



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Nota Técnica nº: 11/2021 - SAIS- 03083

**Assunto:** Nota técnica conjunta para definir critérios na organização da assistência ao usuário com hipertensão arterial (HA) na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no Estado de Goiás.

### 1. OBJETIVO:

A presente Nota Técnica tem por objetivo definir critérios para organização da assistência ao usuário com HA na APS e AAE, no Estado de Goiás.

### 2. RASTREAMENTO:

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada <sup>1</sup>. A periodicidade recomendada no caso de normotensão é de uma aferição mínima a cada 2 anos e, em caso de pré-hipertensão, aferições anuais. Além disso, o nível pressórico deve ser obrigatoriamente aferido em todos os atendimentos da pessoa <sup>2</sup>.

É importante destacar que parcela considerável (30% a 40%) das pessoas com DM2 e HAS permanece assintomática durante anos, desconhecendo a própria condição de saúde e chegando tardiamente a um diagnóstico, muitas vezes já com a ocorrência de complicações. Daí a importância da vigilância contínua. Não estão indicadas ações de rastreamento populacional indiscriminado para HA, como campanhas ou mutirões de rastreio, por serem pouco efetivas <sup>2</sup>.

### 3. DIAGNÓSTICO:

Os valores que definem a HA estão expressos no Quadro 1. Considerando-se que os valores de PA obtidos por métodos distintos têm níveis de anormalidade diferentes, há que se considerar os valores de anormalidade definidos para cada um deles para o estabelecimento do diagnóstico. Quando utilizadas as medidas de consultório, o diagnóstico deverá ser sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, em duas ou mais ocasiões, e confirmado por medições fora do consultório utilizando-se a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou medição residencial da pressão arterial (MRPA), excetuando-se aqueles pacientes com lesão em órgão alvo (LOA) detectada. Atualmente, são consideradas anormais as médias de PA sistólica/diastólica aferidas por MAPA em 24 horas  $\geq$  130/80 mmHg, em vigília  $\geq$  135/85 mmHg e durante o sono  $\geq$  120/70 mmHg; e para MRPA  $\geq$  130/80 mmHg <sup>3</sup>.

**Quadro 1 - Critérios para diagnóstico de hipertensão arterial (HA)**

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré Hipertensão	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Estágio 3	$\geq$ 180	e/ou	$\geq$ 110

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Observações: A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS  $\geq$  140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD  $\geq$  90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

Fonte: Barroso et al. (2021) <sup>3</sup>.

Define-se a classificação de acordo com a PA do consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. Com relação a classificações anteriores, nas diretrizes atuais os indivíduos com PAS entre 130 e 139 e PAD entre 85 e 89 mmHg passam a ser considerados pré-hipertensos, pois esta população apresenta consistentemente maior risco de DCV, doença arterial coronária e acidente vascular encefálico do que a população com níveis entre 120 e 129 ou 80 e 84 mmHg. Há também maior risco de serem portadores de HA mascarada. Consequentemente, indivíduos pré-hipertensos devem ser monitorados mais de perto, devendo ser realizada avaliação para identificar a presença de outros fatores de risco (FR) para DCV <sup>3</sup>. Na presença desses fatores, a pessoa deverá ser avaliada pelo enfermeiro, em consulta individual ou coletiva, com o objetivo de estratificar o risco cardiovascular. A PA deverá ser novamente verificada em mais duas ocasiões em um intervalo de 7 a 14 dias. Na ausência de outros FR para DCV, o indivíduo poderá ser agendado para atendimento com enfermeiro, em consulta coletiva, para mudança de estilo de vida (MEV), sendo que a PA deverá ser novamente verificada em um ano. Se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90 mmHg, está confirmado o diagnóstico de HA e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento <sup>1,4</sup>.

Indicações para realização de MAPA/MRPA

- Suspeita de hipertensão do avental branco;
- Suspeita de hipertensão mascarada (PA entre 130/85 e 139/89 mmHg no consultório ou PA <140/90 mmHg no consultório em indivíduos assintomáticos com LOA ou com alto risco cardiovascular total);
- Grande variação da PA no consultório na mesma consulta ou em consultas diferentes; hipotensão postural, pós-prandial, na sesta ou induzida por fármacos;
- Gestantes com PA elevada de consultório ou suspeita de pré-eclâmpsia;
- Confirmação de hipertensão resistente.

Indicações específicas para a MAPA <sup>3</sup>:

- Avaliação do descenso durante e sono;

- Suspeita de HA ou falta de queda da PA durante o sono habitual em pessoas com apneia de sono, doença renal crônica ou diabetes;
- Avaliação da variabilidade da PA.

A primeira avaliação dos usuários após a confirmação da HA deve ser integrada e abranger avaliação clínica, exames complementares, identificação e investigação de fatores de risco. Preferencialmente, deve ser organizada com a lógica da atenção contínua multiprofissional, pela qual são realizadas avaliações individuais sequenciais pelo médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agente comunitários de saúde (ACS), dentista e outros profissionais da equipe, seguindo-se a discussão de caso e a elaboração do Plano de Cuidados e autocuidado <sup>2</sup>

#### 4. PARÂMETROS EPIDEMIOLÓGICOS DE PREVALÊNCIA TOTAL E POR ESTRATO DE RISCO:

Seguindo os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS publicado pelo Ministério da Saúde, a prevalência total e por estratos de risco de indivíduos com HA estão descritas nos quadros a seguir.

**Quadro 2 - Prevalência da população com hipertensão arterial**

Risco	Parâmetro de Prevalência
Baixo	40% dos hipertensos
Moderado	35% dos hipertensos
Alto	25% dos hipertensos
Total	Média Brasil - 21,4% da população

#### 5. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

A estratificação de riscos faz-se necessária para a otimização da terapêutica e do acompanhamento. Deve ser realizada no primeiro atendimento e atualizada nos encontros programados para avaliação longitudinal do usuário e sempre que uma nova situação se apresentar. Esta estratificação pode ser realizada tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro e compartilhada com toda a equipe da unidade <sup>1,2</sup>.

Os critérios para estratificação de risco são apresentados no **Quadro 3** e os fatores de risco cardiovascular, sinais de LOA e LOA confirmados são apresentados no **Quadro 4**.

**Quadro 3 - Estratificação de risco no paciente com hipertensão de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal**

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HA Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HA Estágio 2 PAS 160 -179 ou PAD 100-109	HA 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

DM: diabetes mellitus, DRC: doença renal crônica, DCV: doença cardiovascular, HA: pressão arterial sistêmica, LOA: lesão em órgão-alvo, PAS: pressão arterial sistólica, PAD: pressão arterial diastólica.  
Fonte: Barroso et al (2021) <sup>3</sup>.

**Quadro 4 - Fatores de risco cardiovasculares, sinais de lesão em órgãos-alvo e lesão em órgãos-alvo confirmadas**

Fatores de risco cardiovascular	Sinais de lesão de órgão alvo assintomática	Lesões de órgão alvo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo masculino</li> <li>• Idade (homem &gt; 55 e mulher &gt; 65 anos)</li> <li>• Tabagismo</li> <li>• DCV prematura em parentes de 1º grau (homens &lt; 55 anos e mulheres &lt; 65 anos)</li> <li>• Dislipidemias (LDL-colesterol ≥100mg/dL e/ou não HDL-colesterol 130 mg/dL e/ou HDL-colesterol ≤ 40mg/dL no homem e ≤ 46mg/dL na mulher e/ou TG &gt;150 mg/dL)</li> <li>• Diabetes melito</li> <li>• Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pressão de pulso (PAS-PAD) ≥ 60 mmHg (em idosos)</li> <li>• Alterações eletrocardiográficas sugestivas de hipertrofia de VE</li> <li>• Hipertrofia de VE no ecocardiograma (índice de massa de VE &gt; 134 g/m<sup>2</sup> em homens ou 110 g/m<sup>2</sup> em mulheres)</li> <li>• Espessura média intimal de carótida &gt; 0,9 mm ou presença de placa de ateroma</li> <li>• Índice tornozelo braquial &lt; 0,9</li> <li>• Doença renal crônica (DRC) estágio 3 (RFG-e entre 30 e 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)</li> <li>• Albuminúria de 30 a 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina &gt; 30 mg/g</li> <li>• VOP carótido-femoral &gt; 10 m/s</li> </ul> <p>Nestes casos, deve-se prosseguir na investigação da lesão de órgão alvo para confirmação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença cerebrovascular:</li> <li>• AVC isquêmico</li> <li>• Hemorragia cerebral</li> <li>• Ataque isquêmico transitório (AIT)</li> <li>• Doença coronariana</li> <li>• Infarto do miocárdio,</li> <li>• Angina estável ou instável</li> <li>• Revascularização miocárdica</li> <li>• Insuficiência cardíaca, incluindo as com fração de ejeção preservada</li> <li>• Doença arterial periférica dos membros inferiores sintomáticas</li> <li>• Doença renal crônica com TFG &lt; 30ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (estágio 4) ou proteinúria &gt; 300 mg/24h</li> <li>• Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema.</li> </ul>

AVC: Acidente Vascular Cerebral, HDL: Lipoproteína de Alta Densidade, IAM: Infarto Agudo do Miocárdio, IMC: Índice de Massa Corporal, LDL: Lipoproteína de Baixa Densidade, RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado, TFG: Taxa de Filtração Glomerular, VE: Ventrículo Esquerdo, VOP: velocidade de onda de pulso.

Fonte: Barroso et al (2021) <sup>3</sup>.

#### 6. PARAMETRIZAÇÃO ASSISTENCIAL PARA APOIO LABORATORIAL NO DIAGNÓSTICO INICIAL E NAS AVALIAÇÕES PERIÓDICAS

**Quadro 5 - Rotina de exames**

Periodicidade: Na primeira avaliação de todos os usuários HA. Na rotina de acompanhamento longitudinal de usuários com estabilidade clínica: anualmente. Em situações de instabilidade clínica, a solicitação depende da avaliação do usuário.

- Hemograma

- Glicemia em jejum
- Hemoglobina glicada - quando a glicemia de jejum for maior que 99 mg/dL, na presença de história familiar ou de diagnóstico prévio de DM2 e obesidade.
- Creatinina sérica – calcular a taxa de filtração glomerular estimada pela fórmula CKD-EPI
- Exame de urina tipo 1 (EAS)
- Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TG) - Calcular LDL – fórmula de Friedewald:  $LDL = CT - HDL - TG/5$
- Ácido Úrico sérico
- Microalbuminúria (apenas para: diabéticos; hipertensos diabéticos; hipertensos com síndrome metabólica e hipertensos com 2 ou mais fatores de risco cardiovascular)
- Eletrocardiograma
- Dosagem de sódio e potássio

Fundoscopia: No diagnóstico de HAS, com reavaliações:

- A cada 2 anos para hipertensos bem compensados e sem queixas visuais
- A cada ano para hipertensos classificados como de alto risco, ou pacientes com nefropatia hipertensiva, bem como no momento da identificação da disfunção renal
- Se alteração, os retornos serão seguidos de acordo com oftalmologista

- Indivíduos de alto risco e quando há suspeita de insuficiência cardíaca associada (solicitação médica):
- Ecocardiograma bidimensional com Doppler e Doppler de carótidas

Avaliação complementar:

- Radiografia de tórax: em caso de suspeita clínica de acometimento cardíaco e/ou pulmonar ou para a avaliação de acometimento de aorta quando ecocardiograma não está disponível
- USG de carótidas: na presença de sopro carotídeo, sinais de doença cerebrovascular ou presença de doença aterosclerótica em outros territórios. O aumento na espessura íntima-média (EIM) das carótidas e/ou a identificação de placas de aterosclerose prediz a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais e infarto do miocárdio, independentemente de outros fatores de risco CV. Valores da EIM > 0,9 mm têm sido considerados como anormais, assim como o encontro de placas ateroscleróticas.
- USG renal ou com Doppler: pacientes com massas abdominais ou sopro abdominal.
- USG de artérias renais: pacientes com HA precoce (pessoas com menos de 30 anos de idade) ou na suspeita de HA secundária.
- Teste ergométrico: na suspeita de doença coronária estável, diabetes melito ou antecedente familiar para doença coronária em pacientes com pressão arterial controlada.
- Medida da velocidade da onda de pulso (VOP), quando disponível: indicada em hipertensos de baixo e médio risco, sendo considerado um método útil para avaliação da rigidez arterial, ou seja, do dano vascular. VOP com valores acima de 10m/s são considerados anormais na população em geral, porém já existem valores de referência ajustados para decis de idade e sexo.
- Ressonância nuclear magnética (RNM) do cérebro: indicada em pacientes com distúrbios cognitivos e demência para detectar infartos silenciosos e micro-hemorragias.

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, CT: colesterol total, CV: cardiovascular, DM2: diabetes mellitus tipos 2, EAS: elementos anormais do sedimento, EIM: espessura íntima média, HA: hipertensão arterial, HDL: high-density lipoprotein, LDL: low-density lipoprotein, VOP: velocidade de onda de pulso, RNM: ressonância magnética nuclear, TG: triglicérides, USG: ultrassonografia.

Fonte: Adaptado de SBIBAE (2020) <sup>2</sup> e Brasil (2013) <sup>1</sup>.

## 7. PARAMETRIZAÇÃO ASSISTENCIAL PARA ACOMPANHAMENTO NA APS E NA AAE DE PACIENTES COM CONDIÇÃO CLÍNICA ESTÁVEL:

**Quadro 6** - Parametrização assistencial para acompanhamento na APS e na AAE de pacientes com condição clínica estável conforme estratificação de risco

Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco
<p>Atendimento na APS a cada 6 meses sendo 2 (dois) atendimentos ao ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimentos alternando médico e enfermeiro e incluindo a equipe multiprofissional da APS</li> <li>• Devem ser favorecidas as estratégias de atendimento em grupo e abordagens transversais* voltadas para o fortalecimento do autocuidado</li> <li>• Visitas domiciliares mensais pelo ACS</li> </ul>	<p>Atendimento na APS a cada 4 meses sendo 3 (três) atendimentos ao ano, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimentos alternando médico e enfermeiro e incluindo a equipe multiprofissional da APS</li> <li>• Devem ser favorecidas as estratégias de atendimento em grupo e abordagens transversais* voltadas para o fortalecimento do autocuidado</li> <li>• Visitas domiciliares mensais pelo ACS</li> </ul>	<p>Atendimento na APS a cada 2 meses sendo 6 (seis) atendimentos ao ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimentos compartilhados entre as equipes multiprofissionais da APS e AAE</li> <li>• Na APS, os atendimentos devem ser alternados entre médico e enfermeiro e incluir a equipe multiprofissional</li> <li>• Devem favorecer o monitoramento do Plano de Cuidados e estratégias de atendimento em grupo e abordagens transversais* voltadas para o fortalecimento do autocuidado</li> </ul>

ACS: agente comunitário de saúde; AAE: atenção ambulatorial especializada; APS: atenção primária à saúde.

\*Abordagens transversais: aconselhamento sobre atividade e/ou prescrição de exercício físico, Programa Academia da Saúde, práticas integrativas complementares (PICs), apoio psicossocial, abordagem familiar, atividades intersetoriais.

Fonte: Adaptado de SBIBAE (2020) <sup>2</sup>.

## 8. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES DESCOMPENSADOS E/OU COM INSTABILIDADE CLÍNICA NA APS E NA AAE:

Os pacientes que se encontram fora das metas terapêuticas de HA, conforme as definições a seguir, necessitarão de maior número de consultas, as quais devem ser gerenciadas caso a caso, até a estabilização que poderá ocorrer em média num período de 4 meses. Para hipertensos em tratamento medicamentoso e sem controle adequado da PA, recomendam-se avaliações médicas mensais, com o objetivo de alcançar a meta pressórica (**Quadro 7**) o mais breve possível, mediante ajustes terapêuticos sequenciais.

**Quadro 7** - Metas a serem atingidas conforme as características individuais

Categoria	Pressão arterial (mmHg)
Risco cardiovascular alto	<130 x 80
Risco cardiovascular moderado e baixo	<140 x 90
Idosos e hipertensos estágio III (independente do risco cardiovascular)	<140 x 90
Coronariopatas	120 x 70 - 130 x 80

Fonte: Barroso et al. (2021) <sup>3</sup>, SBIBAE (2020) <sup>2</sup>.

Em relação às metas de pressão arterial algumas observações devem ser feitas: pacientes com doença arterial coronariana e redução da PA < 120/70 mmHg podem ter risco de evento cardiovascular fatal aumentado. Assim, para estes pacientes, a meta deve ficar em uma faixa mais estreita (< 130/80 mmHg e > 120/70 mmHg). Idosos acima de 80 anos não se beneficiam de níveis sistólicos menores que 140 mmHg, além do aumento de possibilidade de efeitos adversos <sup>3</sup>.

A intensidade de cuidados será determinada conforme a estratificação de risco do paciente, assim quanto mais alto o estrato de risco do pacientes, maior o número de consultas e abordagens transversais e coletivas. Neste contexto, é importante que o Plano de Cuidados seja elaborado pela equipe multiprofissional e, quando houver encaminhamento à AAE, esse documento seja compartilhado entre as equipes dos diferentes níveis de atenção. Ressalta-se ainda a importância das estratégias para mudança de comportamento e estilo de vida no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, além do fortalecimento da capacidade de autocuidado com a elaboração em conjunto com o paciente do Plano de Autocuidado Apoiado. Para embasar as condutas, sugere-se a leitura do Caderno de Atenção Básica nº 35 - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica <sup>4</sup>.

## 9. SITUAÇÕES PARA GESTÃO DE CASO

Como são condições de saúde complexas, considera-se para gestão de caso, independentes dos valores de Hb1Ac, PA e idade <sup>1,2</sup>:

- Pacientes com alto risco;
- Pacientes com autocuidado insuficiente;
- Pacientes com comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas graves e com doenças que interferem com a mobilidade, audição, visão e capacidade cognitiva).

Um gestor de caso (**enfermeiro, assistente social ou uma equipe de saúde**) deve coordenar a atenção recebida pela pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

## 10. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DOS USUÁRIOS PARA AAE

- Pacientes com alto risco;
- Hipertensos com hipertensão resistente (PA não controlada mesmo com uso de três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético e com adesão ao tratamento confirmada);
- Pessoas com lesões de órgão alvo.

**Quadro 8** - Conteúdo descritivo mínimo que deve conter o encaminhamento do portador de hipertensão arterial à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento à AAE
<ul style="list-style-type: none"><li>• Medida da pressão arterial</li><li>• Medicamentos em uso</li><li>• Peso do paciente em quilogramas (kg)</li><li>• Estratificação de risco (baixo, médio, alto, muito alto)</li><li>• Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde</li><li>• Anexar Plano de cuidados (formulário padronizado pactuado entre APS e AAE)</li></ul>



## 11. ATENÇÃO FARMACÊUTICA DISPONÍVEL NO SUS PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:

As ações de assistência farmacêutica são na maioria das vezes executadas nos municípios, sobretudo pela rede básica de saúde, tendo como instrumento norteador para a construção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) a Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019 que estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2020 no âmbito do SUS.

O Anexo I da RENAME <sup>6</sup> traz em seu escopo os medicamentos considerados essenciais na atenção básica. No que se refere à HA são eles em suas diferentes apresentações:

- Atenolol
- Captopril
- Carvedilol
- Cloridrato de propranolol
- Cloridrato de verapamil
- Espironolactona
- Furosemida
- Hidroclorotiazida
- Losartana potássica
- Maleato de enalapril
- Metildopa
- Nifedipino
- Succinato de metoprolol
- Tartarato de metoprolol

Medicamentos para tratamento de HA também podem ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do Programa Farmácia Popular em parceria com farmácias privadas do município, sendo eles:

- Atenolol 25mg
- Captopril 25mg
- Cloridrato de propranolol 40mg
- Hidroclorotiazida 25mg
- Losartana potássica 50mg
- Maleato de enalapril 10mg

O Gestor da Assistência Farmacêutica deve estar atento para as atualizações referentes à RENAME [6](#) e ao elenco do Programa Farmácia Popular de forma a garantir a construção de uma lista de medicamentos municipal que atenda ao perfil de sua população, bem como para orientar prescritores e usuários dos serviços de saúde sobre os medicamentos disponíveis no âmbito do SUS.

## 12. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

O monitoramento e a avaliação da qualidade do serviço prestado aos usuários com HA deverá ser realizado pelos municípios e pelo Estado por meio dos indicadores a seguir.

**Quadro 9 - Painel de indicadores sob responsabilidade do município e metodologia de cálculo**

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Percentual de cadastrados	Número de pacientes cadastrados com marcação no campo condição referida "hipertensão arterial" na ficha de atendimento individual dividido pelo número estimado de hipertensos no município	SISAB
Percentual de cobertura	Número de pacientes com hipertensão acompanhados por médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família (pelo menos uma consulta no último semestre) dividido pelo número total de pacientes cadastrados	SISAB
Percentual de estratificação de risco	Número de pacientes com hipertensão arterial estratificados semestralmente dividido pelo número de acompanhados pela equipe de saúde da família	APS municipal

APS - Atenção Primária à Saúde, SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária.

**Quadro 10 - Painel de indicadores sob responsabilidade do Estado e metodologia de cálculo**

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Percentual de atendimentos na atenção especializada	Número de pacientes com hipertensão atendidos na AAE dividido pelo número total de pacientes encaminhados	Regulação estadual e municipal
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98 (exceto J36); E10-E14 no município x 100.000 dividido pela população residente (de 30 a 69 anos) no no mesmo local e período	SIM/Pentaho
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças hipertensivas	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) registrados nos códigos CID-10 – I10-I15 no município x 100.000 dividido pela população residente (de 30 a 69 anos) no no mesmo local e período	SIM/Pentaho
Taxa de mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99 no município x 100.000, dividido pela população residente (de 30 a 69 anos) no mesmo local e período	SIM/Pentaho
Taxa de mortalidade por AVE	Número de óbitos por AVE na população com idade entre 20 e 59 anos x 100.000, em determinado local e período, dividido pela população com idade entre 20 e 59 anos, no mesmo local e período	SIM/Pentaho
Taxa de mortalidade por IAM	Número de óbitos por IAM na população ≥ 20 anos x 100.000, em determinado local e período, dividido pela população com idade ≥ 20 anos, no mesmo local e período	SIM/Pentaho
Taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca (IC)	Número de óbitos por IC na população ≥ 20 anos x 100.000, dividido pela população com idade ≥ 20 anos, no mesmo local e período	SIM/Pentaho
Taxa de internações por hipertensão essencial	Número de internações por hipertensão essencial na população ≥ 20 anos x 100.000, dividido pela população com idade ≥ 20 anos, no mesmo local e período	SIH - Morbidade hospitalar no SUS (por local de residência)
Taxa de internação por hipertensão essencial e complicações	Número de internações por hipertensão essencial e outras doenças hipertensivas na população ≥ 20 anos x 100.000, dividido pela população com idade ≥ 20 anos, no mesmo local e período	SIH - Morbidade hospitalar no SUS (por local de residência)

AVE - acidente vascular encefálico, DCNT - doenças crônicas não transmissíveis, HA - hipertensão arterial, IAM - infarto agudo do miocárdio, SIH - Sistema de Informação Hospitalar, SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- [1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 128 p.](#)
- [2. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein \(SBIBAE\). 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: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2020. 88 p.](#)
- [3. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116:516-658.](#)
- [4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 162 p.](#)
- [5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.](#)
- [6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 217 p.](#)

### Elaboração:

Ana Paula dos Santos Rodrigues - Nutricionista - Técnica na Coordenação Geral das Redes de Atenção - SAIS/SES-GO  
 Andréia de Souza Franco Sardinha - Enfermeira - Técnica na Coordenação de Doenças Não Transmissíveis - SUVISA/SES-GO  
 Jackeline Lemes Borges - Enfermeira - Técnica na Coordenação de Integração do Cuidado - SAIS/SES-GO  
 Leilinéia Pereira Ramos de Rezende - Enfermeira - Técnica na Coordenação de Doenças Não Transmissíveis - SUVISA/SES-GO  
 Magna Maria de Carvalho - Gerente na Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde - SUVISA/SES-GO  
 Marlice Silva Marques - Nutricionista - Técnica na Coordenação de Vigilância em Saúde - Regional de Saúde Central/SES-GO

Nara de Oliveira Mansur - Médica de Família e Comunidade - Referência Técnica Estadual em Medicina de Família e Comunidade/SES-GO  
Paula dos Santos Pereira - Psicóloga - Coordenadora na Coordenação Geral das Redes de Atenção - SAIS/SES-GO  
Selma Alves Tavares de Oliveira - Educadora - Coordenadora na Coordenação de Doenças Não Transmissíveis - SUVISA/SES-GO  
Ticiane Peixoto Nakae da Silva - Enfermeira - Gerente na Gerência de Atenção Primária - SAIS/SES-GO

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA  
Superintendente de Atenção Integral à Saúde

FLÚVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA  
Superintendente de Vigilância em Saúde

Goiânia, 25 de outubro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **FLUVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA, Superintendente**, em 10/11/2021, às 16:58, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA, Superintendente**, em 12/11/2021, às 15:28, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **000025054671** e o código CRC **7069C50F**.

SAIS / ASSESSORIA DAS REDES DE ATENÇÃO  
AVENIDA 136 S/N Qd.F44 Lt.22, EDIFÍCIO CESAR SEBBA - 8º ANDAR - Bairro SETOR SUL - GOIANIA - GO - CEP 74093-250 - (62)3201-7892.



Referência: Processo nº 202100010048207



SEI 000025054671