



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

1 Aos vinte e seis dias do mês de maio do ano de dois mil e quinze, às dez horas e quarenta minutos,
2 deu-se início, no auditório do Hospital Municipal Moacyr Ribeiro do Carmo, situado na Rodovia
3 Washington Luiz, três mil e duzentos, Duque de Caxias, a quinta reunião Ordinária CIR da
4 Metropolitana I, contando com a presença dos membros da **Secretaria de Estado de Saúde do**
5 **Rio de Janeiro (SES):** Sra. Patrícia Vanda – Secretária Executiva CIR Metropolitana I, Sra.
6 Sidnéa Alvim da Silva – Assistente SE/CIR. **Representante de Nível Central** - Sra. Izabela
7 Ribeiro – AIR/SES suplente da SES, na CIR Metro I. Representantes das **Secretarias Municipais**
8 **de Saúde: SMS Belford Roxo** – Sr. Antonio Carlos de Souza Ferreira – Secretário de Saúde e Sr.
9 Leonardo Mazzutti – Subsecretário; **SMS Duque de Caxias** – Suplente - Sra. Fátima Saieg –
10 Assessora de Planejamento; **SMS Itaguaí** – Suplente - Sra. Ingrid Ellen Alonso – Assessor; **SMS**
11 **Mesquita** – Suplente - Sra. Glaucia Araújo – Assessora; **SMS Nova Iguaçu** – Suplente - Sra.
12 Márcia Cristina Ribeiro – Subsecretária; **SMS São João de Meriti** – Sr. Walter Santos Wilmes –
13 Secretário de Saúde e Sra. Lídia Zimbardi – Assessora; **SMS Seropédica** – Suplente - Sra. Dulce
14 Maria Inoue – Subsecretária de Desenvolvimento em Saúde e Apoio a Infraestrutura. Ficou sem
15 representação: **SMS Nilópolis, SMS Queimados, SMS Rio de Janeiro, SMS Japeri, SMS**
16 **Magé.** A Sra. Izabela abre a reunião informando que a Sra. Monique está ausente, tendo em vista a
17 inserção de uma agenda imprevista na noite anterior. Diz que foram encaminhadas a segunda,
18 terceira e quarta ata para ciência e consideração dos membros. A Sra. Dulce fez ressalvas na
19 segunda e quarta ata que será corrigida e reencaminhada. A aprovação destas atas será na próxima
20 plenária. Em destaque a Sra. Izabela anuncia a presença com boas vindas ao novo secretário de
21 saúde de Belford Roxo – Sr. Antonio Carlos de Souza Ferreira. **I– Pactuação - 1. Telessaúde -**
22 **Protocolo da Linha de Cuidado de Cardio Vascular – Hipertensão Arterial.** O Consórcio da
23 Baixada/CISBAF, através da Dra Sonia Zimbaro - Coordenadora Regional do Telessaúde Baixada
24 Fluminense, apresenta o protocolo da Linha de Cuidado Cardio Vascular – Hipertensão Arterial, a
25 fim de buscar a pactuação nesta plenária. Esta pactuação é requisito para cálculo da produção da
26 terceira dimensão do componente variável do custeio, de acordo com a portaria número dois mil,
27 oitocentos e sessenta de vinte e oito de dezembro de dois mil e catorze, que trata do incentivo
28 financeiro de custeio mensal para manutenção e execução das atividades dos núcleos de
29 Telessaúde. A função do Telessaúde Brasil Redes é fazer a capacitação dos profissionais que usam
30 a plataforma, com o objetivo de diminuir a procura por especialistas e emergência evitando a fila
31 de espera. O protocolo já está funcionando com algumas restrições. O município que encontrar
32 dificuldades deverá se dirigir ao telessaúde, com sede no CISBAF, em Nova Iguaçu ou a UERJ. O
33 protocolo foi considerado pactuado, tendo em vista que não houve manifestação contrária. O
34 projeto segue no anexo II desta ata. **2. Representante da Metro I na CT da CIB** – A Sra. Izabela
35 esclarece que a ratificação ou retificação da representação na CT da CIB é uma formalidade a ser
36 cumprida, tendo em vista o assunto ter ficado pendente na revisão do regimento interno no ano
37 passado. Atualmente essa responsabilidade é atribuída a Sra. Dulce Maria Inoue, suplente do
38 secretário de saúde do município de Seropédica. Após discussão e esclarecimentos foi pactuada a
39 manutenção da indicação da Sra. Dulce Maria Inoue como representante da Metropolitana I na CT



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

40 da CIB. Ela declara o desejo de que essa representação não seja permanente. Diz também que
41 passará a enviar a pauta da CT da CIB, via e-mail, para SE/CIR encaminhar aos demais gestores,
42 bem como continuará encaminhando todas as informações que forem relevantes para a região. **3.**
43 **Retificação da Deliberação CIR Metro I nº01/2015 – Revisão da Composição da CIES**
44 **Metropolitana I.** A Sra. Patricia esclarece que a área técnica da SES, após análise da deliberação
45 número um de dois mil e quinze, sobre a revisão da composição CIES, solicitou que o texto da
46 composição da CIES seja descrita em deliberação ou explicitada como anexo. A SE/CIR atendeu a
47 orientação e refez a deliberação incluindo o anexo. Sem oposição a plenária considerou pactuada a
48 retificação da deliberação. **4. Alteração do calendário CT e CIR –** A Sra. Izabela esclarece que
49 mediante a alteração do calendário da CIB RJ, e a organização das demais reuniões que a seguem
50 será necessário alterar o calendário da CIR de dois mil e quinze. A proposta de alteração
51 apresentada foi que a reunião CIR passe do dia vinte e sete para o dia vinte e oito de agosto; do dia
52 vinte e quatro para o dia vinte e dois ou vinte e três de setembro; e do dia vinte e nove para o dia
53 trinta de outubro. Ressaltou que para alteração do calendário houve consulta as demais datas de
54 CIR já pactuadas. Também foram consideradas as dificuldades encontradas pela SES em relação
55 ao número de veículos para transporte. Dessa forma foi evitada a possibilidade de mais de duas
56 reuniões da CIR, de outras regiões, no mesmo dia, com intuito de tentar garantir a presença do
57 representante de nível central. Após discussão o calendário foi pactuado, conforme anexo I, com
58 as seguintes ressalvas: a) que o horário de início das reuniões passe a ser nove horas, (com
59 tolerância de trinta minutos) ressaltando que esse horário seja respeitado em consideração aos
60 membros atuantes e pontuais; b) que o calendário seja revisto e repactuado se houver necessidade
61 de mudança interesse dos membros. Foi feita a indicação dos municípios que sediarão as próximas
62 reuniões, visto que a pactuação é de que os locais de reunião sejam itinerantes. A Sra. Izabela
63 solicita a manifestação da plenária quanto à inclusão de dois assuntos que não constam na pauta. A
64 plenária manifesta o de acordo. **5. Pactuação de Custeio para unidades de saúde do município**
65 **de Nova Iguaçu -** A Sra. Márcia Ribeiro esclarece que o custeio de quatrocentos mil reais para a
66 UPA 24h de Comendador Soares e o custeio de um milhão e quinhentos mil reais para a
67 Maternidade Mariana Bulhões já foram repassados, no entanto não houve a formalização desse
68 repasse. É necessária a formalização para que o valor do repasse seja concluído. A Sra. Dulce
69 solicita a inclusão de pauta a respeito dos recursos parados da CIES, destinados à capacitação.
70 Afirma que existe um montante no município de Seropédica que ainda não foi gasto. Em contra
71 partida muitos profissionais que precisam ser capacitados. Ela sugere a possibilidade do CISBAF
72 ser o executante dessa capacitação para a movimentação do recurso em benefício da região. Não
73 houve consenso. **II – Informes – 1 - I Seminário Estadual de Consórcios de Saúde do Rio de**
74 **Janeiro -** O evento de fortalecimento aos consórcios ocorrerá no dia vinte e nove de maio. Foi
75 encaminhado aos SMS um ofício e um e-mail, contendo o link para inscrições, convidando os
76 prefeitos, secretários de saúde, procuradores e técnicos. Cada município tem cinco vagas. As
77 inscrições ainda estão abertas. Os municípios que desejarem pode inscrever mais participantes,
78 além do número de vagas estipulado inicialmente. **2 - Regimento Interno CIES –** A Sra. Patricia



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

79 diz que o Regimento interno da CIES, passou por retificação na formatação, tendo em vista a
80 solicitação da área técnica. Esclarece que não houve mudança no texto. **3 - Envio de publicação**
81 **das CMCIH (Comissão Municipal de Controle de Infecção Hospitalar)** – A Sra. Patricia
82 informa que o município de Queimados solicita esclarecimentos quanto ao ofício circular número
83 quarenta e um, da Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS/SES. Ela esclarece que a SVS,
84 neste ofício, solicita aos municípios da região, exceto Belford Roxo e Nova Iguaçu, que
85 encaminhem a publicação da Comissão Municipal de Controle de Infecção Hospitalar - CMCIH,
86 segundo deliberação CIR Metropolitana I, número catorze de dois mil e treze, que menciona que a
87 equipe de comissão deverá ser nomeada pelo Gestor em Diário Oficial do município. A equipe
88 mínima é composta de dois profissionais de nível superior, sendo um enfermeiro, um
89 administrativo e um profissional consultor farmacêutico ou microbiologista. **1 - Ordem de**
90 **serviço do Município de Seropédica referente à construção de unidade básica de saúde no**
91 **bairro de Campo Lindo** – Foi encaminhado através do ofício numero seiscentos e oitenta e oito
92 de dois mil e quinze a ordem para inicio de serviço referente a construção da Unidade Básica de
93 Saúde no bairro de Campo Lindo em Seropédica. **4 - Informe CIB e Grupos de Trabalho no**
94 **âmbito da CIR** - Os informes dos grupos técnicos e CIB, conforme acordado anteriormente,
95 foram encaminhados por e-mail. Entretanto a Sra. Patricia destaca que no dia oito de junho
96 acontecerá uma reunião com a Coordenação do Grupo Condutor da Rede Cegonha da região com
97 o Grupo Condutor do Estado. O GC Estadual se reúne mensalmente com a formação de
98 representantes do estado, ministério e COSEMS. Esta reunião terá a participação dos
99 representantes regionais que apresentarão o andamento da Rede Cegonha. Pauta: os dados do
100 Programa Nacional de melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB. O GCRC
101 Regional após esse encontro irá repassar as informações aos técnicos dos municípios. A reunião
102 do GCRCR, que aconteceria no dia vinte e oito de maio, foi adiada para o dia dezoito de junho.
103 Não haverá CIB no mês de junho. A reunião foi encerrada às onze horas e cinquenta minutos. Eu
104 Sidnéa Alvim da Silva – Assistente da SE/CIR, lavrei a presente ata que será assinada por mim,
105 pela secretária executiva e pelos gestores, após aprovação.

106
107
108
109
110
111
112
113
114
115



**Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA
METROPOLITANA I - 2015**

116
117

ANEXO I



118
119
120
121
122
123
124
125
126

127
128
129

*Linhas de
Cuidado CardioVascular*

130

Hipertensão Arterial

131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147

**NEP/CISBAF
2015**



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

148 **Apresentação**

149

150

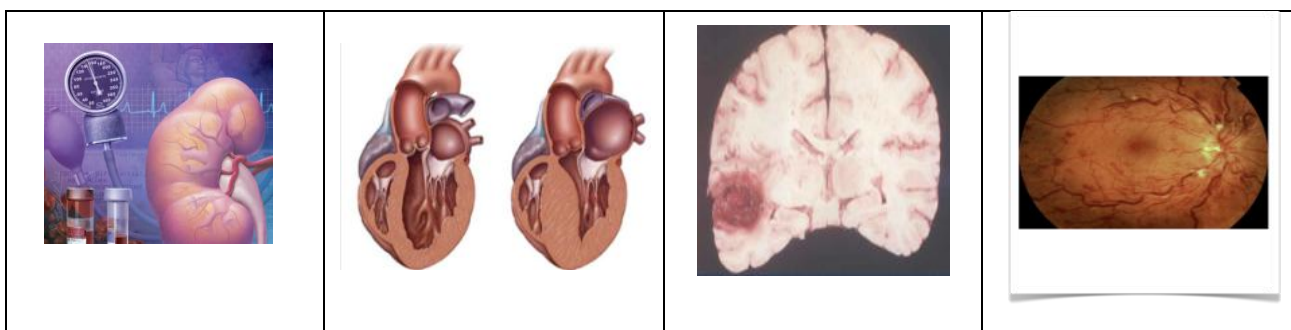
151 A hipertensão arterial sistêmica (HAS), também conhecida como pressão alta, é conceituada pela VI
152 Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis
153 tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem
154 na hipertrofia cardíaca e vascular. Ela é considerada uma síndrome de origem multifatorial.

155 Trata-se de uma [doença crônica](#) determinada por elevados níveis de [pressão sanguínea](#) nas [artérias](#), o que
156 faz com que o [coração](#) tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer [circular o](#)
157 [sangue](#) através dos [vasos sanguíneos](#). A pressão sanguínea envolve duas medidas [sistólica](#) e [diastólica](#),
158 referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído ou relaxado respectivamente.

159 Na maioria das vezes (90%) a causa da HAS é desconhecida sendo denominada **idiopática ou primária**.
160 Nas situações restantes, em que se pode identificar uma etiologia (10%), a HAS é conhecida como
161 **secundária**.

162 No Brasil, cerca de 3 milhões de pessoas são acometidas dessa doença e 300 mil morrem por ano de suas
163 consequências. Sua prevalência em adultos acima de 40 anos é de 35% segundo a Política Nacional de
164 Atenção à Hipertensão Arterial (PNAHA).

165 A hipertensão arterial é um dos principais [fatores de risco](#) para a ocorrência do [acidente vascular cerebral](#),
166 [enfarte agudo do miocárdio](#), [aneurisma](#) arterial, [doença arterial periférica](#), além de ser uma das causas
167 de [insuficiência renal crônica](#) e [insuficiência cardíaca](#), [podendo também levar a cegueira](#).
168



169

170 Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da [esperança de vida](#).
171 Segundo a *American Heart Association* é a doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos
172 sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto socioeconômico .

173

174

175 A pressão arterial normal em repouso situa-se entre os 100 / 140 [mmHg](#) para a sistólica e 60 e 90 mmHg
176 para a diastólica

177 Os fatores de risco para hipertensão podem ser não modificáveis como Idade , sexo, etnia e genética e
178 modificáveis como excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e álcool , tabagismo

179 Sedentarismo e Fatores sócio-econômicos



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA
METROPOLITANA I - 2015

180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226



A Hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa por isso a sua gravidade. Quando aparece pode ocorrer dor torácica, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal. Atinge tanto criança como adultos jovens e principalmente os idosos.

Investigação Clínico-Laboratorial

A investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso objetiva explorar as seguintes condições:

- Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico.
- Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo.
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global.
- Diagnosticar doenças associadas à hipertensão.
- Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Para atingir tais objetivos, são fundamentais as seguintes etapas:



**Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

- 227 • História clínica.
- 228 • Exame físico.
- 229 • Avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso.

Critério diagnósticos

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual de consultório (para maiores de 18 anos)

PAS	PAD	Classificação	Estadiamento
< 130	< 85	Normal	Normal
130-139	85-89	Limítrofe	Limítrofe
140-159	90-99	Hipertensão leve	Estágio 1
160-179	100-109	Hipertensão moderada	Estágio 2
> 180	> 110	Hipertensão grave	Estágio 3
> 140	< 90	Hipertensão Sistólica isolada	Hipertensão Sistólica isolada

Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes de acordo com a V Diretrizes Brasileiras de HAS

Percentil para PAS e PAD	Classificação
PA < percentil 90	Normal
PA entre percentis 90 e 95 ou se PA exceder 12/8	Limitrofe
PA entre percentis 95 a 99 mais 5	Estágio I
PA > percentil 99 mais 5	Estágio II
PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e normal em outros ambientes	Hipertensão do avental branco

Feito o diagnóstico o tratamento pode ser não medicamentoso através do controle dos fatores de risco cardiovascular ou medicamentoso.

Independente do tratamento a ser adotado necessita de uma linha de cuidado com objetivo de estabilizar a doença evitando assim a sua progressão através da lesão dos órgãos-alvos e diminuindo a morbi- mortalidade

Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)

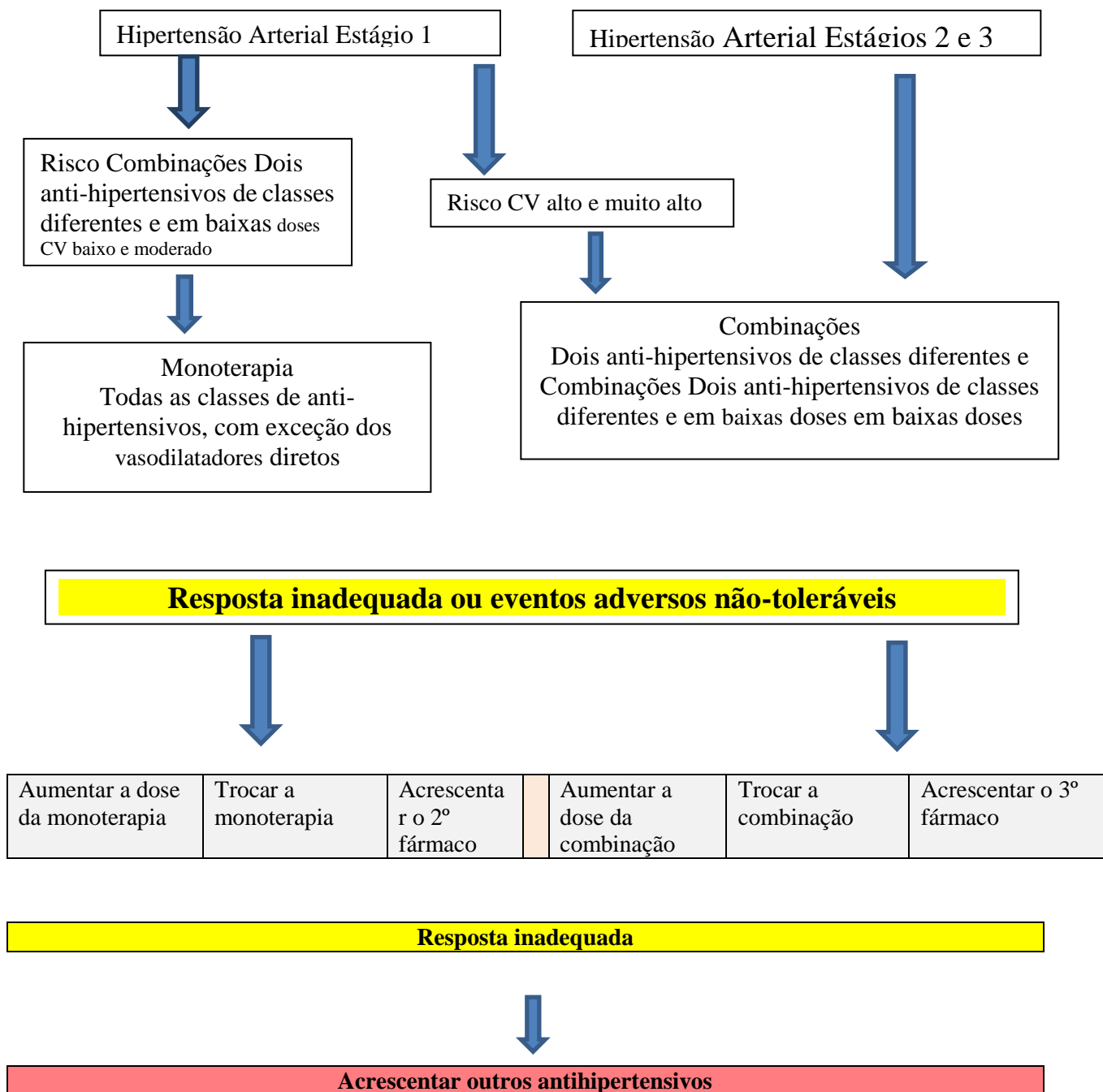
Outros fatores de risco ou doenças	NORMOTENSÃO			HIPERTENSÃO		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–8	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110
nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal B	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto R	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

FLUXOGRAMA PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283

284
285

286
287
288
289



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

290

291

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

292

Em qualquer esquema de tratamento da Hipertensão Arterial, as medidas não medicamentosas (controle alimentar e de peso, atividades físicas e mudança de hábitos como o uso de drogas e/ ou álcool), são de fundamental importância para o alcance das metas terapêuticas estabelecidas e é de extrema importância conscientizar o paciente da necessidade de mudança de estilo de vida, uma vez que tais medidas podem representar uma redução relevante nos níveis de pressão arterial e prevenção de descompensações e lesões de órgãos-alvo. Da mesma forma, o indivíduo deve ser constantemente monitorado em relação à sua adesão a essas orientações.. Essas informações devem integrar o programa educativo dos pacientes portadores de hipertensão

299

- Redução do peso

300

- Atividade física

301

- Dieta com baixo teor de sódio e gordura

302

- Consumo reduzido de álcool

303

AÇÕES EDUCATIVAS COM ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

304

A Educação em Saúde tem por objetivo transmitir, aos usuários do sistema de saúde, conteúdos que esclareçam suas dúvidas e forneçam subsídios para o autocuidado, num processo que pode ir da simples transmissão de conceitos até novas formas de organizar o conhecimento. Esse processo exige uma nova postura da equipe multiprofissional, de forma a possibilitar que a interdisciplinaridade rompa com a fragmentação e justaposição de conteúdos. As ações educativas em saúde podem ser desenvolvidas com grupos de usuários, pacientes, seus familiares e a comunidade, sendo adicionais às atividades individuais.

309

Conclusão e Justificativa

310

311

Estima-se que o fortalecimento e qualificação do cuidado com indivíduos hipertensos na sociedade gere um controle através do enfoque multiprofissional, expressando um fluxo assistencial no sentido de atender às suas necessidades de saúde.

314

315

316

317

318

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

319

Baseado na apresentada a Estratificação de risco adicional e individual do paciente hipertenso de acordo com os níveis de pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos alvo e doença cardiovascular, assim como a decisão terapêutica a ser tomada (tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso). A partir desta classificação, considerando os casos elegíveis para tratamento medicamentoso, apresentamos uma proposta de protocolo de tratamento a ser instituído de acordo com os níveis

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA
METROPOLITANA I - 2015

336
337

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS

MEDICAMENTO	DOSE MÍNIMA	DOSE MAXIMA	TOMADAS	
HCTZ	12,5	50	1	
FUROSEMIDA	20	-----	1 A 2	
ATENOLOL	25	100	1 A 2	
PROPANOLOL	80	320	1 A 2	
CAPTOPRIL	12,5	150	2 A 3	
ENALAPRIL	5	40	1 A 2	
LOSARTAN	25	150	1 A 3	
NIFEDIPINA	20	80	1 A 2	
ALFAMETILDOPA	250	1500	2 a 3	GRAVIDA

338 A abordagem terapêutica da hipertensão arterial deve ser periodicamente reavaliada para definir se alguma mudança é
339 necessária para manter os níveis pressóricos próximos da metas desejáveis.
340 Em geral, principalmente nos casos de hipertensão menos grave, o tratamento é iniciado com monoterapia e depois,
341 com o passar do tempo e dependendo da resposta do paciente à terapêutica, quase sempre é necessária a adoção de
342 terapias combinadas, envolvendo dois ou mais agentes anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

Classificação	Sugestão de tratamento	Observações
Hipertensão leve 140-159 / 90-99	1ª escolha Captopril 50mg/dia ou Enalapril 10mg/dia 2ª escolha Hidroclorotiazida 12,5 mg/dia 3ª escolha Propranolol 80mg/dia ou Atenolol 50mg/dia	ou terapia combinada com baixas doses*
Hipertensão moderada 160-179 / 100-109	1ª escolha Captopril 75-100mg/dia ou Enalapril 20mg/dia 2ª escolha Hidroclorotiazida 25 mg/dia 3ª escolha Propranolol 80-120mg/dia ou Atenolol 100mg/dia Nifedipina 40mg/dia ou Anlodipina 2,5-10 mg/dia	ou terapia combinada com doses mais elevadas
Hipertensão grave > 180 / > 110	1ª escolha Enalapril 20-40 mg/dia ou Captopril 100-150 mg/dia com Hidroclorotiazida 25mg/dia 2ª escolha Atenolol 100-200 mg/dia ou Propranolol 120 mg/dia 3ª escolha Nifedipina 40 mg/dia ou Anlodipina 2,5-10 mg/dia	Associações duplas ou triplas*

362 *Associações: Devem seguir a lógica de não combinar medicamentos com mecanismos de ação similares Podem ser feitas com medicamentos
363 separados ou associações em doses fixas Evitar associação de betabloqueadores com hidroclorotiazida Associações bem toleradas e eficazes:
364 diuréticos de diferentes mecanismos de ação; medicamentos de ação central e diuréticos; betabloqueadores e diuréticos; bloqueadores do receptor
365 AT1 e diuréticos; inibidores da ECA e diuréticos; bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores; bloqueadores dos canais de cálcio e
366 inibidores da ECA; bloqueadores dos canais de cálcio e bloqueadores do receptor AT1
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

386
387

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS DISPONÍVEIS NA REDE BÁSICA DO SUS

MEDICAMENTO	DOSE MÍNIMA	DOSE MAXIMA	TOMADAS	
HCTZ	12,5	50	1	
FUROSEMIDA	20	-----	1 A 2	
ATENOLOL	25	100	1 A 2	
PROPANOLOL	80	320	1 A 2	
CAPTOPRIL	12,5	150	2 A 3	
ENALAPRIL	5	40	1 A 2	
LOSARTAN	25	150	1 A 3	
NIFEDIPINA	20	80	1 A 2	
ALFAMETILDOPA	250	1500	2 a 3	GRAVIDA

388 A abordagem terapêutica da hipertensão arterial deve ser periodicamente reavaliada para definir se alguma mudança é
389 necessária para manter os níveis pressóricos próximos das metas desejáveis.

390 Em geral, principalmente nos casos de hipertensão menos grave, o tratamento é iniciado com monoterapia e depois,
391 com o passar do tempo e dependendo da resposta do paciente à terapêutica, quase sempre é necessária a adoção de
392 terapias combinadas, envolvendo dois ou mais agentes anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação
393

394 O **Programa Telessaúde Brasil Redes** é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da
395 atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias
396 da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação.

397 A Continuação do Programa Telessaúde na Baixada Fluminense tem como meta a capacitação e qualificação das
398 equipes da Estratégia Saúde da Família levando a um melhor atendimento na Atenção Básica no Sistema Único de
399 Saúde (SUS), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção;

400 A escolha da linha de cuidado na área cardiológica visa aperfeiçoar o controle da hipertensão arterial, fator de risco
401 importante para o surgimento das complicações acima descritas.

402

403 A Linha do cuidado é diferente dos processos de referência e contra referência, Sua diferença está em não funcionar
404 apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar
405 fluxos reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços de Saúde
406 aos quais necessita. Incorpora também a ideia da integralidade assistencial à saúde, o que significa unificar ações
407 preventivas, curativas e de reabilitação proporcionando o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário
408 necessita.



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

409

410

Objetivos :

411

412

1. Atualizar e qualificar os profissionais de saúde da atenção primária na prevenção e cuidado da hipertensão arterial;

413

414

415

2. Priorizar a linha de cuidado em hipertensão arterial visando melhor controle da patologia

416

417

3. Instituir o fluxograma de atendimentos aos portadores de hipertensão arterial primária.

418

419

4. Diminuir os encaminhamentos de referencia e contra-referencia para a especialidade cardiológica

420

421

422

5. Construir, adjunto com os pacientes, estratégias para adequação da sua autonomia no enfrentamento no processo do adoecimento;

423

424

425

6. Otimizar o conceito de vulnerabilidade psicossocial para trabalhar na promoção e prevenção da hipertensão;

426

427

428

7. Promover a divulgação sobre a doença e seus fatores de risco para a população visando promoção da saúde e prevenção das co-morbidades;

429

430

431

8. Avaliar de forma analítica e continua quanto a qualidade assistencial no processo do cuidado com hipertensão na atenção primária;

432

433

434

Abaixo apresentamos o Fluxograma de Atendimento ao paciente hipertenso baseado na VI Diretriz de Hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia adaptado a realidade do atendimento na Baixada Fluminense.

435

436

437

438

O Objetivo primário é manter a linha de cuidado do hipertenso na atenção básica com a aplicação de protocolos pactuados entre os gestores municipais.

439

440

A referencia e contra-referencia não estará descartada devendo o profissional especialista, após avaliação, retornar o paciente com orientação a sua unidade de origem.

441

442

443

444

445

446

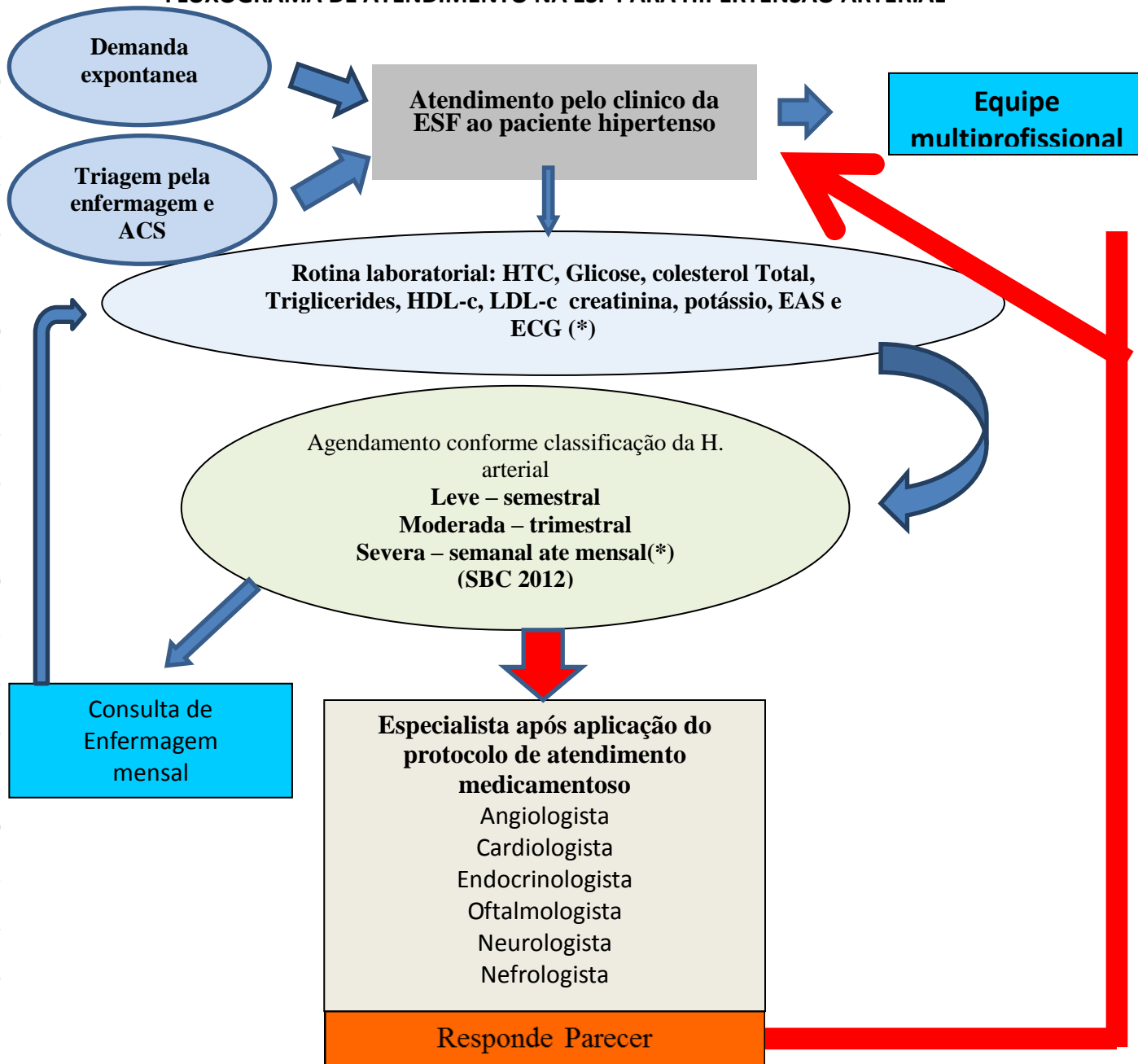


Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA ESF PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492



(*) Aplicar fluxograma de estratificação de risco cardiovascular (Caderno Atenção Básica/HÁ/DAB)



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

493 **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

494

495 Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de Hipertensão arterial, faz-se necessária uma
496 normatização para acompanhamento, mesmo na unidade básica de saúde.

497 Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência
498 secundária ou terciária, devendo-se, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-
499 referência.

500

501 **Critérios de encaminhamento para unidades de referência**

- 502 • Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- 503 • Insuficiência renal crônica (IRC)
- 504 • Angina do peito
- 505 • Suspeita de HAS e diabetes secundários
- 506 • HAS resistente ou grave
- 507 • HAS e DM em gestantes
- 508 • HAS e DM em crianças e adolescentes
- 509 • Edema agudo de pulmão prévio
- 510 • Complicações oculares
- 511 • AVE prévio com déficit sensitivo e ou motor
- 512 • Infarto agudo do miocárdio prévio
- 513 • Doença aneurismática de aorta

514

515

516

517 **Referências Bibliográficas**

- 518 1. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de
519 Minas Gerais, 2009
- 520 2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Cuidados inovadores para condições crônicas:
521 componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.
- 522 3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção de doenças crônicas: um investimento
523 vital. Brasília, 2005.
- 524 4. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 101, Nº 4, Supl. 1, Outubro 2013
- 525 5. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial/SBC/2010
- 526 6. Mansur AP, Favarato D, Sousa MFM et al. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil
527 de 1979 a 1996. Arq Bras Cardiol, 2001; 76(6): 497–503.
- 528 7. Caderno de Atenção Básica n* 15 – Hipertensão arterial sistêmica / DAB/MS/2006

529

530

531

532 Dra Sonia Zimbaro

533 Coordenadora NEP/CISBAF/TELESAUDE BABAIXADA FLUMINENSE



Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2015

534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559

ANEXO II

MÊS	Fechamento de pauta	CT	CIR	LOCAL
JANEIRO	16 - sexta	23 - sexta	29 - quinta	Rio de Janeiro
FEVEREIRO	18 - quarta	03 - segunda	12 - sexta	São João de Meriti
MARÇO	13 - sexta	20 - sexta	26 - quinta	Belford Roxo
ABRIL	15 - quarta	20 - segunda	05 de maio - terça	Queimados
MAIO	12 - terça	19 - terça	26 - terça	Duque de Caxias
JUNHO	09 - terça	16 - terça	24 - quarta	Mesquita
JULHO	16 - quinta	21 - terça	29 - quarta	Rio de Janeiro
AGOSTO	14 - sexta	21 - sexta	28 - sexta	Duque de Caxias
SETEMBRO	11 - sexta	17 - quinta	22 - terça	São João de Meriti
OUTUBRO	15 - quinta	20 - terça	30 - sexta	SES - RJ
NOVEMBRO	19 - quinta	24 - terça	30 - segunda	Seropédica
DEZEMBRO	09 - quarta	14 - segunda	17 - quinta	Itaguaí