão de intervenções mais intensas. O quadro abaixo descreve a classificação dos estágios da HAS de acordo com o nível de PA, presença de Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV), Lesões de Órgão Alvo (LOA) ou comorbidades.

Quadro 1. Classificação dos estágios da HAS com o nível de PA, presença de FRCV, LOA ou comorbidades.

Fatores de risco, presença de LOA ou doença	Pré-hipertensão PAS 130–139 ou PAD 85–89	HAS Estágio 1 PAS 140–159 ou PAD 90–99	HAS Estágio 2 PAS 160–179 ou PAD 100–109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥110
Sem fator de risco	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco moderado	Risco alto
1–2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
≥ 3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

*PA: Pressão Arterial; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; LOA: Lesão de Órgão-Alvo; DCV: Doença Cardiovascular; DRC: Doença Renal Crônica; DM: Diabetes Mellito.

Uma outra forma de avaliação do usuário hipertenso se faz mediante a **estratificação de risco cardiovascular global**, esta avaliação não é específica para o paciente hipertenso, porém tem o objetivo determinar o risco global de um indivíduo, entre 30 e 74 anos, de desenvolver Doença Cardiovascular (DCV) nos próximos 10 anos (Pimenta; Caldeira, 2014; Garcia *et al.*, 2017; Simão *et al.*, 2013; Nascimento *et al.*, 2019; Precoma *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde propõe a utilização da estratificação para definir o prognóstico e a conduta na abordagem do hipertenso na atenção primária, recomendando a adoção do Escore de Risco Global (ERG) de Framingham. Este escore considera algumas variáveis, tais como: sexo, idade, frações do colesterol, PA, DM e tabagismo (Pimenta; Caldeira, 2014; Simão *et al.*, 2013; Nascimento *et al.*, 2019; Precoma *et al.*, 2019).

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.6. Classificação dos Estágios da HAS e Estratificação de Risco Cardiovascular

Por meio do Escore de Risco Global (ERG) de Framingham é possível obter uma pontuação, no qual classifica-se o risco cardiovascular em: baixo, intermediário, alto e muito alto risco, mediante o sexo do usuário. A forma de distribuição dessa pontuação está melhor descrita nos quadros a seguir.

Quadro 2. Atribuição de pontos de acordo com o risco global, **para mulheres.**

MULHERES	
IDADE	PONTOS
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

COLESTEROL TOTAL (mg/dL)	IDADE	IDADE	IDADE	IDADE	IDADE
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Até 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2

FUMO	IDADE	IDADE	IDADE	IDADE	IDADE
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	9	7	4	2	1

HDL COLESTEROL (mg/dL)	PONTOS
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

PAS (mmHg)	PONTOS	
	NÃO TRATADA	TRATADA
< 120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥ 160	4	6

PONTUAÇÃO			
Total de Pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)	Total de Pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)
< 9	< 0	17	5
9	1	18	6
10	1	19	8
11	1	20	11
12	1	21	14
13	2	22	17
14	2	23	22
15	3	24	27
16	4	≥ 25	≥ 30

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.6. Classificação dos Estágios da HAS e Estratificação de Risco Cardiovascular

Quadro 3. Atribuição de pontos de acordo com o risco global, para homens.

HOMENS	
IDADE	PONTOS
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

COLESTEROL TOTAL (mg/dL)	IDADE	IDADE	IDADE	IDADE	IDADE
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Até 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1

FUMO	IDADE	IDADE	IDADE	IDADE	IDADE
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1

HDL COLESTEROL (mg/dL)	PONTOS
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

PAS (mmHg)	PONTOS	
	NÃO TRATADA	TRATADA
< 120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥ 160	2	3

PONTUAÇÃO			
Total de Pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)	Total de Pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)
< 0	< 1	9	5
0	1	10	6
1	1	11	8
2	1	12	10
3	1	13	12
4	1	14	16
5	2	15	20
6	2	16	25
7	3	≥ 17	≥ 30
8	4		

CALCULE O RISCO CARDIOVASCULAR POR MEIO DA CALCULADORA NO QR CODE AO LADO

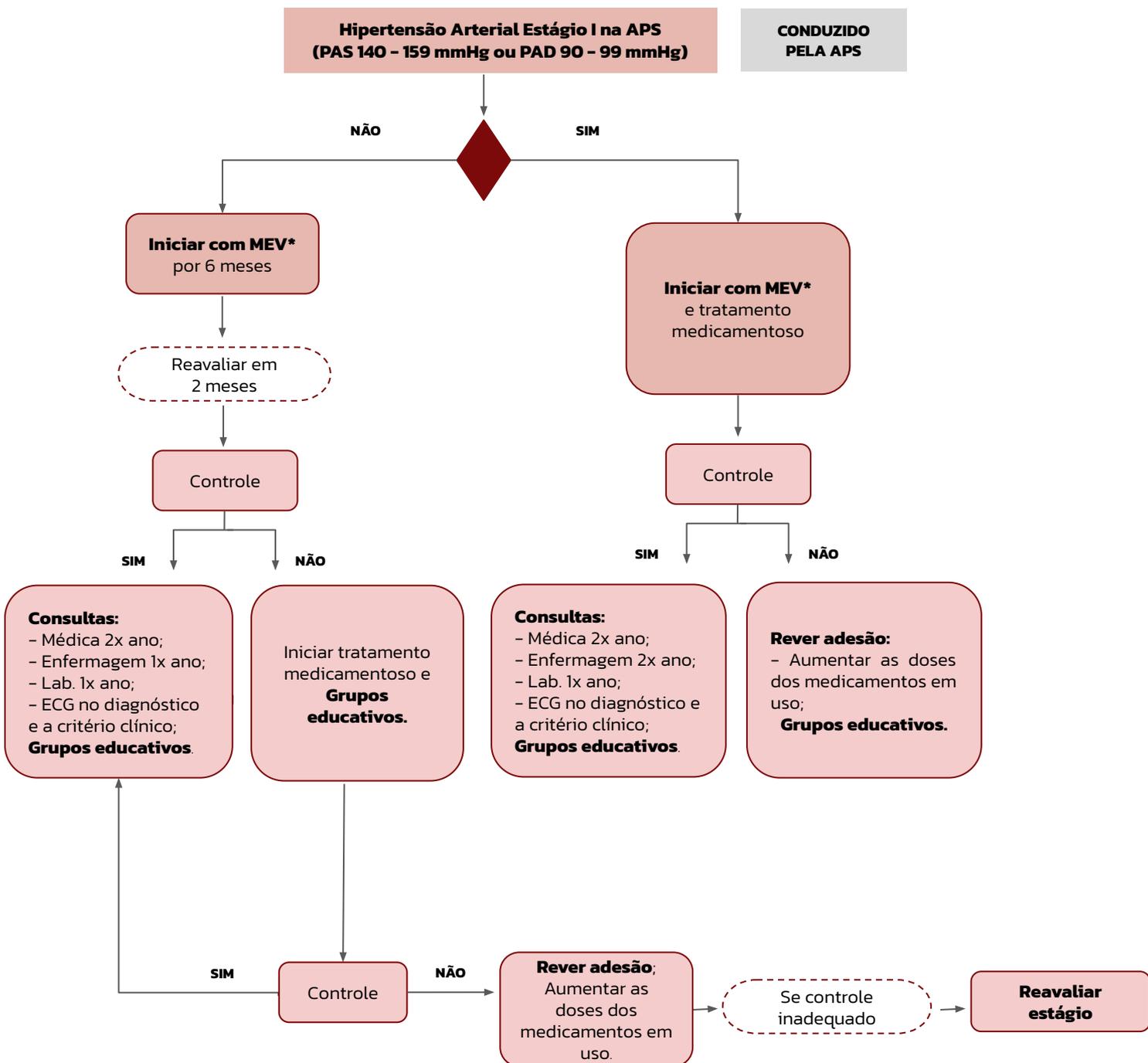


3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.7. Fluxo Assistencial do usuário adulto com HAS, conforme classificação de risco:

A partir do diagnóstico de HAS, o paciente deve ser classificado de acordo com o grau da hipertensão (figuras 14 e 15) e a estratificação do risco cardiovascular deve ser realizada.

Figura 14. Fluxo de acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estágio I.

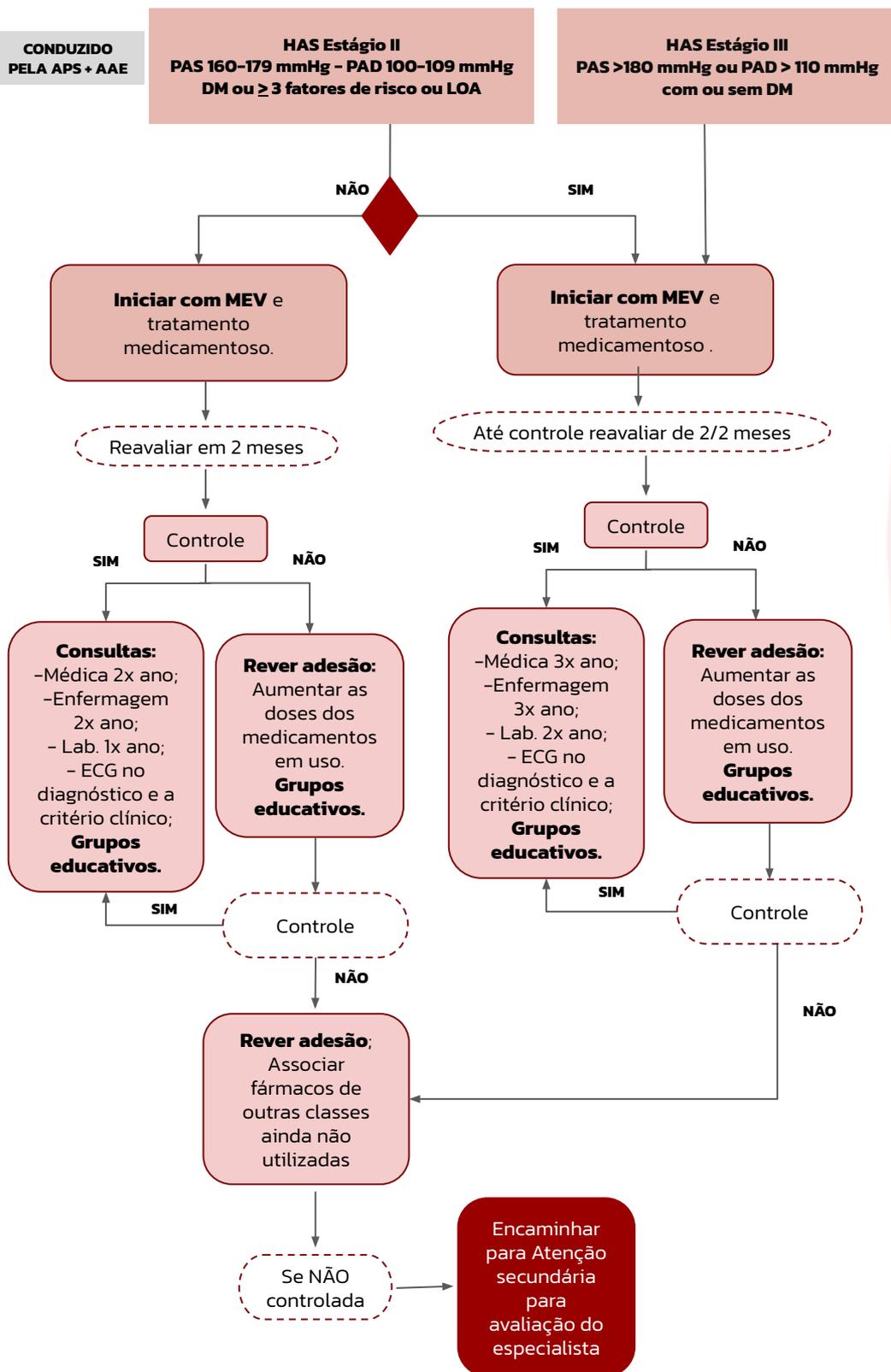


Nota: MEV*: Modificação do estilo de vida.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.7 Fluxo Assistencial do usuário adulto com HAS, conforme classificação de risco:

Figura 15. Fluxo de acompanhamento da Hipertensão Arterial estágio II e III.



CONSIDERA-SE COMO LESÕES DE ÓRGÃOS-ALVO (LOA):

- Hipertrofia do ventrículo esquerdo;
- Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio;
- Revascularização miocárdica prévia;
- Insuficiência cardíaca;
- Acidente Vascular Cerebral;
- Isquemia Cerebral Transitória;
- Alterações cognitivas ou demência vascular;
- Nefropatia;
- Doença Vascular Arterial de extremidades;
- Retinopatia hipertensiva.

MEV*: Modificação do estilo de vida.

O acompanhamento da **equipe especializada** se **divide em dois momentos**, de acordo com a necessidade do usuário:

1º - Visa à estabilização clínica, metabólica e pressórica dos usuários de alto risco, que, muitas vezes, chegam em situação de instabilidade.

2º - Visa à manutenção da estabilização da PA (Brasil, 2020).

Quadro 4. Parametrização para a programação assistencial de atendimento ao usuário com HAS nos estágios II e III.

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO DE ATENDIMENTOS /ANO
Consulta com Médico Cardiologista	2
Consulta com Angiologista, Oftalmologista e Nefrologista	1
Consulta com Enfermeiro, Nutricionista; Psicólogo e Farmacêutico	2
Consulta com Assistente Social; Fisioterapeuta e Educador físico	1
Técnico em Enfermagem	2

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.8 Tratamento Medicamentoso:

A classificação de risco é determinante para avaliar lesões de órgãos-alvo, identificar fatores de risco cardiovascular, diagnosticar doenças associadas e a etiologia da hipertensão, assim como para a decisão sobre o número de medicações a serem prescritas inicialmente para o paciente.

A combinação de fármacos é a estratégia terapêutica preferencial para a maioria dos hipertensos. O racional para a associação de fármacos é baseado na soma de diferentes mecanismos anti-hipertensivos, havendo efeito sinérgico e possibilitando redução de efeitos colaterais pelo uso de doses menores de cada uma das medicações. Segue, abaixo, as duas estratégias iniciais:

Monoterapia pode ser a estratégia inicial para: (1) pacientes com HAS estágio 1 com risco CV baixo; (2) pacientes com pré-hipertensão e risco CV alto; (3) pacientes muito idosos e/ou com fragilidade que apresenta um aumento da vulnerabilidade, podendo levar a ocorrência de quedas, incapacidades e limitações, institucionalização, hospitalização e comorbidade, ou mesmo morte.



Associação de 2 drogas deve ser a estratégia inicial para: (1) pacientes com HAS estágio 1 e risco CV moderado e alto; (2) pacientes com HAS estágio 2; (3) pacientes com HAS estágio 3.



Para o **tratamento da HAS** são usados as seguintes **classes farmacológicas**: Diuréticos (DIU), Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC), Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA) e Betabloqueadores (BB).

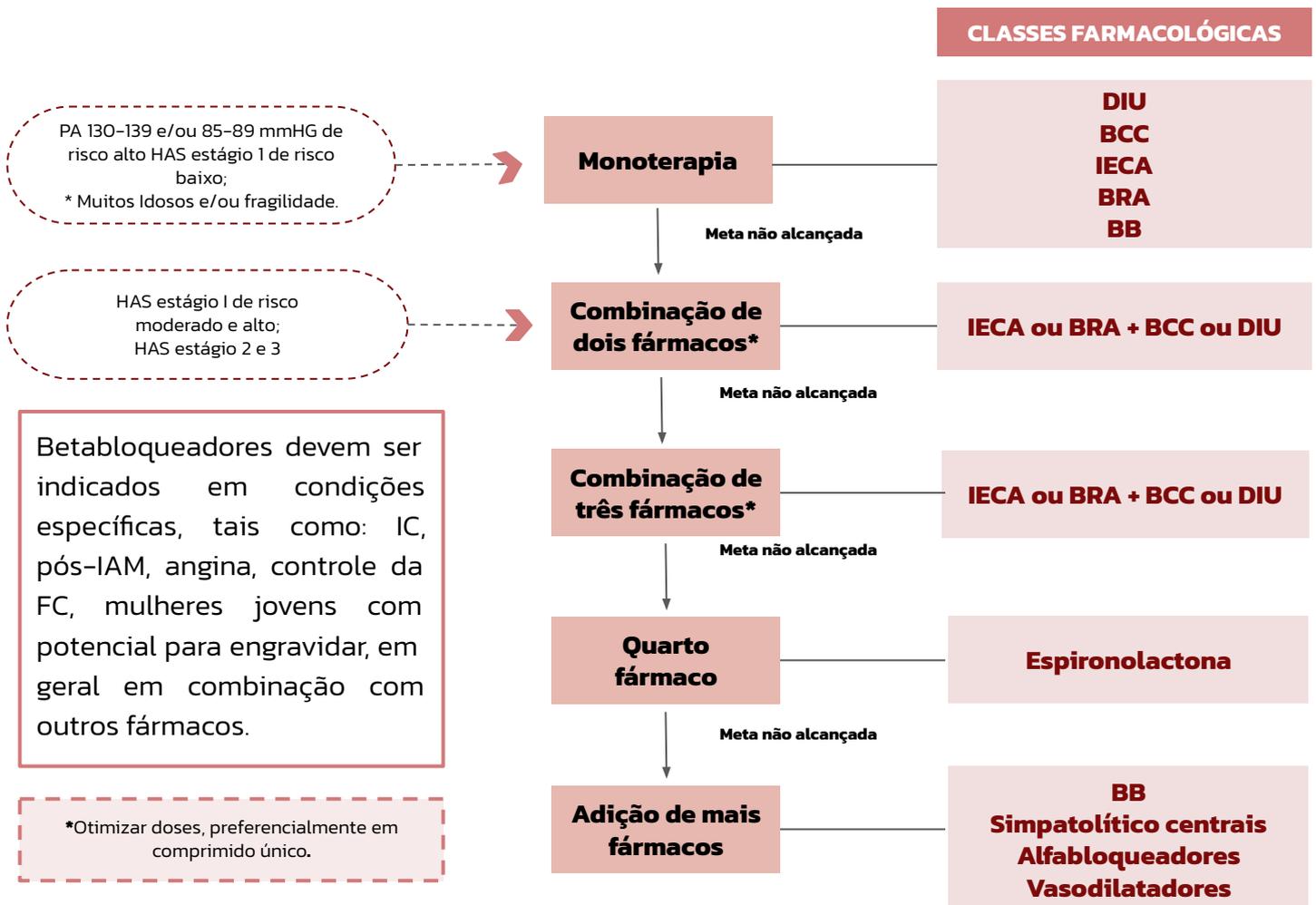
De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2021), quando o **início do tratamento for realizado a partir da combinação de dois medicamentos**, estes devem ser escolhidos entre as **três classes de fármacos de primeira linha** (IECA ou BRA; bloqueador do canal de cálcio diidropiridínico; diurético tiazídico ou similar). Vale ressaltar que a associação de IECA e BRA atualmente é contra-indicada. Os betabloqueadores não devem ser utilizados como monoterapia inicial em idosos, exceto na presença de indicações clínicas específicas como doença coronariana e insuficiência cardíaca.

A cada **reavaliação clínica**, quando a **meta de pressão arterial não for atingida**, a **adesão terapêutica deve ser verificada**. Quando não se atinge o controle da PA com combinação de dois fármacos, deve ser prescrita a combinação de três fármacos (todos de primeira linha). Quando não se atinge o controle da PA com a combinação de três fármacos, a espironolactona é a quarta droga de escolha. O octeto medicamentoso traz a sequência de tratamento recomendada (vide abaixo).

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.8 Tratamento Medicamentoso:

Figura 16 . Fluxograma de tratamento medicamentoso



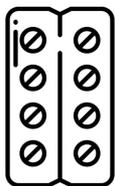
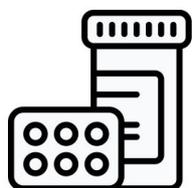
Fonte: Barroso et. al., 2020.

4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Portaria GM/MS n.º 3.435, de 8 de dezembro de 2021, estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2022) no âmbito do SUS. Os medicamentos para Hipertensão Arterial disponíveis para dispensação no SUS estão contidos na RENAME (2022) no Anexo I.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica atende os principais problemas de saúde da APS, e o financiamento deste componente é responsabilidade da União, Estados e Municípios.

4.1. Medicamentos disponíveis no Componente Básico para Hipertensão arterial



Anlodipino 5 mg comprimido	Enalapril 20 mg comprimido	Losartana 50 mg comprimido
Atenolol 50 mg comprimido	Espironolactona 25 mg comprimido	Metoprolol 25 mg comprimido
Carvedilol 6,25 mg comprimido	Furosemida 40 mg comprimido	Metildopa 250 mg comprimido
Carvedilol 25 mg comprimido	Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	Propranolol 40 mg comprimido

O acesso aos medicamentos e insumos do Componente Básico, se dá nas **farmácias públicas** localizadas nas **Unidades de Atenção Primária à Saúde** ou em **farmácias públicas** indicadas pela **gestão municipal**.



4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4.2 Programa da Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

Outra forma de acesso a medicamentos se dá por meio do Programa Farmácia Popular, instituído pelo Decreto nº 5.090/2004, que adota o sistema gratuito e de copagamento subsidiados pelo MS.

4.3 Medicamentos disponíveis na Farmácia Popular para Hipertensão Arterial

Anlodipino 5 mg comprimido	Atenolol 25 mg comprimido	Captopril 25 mg comprimido	Enalapril 10 mg comprimido
Espironolactona 25 mg comprimido	Furosemida 40 mg comprimido	Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	
Losartana 50 mg comprimido	Metoprolol 25 mg comprimido		
Propranolol 40 mg comprimido			



O acesso aos medicamentos do PFPB se dá nas **farmácias e drogarias da rede privada credenciadas no "Aqui Tem Farmácia Popular"**. O usuário deverá apresentar seu CPF, receita médica de prescritor da rede pública ou privada.

5 REGISTROS DE ATENDIMENTOS NA APS

5.1 Registro dos Atendimentos de Hipertensão Arterial no e-SUS PEC

O registro preciso e completo dos atendimentos de pessoas com HA no e-SUS PEC da APS se configura como um pilar fundamental para a efetiva gestão da doença e a promoção da saúde da população. Essa prática, aparentemente simples, mas de extrema relevância, impacta diretamente na qualidade do cuidado, no controle da doença e na construção de um sistema de saúde mais eficiente e eficaz.

O e-SUS PEC, plataforma digital que integra o prontuário eletrônico do cidadão, surge como uma ferramenta essencial para a organização e o registro dos dados de saúde na APS. Através do e-SUS PEC, os profissionais de saúde têm acesso a um histórico completo dos atendimentos, incluindo medicamentos prescritos, exames realizados, resultados de monitoramento da pressão arterial e outras informações relevantes para o acompanhamento da HA.

Após o cadastro do paciente na base local, é necessário que seja realizado a “escuta inicial” pelo profissional. O objetivo desta escuta é criar um ambiente acolhedor e seguro para o paciente levantar informações e orientar a conduta mais adequada para o caso. A Figura abaixo ilustra como proceder com o registro da “Escuta Inicial”.

Figura 17. Registro da escuta inicial no e-SUS PEC.

Lista de atendimentos

A interface de registro de atendimento no e-SUS PEC apresenta o seguinte layout:

- Botão "Cancelar adição" (seta para cima e texto).
- Formulário com os seguintes campos:
 - Cidadão ***: Campo de texto com o nome "MARIA ALDENIR", ícone de "X" e seta para baixo.
 - Profissional**: Campo de texto com seta para baixo.
 - Equipe**: Campo de texto com seta para baixo.
 - Tipo de serviço**: Grupo de opções com caixas de seleção:
 - ADM. MEDICAMENTO
 - ESCUTA INICIAL
 - ODONTOLOGIA
 - CURATIVO
 - EXAMES
 - PROCEDIMENTOS
 - DEMANDA ESPONTÂNEA
 - NEBULIZAÇÃO
 - VACINA
- Botões "Limpar campos" e "Adicionar" no canto inferior direito.

Fonte: eSUS PEC.

5.2 Ferramenta Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP)

O **Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP)** consiste em uma ferramenta fundamental para organizar o registro das informações clínicas no e-SUS PEC, permitindo uma avaliação completa e individualizada do paciente hipertenso. Através do preenchimento estruturado e detalhado do SOAP, o profissional de saúde garante a documentação clara e precisa do caso, facilitando a comunicação entre os membros da equipe e o acompanhamento do paciente ao longo do tempo.

5 REGISTROS DE ATENDIMENTOS NA APS

5.2 Ferramenta Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP)

S

Seção Subjetivo

Queixa Principal:

Descrever os sintomas relacionados à hipertensão.

Histórico da Doença:

Detalhar o tempo de diagnóstico, valores habituais da PA, medidas de controle já tomadas, crises hipertensivas e histórico familiar.

Hábitos de Vida:

Investigar tabagismo, etilismo, dieta, sedentarismo e estresse.

O

Seção Objetivo

Exame Físico:

PAS: Aferir em ambos os braços, na posição sentada e em pé.

Calcular o IMC.

Realizar ausculta cardíaca e pulmonar.

Realizar avaliação Neurológica e Vascular.

Realizar ou solicitar exame de fundo de olho.

Exames Complementares:

Glicemia; Colesterol (LDL, HDL e total); Creatinina e Ureia; ECG e outros exames (urina de 24h, proteinúria, ecocardiograma, etc.).

A

Seção Avaliação

Diagnóstico:

Confirmar e Identificar comorbidades associadas.

Gravidade do Quadro:

Classificar o estágio e o risco cardiovascular.

Evolução do Paciente:

Descrever a evolução da PAS e a resposta ao tratamento.

P

Seção Plano

Conduta Terapêutica:

Defina o plano de tratamento individualizado, incluindo medicamentos, dieta, atividade física e outras medidas.

Educação em Saúde:

Fornecer orientações claras sobre o tratamento, a doença, medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Próxima Consulta:

Agendar retornos para acompanhamento e avaliação da resposta ao tratamento.

Observações Relevantes:

Registrar informações adicionais importantes para o caso.

OBSERVAÇÃO! Faz-se necessário:

- ❖ Utilizar linguagem clara e objetiva em todas as seções;
- ❖ Registrar de forma detalhada especialmente nos exames físicos e complementares;
- ❖ Fundamentar a avaliação e o plano de cuidado nas informações coletadas;
- ❖ Revisar o SOAP antes de finalizar o registro, para garantir precisão e completude.

As figuras que seguem trazem o print da tela referente a ferramenta SOAP, demonstrando seus campos de preenchimento.

Figura 18. Campo de preenchimento da ferramenta do SOAP.

The screenshot displays the SOAP tool interface. At the top, there are tabs for 'Folha de rosto', 'SOAP', 'Histórico', 'Vacinação', 'Cadastro do cidadão', and 'Agendamentos'. Below these, there are several input fields: 'Alergias/Reações adversas', 'Lista de problemas/condições', 'Medições', 'Medicamentos em uso', 'Problemas/condições autorreferidas', 'Lembretes', and 'Resultados de exames'. To the right, there is a search bar and a dropdown menu with options: 'Antecedentes', 'Subjetivo', 'Objetivo', 'Avaliação', 'Plano', and 'Finalização do atendimento'. At the bottom, there is a status bar indicating 'Rascunho salvo automaticamente às 18:02' and three buttons: 'Imprimir atendimento ao finalizar', 'Cancelar atendimento individual', and 'Finalizar atendimento individual'.

5 REGISTROS DE ATENDIMENTOS NA APS

Figura 19. Exemplo do Prontuário do Cidadão – folha de rosto

*
Maria Feliz da Paz | Feminino
58 anos e 5 meses | Nasceu em 20/11/1965 | CPF 241.474.943-15 | CNS — Nome da mãe Carmem Feliz da Paz

Folha de rosto | SOAP | Histórico | Vacinação | Cadastro do cidadão | Agendamentos

Escuta inicial
Não foi realizada Escuta inicial.

Últimos contatos
Consulta | 15/05/2024 às 15:02 [Consulta no dia](#)
Hipertensão com Complicações - K87 (CIAP2)

Antecedentes

EM CASOS DE DÚVIDAS:
Consulte o manual do e-SUS PEC.



Medições
De hoje:
Peso: 89 kg
Altura: 163 cm
IMC: 33,5 kg/m² Obesidade
Pressão arterial: 140/90 mmHg
Freq. respiratória: 16 mpm
Freq. cardíaca: 99 bpm
Temperatura: 37 °C
O₂ Saturação de O₂: 99 %
Glicemia capilar: 110 mg/dL (Jejum)

Vacinação
Existem vacinas atrasadas ou não registradas!
Confira o cartão de vacinação do cidadão.

Problemas/condições autorreferidas

Lista de problemas/condições

Ativos/Latentes
HIPERTENSÃO COM COMPLICAÇÕES (CIAP2 K87)
Início: —
Última avaliação: 15/05/2024 Ativo

Resolvidos
Pesquise por um problema/condição
Nenhum problema/condição resolvido registrado.

Alergias/Reações adversas
Dipirona Sódica - 500 mg/ml
Alergia a Medicamento
Crit. alta

Lista de problemas/condições
HIPERTENSÃO COM COMPLICAÇÕES (K87)
Início: —
Última atualização: 15/05/2024

Resultados de exames
Últimas 3 avaliações
Coleta de citopatológico de colo uterino
Realizado em 15/05/2024
Aguardando resultado.

Medicamentos

A folha de rosto é um resumo clínico rápido com um conjunto de informações importantes do cidadão preenchidas anteriormente no SOAP.

LEMBRE-SE! O registro preciso e completo dos atendimentos de pessoas com HAS no e-SUS PEC é fundamental para a qualidade do cuidado, o controle da doença e a construção de um sistema de saúde mais eficiente.

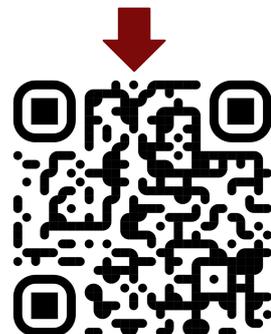
PARA MAIORES INFORMAÇÕES ACESSE TAMBÉM:

- ❖ Guia Alimentar para a População Brasileira;
- ❖ Manual da Alimentação Cardioprotetora;
- ❖ Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira – Orientação alimentar de pessoas adultas com hipertensão arterial;
- ❖ Manual do coordenador – Tratamento do tabagismo no SUS;
- ❖ Manual de Incentivo de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde: Orientações Técnicas para Implementação e Registro das Ações de Atividade Física.

*Paciente fictícia

ACESSE O MATERIAL

sobre Alimentação e Hipertensão, por meio do QR Code abaixo:



6 SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

A segurança do paciente é um direito de todos aqueles que buscam o serviço de saúde, assim, os serviços de saúde devem estar adequados para minimizar os danos gerados aos usuários que buscam cuidados de saúde.



Após várias iniciativas nacionais previamente implementadas e vigentes, o Ministério da Saúde reuniu esforços internos para então construir o **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSPS)**, lançado no ano de 2013, por meio da Portaria GM/MS N° 529, de 1º de abril de 2013. Acompanhando esse ato normativo, foi publicada a **RDC da ANVISA N°36/2013**, que estabeleceu a obrigatoriedade de adoção das ações mínimas que devem ser realizadas por todos os serviços de saúde com o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional.

Valorizar essas práticas de segurança, é fundamental para preservar a integridade e o bem estar das pessoas atendidas em diferentes estabelecimento de saúde. Conhecendo essas boas práticas de promoção de saúde, os próprios pacientes e acompanhantes também auxiliam na construção de ambientes mais seguros e salubres.

6.1 Desafios da APS na Segurança do Paciente

Um grande argumento para se trabalhar a Segurança do Paciente na APS é a abrangência da oferta de serviços e sua caracterização como porta de entrada preferencial do Sistema único de Saúde (SUS), pois cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o ordenamento e efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a APS tenha: **acessibilidade, alta resolutividade com capacidade clínica e de cuidado**, além da **articulação** com outros **pontos da Redes de Atenção à Saúde (RAS)**.

A Atenção Primária acessível e segura, é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde. A prestação de cuidados primários seguros é uma prioridade na medida em que cuidados básicos inseguros podem causar danos e lesões evitáveis, levando a internações desnecessárias e, em alguns casos, incapacidade e até a morte.

A cultura de segurança do paciente requer educação em saúde, começando pela conscientização dos profissionais de saúde por meio de treinamentos. É necessário sensibilizar e mobilizar a todos os funcionários sobre a importância dos protocolos, que se completa com a oferta de infraestrutura para a incorporação das boas práticas à rotina.

Por fim, vale disseminar os protocolos e orientações nas unidades de saúde, com divulgação de materiais informativos, assim, pacientes e acompanhantes poderão tomar ciência do assunto e contribuir com as ações de melhoria.

7 IMUNIZAÇÃO

7.1. Programa Nacional de Imunização (PNI)

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é responsável por definir a política de vacinação do País, desde a aquisição dos imunobiológicos até a sua disponibilização nas salas de vacinação, estabelecimento de normas e diretrizes sobre as indicações e recomendações da vacinação em todo o Brasil (Brasil, 2023a).

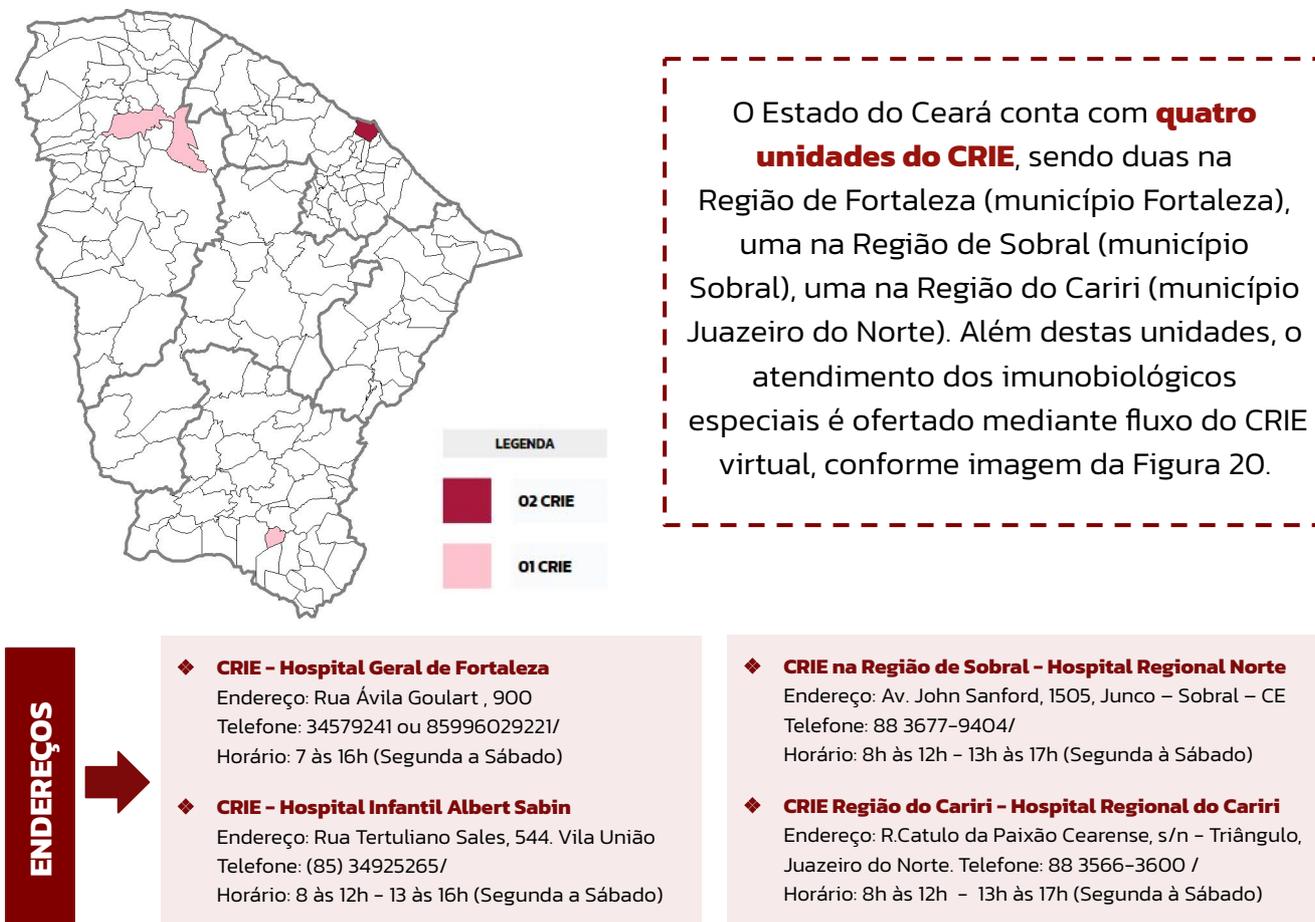
Nessa perspectiva, o programa também adquire, distribui e normatiza o uso dos imunobiológicos especiais, indicados para situações e grupos populacionais específicos que serão atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

7.2. Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)

Os CRIE são centros constituídos de infraestrutura e logísticas específicas, destinados ao atendimento de indivíduos vivendo com quadros clínicos especiais. O funcionamento e operacionalização desses centros estão legitimados pela Portaria N° 48, de 28 de julho de 2004, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS.

7.3. Fluxo de Atendimento dos CRIE - CEARÁ

Figura 20. Unidades do CRIE, segundo Regiões de Saúde. Ceará, 2024.

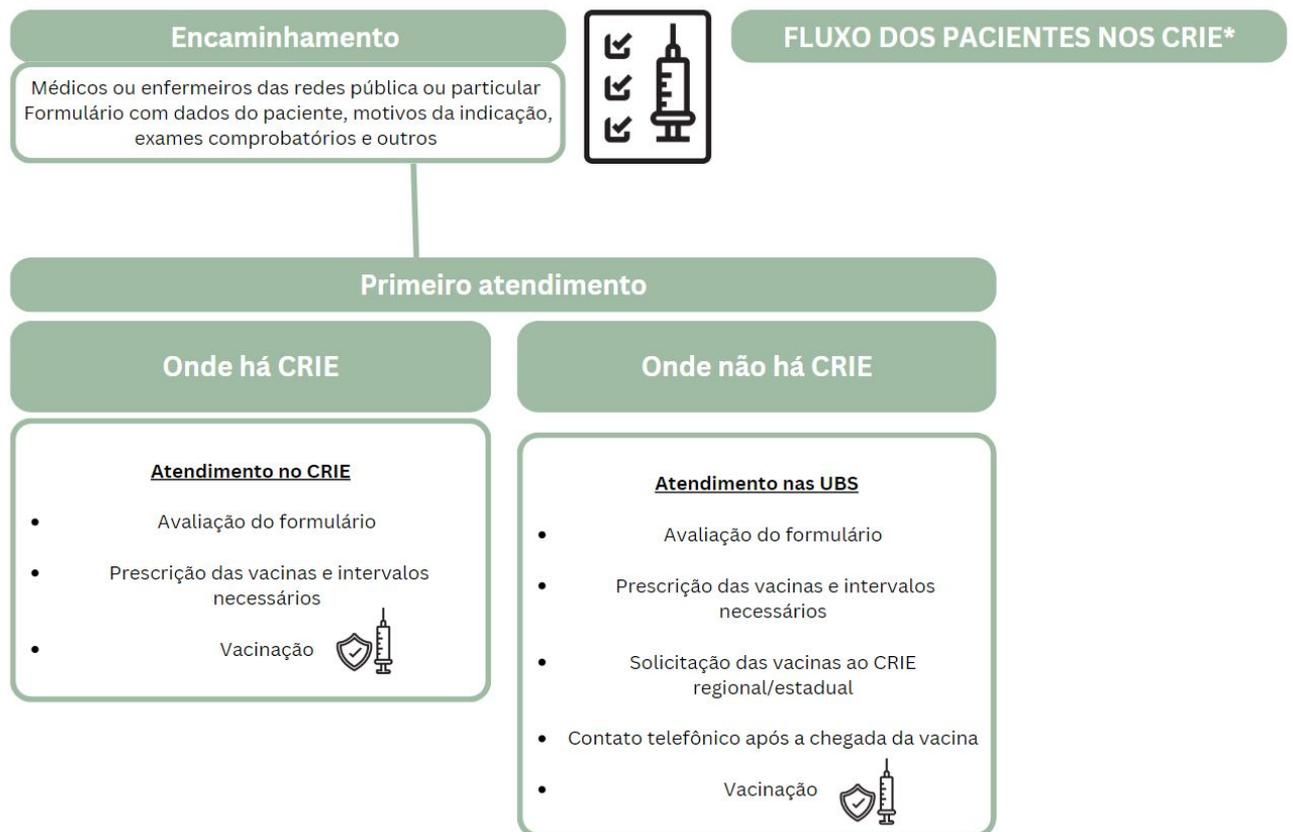


Fonte: Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024.

7 IMUNIZAÇÃO

7.3. Fluxo de Atendimento dos CRIE - CEARÁ

Figura 21. Fluxos de atendimento nos CRIEs - Ceará



Fonte: Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024.

***Nota:** Para aqueles municípios que não possuem CRIE físico, as vacinas são liberadas mediante prescrição médica, podendo ser realizada a administração na sala de vacina.

Documentos necessários para a solicitação e vacinação no CRIE:

- **Prescrição médica** conforme condição clínica previsto no Manual de Referência de Imunobiológicos especiais,
- **Documento com foto;**
- **Cartão vacinal;**



7 IMUNIZAÇÃO

7.4. Vacinas disponíveis

Várias condições médicas, congênitas ou adquiridas, levam ao aumento de suscetibilidade a infecções devido a alterações funcionais e/ou anatômicas, com repercussão na resposta imune, levando à incapacidade de barrar a invasão patógenos ou de efetuar sua remoção (Quadro 3).

Quadro 6. Vacinas destinadas a pessoas com condições clínicas e suscetibilidade.

CONDIÇÕES CLÍNICAS	VACINAS
Pneumopatias crônicas:	Influenza e Pneumo 23v
Cardiopatía ou pneumopatía crônica:	DTPa ou Hexa acelular
Uso crônico de ácido acetilsalicílico:	Influenza e Varicela
Fístula liquórica:	Pneumo 13, Pneumo 23, Hib, Meningo C e Influenza
Derivação ventrículo peritoneal (DVP):	Pneumo 13, Pneumo 23, Hib, Meningo C e Influenza
Hepatopatía crônica:	Pneumo 13, Pneumo 23, Hib, Meningo C e Influenza
Doenças de depósito:	Influenza, Hepatite A, Hepatite B, Pneumo 23, Meningo C
Diabetes:	Influenza e Pneumo 23
Nefropatía crônica/síndrome nefrótica:	Influenza, Pneumo 23 e Varicela
Doença neurológica crônica incapacitante:	DTPa, Penta acelular, Hexa, Influenza, Pneumo 23, Meningo C
Doença convulsiva crônica:	DTPa, Penta acelular e Hexa, Influenza
Implante coclear:	Influenza, Pneumo 23, Meningo C, Hib
Doenças dermatológicas crônicas graves:	Varicela
Coagulopatías:	Hepatite A

Fonte: Brasil, 2023.

Portanto, além das vacinas recomendadas no Calendário Nacional de Vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas, estas vacinas poderão ser indicadas conforme a clínica apresentada.

Considerando que a HAS é uma condição clínica que cursa com suscetibilidade aumentada a infecções de natureza variada, assim como apresenta comorbidades associadas, o PNI disponibiliza outras vacinas especiais a depender da indicação recomendada no CRIE. Para mais informações, consultar Qrcode.

Acesso ao Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE



A vacinação é uma das formas **mais seguras de proteção** contra as doenças preveníveis por vacina, principalmente para os indivíduos suscetíveis à infecções, que devido a condição de saúde podem desenvolver complicações graves e óbito.

8 SAÚDE BUCAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

É de extrema importância que as condições relacionadas à HAS sejam avaliadas na primeira consulta odontológica nas UBS e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Esta avaliação inicial não só confirma o diagnóstico, mas também envolve a investigação de causas secundárias e a avaliação de riscos cardiovasculares.

É crucial destacar que a HAS representa um dos principais desafios para a saúde pública global, especificamente para odontologia, e no Brasil ela afeta mais de um terço da população adulta, chegando a atingir mais da metade dos idosos e cerca de 5% das crianças e adolescentes (WHO, 2023). Diante dessa prevalência significativa, os cuidados no atendimento odontológico a pacientes hipertensos no SUS necessitam de cuidados específicos para garantir a segurança e a eficácia dos tratamentos realizados.

Profissionais da odontologia devem estar aptos a reconhecer e manejar as particularidades que a condição hipertensiva impõe, adaptando procedimentos para minimizar riscos de complicações (Brasil, 2020).



Além disso, é fundamental que haja uma comunicação efetiva entre a equipe de saúde da família e seus dentistas, assegurando um plano de tratamento integrado e consciente das limitações e necessidades especiais desses pacientes na rede assistencial do SUS.

8.1. Ações Coletivas e Preventivas na APS

A inclusão do dentista nas UBS em campanhas de rastreamento e prevenção da hipertensão é fundamental. Esses profissionais estão em uma posição estratégica para identificar sinais precoces de hipertensão durante as consultas odontológicas regulares, dado que muitos pacientes frequentam mais regularmente o dentista do que outras especialidades médicas.

A integração dos dentistas nessas campanhas permite uma abordagem mais holística da saúde, contribuindo para a detecção precoce e o manejo adequado da hipertensão, uma condição que frequentemente é assintomática nas fases iniciais.

8 SAÚDE BUCAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Diversas **ações** podem ser implementadas na **APS** para **reforçar o papel** dos **dentistas** no **enfrentamento à hipertensão** nas comunidades, dentre elas:



Formação e atualização contínua dos profissionais em relação aos sinais de hipertensão.

Além disso, pode-se integrar a aferição da pressão arterial como parte do protocolo de atendimento odontológico.

Campanhas educativas sobre a relação entre saúde bucal e saúde sistêmica também são cruciais, assim como palestras em grupos e sala de espera que podem ser organizadas para conscientizar a comunidade sobre os riscos da hipertensão e a importância de seu controle

Essas iniciativas, ao serem integradas nas rotinas das unidades de saúde, promovem conscientização e prevenção da hipertensão (BRASIL, 2018)

8.2 Tratamento Odontológico ao Usuário Hipertenso

O manejo odontológico de hipertensos requer uma atenção especializada devido às complexidades apresentadas pela condição. O tratamento geral inclui uma combinação de **terapia farmacológica**, **reeducação alimentar** e a **prática de exercícios físicos** (BARROSO et al, 2020)

Para o dentista, é crucial o conhecimento de complicações que podem surgir durante o atendimento ou decorrentes da terapia medicamentosa instituída. Além disso, a hipertensão muitas vezes é acompanhada por alterações sistêmicas que podem afetar diretamente o tratamento odontológico.

Questões como a **ansiedade** relacionada ao **atendimento odontológico** pode ainda aumentar os níveis de **estresse do paciente**, elevando os **riscos de complicações** durante o atendimento. Para **minimizar estes riscos**, que são comuns em ambientes odontológicos, **recomenda-se a realização de consultas odontológicas curtas**, preferencialmente no período da manhã, para isto as UBS e os CEOs devem proteger a agenda priorizando estes horários (PIMENTA & SANTOS, 2022).

8 SAÚDE BUCAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

8.3 Tratamento Odontológico ao Usuário Hipertenso

O **controle** eficaz da **dor**, o uso de técnicas de comunicação para acalmar e distrair o paciente, e quando necessário, a administração de ansiolíticos são práticas recomendadas (MORAIS & SILVA, 2021).

Em termos de **anestesia**, deve-se dar preferência às soluções anestésicas que contenham felipressina como vasoconstritor, pois é menos provável que causem elevação da pressão arterial em comparação com outras substâncias como a epinefrina. Para a aquisição de insumos odontológicos o setor responsável pelas compras precisa estar ciente de necessidade de disponibilidade do produto nos consultórios. (MORAIS & SILVA, 2021).

Os **pacientes** que apresentarem **sinais de crise hipertensiva** durante a consulta com: elevação acentuada da pressão arterial, cefaleia, epistaxe, hemorragia gengival após manipulação, tontura, mal-estar, confusão mental ou distúrbios visuais, devem ter o atendimento interrompido imediatamente. O paciente deve ser colocado em uma posição confortável e seus sinais vitais monitorados. Medicamentos anti-hipertensivos devem ser administrados rapidamente. Uma vez controlada a crise no consultório, o paciente deve ser encaminhado para avaliação médica imediatamente (COSTA et. al., 2013).

A prescrição de **medicamentos** para este grupo de pacientes é um tópico também relevante para o cirurgião dentista devido ao potencial de interação farmacológica adversa. O uso de AINEs em hipertensos pode levar ao aumento da pressão arterial.

Além disso, o uso de **analgésicos** como o ácido acetilsalicílico (AAS) em pacientes que tomam anticoagulantes ou anti-hipertensivos, deve ser evitado devido ao risco aumentado de interações medicamentosas e complicações hemorrágicas (MORAIS & SILVA, 2021).

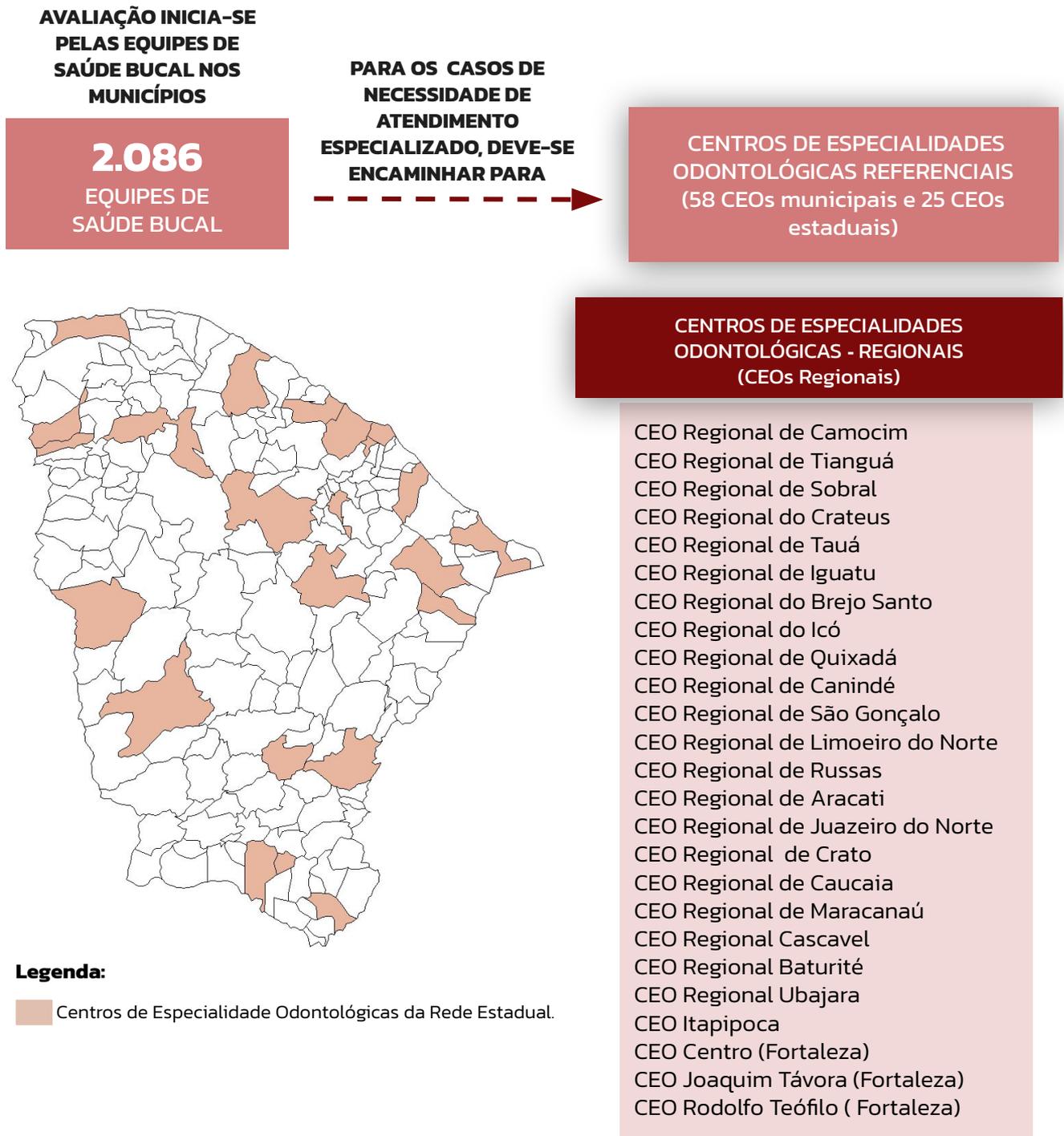
Para o **manejo da dor** em usuários hipertensos, recomenda-se cautela na seleção de AINEs. Em casos de dor leve a moderada, medicamentos da farmácia básica como paracetamol ou dipirona podem ser utilizados de forma segura por até 24 horas. Para dores de moderada a intensa pode ser importante que as prescrições sejam discutidas com o médico da equipe de saúde, garantindo uma abordagem integrada e segura (PEREIRA et. al, 2023).

8 SAÚDE BUCAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

8.4 Pontos de Atenção Odontológicos ao usuário com Hipertensão

A figura abaixo retrata os pontos de atenção referenciais voltados para os cuidados odontológicos ao usuário hipertenso.

Figura 22. Fluxo odontológico assistencial direcionado ao usuário hipertenso:



9 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

ATENÇÃO HOSPITALAR

9.1. Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

O Estado do Ceará conta atualmente com **22 Policlínicas Regionais** e um **Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH)** que consistem em pontos de atenção, no qual possuem especialistas na área da saúde, garantindo a continuidade do cuidado aos usuários com perfil de atendimento **mais complexo**. O quadro 7 apresenta a relação das Policlínicas Regionais, com suas respectivos especialidades que assistem o usuário hipertenso.

Quadro 07. Policlínicas regionais segundo suas especialidades. Ceará, 2024.

POLICLÍNICAS REGIONAIS				
Policlínica Regional de Pacajus	x	x		x
Policlínica Regional de Maracanaú	x	x		
Policlínica Regional de Itapipoca	x	x		
Policlínica Regional de Caucaia	x	x		x
Policlínica Regional de Baturité	x	x		
Policlínica Regional de Acaraú	x	x		
Policlínica Regional de Crateús	x	x		x
Policlínica Regional de Sobral	x	x		x
Policlínica Regional de Camocim	x	x		
Policlínica Regional de Tianguá	x	x		
Policlínica Regional de Limoeiro do Norte	x	x		
Policlínica Regional de Russas	x	x		x
Policlínica Regional de Aracati	x	x		x
Policlínica Regional de Tauá	x	x		
Policlínica Regional de Canindé	x	x		x
Policlínica Regional de Quixadá	x	x	x	x
Policlínica Regional do Icó	x	x		
Policlínica Regional do Brejo Santo	x	x		
Policlínica Regional de Iguatu	x	x		x
Policlínica Regional de Barbalha	x	x		x
Policlínica Regional de Campos Sales	x	x		
Policlínica Regional do Crato	x	x		x
TOTAL	22	22	1	11

Fonte: Contratos de programas dos Consórcios Públicos de Saúde, 2024.

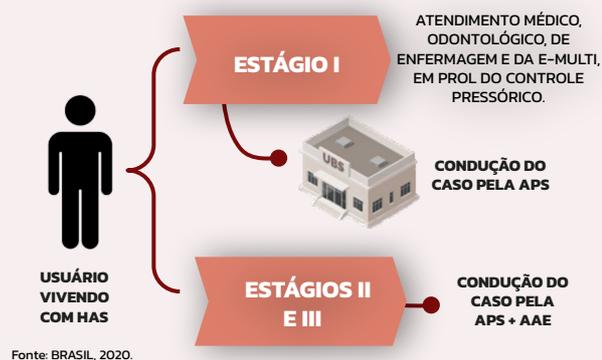
Legenda:  Cardiologista  Oftalmologista  Nefrologista  Angiologista/Vascular

MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DAS POLICLÍNICAS REGIONAIS



Legenda:
 Policlínicas Regionais do Ceará.

FLUXO DO USUÁRIO VIVENDO COM HAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



ATRIBUTOS DA APS:

PRIMEIRO CONTATO;
 LONGITUDINALIDADE;
 INTEGRALIDADE;
 COORDENAÇÃO;
 FOCALIZAÇÃO NA FAMÍLIA;
 ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA E
 COMPETÊNCIA CULTURAL.

FUNÇÕES DA APS:

85% RESOLUTIVIDADE DOS CASOS, COMUNICAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO.



CASOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO HOSPITALAR:

- TRATAMENTO CLÍNICO PARA CASOS DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA HAS (IAM, AVE, DAC ETC);
- TRATAMENTOS CIRÚRGICOS;
- REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS;

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO À AAE:

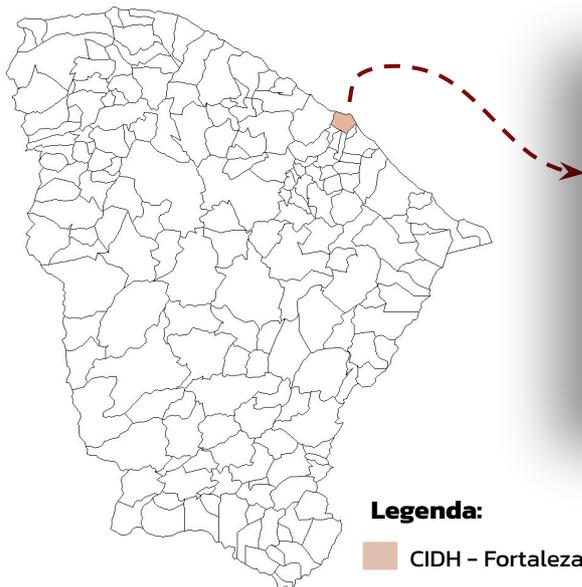
- USUÁRIOS DE ALTO E MUITO ALTO RISCO;
- PESSOAS COM HAS E INSTABILIDADE CLÍNICA;
- PESSOAS COM LESÕES DE ÓRGÃO ALVO;
- ADOLESCENTES E ADULTOS COM DÚVIDA DIAGNÓSTICA.

Fonte: BRASIL, 2020.

9 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

9.1. Atenção Ambulatorial Especializada (AAE):

9.1.1 Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH)



Legenda:

 CIDH - Fortaleza/CE

Fonte: Brasil. Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, 2023

O Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) é uma **unidade ambulatorial da atenção secundária** da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que atua desde 1988, prestando **assistência especializada, com equipe interdisciplinar, às pessoas vivendo com diabetes e hipertensão**, propiciando o autocuidado apoiado.



Oferece **atendimento multiprofissional** com **médicos especialistas** (endocrinologista, cardiologista, neurologista, nefrologista, cirurgião vascular e oftalmologista), **enfermeiros, farmacêutico, assistente social, nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas e psicólogos, além de educação continuada** aos usuários. Tem como finalidade garantir a continuidade e a integralidade do cuidado interdisciplinar, minimizando possíveis complicações agudas e crônicas.

Diante de casos mais complexos, o CIDH acolhe pacientes encaminhados pela equipe da atenção primária via Central de Regulação, oferece assistência especializada multidisciplinar e atua, ainda, na perspectiva do ensino e da pesquisa.

No ano de 2022 o serviço realizou 5.415 atendimentos no ambulatório destinado a indivíduos com cardiopatia e hipertensão, correspondendo a uma média mensal de 451 atendimentos, consistindo como um potente equipamento de suporte aos casos sem resolutividade na APS.

9 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

9.1. Atenção Ambulatorial Especializada (AAE):

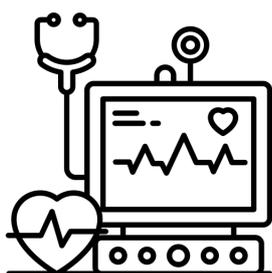
9.1.1 Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH)

SERVIÇOS OFERECIDOS PELO CIDH:



Atendimento ao HAS: O CIDH realiza atendimento de pacientes hipertensos com complicações, sejam eles renais, vasculares, oftalmológicas e relacionadas a cardiopatias, a exemplo de anginas e insuficiência cardíaca.

Ambulatório de Enfermagem: O paciente com HAS inicialmente é atendido pelo setor de enfermagem, onde é avaliado seu histórico, além da aferição da pressão, peso e a glicemia capilar e, a depender da complicação que este paciente apresentar, ele poderá ser visto pelo clínico ou pelo especialista.



Ambulatório de Cardiologia: Os pacientes são acompanhados por uma equipe multidisciplinar composta por cardiologistas, enfermeiros e nutricionistas e tem como finalidade garantir a continuidade e a integralidade do cuidado aos usuários e melhoria da qualidade de vida. Nesta equipe também tem o fisioterapeuta, responsável pela reabilitação cardíaca com prevenção de possíveis complicações. São realizados três exames no setor: ECG (Eletrocardiograma), Ecodopplercardiograma e Mapa que monitora a pressão arterial por 24 horas, auxiliando no diagnóstico para um adequado tratamento e prevenção de complicações.

Ambulatório de Nutrição: Os hipertensos são orientados que o melhor tratamento é a mudança no estilo de vida, com a adoção de uma dieta balanceada, aliada a prática de exercícios pelo menos três vezes na semana.

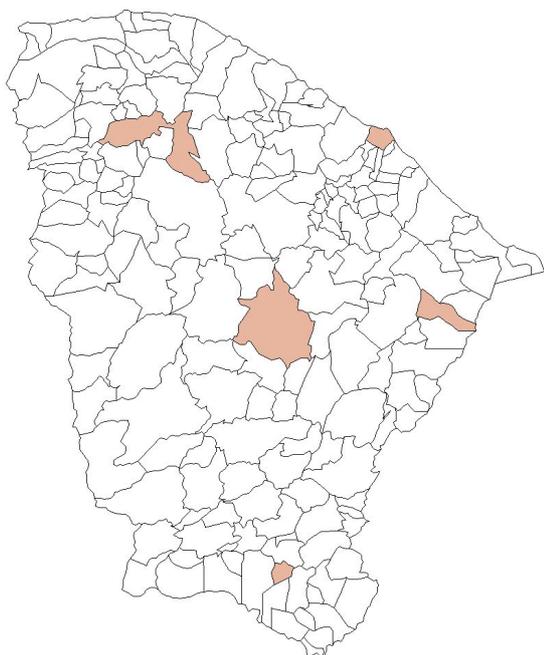


9 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

9.2. Atenção Hospitalar (AH):

A atenção hospitalar consiste em um ponto da Rede no qual direciona-se os casos mais complexos de HAS, sem resolutividade por parte da APS e da AAE. Conforme Brasil (2020), a assistência hospitalar direcionada ao usuário vivendo com hipertensão pode ser prestada em:

- ❖ **Hospitais Regionais:** no qual ocorrem internações decorrentes de intercorrências clínicas e complicações por HAS, tendo a capacidade de estabilizar o quadro clínico do usuário;
- ❖ **Hospitais de Referência Macrorregional:** destinado para internações resultantes de intercorrências e complicações por HAS, com fluxos para eventos cardiovasculares (IAM e AVC) e DRC;



UNIDADES HOSPITALARES

O Estado do Ceará conta com 11 Hospitais Estaduais no qual prestam assistência aos casos de HAS que requerem assistência de maior complexidade.

HOSPITAIS DA REDE SESA

Referência Macrorregional

- Hospital Estadual Leonardo da Vinci
- Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes
- Hospital José Martiniano de Alencar
- Hospital Geral de Fortaleza
- Hospital Geral Dr César Cals
- Hospital Infantil Albert Sabin
- Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara

Referência Regional

- Hospital Regional Norte
- Hospital Regional Vale do Jaguaribe
- Hospital Regional do Cariri
- Hospital Regional do Sertão Central



HOSPITAIS ESTADUAIS HABILITADOS NAS RESPECTIVAS ESPECIALIDADES					
Hospital Estadual Leonardo da Vinci	x				x
Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes	x				x
Hospital Geral de Fortaleza	x	x	x	x	x
Hospital Geral Dr César Cals	x		x	x	
Hospital Infantil Albert Sabin	x				
Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	x	x	x	x	x
Hospital Regional Vale do Jaguaribe				x	
Hospital Regional do Cariri			x		
Hospital Regional Do Sertão Central	x	x			x
Hospital José Martiniano De Alencar (H J M A)	x	x			
Hospital Regional Norte	x				x
TOTAL	9	4	4	6	4

Legenda:

- Tratamento Oftalmológico
- Tratamento para AVC
- Tratamento Vascular
- Transplante de Rins
- Tratamento Cardiovascular

10 REDES DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

10.1. Estratificação de Risco na Gestante

As síndromes hipertensivas representam a principal causa de morte materna no Brasil. São também responsáveis por elevada morbimortalidade infantil em virtude da prematuridade que acarretam. Apesar de tamanha importância, seu diagnóstico é extremamente simples: requerem apenas um profissional capacitado, um tensiômetro e uma fita de medir proteína na urina. A condução destas intercorrências, quando feita de forma adequada, reduz as repercussões maternas e perinatais (Ceará, 2018).



O cuidado à **gestante** é um compromisso de todos os entes federados e de todos os serviços e pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Em 2023 foi elaborada a Nota Técnica de Estratificação de Risco da Gestante, na qual é abordada que a **estratificação de risco**, compreende os três níveis: **risco habitual**, **risco intermediário** e **alto risco**. Esta nota foi publicada em 2024 e será amplamente divulgada in loco, em todas as Regiões de Saúde (Ceará, 2024).

A estratificação de risco à gestante viabiliza a assistência adequada e oportuna, **viabiliza a assistência adequada e oportuna**, possibilitando a efetivação de sua vinculação, seja no pré-natal, na Atenção Ambulatorial Especializada e/ou ao hospital para o atendimento às intercorrências na gestação e no momento do parto. Ressalta-se que a **estratificação de risco deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal** (Ceará, 2024).

Na identificação de um **fator de risco**, a **gestante** deve ser **estratificada** e **encaminhada**, conforme os critérios estabelecidos, para os locais de referência. Mesmo quando for referenciada para avaliação ou seguimento em um outro serviço de maior complexidade, a APS deverá continuar o acompanhamento (Ceará, 2024).



10 REDES DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

Baixo Risco (Habitual)	Médio Risco (Intermediário)	Alto Risco
<p>Deve ser acompanhada pela equipe de APS durante toda a assistência ao pré-natal com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a) com avaliação com o dentista da equipe saúde bucal.</p>	<p>Gestantes que apresentam alguns fatores de risco que implicam em maior vigilância e cuidado. Quanto maior o número de critérios combinados, maior a complexidade da situação. De acordo com a avaliação clínica na APS, a gestante deverá ser encaminhada ao Ambulatório de Atenção Especializada, para um cuidado compartilhado.</p>	<p>Gestantes com fatores clínicos relevantes que demandem intervenções de maior nível de complexidade. De acordo com a clínica deverá ser acompanhada pela APS, compartilhar o cuidado com AAE e Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco.</p>

Fonte: CEARÁ, 2024

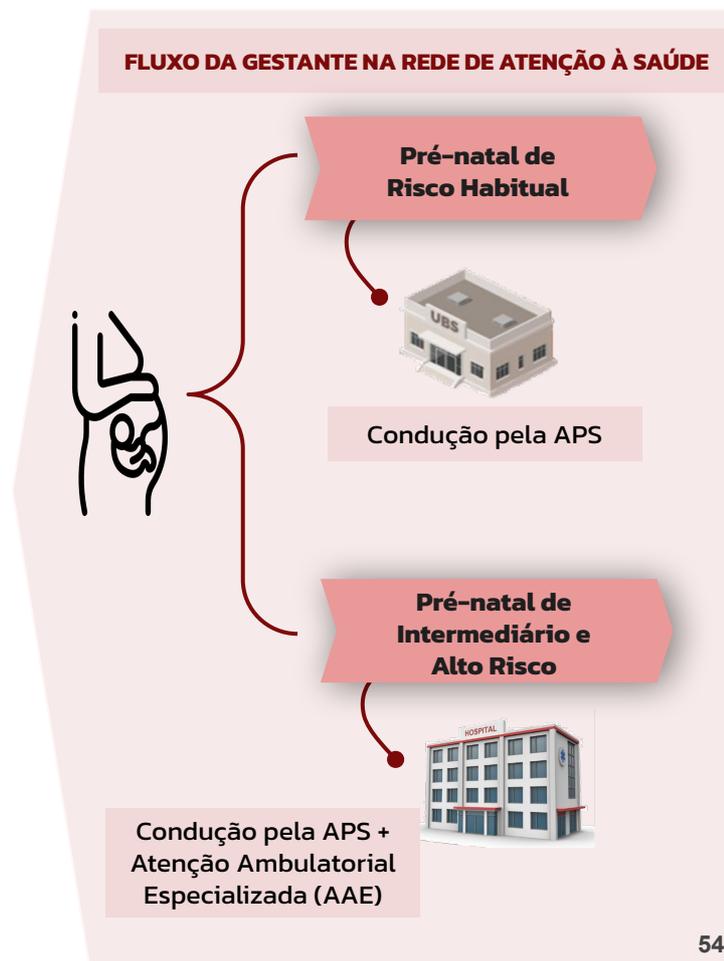
10.2 Pontos da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) direcionados ao Pré Natal de Risco Intermediário e de Alto Risco

O Estado do Ceará conta atualmente com **22 Policlínicas Regionais** que consistem em pontos de atenção, no qual possui especialistas na área da saúde, garantindo a continuidade do cuidado às gestantes com perfil de atendimento mais complexo.

Quadro 08. Policlínicas Regionais e o volume de consultas de pré-natal de Alto Risco. Ceará, 2024.

POLICLÍNICAS REGIONAIS	PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	CONSULTA GINECOLÓGICA
Policlínica Regional de Acaraú	880	3.432
Policlínica Regional de Aracati	12.319	14.735
Policlínica Regional de Barbalha	3566	3285
Policlínica Regional de Baturité	42.320	40.067
Policlínica Regional de Brejo Santo	5.229	1.675
Policlínica Regional de Camocim	504	18.334
Policlínica Regional de Campos Sales	7.810	11.641
Policlínica Regional de Caucaia	7	56
Policlínica Regional Crateús	133	2.713
Policlínica Regional de Crato	17.827	6.661
Policlínica Regional de Icó	3.752	7.637
Policlínica Regional de Iguatu	8.672	4.944
Policlínica Regional de Itapipoca	4.724	41.103
Policlínica Regional de Limoeiro	3.184	7.992
Policlínica Regional de Maracanaú	5.784	5.813
Policlínica Regional de Pacajus	10.596	6.349
Policlínica Regional do Quixadá	12.665	4.165
Policlínica Regional do Russas	4.857	13.677
Policlínica Regional de Sobral	63.138	13.305
Policlínica Regional de Tauá	294	16.923
Policlínica Regional de Tianguá	15.339	18.034

Fonte: SIGES, 2024

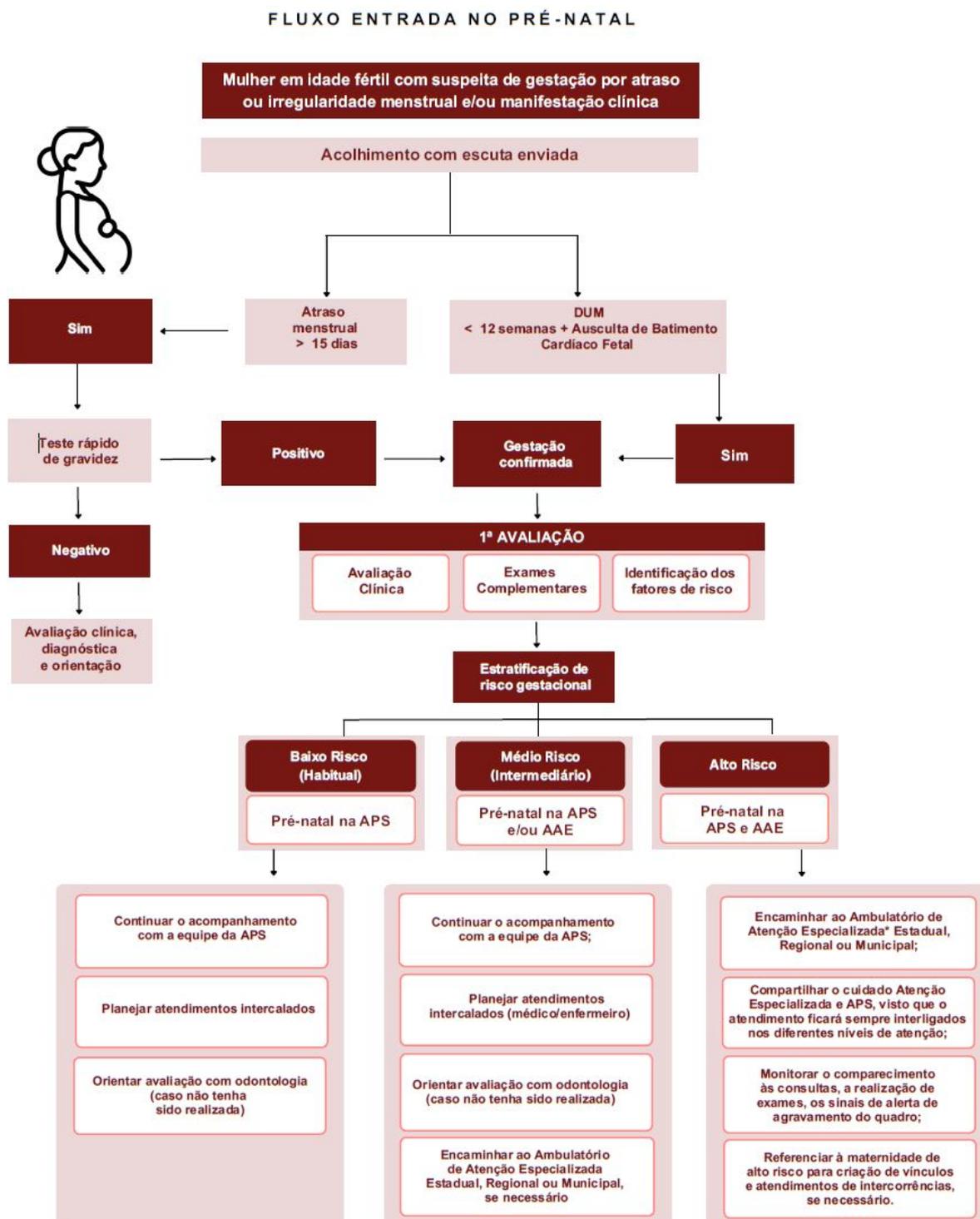


10 REDES DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

10.3 Fluxo de Referência na Rede Assistencial:

O fluxo de referência na rede assistencial Estadual da estratificação de risco da gestação irá determinar o local de realização do Pré-Natal, ou seja, na APS para as gestantes de risco habitual ou de forma compartilhada com a AAE para as gestantes de risco intermediário e alto risco. Da mesma forma irá determinar a referência para o nascimento, tratamento clínico e/ou situações de urgência/emergência (Ceará, 2024).

Figura 23. Fluxograma Porta de entrada da gestante no pré-natal e avaliação de risco para estratificação de risco.



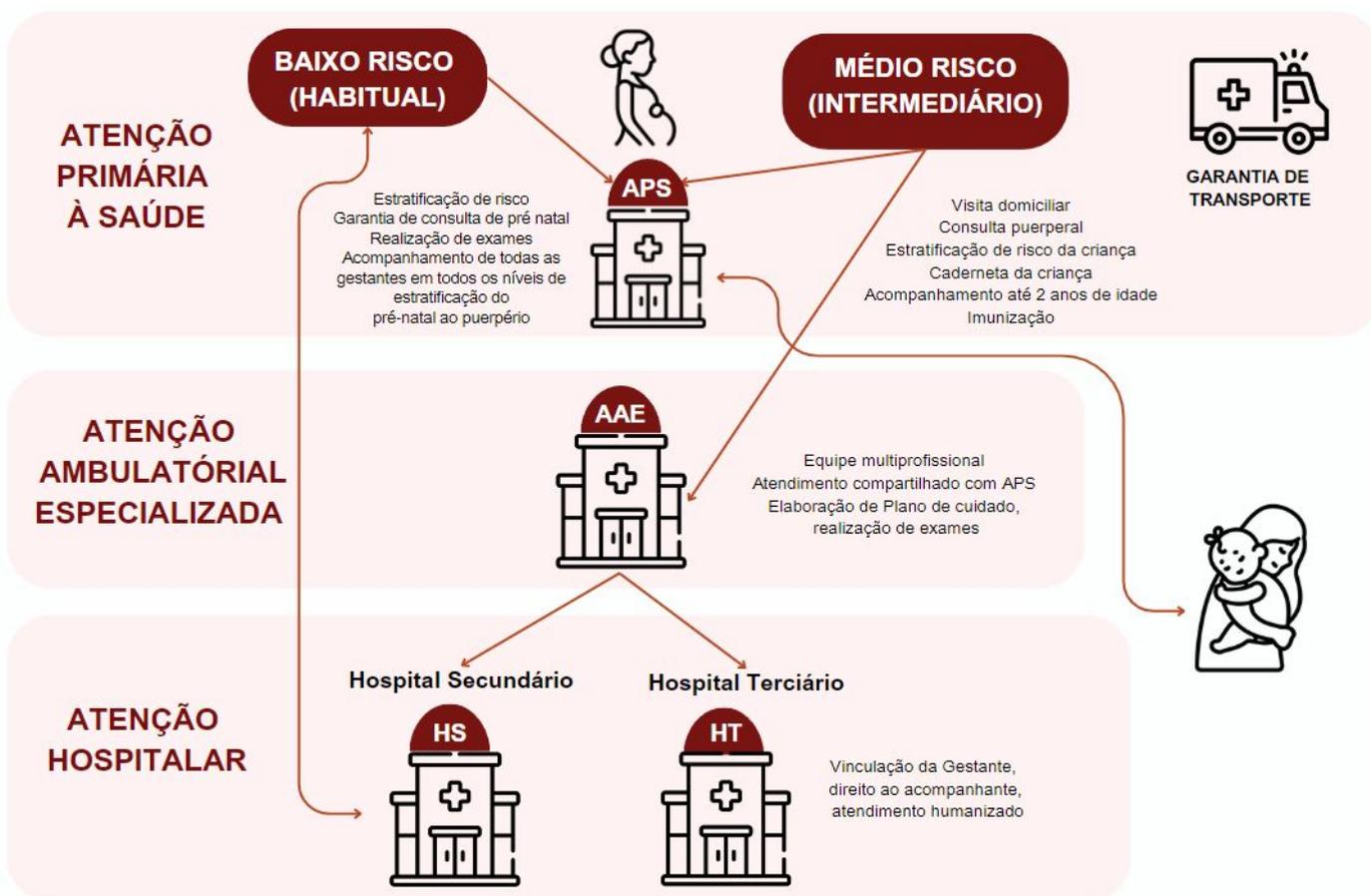
10 REDES DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

10.3. Fluxo de Referência na Rede Assistencial

A estratificação de risco para a gestante foi estabelecida como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis: Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) (Ceará, 2024).

A figura 25 retrata o fluxo de referência na Rede Assistencial Estadual da Estratificação de Risco da gestação. Esse fluxo, orienta o local de realização do Pré-Natal, ou seja, na APS para as gestantes de risco habitual ou de forma compartilhada com a AAE para as gestantes de risco intermediário e alto risco. Da mesma forma que a nota irá determinar a referência para o nascimento, tratamento clínico e/ou situações de urgência/emergência (Ceará, 2024).

Figura 24. Fluxo de Referência na Rede Assistencial Estadual da Estratificação de Risco da Gestação. Ceará, 2024.



Fonte: Ceará, 2024.

11 AÇÕES ESTRATÉGICAS

ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) PARA GARANTIR O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO, A EFETIVIDADE DO CUIDADO, A ADESÃO AOS PROTOCOLOS E A AUTONOMIA DO USUÁRIO

- ❖ Oferecer cuidado a todos os usuários, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa;
- ❖ Encorajar relação entre usuário e equipe de saúde, com participação ativa na consulta;
- ❖ Criar oportunidades para que o usuário expresse suas dúvidas e preocupações, respeitando o papel central que o usuário tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que possam prejudicar ou facilitar o cuidado;
- ❖ Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu autocuidado tenham sido abordados;
- ❖ Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, respeitando as crenças e atitudes dos usuários, explicitando os objetivos e abordando as implicações de um tratamento longo e continuado;
- ❖ Negociar com o usuário um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do usuário;
- ❖ Discutir e explicar o plano de cuidado do usuário com os seus familiares, com a concordância prévia do paciente;
- ❖ Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para usuários vivendo com HAS e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia para autocuidado. Lembrar que educar não é só informar;
- ❖ Estimular que os usuários se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros;
- ❖ Envolver os usuários nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas a hipertensão arterial na unidade, aumentando a autonomia e o poder de decisão sobre suas próprias condições;

11 AÇÕES ESTRATÉGICAS

ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) PARA GARANTIR O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO, A EFETIVIDADE DO CUIDADO, A ADESÃO AOS PROTOCOLOS E A AUTONOMIA DO USUÁRIO

- ❖ Promover a educação profissional permanente sobre HAS na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado;
- ❖ Definir dentro da equipe de saúde formas de assegurar a continuidade do cuidado e orientar os usuários sobre a forma de prestação desse cuidado continuado;
- ❖ Agendar revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos, Providenciando, se possível, contato telefônico ou visitas domiciliares por membros da equipe entre as consultas agendadas;
- ❖ Possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrências;
- ❖ Cadastrar todos os usuários a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos;
- ❖ Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos usuários para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.
- ❖ Apoiar o autocuidado, contemplando práticas corporais, atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- ❖ Implementar educação em saúde direcionadas à abordagem dos fatores de risco relacionado a HAS;
- ❖ Envolver os usuários nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas aos hipertensos vinculados à unidade, aumentando a autonomia e o poder de decisão sobre suas próprias condições;
- ❖ Incentivar os usuários hipertensos, acompanhados na Unidade, a participarem de programas de educação em saúde, e outras atividades desenvolvidas na unidade – atividade física, alimentação saudável, etc;
- ❖ Dialogar e pactuar com o usuário em cada consulta suas metas terapêuticas.

11 AÇÕES ESTRATÉGICAS

ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E DA ATENÇÃO HOSPITALAR PARA O CONTROLE DA HAS

- ❖ Ofertar serviços especializados pelo planejamento da Rede de Atenção à Saúde a partir das necessidades identificadas na APS;
- ❖ Atuar de maneira interdisciplinar, ampliando a possibilidade de apoio e manejo adequados nas várias situações clínicas, funcionais e sócio familiares apresentadas pelo hipertenso;
- ❖ Ofertar a composição da carteira básica da equipe especializada;
- ❖ Realizar o manejo específico da hipertensão estágio II e III, assim como de suas complicações, de acordo com as diretrizes clínicas de referência.

ESTRATÉGIAS ESTADUAIS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

- ❖ Implementar o Projeto de Braços Abertos, que tem como Redes prioritárias a Materno Infantil e a Rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
- ❖ Executar ações de educação permanente, planificação da atenção primária à saúde e fortalecimento da rede nas cinco regiões de saúde do Estado;
- ❖ Desenvolver e implementar o protocolo clínico para o controle da hipertensão;
- ❖ Realizar oficinas regionais com abordagem técnica e assistencial voltada para a APS com foco nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- ❖ Monitorar a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT;
- ❖ Produzir informes epidemiológicos com foco nas principais DCNT;
- ❖ Elaborar Notas Técnicas sobre a temática HAS.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Barroso, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>> Acesso em: 29 de abril, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-263-2024-svsa-saps-saes-ms.pdf>>. Acesso em: 01 de abril de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. Hipertensão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/hipertensao-18/>>. Acesso em 26 Abril de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS Nº 48, de 28 de julho de 2004. Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE, define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências. DF. MS, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0048_28_07_2004.html>. Acesso em: 17 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 03/06/2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 03/06/2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 02 de mai de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p. Acesso em: 03/06/2024. Disponível em: <<http://187.87.255.117/Sino.Siave/arquivo?Id=149886>>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 344, De 01 de Fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 02 de fev. 2017a. Seção 1, p. 62. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=02/02/2017&pagina=62>>. Acesso em: 03 de jun. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020. 88 p. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-pessoa-com-diabetes-mellitus-e-hipertensao-arterial-sistemica/>> Acesso em 29 de abril de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão/Diagnóstico. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao>>. Acesso em 12 de jun de 2024

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde. v. 1, n. 1 (mar. 2021)-. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021-. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/boletim-tematico/saude_dia_01_outubro_2021-1.pdf>

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira DF. Brasília : Ministério da Saúde, p. 54, 2021a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
Acesso em: 07 de maio de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Hipertensão arterial: hábitos saudáveis ajudam na prevenção e no controle da doença. Data de publicação: 27/04/2021b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/12076>. Acesso em: 15 de maio 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Hipertensão arterial: hábitos saudáveis ajudam na prevenção e no controle da doença. Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/abril/hipertensao-arterial-habitos-saudaveis-ajudam-na-prevencao-e-no-controle-da-doenca#:~:text=Um%20deles%20passa%20pela%20alimenta%C3%A7%C3%A3o.com%20modera%C3%A7%C3%A3o%20s%C3%A3o%20outras%20iniciativas>.
Acesso em: 15 de maio de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília. p. 85, 2021d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf.
Acesso em: 05/06/2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientação alimentar de pessoas adultas com hipertensão arterial [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de Brasília. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 33 p. : il. – (Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira; v.3). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_alimentar_adultas_hipertensao_v3.pdf
Acesso em: 15 de maio 2024

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Qualificação dos Indicadores da APS. 2. ed. versão eletrônica. Ministério da Saúde 2023. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_qualificacao_pec.pdf. Acesso em: 15 de maio 2024

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_referencia_imunobiologicos_6ed.pdf. Acesso em: 14 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/. Acesso em: 15 de maio de 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) [homepage na internet]. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 03 de jun de 2024.

Carey, R. M., Muntner, P., Bosworth H. B., Whelton PK. Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY., v. 72, n. 11, p. 1278-1293, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30190007/>.

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos/Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2016. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/linha_gui_a_nascer_no_ceara_2017.pdf
Acesso em: 22/05/2024.

Ceará. Nota Técnica da Estratificação de Risco Gestacional para a Organização da Assistência à Saúde das Gestantes. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará: Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/estratificacao-de-Risco-Gestacional.pdf>
Acesso em 08 de maio de 2024.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- COSTA, A. N. F. et al. Conduta Odontológica em Pacientes Hipertensos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 3, p. 287–292, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12636/9812>. Acesso em: 26 fev. 2024.
- Garcia, G. T. et al. Grau de Concordância entre Instrumentos de Estratificação de Risco Cardiovascular. Arq Bras Cardiol, v. 108, n. 5, p. 427–435, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/VWjdV3jYnNhSC8WnbRzbSRF/?format=pdf&lang=ptm>:
- Leite, L. P. et al. Hipertensão na Doença Renal Crônica em Tratamento Conservador. Rev Bras Hipertens 2020;Vol.27(4):115–21. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/27-4/hipertensao-na-doenca-renal-cronica-revista-hipertensao-27-n4.pdf>
Acesso em 08 de maio 2024.
- Lopes. H. F. Genética e hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens., vol. 21(2):87–91, 2014. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881416/rbh-v2ln2_87-91.pdf. Acesso em : 09 de maio de 2024.
- Marchon, S.G.; MENDES, W.V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(9):1-21, set, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G3MV8DJzSHrDPjmPS8VPdmp/?lang=pt>
- Mendes, Eugênio Vilaça. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: Conteúdo técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (No prelo). 3ª Ed. Belo Horizonte, 2013.
- Moraes, C.O. & Silva, L.H. Impacto dos medicamentos anti-hipertensivos na saúde bucal: uma revisão crítica. Revista de Saúde Pública Dentária do Brasil. 2021.
- Pereira, J. B. et al. . Atualizações no tratamento da hipertensão: Implicações para a prática odontológica. Journal of Clinical Hypertension, 2023.
- Pimenta, F. & Santos, A. Protocolos de manejo da ansiedade em pacientes hipertensos em odontologia. Brazilian Journal of Dental Research, 2022.
- Pimenta, H. B; Caldeira, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva., v. 19, n. 6, p. 1731–1739, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T7RFMGxFf4ZSNxMc3RhCZJh/abstract/?lang=pt>
- Roercke, M. Alcohol's Impact on the Cardiovascular System. Nutrients., v. 13, n. 3.419, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34684419/>
- Scholz, J. R. et al. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Uso de Dispositivos Eletrônicos para Fumar – 2024. Arq Bras Cardiol., v. 121, n. 2, p. 1–8, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/SDs7djXV7DzqGxNpPgmwnqF/>
- Sousa, M. G. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. Rev Bras Hipertens., v. 22, n. 3, p. 78–83, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881231>
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_pl.pdf
- World Health Organization (WHO). Global report on hypertension: the race against a silent killer. 19 September 2023. p.291. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>. Acesso em: 08 de maio de 2024.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE