

ANEXO

PORTARIA Nº

Estabelece as diretrizes para a organização do cuidado das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do Artigo nº 87 da Constituição Federal; e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 2.528/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

Considerando a Portaria nº 4.217/GM/MS, de 28 de dezembro de 2010, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

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

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Considerando a Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 15 de maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil;

Considerando a Portaria nº 23/SVS/MS, de 09 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos estados, Distrito Federal e capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção de doenças crônicas e qualificação do cuidado aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no âmbito da Atenção Básica;

Considerando a prevalência média de 22,7% de HAS em adultos brasileiros com mais de 18 anos, sendo que, na faixa etária de 65 anos de idade ou mais, alcança 29,8%, de acordo com os dados de 2011 do Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidas as diretrizes para a organização do cuidado das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º A finalidade da Linha de Cuidado é fortalecer e qualificar a atenção ao usuário com HAS, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

Art. 3º Constituem-se diretrizes para a organização da Linha de Cuidado das pessoas com HAS:

I. Organização no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, de acordo com pactuação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF);

II. Organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento, segundo o planejamento de cada unidade federada e dos princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

III. Implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

IV. Garantia do acolhimento aos usuários com HAS em todos os pontos de atenção, com posterior referenciamento para a atenção básica, a fim de que esta coordene o cuidado necessário, de acordo com o risco cardiovascular do usuário e conforme diretrizes clínicas locais;

V. Articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis;

VI. Garantia de oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para a prevenção e tratamento das pessoas com HAS;

VII. Garantia de avaliação periódica das possíveis lesões de órgão-alvo;

VIII. Estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado, de maneira a garantir a autonomia do usuário e a responsabilização dos atores envolvidos;

IX. Formação dos profissionais de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento das pessoas com HAS, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS;

X. Definição de indicadores e metas, de acompanhamento e avaliação, para a linha de cuidado e para os pontos de atenção.

Art. 4º Para planejar o cuidado dos indivíduos com HAS, todos os componentes da Rede deverão considerar o risco cardiovascular como critério de estratificação e as diretrizes das demais linhas de cuidado das comorbidades associadas à HAS.

Art. 5º Constituem-se competências dos componentes da Linha de Cuidado das pessoas com HAS:

I. Atenção Básica:

a. Realizar o rastreamento da HAS de acordo com diretrizes estabelecidas Anexo I, desta portaria;

b. Realizar o diagnóstico da HAS de acordo com Anexo I e/ou diretrizes clínicas locais;

c. Realizar ações de promoção da saúde e de prevenção da HAS de forma intersetorial e com participação popular;

d. Prestar assistência terapêutica e acompanhamento multiprofissional de acordo com diretrizes clínicas estabelecidas localmente;

e. Realizar avaliação clínica inicial e solicitar a realização dos exames mínimos descritos no Anexo I dessa portaria, ou dos exames definidos em diretrizes clínicas locais;

f. Programar a realização de consultas e de exames de acordo a avaliação do risco cardiovascular definida no Anexo I desta portaria, ou de acordo com diretrizes clínicas locais;

g. Disponibilizar os medicamentos para o tratamento da HAS de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME);

h. Prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as complicações decorrentes do HAS;

i. Avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado do indivíduo com HAS;

j. Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia do usuário com HAS;

k. Encaminhar para a Atenção Especializada, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, com base no risco cardiovascular e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas e pactuação locais;

I. Acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, sempre que necessário e disponível localmente, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda aos demais componentes da Rede;

m. Prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos indivíduos com hipertensão arterial agudizada a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;

n. Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico em função de complicações graves decorrentes da HAS e encaminhar a demanda conforme pactuação local;

o. Coordenar o cuidado dos usuários com HAS nos demais pontos de atenção à saúde.

II. Atenção Especializada Ambulatorial:

a. Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

b. Prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta complexidade, de forma multiprofissional, aos indivíduos com diagnóstico de HAS que se enquadram nos critérios de encaminhamento para esse nível de atenção, e de acordo com diretrizes clínicas locais;

c. Orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ ou ao acompanhamento neste nível de atenção, se necessário;

d. Realizar a contrarreferência por escrito para a Atenção Básica, sempre que indicado, de acordo com as diretrizes clínicas locais;

e. Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico em função de complicações graves decorrentes da HAS e encaminhar a demanda conforme pactuação local;

f. Prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/ encaminhamento dos indivíduos com hipertensão arterial agudizada a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;

g. Manter comunicação com os demais pontos de atenção à saúde.

III. Atenção Especializada Hospitalar:

a. Prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de indivíduos com HAS, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme diretrizes clínicas locais;

b. Orientar o retorno dos usuários à assistência na atenção básica e/ou na atenção especializada ambulatorial, de acordo com diretrizes clínicas estabelecidas localmente;

c. Programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado;

d. Realizar avaliação e tratamento dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial para procedimento cirúrgico para tratamento das complicações da HAS;

e. Manter contato sistemático com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção.

IV. Atenção às Urgências e Emergências:

a. Prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos indivíduos com hipertensão arterial agudizada a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;

b. Manter comunicação com os demais pontos de atenção à saúde.

V. Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico:

a. Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da HAS, com solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as diretrizes clínicas estabelecidas localmente;

b. Prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da HAS de acordo com as diretrizes clínicas estabelecidas localmente.

VI. Sistemas Logísticos:

a. Implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento das ações e serviços;

b. Garantir sistema de transporte sanitário, por meio de pactuações nos Colegiados Intergestores Regionais (CIR) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que permita o fluxo adequado entre os pontos de atenção dos usuários com HAS, tanto na urgência quanto nas ações eletivas.

VII. Regulação:

a. Garantir o acesso às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade, necessários ao cuidado integral dos usuários com HAS, por meio das Centrais de Regulação ou de acordo com a pactuação local.

Art. 6º Os usuários encaminhados para a Atenção Especializada deverão ter seu acompanhamento compartilhado com a Atenção Básica, garantindo que esta possa cumprir a função de ordenação do cuidado.

Art. 7º Caberá às Comissões Intergestores pactuar as responsabilidades dos entes federativos na Linha de Cuidado das pessoas com HAS, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e a solidárias.

Art. 8º Os Colegiados Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) deverão pactuar a linha de cuidado regional incluindo: a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção para prevenção e tratamento das pessoas com HAS, bem como a regulação do acesso às ações e serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico, a partir do estabelecido nesta portaria, da estratificação de risco da população adstrita e das diretrizes clínicas estabelecidas localmente.

Art. 9º O Ministério da Saúde deverá publicar documentos de apoio para a organização local de linhas de cuidado e para a elaboração de diretrizes clínicas regionais.

Art. 10 Os Municípios que pactuarem esta Linha de Cuidado deverão elaborar projeto de plano de ação regional, conforme roteiro disposto no Anexo II desta Portaria.

Art. 11 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DIRETRIZES CLÍNICAS

1.1 Rastreamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Está recomendado o rastreamento da Hipertensão Arterial nos adultos (acima de 18 anos) sem o conhecimento de que sejam hipertensos. Esse rastreamento deve ser repetido a cada dois anos, caso Pressão Sistólica <120mmHg e Pressão Diastólica <80mmHg. Caso Pressão Sistólica entre 120-139mmHg e/ou Pressão Diastólica entre 80-89mmHg, o rastreamento deve ser repetido em um ano. Se Pressão Sistólica entre 140-159mmHg e/ou Pressão Diastólica entre 90-99mmHg, confirmar diagnóstico em 2 meses. Se Pressão Sistólica entre 160-179mmHg e/ou Pressão Diastólica entre 100-109mmHg, confirmar diagnóstico em 1 mês. Se Pressão Sistólica > 180mmHg e Pressão Diastólica 110mmHg, a intervenção deverá ser imediata, com reavaliação em 1 semana.

1.2 Valores de pressão arterial no consultório, MAPA, AM-PA e MRPA que caracterizam efeito do aveltal branco, hipertensão do aveltal branco e hipertensão mascarada

	Consultório	MAPA Vigília	AMPA	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	< 140/90	≤130/85	≤130/85	≤130/85
Hipertensão	≥140/90	>130/85	>130/85	>130/85
Hipertensão do aveltal branco	≥140/90	<130/85	< 130/85	<130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	>130/85	>130/85	>130/85

MAPA = monitorização ambulatorial da PA de 24h; AMPA = Automedida da PA; MRPA = monitorização residencial da PA.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão/ A. Nefrologia Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de // Arq Bras Cardiol. - 2010. - p. 51.

1.3 Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão/ A. Nefrologia Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de // Arq Bras Cardiol. - 2010. - p. 51.

1.4. Elenco de exames necessários para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS: a periodicidade destes exames dependerá do acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Apoio diagnóstico mínimo para a avaliação inicial:

Eletrcardiograma;

Dosagem de glicose;

Dosagem de colesterol total;

Dosagem de colesterol HDL;

Dosagem de triglicerídeos;

Dosagem de creatinina;

Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina;

Dosagem de potássio;

1.5 Estratificação de risco cardiovascular e programação de consultas segundo nível de risco

Para determinar o risco cardiovascular (RCV), deve-se realizar a anamnese e avaliar o usuário quanto aos fatores de risco abaixo.

Baixo risco / Intermediário	Alto Risco
Tabagismo Hipertensão Obesidade Sedentarismo Sexo masculino Idade > 65 anos História familiar História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos)	Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio Lesão periférica - Lesão de órgão alvo (LOA) Ataque Isquêmico Transitório (AIT) Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE) Nefropatia Retinopatia Aneurisma de aorta abdominal Estenose de carótida sintomática Diabetes Mellitus

Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/ intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo risco CV.

Se o usuário apresentar ao menos um fator de risco alto CV, não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente é considerado como alto risco CV.

Se o usuário apresentar mais do que um fator de risco baixo/ intermediário, é necessário calcular o escore de Framingham.

As variáveis utilizadas para calcular o escore e suas respectivas pontuações estão no quadro abaixo.

HOMENS					
	Idade 20-34			Pontos -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	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
<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
Não fumante	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1
HDL > 60					Pontos -1
50-59					0
40-49					1
<40					2
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
<120	0		0		
120-129	0		1		
130-139	1		2		
140-159	1		2		
≥160	2		3		

MULHERES					
	Idade 20-34			Pontos -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	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
<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

Não fumante	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
Fumante	0	0	0	0	0
	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50-59			0		
40-49			1		
<40			2		
PA sistólica		Pontos se não tratada		Pontos se tratada	
<120		0		0	
120-129		1		3	
130-139		2		4	
140-159		3		5	
≥160		4		6	

O total de pontos obtidos irá definir a chance de morrer por doença coronariana ou sofrer um infarto agudo do miocárdio não-fatal nos próximos 10 anos.

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
<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		

Fatores importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular não estão contemplados no cálculo anterior, por isso devem ser ajustados da seguinte forma:

Se o usuário apresenta um parente de primeiro grau com doença arterial coronariana (DAC) prematura, multiplica-se a estimativa pelo fator correção 1.5. Se existe mais de um parente de primeiro grau com DAC prematura, multiplica-se a estimativa por 2;

Se o usuário tiver ascendência sul-asiática, multiplica-se a estimativa pelo fator de correção 1.4;

Se o usuário apresentar obesidade (IMC ≥ 30 kg/m² - especialmente aqueles com obesidade central - homens com circunferência abdominal ≥ 102 cm [asiáticos ≥ 92 cm] e mulheres com circunferência abdominal ≥ 88 cm), multiplica-se pelo fator de correção 1.3.

O percentual encontrado ao final desse cálculo definirá o grau de risco cardiovascular:

Baixo: < 10%;

Intermediário ou moderado: 10-20%;

Alto: >20%.

O número de consultas e de atendimento para usuário com HAS segundo nível de risco cardiovascular está apresentado na tabela abaixo:

Risco Cardiovascular	Profissional de Saúde		
	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Atendimento do Auxiliar de Enfermagem
Baixo (<10%)	1x/ano	1x/ano	1x/ano
Médio (10-20%)	2x/ano	2x/ano	2x/ano
Alto (>20%)	3x/ano	3x/ano	4x/ano

A programação do cuidado (ex.: frequência de consultas e exames) não deve ser rígida e se limitar ao critério de risco cardiovascular. Deve considerar também os princípios da Atenção Básica, descritos na Política Nacional de Atenção Básica, e as necessidades individuais de cada pessoa.

ANEXO II

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA LINHA DE CUIDADO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A operacionalização da implantação da Linha de Cuidado das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica se dará pela execução de quatro fases:

I. Diagnóstico regional: análise da situação de saúde das pessoas com HAS nos Municípios; mapeamento e avaliação da estrutura física e operacional dos serviços de saúde ofertados pelos Municípios, com dimensionamento da oferta assistencial dos componentes da Rede e identificação das necessidades. O relatório deverá ser apresentado à Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/ DF e à Comissão Intergestores Regional - CIR;

II. Desenho Regional da Linha de Cuidado das pessoas com HAS: construção local das ações de atenção à saúde para cada componente da Linha de Cuidado, com identificação das lacunas assistenciais, do aporte de recursos necessários e das responsabilidades dos Municípios e dos componentes da Linha de Cuidado;

III. Contratualização dos componentes da Rede pelos entes federados: elaboração de Plano de Ação Regional e pactuação entre os entes federados, observando a definição de suas responsabilidades e o Desenho Regional da Linha de Cuidado das pessoas com HAS, com posterior aprovação pela CIB;

IV. Qualificação dos componentes da Rede: avaliação do cumprimento de metas especificadas no Plano de Ação Regional, que deverão ser definidas para cada componente da Rede.

O projeto de Plano de Ação Regional deve, obrigatoriamente, apresentar as seguintes informações:

1. Dados do Município-sede da Linha de Cuidado:

CNPJ da Prefeitura;

Código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -

IBGE;

Contato da Prefeitura (email e telefone);

Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde);

Cargo ou função;

Contato do Dirigente (email e telefone).

2. Descrição dos componentes da Linha de Cuidado das pessoas com HAS:

2.1 Municípios que vão compor a Linha de Cuidado (listar);

2.2 Componentes da Rede que vão compor a Linha e suas especificidades:

a) Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

Nº de Unidades Básicas de Saúde - UBS adscritas à Linha de Cuidado;

Nº do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES e população do território da UBS(s), destacando quais têm equipes de Atenção Básica que fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

Nº de N° de Núcleos de Apoio da Saúde da Família - NASF com o CNES;

Nº de Academias da Saúde com o CNES;

Descrever a(s) responsabilidade(s) da Atenção Básica.

B) Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta Linha de Cuidado):

Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ambulatório/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado);

Profissionais destes serviços que vão se dedicar à Linha de Cuidado: categoria profissional, número e carga horária;

Especificar se realiza procedimento cirúrgico;

Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos; Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (Informação obrigatória).

2.3 Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (especificar apenas os serviços que serão envolvidos):

Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção;

Exames de imagem disponíveis para cada ponto de atenção;

Medicamentos disponíveis.

2.4 Regulação:

Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver Central de Regulação, indicar o CNES.

3. Metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação da Linha de Cuidado: os Municípios deverão identificar, para cada componente da Rede, indicadores para avaliação do cuidado do usuário com HAS. Para cada indicador, deverão ser estabelecidas metas que serão pactuadas regionalmente;

3.1. Prevalência de HAS no município: Usuários com HAS cadastrados no município / População adulta (≥ 18 anos) no município x 100

As metas para este indicador devem ser pactuadas a partir das prevalências de inquéritos atualizados.

Fonte: SIAB (numerador) e censo do IBGE (denominador)

3.2. Prevalência de HAS na equipe: Usuários com HAS cadastrados / População adulta (≥ 18 anos) cadastrada x 100

As metas para este indicador devem ser pactuadas a partir das prevalências de inquéritos atualizados.

Fonte: SIAB

3.3. Proporção de usuários com HAS em acompanhamento ambulatorial: Usuários com HAS, com, pelo menos, uma consulta médica e uma de enfermagem em um ano / Usuários com HAS cadastrados x 100

Fonte: Mapa de atendimento na Atenção Básica - sistema em desenvolvimento (numerador) e SIAB (denominador)

3.4. Proporção de usuários com HAS com risco cardiovascular calculado: Usuários com HAS com risco cardiovascular calculado / Usuários com HAS cadastrados x 100

Obs: O parâmetro que se considera ideal para este indicador é o resultado de 100%.

Fonte: Mapa de atendimento na Atenção Básica - sistema em desenvolvimento

3.5. Número médio de consultas para usuários com HAS: Total de consultas (médica e de enfermagem) para usuários com HAS, segundo risco cardiovascular / Número de usuários com HAS cadastrados, segundo risco cardiovascular

Observação: O indicador 3.5 poderá ser calculado utilizando o risco cardiovascular (baixo, médio e alto) como critério de programação da frequência de realização de consultas ou outro critério definido em diretrizes clínicas locais.

Fonte: Prontuário eletrônico

3.6. Proporção de usuários com HAS participantes de atividade coletiva ou atendimento em grupo: Usuários com HAS que participaram de atividade coletiva ou atendimento em grupo / Usuários com HAS cadastrados x 100

Fonte: Mapa de atividade coletiva na Atenção Básica - sistema em desenvolvimento (numerador) e SIAB (denominador)

3.7. Taxa de internações por crise hipertensiva na população adulta: Número de internações por crise hipertensiva na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIH - procedimento: 03.03.06.010-7 (numerador) e IBGE (denominador)

3.8. Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população adulta: Número de internações por AVC na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIH - procedimento: 03.03.04.014-9 (numerador) e IBGE (denominador)

3.9. Taxa de internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) na população adulta: Número de internações por IAM na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIH - procedimento: 03.03.06.019-0 (numerador) e IBGE (denominador)

3.10. Taxa de internações por insuficiência cardíaca (IC) na população adulta: Número de internações por IC na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIH - procedimento: 03.03.06.021-2 (numerador) e IBGE (denominador)

3.11. Tempo médio de internação por crise hipertensiva: Número de dias de internação por crise hipertensiva / Total de internações por crise hipertensiva

Fonte de dados: SIH

3.12. Tempo médio de internação por AVC: Número de dias de internação por AVC / Total de internações por AVC

Fonte de dados: SIH

3.13. Tempo médio de internação por IAM: Número de dias de internação por IAM / Total de internações por IAM

Fonte de dados: SIH

3.14. Tempo médio de internação por IC: Número de dias de internação por IC/ Total de internações por IAM

Fonte de dados: SIH

3.15. Taxa de mortalidade por AVC na população adulta: Número de óbitos por AVC na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIM (numerador) e IBGE (denominador)

3.16. Taxa de mortalidade por IAM na população adulta: Número de óbitos por IAM na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIM (numerador) e IBGE (denominador)

3.17. Taxa de mortalidade por IC população adulta: Número de óbitos por IC na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIM (numerador) e IBGE (denominador)

4. Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta Linha de Cuidado (ex.: site);

5. Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta Linha de Cuidado;

6. Dados do contato:

Nome;

CPF;

Cargo ou função;

Email do contato;

Telefone do contato.

Anexar Ata de reunião da CIB em que o Plano de Ação Regional da Linha de Cuidado das pessoas com HAS foi pactuado.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 29 - Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 95 p.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol., 95 (Suppl.1): 1-51, 2010.