



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 18/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 6

1.1. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a hipertensão arterial atinge 23,9% dos indivíduos entrevistados, sendo maior entre as mulheres (26,4%) do que entre os homens (21,1%). A frequência tende a ser maior com o aumento da idade, com 56,6% entre pessoas com 65 a 74 anos e 62,1% entre as pessoas com 75 anos ou mais¹.

2.2. Além de ser uma condição comumente assintomática, a hipertensão arterial^[1] evolui com alterações importantes em órgãos-alvo, como cérebro, coração e vasos. Somado a isso, o aumento da pressão arterial é o principal fator modificável que apresenta associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura, ocasionando grande impacto nos custos de saúde e socioeconômicos do país².

2.3. Considera-se hipertensão arterial todas as condições que englobam a hipertensão essencial, comumente denominada de hipertensão arterial sistêmica, como também doença renal hipertensiva, cardíaca hipertensiva, hipertensão secundária, hipertensão pré-existente à gravidez e distúrbio hipertensivos. Todas essas comorbidades são condições crônicas dos níveis pressóricos que se engloba no termo hipertensão arterial.

2.4. O acompanhamento efetivo pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) dos casos leves/moderados, que correspondem a grande parcela dos casos, são fundamentais para garantir o tratamento adequado e controle da condição, visto que o controle dos valores pressóricos, especialmente a pressão arterial sistólica, é o principal fator de risco para morbimortalidade, no entanto, a taxa de controle ainda é muito baixa^{2,3}.

2.5. A elevação da pressão arterial (PA) pode até mesmo duplicar o risco de desenvolver as condições supracitadas. Assim, a aferição da PA caracteriza-se, muito além de uma medida para diagnóstico, como um método efetivo de acompanhamento e monitoramento das pessoas que possuem e das que não possuem hipertensão².

2.6. As recomendações destacam que as pessoas devem ter a PA aferida pelo menos a cada 2 anos quando os níveis pressóricos estão normais. Entretanto, para aquelas já diagnosticadas com hipertensão (PA: $\geq 140/90$ mmHg), a **realização de consulta com aferição de PA deverá ser mais frequente quanto maior for o risco cardiovascular**, sendo, no mínimo, semestral quando o risco cardiovascular for baixo²⁻⁸.

2.7. Dado o exposto, o indicador “*Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre*” permite avaliar uma ação essencial para o acompanhamento da hipertensão arterial, uma doença crônica de grande impacto para a morbimortalidade no país.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

3.1. O indicador “*Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre*” tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com hipertensão arterial e o serviço de saúde para atendimento e realização do procedimento de aferição da PA, que permite avaliar se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade.

3.2. O indicador é constituído por variáveis relacionadas ao processo de cuidado da pessoa com hipertensão na APS, tendo como marcadores a realização da consulta e do procedimento de aferição da pressão arterial, estratégias essenciais para prevenção de morbimortalidade em pessoas com essa condição. Desta forma, reafirma-se que, além do **monitoramento da PA, é importante que o indivíduo com hipertensão receba atendimento individual** com equipe médica ou de enfermagem, alinhando a avaliação da pressão arterial à realização da consulta de seguimento, essencial para a identificação precoce de complicações por meio de **avaliação clínica e exame físico** direcionado. Vale destacar a importância da abordagem integral realizada pela equipe da APS, em que se espera, além do monitoramento da PA, a realização de um atendimento que inclua história clínica, exame físico, avaliação de exames complementares, estratificação do risco cardiovascular e definição/ajuste do plano terapêutico, considerando o tratamento não medicamentoso e medicamentoso, conforme cada caso, e abrangendo os determinantes sociais do processo saúde-doença, com olhar para os fatores de risco associados à hipertensão.

3.3. Para o cálculo do indicador, no que se refere ao denominador, são consideradas pessoas com hipertensão as que autorreferem ter hipertensão no momento do cadastro individual completo ou acompanhadas por essa condição em atendimento individual (consultas) por médico ou enfermeiro. Destaca-se que o autorrelato apresenta boa acurácia e é comumente utilizado como potencial de identificação de pessoas com essa comorbidade^{9,10}. É importante destacar que o autorrelato de uma pessoa já se caracteriza como um fator importante e que merece acompanhamento para avaliação dos fatores que a fizeram relatar a condição. Ressalta-se, ainda, que a utilização de informações oriundas do cadastro individual e dos atendimentos realizados promovem maior aproximação à realidade dos municípios, visto que o denominador identificado SISAB é constituído por todas as pessoas com hipertensão cadastradas na APS.

3.4. São contabilizadas no numerador as pessoas com hipertensão, com consulta e avaliação da pressão arterial nos 6 meses, critérios que, além de alinhados às recomendações de cuidado em saúde, permitem a visualização das ações realizadas em menor tempo²⁻⁸. Tais características conferem maior validade e sensibilidade ao indicador. No item *Cálculo do Indicador* são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis.

3.5. PARÂMETRO

As evidências científicas apontam para a necessidade de acompanhamento no mínimo semestral das pessoas com hipertensão e com baixo risco cardiovascular, trimestral das pessoas com hipertensão e moderado risco cardiovascular e bimestral das pessoas com alto risco cardiovascular²⁻⁸. Visto isso, e com a compreensão de que o parâmetro se refere ao valor ideal, considerando que todas as pessoas com diagnóstico de hipertensão devem ter uma consulta e aferição de PA realizada, pelo menos, semestralmente, o parâmetro para esse indicador é de 100%.

3.6. META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o

parâmetro de 100% na população coberta pela APS, a meta pactuada para este indicador é de 50%.

3.7. CÁLCULO DO INDICADOR

- O indicador **Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre** é calculado da seguinte forma:
- **Numerador:** Número de pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses;
- **Denominador identificado SISAB:** Número de pessoas com hipertensão arterial no SISAB;
- **Denominador estimado:** Cadastro municipal SISAB x % pessoas com hipertensão arterial PNS 2019;

$$\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses}}{\left(\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial no SISAB} \right) \text{ ou } \left(\text{Cadastro municipal SISAB x \% Pessoas com hipertensão arterial na PNS} \right)^*} \times 100$$

*O denominador estimado é calculado para todos os municípios a partir do cadastro municipal no SISAB e utilizado quando o resultado do denominador identificado for abaixo de 85% do denominador estimado.

3.8. O detalhamento das variáveis que compõem o denominador e o numerador serão apresentados a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, poderá ser utilizado o valor do denominador estimado ou o valor do denominador identificado no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), conforme explicado a seguir.

Passo a passo para o cálculo dos indicadores:

1. **Cálculo do Denominador Estimado:** são consideradas informações oficiais dos sistemas de informação e inquéritos nacionais, corrigidos pela população municipal cadastrada no SISAB.



Hipertensão: Cadastro municipal SISAB X % Pessoas com hipertensão pela PNS

2. **Cálculo do Denominador Identificado (SISAB):** registro do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS, de acordo com a regra de cada conjunto de indicadores.



Hipertensão: Nº de pessoas com hipertensão arterial no SISAB

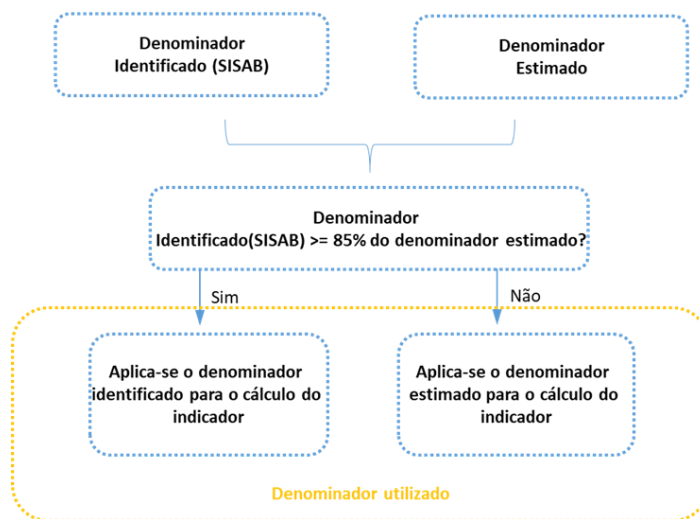
3.9. DENOMINADOR

O denominador identificado (SISAB) “número de pessoas com hipertensão arterial no SISAB” é composto por pessoas com hipertensão vinculados em equipes eSF e eAP, de acordo com as regras dispostas na Nota Técnica Explicativa de Cadastro Vinculado. A condição de hipertensão é prioritariamente identificada a partir da avaliação clínica em consultas individuais, mas também será considerada a informação autorreferida da hipertensão. O quantitativo de pessoas hipertensas é obtido por meio dos Atendimentos Individuais (condição avaliada) realizados por médicos e enfermeiros na APS ou do Cadastro Individual (condição autorreferida) registrados em prontuário eletrônico da Estratégia e-SUS APS. Destaca-se que tais informações resultam do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS e representam, portanto, a realidade do que acontece durante o contato dos usuários com os serviços de saúde.

Cada indivíduo que compõe o denominador é identificado pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF), de modo que cada pessoa será contabilizada apenas uma vez. Mesmo que o indivíduo esteja registrado como hipertenso nos dois modelos de informação (cadastro e atendimento), este será contabilizado apenas uma única vez e em uma única equipe, de acordo com as regras dispostas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro Vinculado](#). Na composição do denominador são observados todos os cadastros registrados a partir do ano de 2013, mas será utilizado o cadastro mais recente do cidadão, ou seja, será considerada a informação mais atual do cidadão na base SISAB. Assim, caso o cadastro individual mais atual deixe de indicar a condição de hipertensão e o indivíduo não tenha registro de atendimento individual para hipertensão arterial, ele não será contabilizado para o denominador. Tal situação reforça a necessidade da rotina de atualização dos cadastros individuais.

A utilização do denominador estimado é uma estratégia para obtenção de um valor controle do quantitativo esperado de pessoas com hipertensão arterial com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), e que devem estar sob os cuidados da APS. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma da Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado.



O cálculo do denominador estimado é realizado a partir da porcentagem de pessoas com hipertensão arterial identificadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, multiplicado pelo cadastro municipal SISAB. A estimativa da proporção de pessoas com hipertensão arterial da PNS de cada município é calculada a partir dos resultados das capitais, regiões metropolitanas e Unidades da Federação, como segue: 1) para capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados serão os encontrados na PNS e; 2) para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas. Os valores podem ser conferidos no relatório da pesquisa^[V] ou no material de apoio disponibilizado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), disponível na página do SISAB.

Destaca-se, ainda, que o objetivo do indicador é monitorar e avaliar a promoção do cuidado e o adequado acompanhamento de todos os indivíduos com hipertensão cadastrados junto às equipes de Atenção Primária à Saúde, incluindo crianças e adolescentes. Somado a isso, o percentual de pessoas com idade inferior a 18 anos que possui hipertensão na APS está abaixo de 0,1%. Assim, reforça-se a decisão de não se aplicar o filtro de idade para o denominador e para o numerador para o cálculo do indicador.

3.10. NUMERADOR

O numerador **pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e 1 aferição de PA nos últimos 6 meses** é composto por indivíduos com hipertensão arterial que tiveram pelo menos uma consulta e uma aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses na APS. O numerador é obtido a partir dos atendimentos individuais e da realização do procedimento de aferição da pressão arterial, registrados em prontuário eletrônico da Estratégia e-SUS APS.

São incluídas no numerador, as pessoas identificadas no denominador que tenham: 1) mínimo de 1 atendimento nos últimos 6 meses, realizado por profissionais médicos ou enfermeiros, cuja condição de saúde hipertensão arterial tenha sido avaliada e devidamente registrada, e; 2) mínimo de 1 procedimento de aferição da pressão arterial, nos últimos 6 meses, realizado por profissionais médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem registrado individualmente (ver códigos e campos utilizados na Ficha de Qualificação do Indicador).

ATENÇÃO: A indicação de condição ativa de hipertensão no PEC não significa que esta determinará os atendimentos posteriores, por isso, destacamos a **necessidade de indicação da condição avaliada em todos os atendimentos realizados**

Conforme mencionado, o numerador considera o período de 6 meses anteriores ao período de avaliação, que no caso do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil corresponde ao término do quadrimestre. Assim, para o último quadrimestre de um determinado ano são consideradas as informações de saúde registradas desde o primeiro dia do mês de julho do mesmo ano, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador.



4. VINCULAÇÃO DO USUÁRIO A EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a vinculação de um cidadão à equipe de referência, são consideradas as regras descritas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#). Após a identificação e vinculação de uma pessoa a uma determinada equipe de saúde da APS, todo atendimento e procedimento realizado em outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS serão qualificados para compor a contabilização do indicador. Ou seja, se a pessoa é vinculada pela regra de desempate de cadastros (considerada para fins de custeio da capitação ponderada) na equipe A e realizou o procedimento na equipe B ou estabelecimento C, mesmo que seja em outro município ou estado, será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso a equipe A). Ressalta-se, ainda, que são contabilizados para o indicador os procedimentos e consultas devidamente identificados e validados para o SISAB segundo as regras de validação descrita na [Nota Técnica do Relatório de Validação](#).

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

5.1. Considerando o papel da APS no cuidado a pessoa com hipertensão arterial, os serviços de saúde devem estar atentos a necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde ofertadas a essa população. Nesse sentido recomenda-se:

1. Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação do cidadão, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O aumento do cadastro propicia que seja utilizado o valor informado no SISAB no denominador (Pessoas com hipertensão arterial no SISAB) para o cálculo do indicador;
2. Realizar o acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão arterial adscritas à equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;

3. Orientar o cidadão com hipertensão sobre a importância da realização das consultas de acompanhamento e a verificação da PA na Unidade Básica de Saúde, mesmo que sua pressão arterial não esteja descompensada;
4. Realizar o monitoramento regular de pressão arterial conforme estratificação do risco cardiovascular com a finalidade de que pessoas com hipertensão arterial tenham o hábito de monitorar a sua PA. Para isso, faz-se necessário reduzir eventuais regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
5. Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando a consulta e aferição de PA no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
6. Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Tanto o profissional médico como o enfermeiro podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento);
7. Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
8. Construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica; Estruturação da linha de cuidado das pessoas com doenças crônicas;
9. Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
10. Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro das informações de saúde, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

- 6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que somente podem ser produzidas a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde, preferencialmente no momento do atendimento aos usuários. O registro adequado das informações em prontuário eletrônico permite a elaboração de análises mais precisas a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação.
- 6.2. Destaca-se que o registro dos dados, tanto para o denominador quanto para o numerador, deve ser realizado através dos modelos de informação da Estratégia e-SUS APS, independente do tipo de aplicação - PEC, CDS ou THRIFT. O detalhamento sobre o preenchimento correto dos campos está disponível nos "Guias de Qualificação dos Indicadores" PEC, CDS e THRIFT, na página dos [Materiais de apoio do SISAB](#).
- 6.3. Além do registro correto dos dados, é importante observar o prazo de envio dos dados à base nacional. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência SISAB seguinte, conforme a Portaria nº 4, de 28 de janeiro de 2021. Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil subsequente a cada competência SISAB, que no caso para a última competência do quadrimestre será após o último mês do quadrimestre avaliado.
- 6.4. A qualidade do registro de informação, pressupõe:
 1. Registro diário e, preferencialmente, durante o contato assistencial;
 2. Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme os documentos [Guias de Qualificação dos Indicadores](#);
 3. Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento;
 4. O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno. O Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do [Informatiza APS](#);
 5. Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.
- 6.5. Para o indicador "**Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre**" é necessário:
 1. A correta identificação do usuário com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF;
 2. Registrar de forma individualizada o "Problema/Condição Avaliada" com códigos CID ou CIAP 2 de hipertensão ou preencher o campo rápido de "Hipertensão Arterial";
 3. Registrar de forma individualizada o código SIGTAP referente ao procedimento realizado (independente da data da consulta de acompanhamento da hipertensão arterial).
 4. Sempre importar o XML do CNES na base do sistema e-SUS APS, tanto para quem usa CDS, quanto para quem usa PEC ou sistema de terceiros/próprios.
 5. Responsabilidade clínica no registro da condição avaliada "hipertensão arterial". Por se tratar de prontuário do cidadão, uma vez registrados os códigos CID/CIAP ou o campo rápido correspondente, não há possibilidade de correção.

7. CONCLUSÃO

TÍTULO	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial que são consultadas e tenham a pressão arterial aferida pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no semestre, em relação ao número total de pessoas com hipertensão arterial no município.
USO (Para que fim?)	Identificar as pessoas com hipertensão arterial e avaliar seu acompanhamento pela APS por meio de consultas e aferição da pressão arterial a cada semestre, de acordo com o registro no sistema de informação em saúde. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com hipertensão na APS. Incentivar o acompanhamento, o controle e a redução de morbimortalidade relacionadas a hipertensão; subsidiar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da hipertensão, contribuindo para o controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
PARÂMETRO	100%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	

$$\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses}}{\left(\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial no SISAB}}{\text{Cadastro municipal SISAB}} \times \text{\% Pessoas com hipertensão arterial na PNS} \right)^*} \times 100$$

*O denominador estimado é calculado para todos os municípios a partir do cadastro municipal no SISAB e utilizado quando o resultado do denominador identificado for abaixo de 85% do denominador estimado.

MÉTODO DE CÁLCULO

DENOMINADOR IDENTIFICADO (SISAB):

O denominador será composto pelo número de pessoas cadastradas e vinculadas em equipes eSF (70, exceto equipe ribeirinha) e eAP (76), que possuam registro de hipertensão (avaliada ou autoreferida) no prontuário eletrônico. Considera-se pessoa cadastrada e vinculada conforme as regras descritas na [Nota Técnica Explicativa do Relatório de Cadastros Vinculado](#).

Identificação das pessoas hipertensas no sistema:

- CNS ou CPF válido;
- Campo "Tem Hipertensão arterial?" = SIM no Cadastro Individual mais recente;
- Campo rápido "Hipertensão arterial" preenchido em Atendimento Individual realizado por médico ou enfermeiro;
- Códigos CID/CIAP correspondente a hipertensão registrados em Atendimento Individual realizado por médico ou enfermeiro;

Códigos CID/CIAP considerados para identificação da pessoa com hipertensão: CID I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11 ou códigos CIAP2 K86 e K87.

Família CBO considerados para registro da condição avaliada: médicos (2251, 2252, 2253, 2231), enfermeiros (2235).

DENOMINADOR ESTIMADO (IBGE):

Cadastro municipal multiplicado pela *Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial* apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Não sendo aplicado filtro por idade. Quando o município informa o valor menor que 85% (<85%) de pessoas nas condições definidas nos indicadores em relação à estimativa de pessoas nessas condições, o cálculo do resultado do indicador passa a ser feito utilizando o denominador estimado. Para as capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados são os encontrados na PNS, para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas.

NUMERADOR:

Pessoas identificadas no denominador que tenham o registro de, no mínimo, 1 Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro para condição Hipertensão arterial nos últimos 6 meses + 1 Aferição de pressão arterial realizada por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem nos últimos 6 meses.

Atendimento individual: Atendimento Individual realizado por médico ou enfermeiro para a condição de hipertensão arterial, nos 6 meses anteriores ao último dia do quadrimestre analisado. Serão considerados o registro no campo rápido "Hipertensão arterial", disponível no modelo de informação do Atendimento Individual, ou, o registro dos códigos correspondentes a hipertensão: **CID-10:** I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11. **CIAP2:** K86 e K87).

- Família CBO considerada para o atendimento individual: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235).

Aferição de pressão arterial: Procedimento realizado por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, nos 6 meses anteriores ao último dia do quadrimestre analisado. Será considerado o registro individualizado da aferição de pressão arterial através do código SIGTAP 03.01.10.003-9. Este procedimento pode ocorrer em momentos distintos da consulta, desde que tenha ocorrido no prazo de 6 meses anteriores a contar do último mês do quadrimestre.

- Família CBO considerada para aferição da PA: médicos (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiros (2235); técnicos e auxiliares de enfermagem (3222).

EQUIPES E ESTABELECIMENTOS CONSIDERADOS:

- Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70, exceto equipe ribeirinha) e eAP (76);

	<ul style="list-style-type: none"> Para o cálculo do numerador: serão consideradas as produções realizadas em todas os tipos de estabelecimentos da APS, conforme as regras descritas no Anexo I da Nota Técnica do Relatório de Validação do SISAB. Destaca-se que se o indivíduo, vinculado a eSF ou eAP, for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (mesmo não homologadas, mas em situação ativa no SCNES), estes dados são considerados para o cálculo do numerador. <p style="text-align: center;">CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</p> <p>Não serão consideradas para o denominador identificado as pessoas sem vínculo com equipes eSF e eAP homologadas/válidas ou na ocorrência de óbito, conforme descrito na Nota Técnica do Relatório de Cadastro Vinculado.</p>
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro dos 6 meses
LIMITAÇÕES	O indicador mensura o número de pessoas que tiveram consulta e aferição de pressão arterial no semestre, o mínimo indicado para pessoas com hipertensão, não mensurando os níveis pressóricos e de controle da condição. Imprecisões de registro de atendimento por condição avaliada em hipertensão arterial. Em casos de Toxemia da gravidez indicamos que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O12, O13, O14, O16) e o CIAP2 (W81) no CDS ou no PEC eSUS- APS, pois a sinalização do campo rápido "Hipertensão Arterial" identifica a condição crônica do agravo por tempo indeterminado.
OBSERVAÇÕES	Para o denominador serão considerados todos os cadastros a partir de 2013. Para o uso do cadastro individual será considerado a informação mais atual enviada ao SISAB. Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a Nota Técnica Explicativa de Cadastro, independentemente se a identificação da hipertensão arterial ocorreu na equipe de referência.
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Julho de 2022.

8. REFERÊNCIAS

- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde : 2019 : Percepção Do Estado de Saúde, Estilos de Vida, Doenças Crônicas e Saúde Bucal : Brasil e Grandes Regiões. Vol 1. 1st ed.; 2020.
- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516- 658. doi:10.36660/abc.20201238
- BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica No37: Estratégias Para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Vol 37. Ministério da Saúde; 2013.
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. Recommendations | Hypertension in adults: diagnosis and management | Guidance | NICE. Published online August 28, 2019. Accessed June 2, 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/chapter/Recommendations#monitoring-treatment-and-blood-pressure-targets>
- Oliveros E, Patel H, Kyung S, et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. Clin Cardiol. 2019;43(2):99- 107. doi:10.1002/clc.23303
- Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Canadian Journal of Cardiology. 2020;36(5):596-624. doi:10.1016/j.cjca.2020.02.086
- Whelton Paul K., Carey Robert M., Aronow Wilbert S., et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018;71(6):1269-1324. doi:10.1161/HYP.000000000000066
- Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018;39(33):3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
- Chrestani MAD, Santos I da S dos, Matijasevich AM. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2009;25(11):2395-2406. doi:10.1590/S0102-311X2009001100010
- Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial autorreferida e seus determinantes (projeto Bambuí). Rev Saúde Pública. 2004;38(5):637-642. doi:10.1590/S0034-89102004000500004

Nota de rodapé.

[1] Considera-se hipertensão arterial todas as condições que englobam a hipertensão essencial, comumente denominada de hipertensão arterial sistêmica, como também doença renal hipertensiva, cardíaca hipertensiva, hipertensão secundária, hipertensão pré-existente à gravidez e distúrbio hipertensivos. Todas essas comorbidades são condições crônicas dos níveis pressóricos que se engloba no termo hipertensão arterial.



Documento assinado eletronicamente por **Fabiana Vieira Santos Azevedo, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde substituto(a)**, em 08/07/2022, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 11/07/2022, às 11:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0027977094** e o código CRC **82D24EB4**.

