



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

## **RESOLUÇÃO Nº 303/18– CIB/RS**

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, da Presidência da República, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

o Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 02, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS);

a Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

o Caderno de Atenção Básica nº 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, do Ministério da Saúde;

Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS - Porto Alegre: UFRGS, 2017. 20 p.

Termo de Referência Padrão do Ambulatório de Especialidade em Hipertensão e Diabetes Mellitus. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018. Documento revisto e ampliado. 37p.

que a estratégia prioritária de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde é a Planificação da Rede de Atenção à Saúde, constando no Plano Estadual de Saúde - 2016/2019 a meta de estender o processo das Oficinas de Planificação da Atenção Primária em Saúde para 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde e seus municípios;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 09/08/2018.

### **RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar a Nota Técnica de atenção ao indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica no Rio Grande do Sul, conforme Anexo desta Resolução.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Art. 2º** - Prestar orientações na perspectiva de qualificar a Atenção Básica como coordenadora do cuidado ao indivíduo com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), definindo critérios para a estratificação de risco de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e suporte para tomada de decisão clínica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo portador dessa doença, garantindo a resolutividade prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

**Art. 3º** - Publicizar os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde para exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia para pacientes com Hipertensão Arterial.

**Art. 4º** - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de publicação.

Porto Alegre, 09 de agosto de 2018.

FRANCISCO BERND  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS  
Secretário Estadual da Saúde Adjunto



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

## **ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 303/18 – CIB/RS**

DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

### **NOTA TÉCNICA 03/2018 - ATENÇÃO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

#### **1. INTRODUÇÃO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública e contribui, direta ou indiretamente, para a ocorrência de metade das mortes por doença cardiovascular no Brasil. Essa patologia apresenta alta morbimortalidade e as complicações decorrentes geram impactos consideráveis na diminuição da expectativa e da qualidade de vida (BRASIL, 2013; SBC, 2016).

#### **2. OBJETIVO**

Prestar orientações na perspectiva de qualificar a Atenção Básica<sup>1</sup> como coordenadora do cuidado ao indivíduo com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), definindo critérios para a estratificação de risco de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e suporte para tomada de decisão clínica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo portador dessa doença, garantindo a resolutividade prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>2</sup>.

#### **3. JUSTIFICATIVA**

Fez-se necessária a construção deste documento em decorrência da demanda da Planificação da RAS no estado, no sentido de orientar a organização do cuidado ao indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica a partir da

---

<sup>1</sup>Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como sinônimos. Dessa forma, associam-se a ambos os termos os princípios e as diretrizes definidos no Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2.

<sup>2</sup>Os cuidados em Atenção Primária devem ser resolutivos e capacitados, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 90% da demanda deste nível de atenção (BRASIL, 2015a).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

Atenção Básica.

#### **4. O ACOMPANHAMENTO DO PORTADOR DE HAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

A HAS é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por elevação sustentada dos níveis pressóricos sistólico e diastólico ( $\geq 140$  e/ou  $90$  mmHg, respectivamente) e geralmente associa-se a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (SBC, 2016).

O acompanhamento do indivíduo com HAS deve ser realizado prioritariamente na UBS, feito por profissionais de saúde que atuam de forma integrada e multiprofissional, através de abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias, tratamento dos casos diagnosticados, incentivando a continuidade do acompanhamento por meio de consultas periódicas, atividades educativas que promovam o autocuidado, entre outros, sendo fundamental o registro das informações no Prontuário Eletrônico (e-SUS ou próprio com *thrift* para o SISAB).

Assim, além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013).

Anexos a esta Nota Técnica (Quadros 1 e 2) são apresentados os exames e procedimentos anuais preconizados pelo Ministério da Saúde para os portadores de HAS (BRASIL, 2015b). Para saber mais, acesse o Caderno de Atenção Básica nº 37 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica): <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

#### **5. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR (RCV)**

Os pacientes com diagnóstico de hipertensão devem ser estratificados quanto ao risco cardiovascular. Recomenda-se que a estratificação seja realizada a partir do Escore de *Framingham*, podendo ser calculado pelo(a) enfermeiro(a) ou médico(a) da UBS para que sejam definidos os parâmetros de cuidado e também os



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe. A estratificação de risco é feita em três etapas:

1) Coleta de informações sobre fatores de risco prévios que influenciam na estratificação, conforme o Quadro 1.

**Quadro 1 - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para Doença Cardiovascular**

Baixo risco / Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tabagismo</li><li>• Hipertensão</li><li>• Obesidade</li><li>• Sedentarismo</li><li>• Sexo masculino</li><li>• História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens &lt;55 anos e mulheres &lt;65 anos)</li><li>• Idade &gt;65 anos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio</li><li>• Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio</li><li>• Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)</li><li>• Ataque isquêmico transitório (AIT)</li><li>• Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)</li><li>• Nefropatia</li><li>• Retinopatia</li><li>• Aneurisma de aorta abdominal</li><li>• Estenose de carótida sintomática</li><li>• Diabetes mellitus</li></ul>

Fonte: BRASIL (2013).

Não há necessidade de calcular o escore se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, pois ele é considerado como baixo RCV. Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário.

2) Serão considerados o sexo, a idade, os resultados de colesterol total e colesterol HDL, tabagismo e PA. Conforme os Quadros 3 e 4 do Anexo.

3) Se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos (baixo, intermediário e alto) conforme o Quadro 2 a seguir.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Quadro 2 - Escore de *Framingham*:  
classificação de risco cardiovascular e definição de condutas**

RISCO	CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (21,4% da população de 18 anos e mais*)
Baixo	Quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com pressão arterial limítrofe poderá ser <b>anual</b> após orientá-los sobre estilo de vida saudável.	40% dos hipertensos
Intermediário	Quando existir 10% a 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe para risco intermediário poderá ser <b>semestral</b> após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.	35% dos hipertensos
Alto	Quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser <b>trimestral</b> após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas.	25% dos hipertensos

Fonte: BRASIL (2013) - \*IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

O indicativo da periodicidade do seguimento conforme a classificação de risco não substitui a avaliação dos profissionais de saúde da AB acerca da frequência adequada das consultas, levando em conta as condições clínicas do paciente e analisando os casos individualmente.

O cálculo do risco cardiovascular por meio do Escore de *Framingham* também pode ser estimado através do aplicativo “**Calculadora de Risco Cardiovascular**” desenvolvido pelo TelessaúdeRS-UFRGS, o qual poderá ser acessado em:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/desenvolvimento/aplicativos/calculadora-de-risco-cardiovascular/>.

## 6. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES DE REFERÊNCIA

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de HAS, faz-se necessária a normatização para acompanhamento na RAS. Em algumas situações, poderá haver a necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária.

Os critérios estabelecidos pela SES (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013; 2015), a partir da avaliação de condições clínicas que indiquem a necessidade de encaminhamento para **nefrologia ou cardiologia ou endocrinologia** (conforme a principal suspeita clínica de hipertensão secundária) são:

- Suspeita de hipertensão secundária; **ou**
- Hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliar adesão.

O conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento compreende os seguintes itens (BRASIL, 2016):

1. descrição do paciente - sinais, sintomas e fatores de risco;
2. medicações em uso, com posologia;
3. duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
4. alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

5. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

## 7. TELECONSULTORIA CLÍNICA

A Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde deve ser utilizada sempre que houver dúvidas clínicas por parte dos profissionais que atuam na Atenção Básica ou em situações não contempladas nesta Nota Técnica para qualificar o cuidado do portador de HAS na Atenção Básica.

As teleconsultorias, para o esclarecimento de dúvidas sobre diagnóstico e tratamento, são respondidas em tempo real, sem necessidade de agendamento prévio, pelo telefone **0800 644 6543**.

O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08 às 17:30h, podendo acessar o serviço os profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos, assistentes sociais e psicólogos da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica do Brasil. Mais informações podem ser acessadas no site do TelessaúdeRS: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** (CAB nº 29). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica (CAB nº 37). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. 127 p.

\_\_\_\_\_. 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, 2015b.

\_\_\_\_\_. **Cardiologia [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 23 p.: il.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS 510/13**. Aprova os encaminhamentos para o início do projeto Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador do RS. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170256/23105637-1382539962-cibr510-13.pdf>>.

\_\_\_\_\_. **Resolução CIB/RS 171/15**. Aprova a revisão do protocolo de Endocrinologia utilizado nos encaminhamentos para o projeto Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais na especialidade Endocrinologia. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170213/23111332-1437485701-cibr171-15.pdf>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3. São Paulo, setembro de 2016.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO**

**Quadro 1 - Parâmetros para ações de diagnóstico de Hipertensão Arterial e fatores de risco para DCV (Doenças Cardiovasculares)**

<b>Ação</b>	<b>População alvo</b>	<b>Procedimento(s)</b>	<b>Periodicidade</b>
Rastreamento do diabetes tipo II	100% dos hipertensos	Glicemia de jejum	anual
Diagnóstico da dislipidemia	100% dos hipertensos	Colesterol Total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicerídeos	anual
Diagnóstico da retinopatia	100% dos hipertensos	Fundoscopia	anual
Diagnóstico da nefropatia	100% dos hipertensos	Creatinina, Urina rotina	anual
Avaliação de hipertensão secundária	100% dos hipertensos	Potássio	anual
Diagnóstico de cardiopatia hipertensiva	100% dos hipertensos	Eletrocardiograma	anual

Fonte: BRASIL (2015b).

**Quadro 2 - Parâmetros para exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia para pacientes com Hipertensão Arterial**

<b>Categoria Exame / procedimento</b>	<b>Procedimento – SIGTAP</b>	<b>Parâmetro (média por paciente ao ano)</b>
<b>Exames de patologia clínica</b>	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	1
	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	1
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	1
	02.02.05.001-7 - Análise de caract. físicos, elementos e sedimento da urina	1
	02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio	1
<b>Oftalmológicos</b>	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	1
<b>Diagnose em cardiologia</b>	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	1

Fonte: BRASIL (2015b).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Quadro 3 - Escore de Framingham para estimativa de risco cardiovascular em 10 anos**

Homens						Mulheres							
Idade	Pontos					Idade	Pontos						
20-34	-9					20-34	-7						
35-39	-4					35-39	-3						
40-44	0					40-44	0						
45-49	3					45-49	3						
50-54	6					50-54	6						
55-59	8					55-59	8						
60-64	10					60-64	10						
65-69	11					65-69	12						
70-74	12					70-74	14						
75-79	13					75-79	16						
Colesterol total (mg/dl)	Idade					Colesterol total (mg/dl)	Idade						
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		
	Pontos						Pontos						
<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0		
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1		
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1		
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2		
≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2		
Tabagismo	Idade					Tabagismo	Idade						
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		
	Pontos						Pontos						
Não fumantes	0	0	0	0	0	Não fumantes	0	0	0	0	0		
Fumantes	8	5	3	1	1	Fumantes	9	7	4	2	1		
Colesterol HDL (mg/dl)	Pontos					Colesterol HDL (mg/dl)	Pontos						
	≥60	-1					≥60	-1					
	50-59	0					50-59	0					
	40-49	1					40-49	1					
	<40	2					<40	2					
PA sistólica (mmHg)	Pontos se não tratada	Pontos se tratada				PA sistólica (mmHg)	Pontos se não tratada	Pontos se tratada					
	<120	0	0				<120	0	0				
	120-129	0	1				120-129	1	3				
	130-139	1	2				130-139	2	4				
	140-159	1	2				140-159	3	5				
	≥160	2	3				≥160	4	6				

Fonte: BRASIL (2010).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Quadro 4 - Pontuação do Escore de Framingham e percentuais correspondentes para estimativa de risco cardiovascular**

<b>Homens</b>		<b>Mulheres</b>	
<b>Total de Pontos</b>	<b>Risco em 10 anos (%)</b>	<b>Total de Pontos</b>	<b>Risco em 10 anos (%)</b>
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥25	≥30
≥17	≥30		

Fonte: BRASIL (2010).