



**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO DO CEARÁ**

**Protocolo Clínico para o cuidado da  
Hipertensão Arterial Sistêmica  
no sistema prisional**

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA E  
RESSOCIALIZAÇÃO DO CEARÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Protocolo Clínico para o cuidado da  
**Hipertensão Arterial Sistêmica**  
**no sistema prisional**

Fortaleza- CE  
2025

### **Direito de reprodução**

Esta obra foi catalogada pela Câmara Brasileira do Livro (CBL) por meio dos Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP), conforme estabelecido pela Lei nº 9.610/1998 de Direitos Autorais. O registro, realizado em 07 de novembro de 2025, assegura a proteção integral da obra. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e respeitadas as condições da licença adotada.

### **Projeto gráfico e diagramação**

Sabrina Freitas Nunes: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Raquel Alves de Oliveira: : Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

### **Financiamento**

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

### **Elaboração, distribuição e informações**

Universidade Federal do Ceará

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem

Departamento de Enfermagem

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Rua Alexandre Baraúna, 1115 CEP: 60430-160 – Fortaleza/CE

E-mail: raquelalvesgw@gmail.com

### **Elaboração**

Raquel Alves de Oliveira: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Paula Renata Amorim Lessa: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ana Izabel Oliveira Nicolau: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Samila Gomes Ribeiro: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Priscila de Souza Aquino: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ana Karina Bezerra Pinheiro: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

### **Comitê Gestor**

Paula Renata Amorim Lessa: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ana Karina Bezerra Pinheiro: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Samila Gomes Ribeiro: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ana Izabel Oliveira Nicolau: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Priscila de Souza Aquino: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Purdenciana Ribeiro de Menezes: Enfermeira - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

### **Painel Multidisciplinar**

Ana Izabel Oliveira Nicolau: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Cynthia Catarine Pinheiro dos Santos: Enfermeira - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

Allan Kennedy Leite da Silva: Farmacêutico - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

Maiara Freitas de Queiroz: Médica - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

Paula Renata Amorim Lessa: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Priscila de Souza Aquino: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Purdenciana Ribeiro de Menezes: Enfermeira - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

Samila Gomes Ribeiro: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Suíá Freitas de Queiroz: Psicóloga - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

Sarenne Pacheco Barbosa Carioca: Cirurgiã-Dentista - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

Iana pascoal de lima: Enfermeira - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

Elisa Beatriz Santos Estrela: Cirurgiã-Dentista - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

Antonio Ronildo Araújo de Melo: Enfermeiro - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP).

## **Revisão e Supervisão**

Raquel Alves de Oliveira: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Paula Renata Amorim Lessa: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ana Karina Bezerra Pinheiro: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ficha Catalográfica

---

Oliveira, Raquel Alves de.

Protocolo clínico para o cuidado da hipertensão arterial sistêmica no sistema prisional – Fortaleza: Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFC, 2025.

79 p. : il. color.

ISBN: 978-65-01-79572-0

1. Hipertensão. 2. Prisioneiros. 3. Protocolos Clínicos. I. Oliveira, Raquel Alves de. II. Lessa, Paula Renata Amorim. III. Nicolau, Ana Izabel Oliveira. IV. Ribeiro, Samila Gomes. V. Aquino, Priscila de Souza. VI. Pinheiro, Ana Karina Bezerra.

CDD 365.66

---

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Maria Alice Ferreira – CRB-8/796 – Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) – Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Classificação da Pressão Arterial. Fortaleza, CE, 2025	17
Figura 2	Modelo representativo das vulnerabilidades em saúde encontradas na população prisional. Fortaleza, CE, 2025	28
Figura 3	Fluxo de acolhimento no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025	30
Figura 4	Fluxo de triagem de pacientes no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025	33
Figura 5	Quadro representativo de profissionais atuantes no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025	34
Figura 6	Fluxograma atendimento pacientes com hipertensão arterial sistêmica no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025	37
Figura 7	Estratificação de risco cardiocascular. Fortaleza, CE, 2025	43
Figura 8	Recomendações para a monoterapia. Fortaleza, CE, 2025	45
Figura 9	Estratégia de educação em saúde no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025	50
Figura 10	Medidas não medicamentosas. Fortaleza, CE, 2025	51

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos estudos. Fortaleza, CE, 2025.	22
Quadro 2	Classificação da Pressão Arterial. Fortaleza, CE, 2025.	23
Quadro 3	Periodicidade da Verificação da Pressão Arterial. Fortaleza, CE, 2025.	32
Quadro 4	Fatores de risco específicos para doenças cardiovasculares e renais. Fortaleza, CE, 2025.	35
Quadro 5	Fármacos utilizados para o tratamento da Hipertensão Arterial em adultos. Fortaleza, CE, 2025.	47
Quadro 6	Quadro Resumo. Fortaleza, CE, 2025.	60

## LISTA DE ABREVIATURAS

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines Reseach &amp; Evaluation</i>
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BCCs	Bloqueadores dos Canais de Cálcio
CA	Circunferência Abdominal
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DRC	Doença Renal Crônica
DM	Diabetes Mellitus
eAPP	Equipes de Atenção Primária Prisional
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corporal
LC	Linhas de Cuidado
LOA	Lesão em Órgãos-Alvo
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PPL	População Privada de Liberdade
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAP	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização
SRA	Sistema Renina-Angiotensina
TC	Tomografia Computadorizada
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UP-TOC	Unidade Prisional de Triagem e Observação Criminológica

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos à Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado do Ceará pela valiosa parceria e pelo apoio prestado ao longo da elaboração deste material.

Agradecemos à FUNCAP pelo financiamento do metaprojeto Promoção da saúde e qualidade de vida no sistema penitenciário do Ceará, por meio do Programa Cientista Chefe, coordenado pela Professora Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

Agradecemos a todos os profissionais de saúde do sistema prisional cearense que colaboraram com sua expertise na confecção da versão final desse protocolo clínico.

## SUMÁRIO

	<b>Apresentação</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>Introdução</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>Objetivos</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>População-alvo</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>Metodologia</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	<b>23</b>
5.1	Técnica da aferição da pressão arterial	25
<b>6</b>	<b>Triagem/Rastreamento e Acolhimento</b>	<b>27</b>
6.1	Atendimento de saúde na entrada do sistema	27
6.2	Atendimento nas unidades prisionais	29
<b>7</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>34</b>
7.1	Recomendações sobre a anamnese	36
7.2	Recomendações no exame físico	38
<b>8</b>	<b>Exames Laboratoriais</b>	<b>40</b>
8.1	Exames solicitados para avaliar risco cardiovascular e prognóstico	42
<b>9</b>	<b>Tratamento Farmacológico</b>	<b>44</b>
9.1	Tratamento disponibilizado pelo Sistema Prisional	47
<b>10</b>	<b>Tratamento não medicamentoso e Prevenção</b>	<b>48</b>
10.1	Estratégias de Educação em Saúde no Sistema Prisional	51
<b>11</b>	<b>Monitoramento, Intervenções Emergenciais e Fluxos de Referência</b>	<b>53</b>
11.1	Monitoramento	53
11.2	Intervenções Emergenciais	54
11.3	Fluxos de Referência	56
<b>12</b>	<b>Quadro Resumo</b>	<b>58</b>
<b>13</b>	<b>Considerações Finais</b>	<b>61</b>

<b>14</b>	<b>Informações Adicionais</b>	<b>62</b>
14.1	Facilitadores e barreiras/ limitações	62
14.2	Plano de implementação	63
14.3	Monitoramento e avaliação	64
14.4	Conflitos de interesse	64
14.5	Órgão financiador	65
14.6	Riscos e Benefícios	65
	<b>Referências</b>	<b>66</b>
	<b>Anexo A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>69</b>
	<b>Anexo B – SÍMBOLOS PADRÕES E DEFINIÇÕES UTILIZADOS NOS ALGORITMOS</b>	<b>74</b>
	<b>Anexo C – TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO</b>	<b>75</b>
	<b>Anexo D – ESCORE DE RISCO GLOBAL DE FRAMINGHAM (ERG)</b>	<b>76</b>
	<b>Apêndice A – ESTRATÉGIA DE BUSCA</b>	<b>78</b>
	<b>Apêndice B – COLABORADORES</b>	<b>82</b>



## APRESENTAÇÃO

O Protocolo Clínico para o cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no sistema prisional provém da parceria entre a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP) do Estado do Ceará e a Universidade Federal do Ceará (UFC). Consiste em um subprojeto pertencente ao metaprojeto intitulado: Promoção da saúde e qualidade de vida no sistema penitenciário do Ceará, coordenado pela Professora Dra Ana Karina Bezerra Pinheiro e financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio do Programa Cientista Chefe.

O Programa Cientista Chefe, criado em 2018, e instituído oficialmente pela Lei estadual 17.378, de 4 de janeiro de 2021, objetiva a articulação da pesquisa científica desenvolvida nas Instituições de Ensino Superior do Estado do Ceará com as demandas da gestão pública, em benefício da sociedade, por meio de mecanismos que permitam a atuação de cientistas diretamente em órgãos da administração pública, sem retirá-los da atividade acadêmica, de forma a efetuar a

aproximação almejada. Dessa forma, o Programa oportuniza a introdução e aplicação do conhecimento científico nas áreas de atuação do Estado, por meio da formulação de estratégias de inovação e disseminação da tecnologia visando o aperfeiçoamento das políticas públicas e a tomada de decisão<sup>1</sup>.

Nesse contexto, o protocolo para a HAS visa reunir, em sua primeira edição, as recomendações para promoção, prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento da HAS direcionada às particularidades e dinâmicas da População Privada de Liberdade (PPL) que influenciam no controle dessa doença crônica e na qualidade de vida da população. Além disso, busca sanar a escassez de documentos que orientem o cuidado de doenças crônicas como a HAS na PPL e suas particularidades dos atendimentos em saúde nessa localidade.

Assim, o protocolo reúne estratégias de cuidado tendo como público-alvo do cuidado a PPL e os usuários-alvo do protocolo os profissionais de saúde que compõem as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), bem como a gestão penitenciária, compreendendo que a saúde no sistema prisional exige atuação colaborativa intersetorial, conciliando os eixos de saúde, segurança e coordenação/gestão do sistema em prol de melhorias para a PPL.

# 1

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das principais doenças cardiovasculares e configura-se também como o principal fator de risco para o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica. De forma geral, a HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada pelo aumento dos níveis de Pressão Arterial (PA)<sup>2</sup>.

No Brasil, poucos são os estudos que determinam a prevalência da HAS na PPL. Contudo, os números evidenciam alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população em geral, com aumento anual além da qual são atribuídas 25% das mortes globais por doenças crônicas não transmissíveis<sup>3</sup>.

A PPL é predominantemente composta por uma população jovem, mas também inclui grupos mais velhos, especialmente em razão do processo de envelhecimento populacional, o que reforça a necessidade de estratégias voltadas ao controle das doenças crônicas não transmissíveis. Ademais, essa população enfrenta limitações no acesso aos serviços de saúde, seja pela ausência de procura

ou pela marginalização, que reflete no descaso do cuidado em saúde. Tais aspectos associados à característica silenciosa da doença dificultam seu diagnóstico e a adesão ao tratamento<sup>4</sup>.

No ambiente prisional, há de se considerar fragilidades, mas também potencialidades que podem levar a um melhor controle da doença, caso as estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento sejam implementadas pelos profissionais de saúde nas unidades prisionais. Além disso, as modificações do estilo de vida são essenciais para prevenção e controle da HAS e aspectos como a restrição ao uso de drogas, consumo moderado do sal e programas esportivos podem ser uma ferramenta útil para melhorar a saúde física e mental da PPL, bem como para reduzir os fatores de risco cardiovascular e potencializar o controle da HAS na PPL<sup>5,6</sup>.

Sabe-se ainda que ações em grupo são mais efetivas quando comparadas às individuais e, portanto, o ambiente prisional configura-se como um local potencializador de partilha de estratégias que levam a um diagnóstico precoce e a uma melhor adesão ao tratamento, o que pode minimizar eventos adversos como os acidentes vasculares cerebrais e infartos agudos do miocárdio<sup>2</sup>.

Ainda que o ambiente prisional apresente seus desafios, as oportunidades para a implementação de programas de saúde em grupo e intervenções direcionadas podem contribuir significativamente para a melhoria da saúde cardiovascular e da qualidade de vida dessa população vulnerável<sup>7</sup>.

Nesse contexto, os profissionais de saúde desempenham papel central para efetividade dessas estratégias de cuidado. A Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) é uma modalidade de equipe multiprofissional prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Essa equipe pode ser subdividida em eAPP Essencial que é composta por quatro profissionais: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e cirurgião-dentista, bem como a eAPP Ampliada: composta pelos mesmos quatro profissionais da modalidade essencial, acrescida de mais um profissional, que pode ser: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional<sup>6</sup>.

Dessa forma, um manejo adequado da HAS na PPL deve ser direcionado, levando em consideração as barreiras estruturais, organizacionais e algumas

invisíveis a essa população que perpassam desde o direito a um diagnóstico, como tratamento dessa patologia, que independe da sua condição de estar em privação de liberdade.

Assim, o protocolo visa contribuir para o acesso às melhores e mais atualizadas evidências sobre o cuidado da hipertensão arterial sistêmica na PPL, de modo a apoiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde no sistema prisional e promover maior segurança, humanização e integralidade do cuidado, considerando o contexto de vulnerabilidade em saúde dessa população."

A imagem abaixo representa as vulnerabilidades em saúde encontradas na população privada de liberdade.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 1 – Modelo representativo das vulnerabilidades em saúde encontradas na população prisional. Fortaleza, CE, 2025.

# 2

## OBJETIVOS

O objetivo do Protocolo Clínico para o cuidado da hipertensão arterial sistêmica no sistema prisional é direcionar os profissionais de saúde atuantes na equipe de saúde da Atenção Primária Prisional do Estado do Ceará a manejar a linha de cuidado relacionado a HAS na população privada de liberdade de forma adequada, por meio de recomendações para promoção, rastreamento, prevenção, diagnóstico e tratamento no intuito de contribuir para um cuidado mais efetivo e direcionado à essa população.

Espera-se que a aplicação do protocolo clínico direcione os profissionais com relação às particularidades do sistema e a padronização do fluxo nas diferentes unidades prisionais, considerando suas respectivas singularidades.

# 3

## POPULAÇÃO-ALVO

O protocolo é direcionado ao cuidado relacionado a Hipertensão Arterial Sistêmica para a PPL e é utilizado para viabilizar a aplicação clínica pelos profissionais de saúde atuantes na Atenção à Saúde Prisional e gestores do sistema de saúde penal.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10):

### **Doenças hipertensivas (I10-I15):**

- I10 Hipertensão essencial (primária)
- I11 Doença cardíaca hipertensiva
- I12 Doença renal hipertensiva
- I13 Doença cardíaca e renal hipertensiva
- I15 Hipertensão secundária

# 4

## METODOLOGIA

O processo de desenvolvimento deste protocolo seguiu recomendações do Ministério da Saúde que estão presentes no guia “Diretrizes Metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas”, propostas pela colaboração ADAPTE. Essa é uma parceria internacional de pesquisadores e implementadores de diretrizes já existentes em três fases principais: configuração, adaptação e finalização para a confecção de um documento a partir dessas adaptações<sup>8</sup>.

Além disso, foi utilizado o checklist *Apraisal of Guidelines Reseach & Evaluation* (AGREE) para avaliar os métodos que foram utilizados no desenvolvimento de diretrizes e a qualidade do relatório dos estudos da amostra, bem como na avaliação do documento final<sup>9</sup>. O AGREE II, na avaliação global os avaliadores julgam a qualidade da diretriz completa, podendo “recomendar fortemente”, “recomendar com alterações” e “não recomendar”.

Para o processo de adaptação sugerido pelo ADAPTE foram estabelecidos o Comitê Gestor (ou Comitê Coordenador) com a função gerenciar e coordenar todo o processo de elaboração ou adaptação do protocolo clínico. O painel multidisciplinar é responsável pela formulação, discussão e validação das recomendações clínicas contidas nas diretrizes, com base nas melhores evidências disponíveis consiste em pesquisadores e profissionais de saúde com expertises na saúde prisional, no desenvolvimento de protocolos, em estudos metodológicos, no agravo da HAS e na coordenação do sistema prisional. Já o grupo de trabalho foi responsável por redigir o protocolo com base nas melhores evidências disponíveis

e nas decisões tomadas pelo grupo painel multidisciplinar. Além de atuar no planejamento metodológico, organização e sistematização das recomendações ao longo do processo de adaptação<sup>8</sup>.

A investigação foi conduzida pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais evidências disponíveis em protocolos e diretrizes clínicas voltados à promoção, prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica apoiariam as condutas de saúde no sistema prisional brasileiro?

O grupo de trabalho realizou uma busca na literatura e os documentos encontrados foram exportados para a plataforma Rayyan (Apêndice A). Ademais, a ferramenta *Google Sheets* foi utilizada para a organização e análise dos dados. A triagem dos documentos foi realizada por dois revisores independentes, sendo as discordâncias solucionadas por um terceiro revisor. Para ampliar a busca, foram analisadas as listas de referências dos documentos selecionados.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos, protocolos, diretrizes clínicas, manuais técnicos ou outras produções sobre as condutas desempenhadas pelos profissionais de saúde na prevenção, promoção, rastreamento, diagnóstico e tratamento da HAS no sistema prisional ou atenção primária no intuito de ampliar os achados, considerando os últimos cinco anos. Não houve limitação quanto ao idioma ou sexo da população-alvo dos achados. Como critérios de exclusão foram elencados os documentos indisponíveis na íntegra ou que não respaldaram cientificamente as suas recomendações.

Em paralelo, foram realizadas visitas no sistema penitenciário com o objetivo de promover uma imersão na realidade sociocultural e identificar as práticas de manejo da HAS no contexto prisional, sendo realizado encontros com os profissionais de saúde do sistema prisional com o objetivo de compreender de forma mais aprofundada como esse processo se concretiza no cotidiano das unidades penais.

As diretrizes foram adaptadas para abranger as características específicas do ambiente prisional. Para formular as adaptações, expertise de gestores, profissionais de saúde que atuam no sistema prisional e a população privada de liberdade por meio de entrevistas durante o período de visita nas unidades e durante as reuniões com o grupo de painelistas.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética

em Pesquisa<sup>9</sup> da UFC, sendo aprovado sob o número de parecer 6.745.715 e CAAE 70073223.0.0000.5054 (Anexo A). A caracterização dos estudos incluídos segue descritas abaixo (Quadro 1):

<b>Autores/ Ano/ Local</b>	<b>População beneficiada do Protocolo/Diretriz</b>	<b>Contexto de aplicação</b>
WHO, 2021/ Dinamarca <sup>11</sup>	População Privada de Liberdade	Recomendações para o sistema prisional
Brugugnolli et al., 2020/ Brasil <sup>12</sup>	População geral no contexto de atenção primária	Recomendações para todos os níveis de atenção à saúde
Unger et al., 2020 / Estados Unidos da América <sup>13</sup>	População geral no contexto de atenção primária	Recomendações para todos os níveis de atenção à saúde
SBC, 2025 / Brasil <sup>14</sup>	População geral no contexto de atenção primária	Recomendações para atenção Primária à Saúde
OPAS, 2022 / Suíça <sup>15</sup>	População geral no contexto de atenção primária	Recomendações para todos os níveis de atenção à saúde
Federal Bureau of Prisons, 2022/ EUA <sup>16</sup>	População Privada de Liberdade	Recomendações para o sistema prisional

Fonte: elaborado pelos autores. Nota: EUA: Estados Unidos da América.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos. Fortaleza, CE, 2025.

Foram selecionados cinco documentos para extração das recomendações adaptadas neste protocolo clínico. Adenais, os fluxogramas apresentados neste documento seguem a simbologia do guia “Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço”<sup>17</sup> (Anexo B).

# 5

## CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A classificação da HAS pode ser realizada de acordo com a medição da Pressão Arterial (PA) no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. Assim, recomenda-se classificar em<sup>13,14</sup>:

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>		<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
<b>PA NORMAL</b>	< 120	e/ou	< 80
<b>PRÉ-HIPERTENSÃO</b>	120-139	e/ou	80-89
<b>HA ESTÁGIO 1</b>	140-159	e/ou	90-99
<b>HA ESTÁGIO 2</b>	160-179	e/ou	100-109
<b>HA ESTÁGIO 3</b>	≥ 180	e/ou	≥ 110

Fonte: Adaptado Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2025<sup>14</sup>.

Quadro 2 – Classificação da Pressão Arterial. Fortaleza, CE, 2025.

Considerando essa classificação, ressalta-se que a PPL deve receber o mesmo padrão de cuidado e tratamento para sua doença na prisão como receberiam se estivessem na comunidade. Cuidados e tratamento para as doenças crônicas têm alguns elementos-chave que também devem ser fornecidos no ambiente prisional promovendo a equidade no cuidado e a universalização da cobertura em saúde<sup>11,16</sup>.

Ainda considerando a classificação, os indivíduos com Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 130 e 139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 85 e 89 mmHg passam a ser considerados pré-hipertensos, tendo em vista que podem apresentar um maior risco de desenvolver Doença Cardiovascular (DCV), Doença Arterial Coronariana (DAC) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) em comparação com a população com valores entre 120 e 129 ou 80 e 84 mmHg<sup>14</sup>.

Em indivíduos não tratados ou tratados com a medicação da PA no consultório classificada como PA alta-normal ou hipertensão grau 1, o nível da PA precisa ser confirmado usando monitoramento da PA ambulatorial implementado na unidade prisional<sup>11,12</sup>.

## 5.1 Técnica da aferição da pressão arterial

A aferição da PA deve ser realizada utilizando a técnica correta, visando garantir valores confiáveis da estimativa da PA. De acordo com a nova diretriz, recomenda-se usar o aparelho automático de braço, no consultório com o esfigmomanômetro digital. Em casos em que não esteja disponível, o manual poderá ser utilizado.

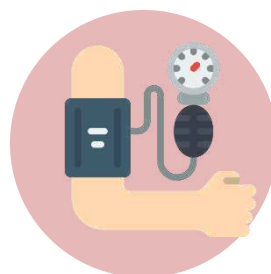
A aferição da pressão arterial deve ser realizada com manguitos com câmara inflável (cuff) devidamente adequados para cada paciente; com a largura de pelo menos 40% do comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio) e o comprimento de pelo menos 80% de sua circunferência<sup>12,14</sup>.

Pode-se utilizar tanto esfigmomanômetros digitais (Figura A) como manuais (Figura B). **A técnica oscilométrica, usada em aparelhos automáticos, reduz erros do observados e facilita a aferição.** Recomenda-se a posição sentada para a medida da pressão arterial. Para realizar a aferição da PA deve-se seguir os seguintes passos:

Figura A – Esfigmomanômetro digital.



Figura B – Esfigmomanômetro manual.



**Fonte:** SBC, 2025; Brugugnolli et al., 2020<sup>12,13</sup>; Fonte da figura: <https://www.flaticon.com/br/>

- Usar o manguito adequado e garantir condições ideais para aferir a pressão arterial;
- Certificar-se de que o paciente: não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos, evitou a ingestão de café e alimentos até 30 minutos antes da medida;
- Deixar o paciente descansar de 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável;
- Localizar a artéria braquial por palpação no método manual;
- Colocar o manguito firmemente cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa

antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço. O seu comprimento deve envolver pelo menos 80% do braço. Assim, a largura do manguito a ser utilizado dependerá da circunferência do braço do indivíduo;

- Manter o braço do paciente na altura do coração.
- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente (medição manual).
- Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para a frente (medição manual).
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando a compressão excessiva (medição manual).
- Solicitar ao paciente que não verbalize durante a aferição da PA.
- Inflar rapidamente, de 10 mmHg em 10 mmHg, até o nível estimado da pressão arterial (medição manual);
- Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 mmHg a 4 mmHg por segundo, evitando a congestão venosa e desconforto para o paciente (medição manual);
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com o aumento da velocidade de deflação (medição manual);
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff), exceto em condições especiais. Auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar o seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Ainda, quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) - (medição manual);
- Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi realizada a mensuração. Deverá ser registrado sempre o valor da pressão obtido na escala do manômetro, que pode variar de 2 mmHg em 2 mmHg, evitando a utilização de arredondamentos;
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
- Informar ao indivíduo sobre o valor da PA encontrado e orientar sobre acompanhamento.

# 6

## TRIAGEM/ RASTREAMENTO E ACOLHIMENTO

Uma das estratégias para reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida é a identificação precoce da doença. Com isso, a importância do rastreamento é essencial. Logo, todo adulto com 18 anos ou mais de idade quando comparecer à unidade de atenção primária prisional e não tiver registro de ao menos duas aferições de pressão arterial nos últimos dois anos, deve tê-la verificada e registrada<sup>12,14</sup>.

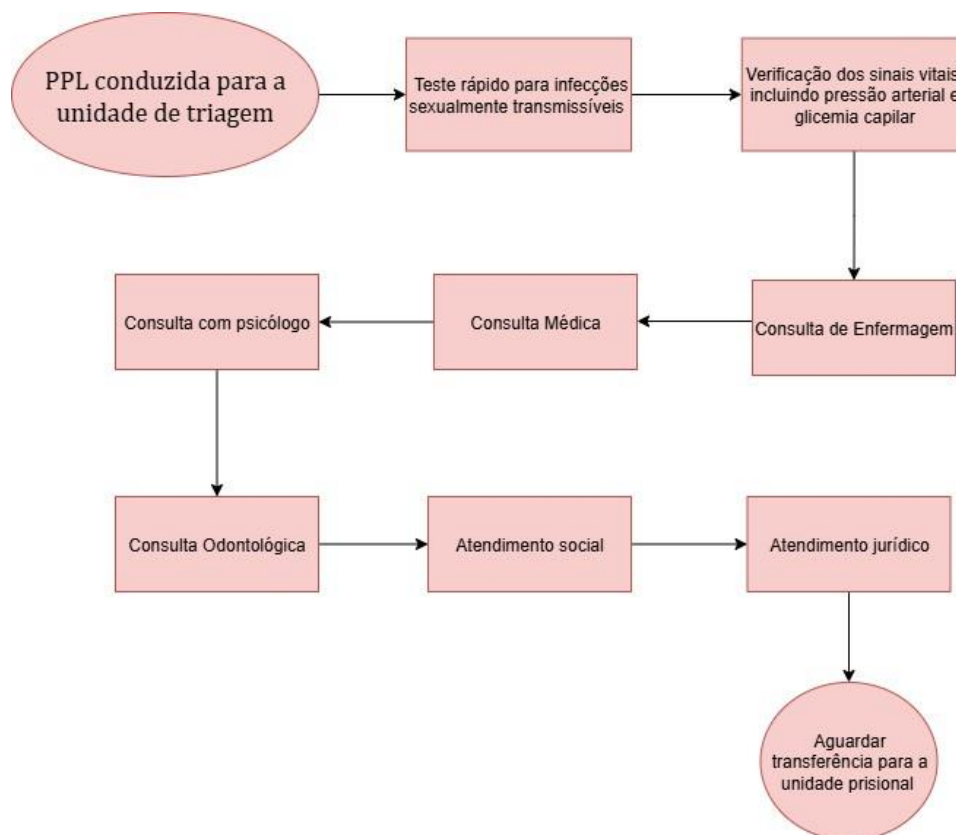
TRIAGEM INICIAL COMO ESTRATÉGIA DE RASTREIO!

### 6.1 Atendimento de Saúde na Entrada do Sistema

Em todas as unidades prisionais federativas, deve haver as unidades de entrada no sistema prisional, também conhecidas como unidades de triagem, em que há um grande fluxo de internos rotativo e temporário que entram no sistema prisional. No primeiro momento o interno deverá ser higienizado, e será feita a observação criminológica, verificando os antecedentes criminais para melhor direcionamento para as outras unidades.

Em seguida, deve ser realizada a triagem de saúde, realizada por uma

equipe multiprofissional, responsável por diversos procedimentos, tais como: 1) realização de teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis; 2) verificação de sinais vitais incluindo medição da glicemia capilar; 3) consulta de enfermagem; 4) consulta médica; 5) consulta com psicólogo; 4) consulta odontológica; 5) atendimento social e; 6) atendimento jurídico.



Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 2 – Fluxograma de atendimentos de triagem na população prisional. Fortaleza, CE, 2025.

É necessário promover a equivalência de cuidados da PPL em relação à comunidade geral, garantindo a universalização da cobertura em saúde por meio dos registros eletrônicos integrados com o sistema nacional de saúde e da formulação de estratégias, relacionadas às lacunas em infraestrutura, recursos humanos e acesso a medicamentos do ambiente prisional<sup>11,16</sup>.

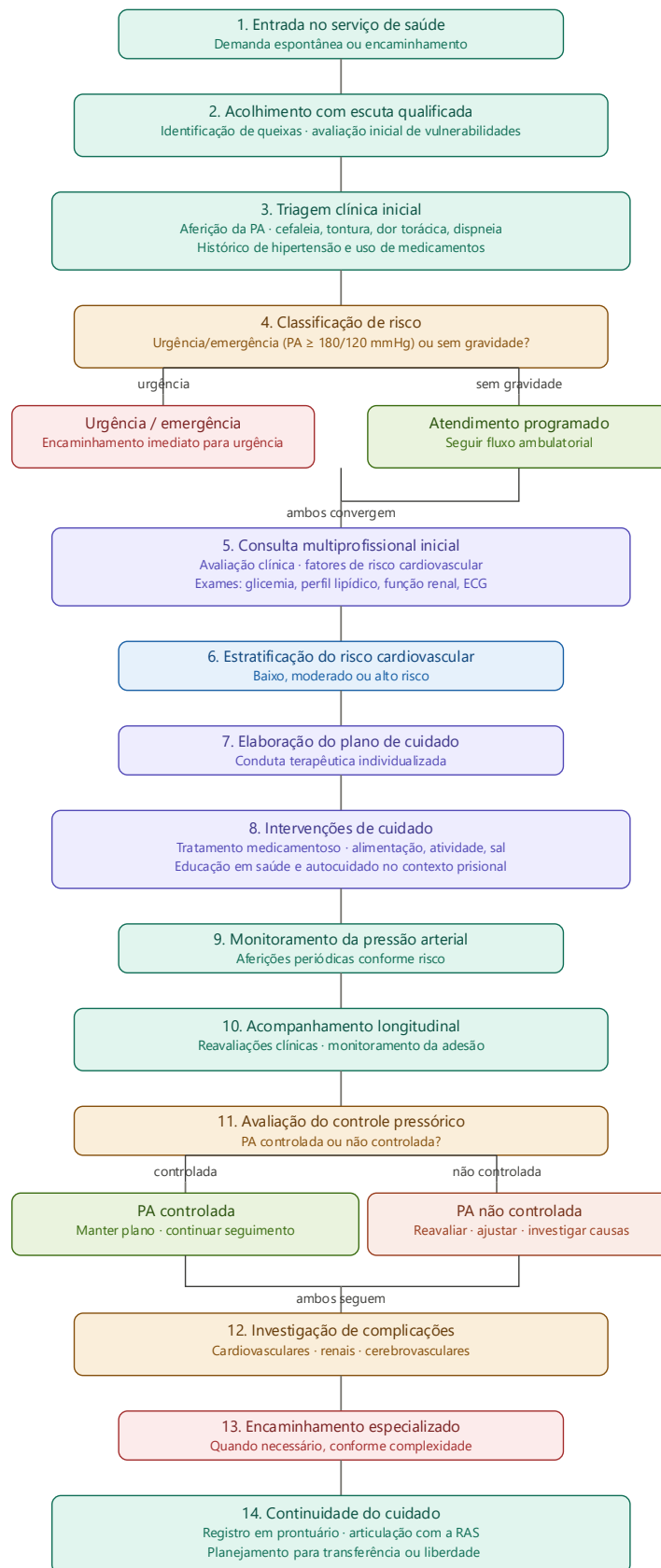
## 6.2 Atendimento nas unidades prisionais

Para o **acolhimento nas unidades prisionais**, no contexto da consulta à pessoa com HAS, deve ser compreendido como uma diretriz ético-política que orienta o primeiro contato e todo o percurso assistencial e fundamenta-se na escuta qualificada, na responsabilização da equipe de saúde e na garantia de cuidado integral e contínuo. O atendimento deve iniciar-se desde a porta de entrada da unidade, com abordagem humanizada que considere as condições de vulnerabilidade, histórico de saúde e fatores de risco cardiovascular do indivíduo, assegurando a identificação precoce da hipertensão e de comorbidades associadas.

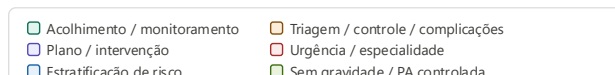
O processo de **acolhimento** deve favorecer a construção de vínculo, promover ambiente de confiança e respeito, e possibilitar a avaliação clínica inicial, além de orientar o usuário quanto ao manejo da doença, adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida. Ademais, deve-se garantir a continuidade do cuidado por meio de acompanhamento sistemático pela equipe de atenção primária prisional, articulando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e monitoramento longitudinal, respeitando as especificidades do contexto prisional e assegurando equidade no acesso aos serviços de saúde.

Seja em unidades de triagem ou nas unidades destinadas à permanência da PPL enquanto aguardam julgamento e cumprimento de pena, o acesso ao histórico de saúde constitui elemento essencial para que as equipes multiprofissionais possam identificar os agravos e vulnerabilidades em saúde apresentados por cada indivíduo.

A seguir um fluxo de acolhimento para o atendimento da HAS no ambiente prisional (Figura 3).



os passos 9–12 formam ciclo de monitoramento permanente



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 3 – Fluxo de acolhimento no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025.

Com relação a triagem, as recomendações incluem:

- Deve-se realizar o **rastreamento anual** da hipertensão arterial sistêmica para adultos com 18 anos ou mais, sendo recomendado o rastreamento da HAS quando o indivíduo necessitar de qualquer atendimento no ambulatório de saúde no sistema prisional<sup>10,11,13</sup>.
- Deve-se medir a PA em ambos os braços, de preferência simultaneamente. Se houver uma diferença consistente entre os braços >10 mmHg em medições repetidas, use o braço que apontou a medida da PA mais alta. Se a diferença for >20 mmHg, considerar uma investigação mais aprofundada<sup>13,14</sup>.
- Recomenda-se que se estabeleça um dia da semana por meio do programa cuidado ao paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (Programa HAS/DM) para rastreamento da HAS com intuito de aumentar a demanda de rastreamento de forma sistematizada.
- Recomenda-se realizar acompanhamento mensal dos pacientes hipertensos nas unidades, com possibilidade de consultas espaçadas, caso o profissional de saúde avalie como HAS controlada.

A seguir, as indicações de verificação da pressão arterial de acordo com cada situação clínica.

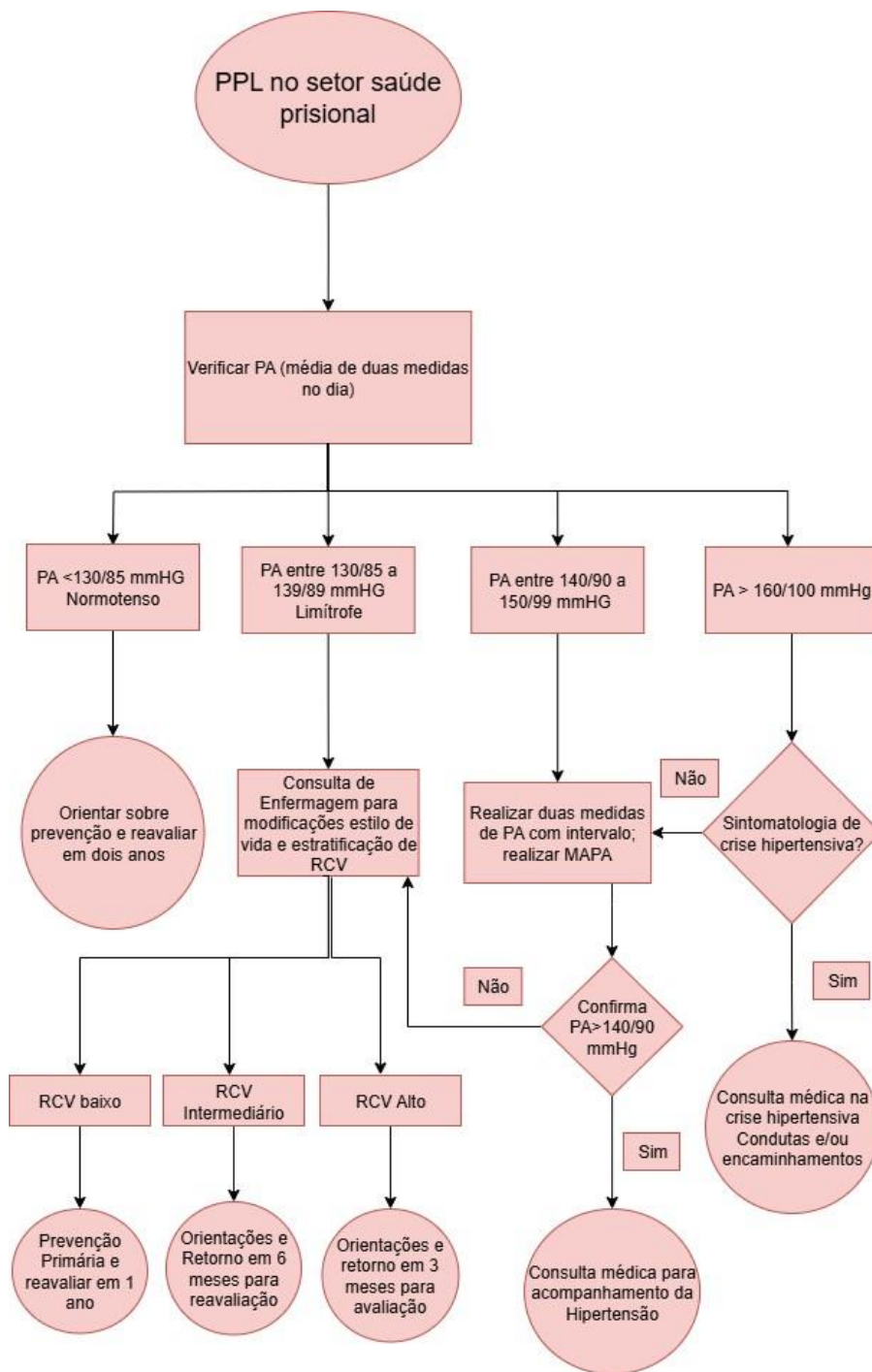
<b>Verificação da Pressão Arterial</b>	
População adulta sem diagnóstico de HAS	Verificar sempre que houver contato com o serviço de saúde.
Suspeita de HAS (medida elevada em consulta)	O diagnóstico não deve ser realizado com uma única medida. Pacientes em Estágio 2 ou 3 devem ser reavaliados em intervalos mais curtos.
Hipertensão Estágio 1 e baixo risco CV	Reavaliações podem ser feitas com maior flexibilização quando não há lesão em órgão-alvo nem alto risco.
Hipertensão Estágio 2 ou 3	Necessitam de reavaliações frequentes com um acompanhamento mais próximo.
Pacientes em tratamento (controle da PA)	Verificação regular em todas as consultas de seguimento.

Fonte: SBC, 2025<sup>14</sup>

Quadro 3 – Periodicidade da Verificação da Pressão Arterial. Fortaleza, CE, 2025.

Dessa forma, seguindo as recomendações ditas anteriormente, deve-se realizar o rastreio anual para todos e realizar a medição da PA em ambos os braços, de preferência de forma simultânea. A seguir um fluxograma para direcionar os pacientes na triagem de acordo com o Risco Cardiovascular (RCV) de cada paciente.

Mais informações sobre RCV (**Ver Tópico 8.1 - Exames solicitados para avaliar risco cardiovascular e discutir o prognóstico**).



Fonte: elaborado pelos autores. Legenda: RCV: Risco Cardiovascular; PA: Pressão Arterial.

Figura 4 – Fluxograma triagem de pacientes no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025.

# 7

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da HAS é realizado quando há o registro da PA elevada em, pelo menos, duas medições realizadas em encontros clínicos diferentes<sup>12,14</sup>. Nos atendimentos em saúde para a PPL, a atuação é de forma multiprofissional contando com as Equipes de Atenção Primária Prisional e interdisciplinar por necessitar do apoio e logística dos profissionais da segurança, os policiais penais, para controle e gestão do sistema<sup>11,16</sup>. Com isso, destaca-se particularidades nesses locais no que se refere à consulta ao paciente hipertenso.

### Articulação Intersetorial e Multiprofissional



Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 5 – Quadro representativo de profissionais atuantes no sistema prisional.

Fortaleza, CE, 2025.

- As unidades prisionais devem ter comunicação clara para o repasse de informações em **casos de transferências** dos pacientes entre unidades para garantir a continuidade do cuidado, bem como orientar para o seguimento do tratamento em casos de mudança para o regime aberto.
- A avaliação clínica do paciente com HAS deve ser feita constituído por anamnese, exame físico e laboratorial. Deve ser realizada a anamnese, com a realização da história clínica completa, com perguntas sobre o tempo de diagnóstico e tratamentos anti-hipertensivos instituídos previamente (medicamentos e doses)<sup>11-15</sup>.
- Além disso, convém investigar os sintomas que indiquem a evolução da doença hipertensiva, analisando a presença de Lesão de Órgãos-Alvo (LOA)<sup>12-14</sup>. Durante a consulta, deve ser questionada sobre a existência de fatores de risco específicos para doenças cardiovasculares e renais como exemplificado a seguir:

<b>Fatores de risco específicos para Doença Cardiovascular (DCV) e renal</b>
Histórico pessoal de DCV (p. ex. Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca)
Diabetes Mellitus
Dislipidemia
Doença Renal Crônica
Tabagismo; Uso de fármacos e drogas lícitas e ilícitas
Atividade física, aspectos psicossociais, histórico de depressão
Histórico familiar de hipertensão, DCV prematura, hipercolesterolemia (familiar), diabetes, comorbidades e aspectos biopsicossociais
Indícios na história clínica que sugiram causas secundárias de HAS: fraqueza muscular/tetania, câimbras, arritmias (hipocalcemia/aldosteronismo primário), edema pulmonar rápido (estenose da artéria renal), sudorese, palpitações, cefaléias frequentes (feocromocitoma), ronco, sonolência diurna (apneia obstrutiva do sono)
Sintomas sugestivos de doença da tireoide

Fonte: SBC, 2025<sup>14</sup>

Quadro 4 – Fatores de risco específicos para doenças cardiovasculares e renais.

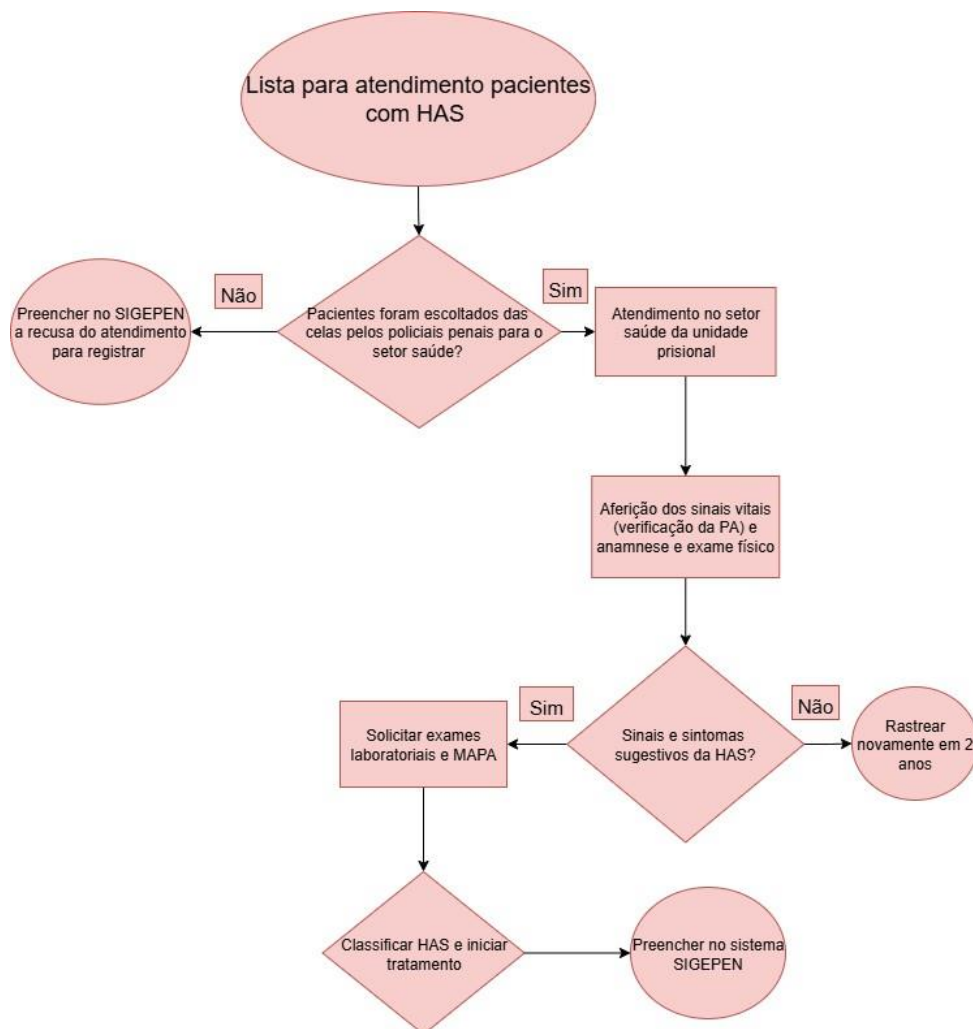
Fortaleza, CE, 2025.

## 7.1 Recomendações sobre a anamnese

A anamnese deve ser realizada de forma minuciosa e o seu objetivo maior inclui, além do diagnóstico, a identificação de outros fatores de risco para doença cardiovascular, como a presença de Lesão em Órgãos-Alvo (LOA), angina do peito ou infarto do miocárdio prévio, retinopatia, nefropatia, insuficiência cardíaca, Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE), doença arterial periférica, hipertensão secundária ou outra situação clínica<sup>12-14</sup>. Deve-se avaliar:

- **Identificação:** sexo, idade, etnia/raça e análise da situação socioeconômica;
- **História da doença atual:** duração conhecida da HAS e níveis pressóricos; tratamentos prévios (adesão e reações adversas); sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, doença renal, doença vascular encefálica, diabetes mellitus, hipertensão secundária, gota;
- **Investigação dos fatores de risco:** dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, inatividade física, perda de peso, alimentação inadequada, características do sono, função sexual e dificuldades respiratórias;
- **História pregressa:** doença arterial coronária, gota, insuficiência cardíaca. Nas mulheres, investigar a hipertensão arterial sistêmica durante a gestação;
- **História familiar:** histórico familiar de HAS é comumente encontrada em pacientes hipertensos. Caso ausente, especialmente no caso de pacientes jovens, deve-se suspeitar da presença de HAS secundária. Deve-se analisar também a história familiar de AVC, doença arterial coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres <65 anos), morte prematura e súbita de familiares próximos;
- **Perfil psicossocial:** analisar os fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, condições de trabalho;
- **Medicações em uso (fora do ambiente prisional):** analisar o consumo de medicamentos ou drogas que podem ocasionar ao aumento da PA (hormônios, corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos).
- **Alimentação e atividade física:** analisar o consumo excessivo de sal, gorduras saturadas, cafeína, álcool e a prática de atividade física.

A seguir um fluxograma de atendimento ao paciente com HAS no sistema prisional.



Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 6 - Fluxograma atendimento pacientes com hipertensão arterial sistêmica no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025.

Em casos de pessoas já diagnosticadas com HAS deve-se prosseguir com investigação sobre o tratamento atual e será de decisão médica a continuidade ou mudança do tratamento em curso. Em caso de recusa de atendimento, o indivíduo deve assinar um termo de recusa (Anexo C).

Os cuidados e tratamento para essas doenças crônicas têm alguns elementos-chave que também devem ser fornecidos no ambiente prisional: toda a equipe de saúde deve ter acesso a um programa de treinamento específico que aborde as especificidades e o funcionamento interno de diferentes tipos de prisão, o manuseio de situações potencialmente perigosas ou violentas e os riscos de violações éticas específicas de suas atividades como prestadores de cuidados de saúde em prisões<sup>11,16</sup>.

## 7.2 Recomendações no Exame físico

Na consulta inicial deverá ser realizado o exame físico do paciente, com o levantamento das medidas antropométricas, sinais vitais, dentre outras medidas que possam contribuir para o diagnóstico e as condutas <sup>12,13,14</sup>.

É válido ressaltar que para a realização do exame físico, os profissionais de saúde deverão contar com o apoio dos profissionais da segurança, tendo em vista que os policiais penais devem conduzir o interno e retirar as algemas para viabilizar a condução do exame físico, além de estarem presentes durante todo o atendimento<sup>11,16</sup>. A seguir os aspectos que devem ser realizados no exame físico <sup>12,12,14</sup>:

- Obter medidas repetidas e acuradas em ambos os braços da PA;
- Medir parâmetros antropométricos: peso, altura, Frequência Cardíaca (FC), Circunferência Abdominal (CA) e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Procurar sinais de lesões em órgãos-alvo;
- Detectar as características de doenças endócrinas como Cushing, hipo ou hipertireoidismo;
- Examinar a região cervical: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de estase jugular e realizar a palpação da tireoide;
- Avaliar o aparelho cardiovascular: desvio de ictus e propulsão à palpação; na ausculta, verificar a presença de B3 ou B4, hiperfonese de segunda bulha, sopros e arritmias. Para isso:
- Verificar frequência/ritmo/característica do pulso, pulso/pressão venosa jugular, batimento apical, sons cardíacos extras, crepitações basais, sopros (carótida, abdominal, femoral), atraso radiofemoral, circunferência do pescoço >40 cm (apneia obstrutiva do sono), tireoide aumentada;
- Avaliar o sistema respiratório: ausculta de roncos, estertores e sibilos;
- Observar as extremidades: edemas, pulsos em membros superiores e inferiores (a presença de pulso femorais diminuídos é sugestivo de coartação de aorta, doença da aorta ou ramos);
- Palpar e auscultar o abdômen: frêmitos, sopros, massas abdominais indicativas de tumores ou rins policísticos;

- Detectar déficits sensoriais ou motores no exame neurológico, quando disponível;
- Realizar fundoscopia ou retinografia (quando disponível): identificar aumento do reflexo dorsal, estreitamento arteriolar, hemorragias, cruzamentos arteriovenosos patológicos, exsudatos e papiledema (sinais de retinopatia hipertensiva).

Recomenda-se ainda que, em pacientes com suspeita de hipotensão postural (queda da PAS  $\geq$ 20 mmHg e PAD  $\geq$ 10 mmHg) ou idosos, deve-se verificar a PA também nas posições deitada e na posição em pé<sup>13-14</sup>.

# 8

## EXAMES LABORATORIAIS

A HAS é uma doença crônica que necessita da realização de exames para identificar alterações precoces, prevenir complicações, bem como avaliar o risco cardiovascular<sup>12,13,14</sup>. Os exames complementares de rotina que são preconizados na maioria das diretrizes são de fácil disponibilidade e interpretação, baixo custo e obrigatórios para todos os pacientes, pelo menos na primeira consulta após a confirmação diagnóstica e anualmente. Os principais exames realizados são:

- ✓ Hemograma Completo;
- ✓ Análise de urina, ureia;
- ✓ Potássio plasmático, Cálcio e Sódio;
- ✓ Ferro Sérico;
- ✓ Aspartato Aminotransferase (AST); Alanina Aminotransferase (ALT);
- ✓ Creatinina plasmática;
- ✓ Glicemia de jejum e HbA1c;
- ✓ Colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos plasmáticos;

✓ Ácido úrico plasmático.

Os outros exames, caso seja necessário, são:

- Ecocardiografia/ Ultrassonografia;
- Angiografia por TC/RM;
- Fundoscopia;
- TC/RM do cérebro;
- Índice tornozelo-braquial;
- Testes adicionais para hipertensão secundária (se houver suspeita);
- Razão albumina/creatinina urinária;
- Níveis de ácido úrico sérico (s-UA);
- Testes de função hepática<sup>13</sup>.

Para a realização desses exames adicionais, que não são de rotina, deve-se encaminhar para as redes de atenção secundárias, por meio de encaminhamento via sistema de regulação de acordo com cada localidade.

Em áreas com poucos recursos ou ambientes não clínicos, nos quais a realização de exames possa não ser possível em razão dos custos adicionais e da falta de acesso a laboratórios, recomenda-se que o tratamento não deve ser adiado; os exames podem ser feitos posteriormente<sup>14,16</sup>.

Assim, alguns medicamentos, como os Bloqueadores de Canais de Cálcio (BCC) di- hidropiridínicos de ação prolongada, são os mais adequados para iniciar o tratamento sem realizar os exames, quando comparados aos diuréticos ou Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou mesmo os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II (BRA)<sup>15</sup>.

## 8.1 Exames solicitados para avaliar risco cardiovascular e prognóstico

Alguns exames devem ser realizados como rotina complementar para pessoas com HAS para classificar o risco cardiovascular e discutir prognóstico<sup>12,13,14</sup>. Deve-se solicitar os exames na triagem e anuais para o acompanhamento ou a critério clínico, a seguir:

- Dosagem de glicose;
- Dosagem de colesterol total (CT);
- Dosagem de colesterol HDL (HDL);
- Dosagem de triglicerídeos (TG);
- Cálculo do LDL =  $CT - HDL - (TG/5)$
- Dosagem de creatinina;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
- Dosagem de potássio (K+ sérico);
- Fundoscopia.

Outros exames podem ser solicitados conforme apresentação clínica<sup>12,13</sup>:

- Raio-X de tórax;
- Ácido Úrico;
- Hematócrito e Hemoglobina;
- TSH;
- Eletrocardiograma.

Após a classificação da HAS, deverá ser realizada a estratificação de risco cardiovascular. As principais calculadoras disponíveis para essa finalidade são: Q-RISK3, Framingham Risk Score (FRS) e atualmente recomenda-se o **Escore de Risco Global (ERG)**<sup>12,14</sup>. Conforme os resultados obtidos na terceira etapa do FRS pode-se classificar o indivíduo em:

- **Baixo Risco** – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. Assim, o seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre o estilo de vida saudável.
- **Risco Intermediário** – quando existir de 10% a 20% de chance de um evento

cardiovascular ocorrer em dez anos. Assim, o seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após as orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível nas unidades prisionais, e se desejo da pessoa, realizar o encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde.

- **Alto Risco** – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesões de órgãos-alvo, hipertrofia ventricular esquerda, nefropatia e retinopatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser realizado de forma trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na unidade, encaminhado para ações de educação em saúde coletivas.

Estratificação do risco cardiovascular



DRC: doença renal crônica (taxa de filtração glomerular < 60 mL/mn/m<sup>2</sup>, não dialítica);  
ER: estratificadores de risco; ERG: escore de risco global.

Fonte: Ministério da Saúde<sup>20</sup>.

Figura 7 – Estratificação do risco cardiovascular. Fortaleza, CE, 2025.

O instrumento Escore de Risco Global (ERG) está disponível no anexo D.

# 9

## TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento da HAS pode ser realizado com o uso de anti-hipertensivos **conforme o estágio da doença**. As características de um bom tratamento para HAS devem levar em consideração a eficácia em reduzir a PA, ter uma boa tolerância de acordo com o perfil de cada paciente, ter poucas interações medicamentosas, além de reduzir o risco de complicações cardiovasculares e renais<sup>14,15</sup>. Dessa forma, o tratamento é baseado em evidências em relação à prevenção da morbidade/mortalidade.

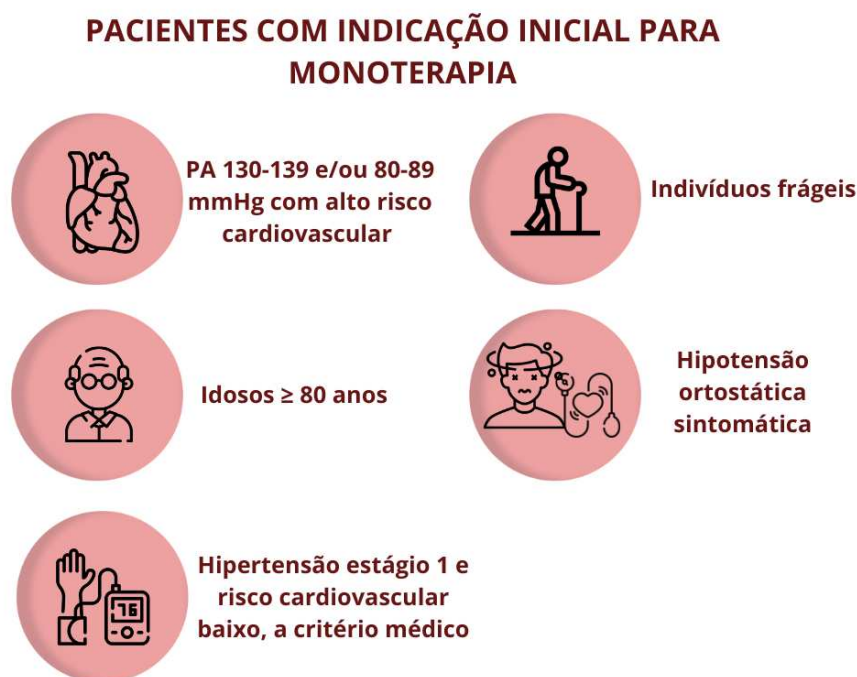
Com relação às características ideais do tratamento medicamentoso, o cuidado da pessoa com HAS deve ser **multiprofissional, além de ter acompanhamento longitudinal**<sup>11,14,16</sup>. Além disso, os tratamentos devem ser baseados em evidências em relação à prevenção da morbidade/mortalidade, considerando também se é acessível e/ou econômico em relação a outros agentes e deve ser bem tolerado sendo avaliado a adesão ao tratamento anti- hipertensivo conforme apropriado em cada consulta e antes do aumento do tratamento anti-hipertensivo<sup>12,13,14,15</sup>.

Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deverá ser

proposto<sup>12,13,14</sup>.

O tratamento medicamentoso é selecionado de acordo com as necessidades de cada indivíduo, a partir da avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvos, histórico familiar, idade e gravidez. Devido à sua característica multifatorial, o tratamento poderá requerer a associação de dois ou mais anti-hipertensivos<sup>13,14,15</sup>.

A **monoterapia** pode ser considerada em alguns contextos, sobretudo como exemplificado na figura 7 a seguir<sup>12,12,14</sup>. Recomenda-se ainda que a monoterapia é a mais indicada para o ambiente prisional, uma vez que otimiza a logística de administração de medicamentos.



Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 8 – Recomendações para a monoterapia. Fortaleza, CE, 2025.

O tratamento medicamentoso deve se associar às **medidas não medicamentosas**. Para o uso em monoterapia ou combinação as classes de anti-hipertensivos preferenciais são: diurético tiazídico ou similar, inibidores da enzima conversora de angiotensina, Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRAs), Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC) e betabloqueadores (com indicações específicas)<sup>15</sup>.

A combinação de fármacos é a estratégia inicial recomendada para hipertensos no estágio 1 de moderado e alto risco, além dos estágios 2 e 3<sup>14,15</sup>. Deve-se usar um regime de tratamento de uma dose diária que proporcione controle da PA durante 24 horas<sup>13</sup>.

O início do tratamento com a combinação de dois fármacos deve ser realizado com um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), ou BRA, associado a um diurético tiazídico ou similar ou BCC. Em pacientes identificados como alto risco não obesos, as combinações com BCC são as preferenciais<sup>14</sup>.

Quando não se atinge o controle da PA com combinação de dois fármacos, deve ser prescrita a combinação de três fármacos, habitualmente um IECA, ou BRA, associado a um medicamento diuréticos tiazídico ou similar e BCC. Ainda, caso necessário, acrescentar espironolactona em seguida<sup>14</sup>. De forma preferencial, deve-se **iniciar o tratamento com uma combinação de pílula única** (para melhorar a adesão e a persistência)<sup>15</sup>.

O início do tratamento farmacológico da HAS deve se dar no prazo máximo de quatro semanas após o diagnóstico. Ressalta-se que, caso a pressão arterial esteja elevada (p. ex., pressão sistólica  $\geq 160$  mmHg ou pressão diastólica  $\geq 100$  mmHg) ou se houver indícios de lesão de órgão-alvo, o tratamento deverá ser iniciado imediatamente<sup>15</sup>.

**A utilização de IECA e Antagonistas dos Receptores da Angiotensina II em grávidas não é indicada**, tendo em vistas que pode causar malformações fetais. Poderá ser realizada a substituição por metildopa, hidralazina e bloqueadores de canal de cálcio derivados da diidropiridina<sup>15</sup>.

Após ser estabelecido o risco cardiovascular, além do tratamento anti-hipertensivo, o uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS) e estatina poderá ser relevante, devendo ser discutida sua prescrição com o paciente de acordo com o benefício e o risco cardiovascular associado<sup>15,16</sup>. É dever da equipe da unidade estar sempre alerta, instruir o indivíduo a relatar qualquer evento adverso à medicação utilizada, bem como **orientar sobre a importância de tomar a medicação de forma adequada** e não recusar os fármacos, considerando a realidade do ambiente prisional.

Não é indicado o uso de betabloqueadores como droga de primeira linha no tratamento da HAS. Quando não se consegue atingir o controle da PA com a combinação de três fármacos, a espironolactona deve ser acrescentada preferencialmente ao esquema terapêutico<sup>15</sup>.

## **Entrega de Medicação no sistema prisional**

No sistema prisional, prioriza-se a administração de medicamentos por via oral (VO). A dispensação é realizada pelo(a) técnico(a) de enfermagem, que organiza os fármacos conforme os horários prescritos para cada ala da unidade, acondicionando-os em frascos devidamente identificados com o nome do(a) interno(a) e a medicação

correspondente. Com o apoio de um(a) policial penal, o(a) profissional de enfermagem dirige-se a cada ala e realiza a entrega individualizada das medicações, seguindo rigorosamente a lista de controle e as prescrições médicas. O registro da administração é efetuado diariamente, assegurando o controle de que a medicação foi de fato fornecida ao(à) interno(a).

Recomenda-se que as prescrições dos(as) pacientes de uma mesma ala sejam aprazadas para o mesmo horário, a fim de otimizar a logística de dispensação dos medicamentos. Contudo, o cuidado deve permanecer individualizado, sendo priorizado em situações que demandem atenção específica.

## 9.1 Tratamento disponibilizado pelo Sistema Prisional

O esquema terapêutico com as medicações disponíveis para o sistema prisional estão apresentados no quadro a seguir.

Nome	Dosagem
<b>Acido Acetilsalicílico (AAS)</b>	100 mg
<b>Besilato de Anlodipino</b>	5 mg
<b>Losartana</b>	50 mg
<b>Furosemida</b>	40mg
<b>Cloridrato de Propranolol</b>	40 mg
<b>Hidroclorotiazida</b>	25 mg
<b>Maleato de Enalapril</b>	10 mg ou 20 mg
<b>Espironolactona</b>	100mg ou 25 mg
<b>Carvedilol</b>	6,25mg ou 25mg
<b>Sinvastatina</b>	20mg

**Fonte:** elaborado pelos autores.

Quadro 5 –Fármacos utilizados para o tratamento da Hipertensão Arterial em adultos. Fortaleza, CE, 2025.

# 10

## TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO E PREVENÇÃO

Evidências recentes demonstraram que alguns aspectos não farmacológicos como o treinamento físico podem ser considerados como um estímulo potente que pode controlar e diminuir eventos cardiovasculares primários e secundários<sup>6</sup>.

Além disso, os aspectos nutricionais e a criação de estratégias esportivas e educacionais têm um efeito benéfico na PPL em relação ao desenvolvimento social, tendo em vista que a função sociopedagógica tem o mesmo potencial para melhorar os parâmetros de saúde e adiar as doenças cardiovasculares nessa população. Com isso, os aspectos não farmacológicos atuam na promoção da saúde e do bem-estar geral, além de contribuir como ferramenta para reabilitação e ressocialização<sup>6,11,18,19</sup>.

Dessa forma, alguns aspectos relacionados a esse contexto são então destacados a seguir:

- A modificação do estilo de vida também é a primeira linha de tratamento anti-hipertensivo<sup>12,14,15</sup>.
- Os indivíduos com HAS devem ser avaliados quanto ao hábito de fumar, devendo ser orientada a cessação do tabagismo, mantendo a restrição mesmo fora do ambiente prisional.

- Grupos para orientações em saúde podem ser realizados, sobre atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde para a PPL<sup>11,16</sup>.
- Fornecer orientações para a PPL para propiciar a autogestão da sua condição crônica de saúde<sup>11,16</sup>.
- Disponibilizar a dieta tipo DASH (que é uma dieta rica em vegetais, frutas, grãos e baixo teor de gordura) e semelhantes, além de consumo moderado de oleaginosas e redução no consumo de gorduras, doces e bebidas com açúcar e carnes vermelhas<sup>12,14</sup>. A dieta é prescrita pela nutricionista e solicitada à empresa que fornece alimentação para as unidades prisionais.
- Em algumas unidades, os próprios internos preparam as refeições, dessa forma, deve-se fornecer orientações sobre a dieta para os pacientes hipertensos, que devem ser hipossódicas.
- O consumo de sódio deve ser restrito a 2 g/dia, com a possibilidade de substituição do cloreto de sódio por cloreto de potássio, se não existirem restrições<sup>12,14</sup>.
- A psicoterapia, as técnicas de relaxamento e a prática de atividade física são possibilidades que podem contribuir para o controle do estresse e da pressão arterial<sup>15</sup>.
- O peso corporal deve ser controlado para a manutenção de IMC < 25 kg/m<sup>2</sup><sup>13</sup>. Nesse contexto, deve-se estimular a Realização de, pelo menos, 150 minutos por semana de realização de atividade física moderada. Deve ser estimulada ainda a redução do comportamento de inatividade física, levantando-se por, pelo menos, 5 minutos a cada 30 minutos sentado<sup>12,14</sup>.
- Recomenda-se que pacientes com comorbidades ou PA oscilante pratiquem atividades físicas leves sob a supervisão de um profissional<sup>14</sup>.
- Em casos de pressão arterial sistólica e/ou diastólica superior a 160 ou 105 mmHg, respectivamente, não se recomenda a realização de atividades físicas intensas, sugerindo-se atividades leves e de relaxamento<sup>14</sup>.

Deve-se expandir educadores físicos nas unidades prisionais para realizar atividades nos pátios, estimulando caminhadas durante o banho de sol, ginástica laboral, exercícios funcionais e aeróbicos bem como estimular a autonomia para replicar os exercícios, haja vista que os educadores atuam com um grupo de internos

por meio do rodízio de cada ala e o tempo de contato entre os encontros é prolongado.

Atividades físicas no sistema prisional que podem ser desempenhadas pelo educador físico:

- ✓ Ginástica laboral,
- ✓ Caminhada durante o banho de sol,
- ✓ Exercícios funcionais ou aeróbicos.
- ✓ Jogos coletivos de bola.

Deve-se orientar exercícios para estimular a autonomia, haja vista os exercícios realizados por meio de rodízio de alas (periodicidade prolongada dos encontros com o educador físico).



Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 9 – Estratégia de educação em saúde no sistema prisional. Fortaleza, CE, 2025.

## Medidas não medicamentosas para prevenção da HAS



Manter peso adequado



Intervenções dietéticas



Atividade e exercício físico



Redução da ingestão de álcool e cessação do tabagismo



Abordagem do estresse, espiritualidade e religiosidade

Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 10 – Medidas não medicamentosas. Fortaleza, CE, 2025.

As medidas não medicamentosas incorporam orientações para serem mantidas fora do ambiente prisional, buscando a promoção de hábitos de vida saudáveis para esses indivíduos.

### 10.1 Estratégias de Educação em Saúde no Sistema Prisional

A educação em saúde no sistema prisional constitui uma ferramenta fundamental para a promoção da saúde e a redução de vulnerabilidades encontradas entre a PPL. A partir da formulação de estratégias de educação em saúde, torna-se possível orientar sobre o autocuidado e hábitos saudáveis, prevenir doenças, mesmo em um ambiente de restrições como o prisional.

Estratégias como rodas de conversa, campanhas educativas, distribuição de materiais informativos, uso de linguagem acessível e envolvimento da própria PPL como multiplicadores de conhecimento podem tornar essa prática mais eficaz e humanizada<sup>11,16,18</sup>.

A seguir algumas sugestões de tópicos para serem abordados nas estratégias de educação em saúde:

- Programas de conscientização para melhorar a adesão ao tratamento<sup>11,16</sup>.

- Programas para orientar sobre o controle do Peso/gordura corpórea e redução da ingestão de sódio na dieta<sup>11,16</sup>.
- Estimular a adesão a uma dieta saudável tipo DASH<sup>14</sup> – pactuar com o nutricionista do sistema prisional ou internos responsáveis pela preparação dos alimentos. As administrações prisionais precisam garantir que a PPL tenha acesso a uma dieta nutricionalmente adequada<sup>11</sup>.
- Orientar sobre o controle do estresse emocional e a contribuição para a prevenção da HAS<sup>14</sup>.
- Estimular a realização de atividade física<sup>14,16</sup>.
- Orientar para evitar o tabagismo, mantendo a restrição mesmo fora do ambiente prisional<sup>14</sup>.
- Moderação do consumo de álcool, quando fora do ambiente prisional<sup>13</sup>.
- Orientar sobre os fatores de risco para HAS (obesidade, uso de contraceptivos hormonais, predisposição familiar e transtornos do sono)<sup>14</sup>.
- Realizar capacitação dos profissionais, bem como orientar os policiais penais para essa articulação intersetorial (saúde x segurança).

# 11

## MONITORAMENTO E INTERVENÇÕES EMERGENCIAIS E FLUXOS DE REFERÊNCIA

### 11.1 Monitoramento

As unidade de saúde prisionais deve ter de forma rigorosa a lista nominal de todos os pacientes que possuem o diagnóstico de HAS, bem como outras comorbidades a fim de planejar e direcionar estratégias de cuidado para esse público.

Alguns exames laboratoriais podem ser utilizados para monitoramento dos pacientes com HAS. Essa estratégia é fundamental para a prevenção de complicações e para a manutenção da qualidade de vida dos pacientes com HAS (prevenção terciária).

O acompanhamento do paciente hipertenso no sistema prisional **deve ser mensal**, principalmente após o início ou com a modificação dos medicamentos anti-hipertensivos até que os pacientes alcancem a meta estabelecida. A periodicidade das consultas de acompanhamento também deve ser baseada no risco cardiovascular.

O tratamento farmacológico da HAS pode ser oferecido por profissionais não médicos, como farmacêuticos e enfermeiros, desde que sejam cumpridas as condições de treinamento adequado, autoridade para a prescrição, protocolos

específicos de manejo e supervisão médica<sup>15</sup>.

Se a pressão arterial permanecer descompensada mesmo com o uso de medicação, solicitar a repetição da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)<sup>12,13,14,18</sup>. Nesse caso, é importante sinalizar para a equipe de saúde e polícias penais que o paciente em acompanhamento pelo MAPA deverá comparecer regularmente ao setor de saúde para aferição da pressão arterial.

## **11.2 Intervenções Emergenciais**

Algumas situações emergenciais do paciente com complicações relacionadas à HAS, como o diagnóstico de crises hipertensivas, AVC e infarto, serão descritos a seguir.

### **Urgência Hipertensiva**

A pressão arterial deve ser reduzida durante o período de 24h, com uso de medicamento Via Oral (VO), sendo o Captopril e a Clonidina os mais utilizados<sup>12,14</sup>.

### **Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio**

Para diagnóstico diferencial, deve ser feita uma Tomografia Computadorizada (TC) e classificado o AVC em isquêmico ou hemorrágico, além de referenciar para os serviços com mais alto nível de atenção, bem como serviços de urgência e emergência devido ao risco iminente à vida ou lesão orgânica grave<sup>12,14</sup>.

### **HAS e Doença Arterial Coronária (DAC)**

- Deve-se avaliar o risco cardiovascular no início ou após o início do tratamento farmacológico da HAS, mas somente quando isso for viável e não adiar a realização do tratamento<sup>15</sup>.
- A PA deve ser reduzida se  $\geq 140/90$  mmHg e tratada para uma meta  $< 130/80$  mmHg (sendo  $< 140/80$  em pacientes idosos)<sup>13,14</sup>.
- O tratamento antiplaquetário com ácido acetilsalicílico é rotineiramente

recomendado<sup>12,13,14,16</sup>.

- As mudanças no estilo de vida são recomendadas (dieta e exercícios)<sup>13,14,15</sup>.

### **HAS e AVC prévio**

- A PA deve ser reduzida se  $\geq 140/90$  mmHg e tratada para uma meta  $< 130/80$  mmHg (sendo  $< 140/80$  em pacientes idosos)<sup>13,14</sup>.
- Bloqueadores de sistema renina-angiotensina, Bloqueadores dos Canais de Cálcio (CCBs) e diuréticos são medicamentos de primeira linha<sup>13,14,15</sup>.
- O tratamento antiplaquetário é rotineiramente recomendado para AVC isquêmico, **mas não para AVC hemorrágico**, e deve ser cuidadosamente considerado em pacientes com AVC hemorrágico apenas na presença de uma forte indicação<sup>13,14</sup>.

### **HAS e Insuficiência Cardíaca (IC)**

- O tratamento da hipertensão arterial sistêmica tem um grande impacto na redução do risco de IC incidente e hospitalização. A PA deve ser reduzida se  $\geq 140/90$  mm Hg e tratada para uma meta  $< 130/80$  mmHg<sup>13,14</sup>.
- Bloqueadores do sistema de renina-angiotensina, antagonistas dos receptores mineralocorticoides e betabloqueadores são todos eficazes na melhora do resultado clínico em pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida estabelecida, enquanto para diuréticos, as evidências são limitadas à melhora sintomática. Os bloqueadores dos canais de cálcio são indicados em caso de controle inadequado da PA<sup>13,14</sup>.

### **HAS e Doença Renal Crônica (DRC)**

- A PA deve ser reduzida se  $\geq 140/90$  mmHg e tratada para uma meta  $< 130/80$  mmHg (sendo  $< 140/80$  em pacientes idosos)<sup>13,14</sup>.
- Em Doença Renal Crônica (DRC), principalmente em dialíticos, PAS com valores superiores a 160 mmHg ou  $< 110$  mmHg são relacionadas ao aumento da mortalidade<sup>14</sup>.
- Os inibidores de RAS são medicamentos de primeira linha porque reduzem

a albuminúria, além do controle da PA. Os bloqueadores dos canais de cálcio e diuréticos (diuréticos de alça se a taxa estimada de filtração glomerular <30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) podem ser adicionados<sup>13,14</sup>.

### **HAS e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**

- A PA deve ser reduzida se  $\geq 140/90$  mmHg e tratada para uma meta <130/80 mmHg (sendo <140/80 em pacientes idosos)<sup>13,14</sup>.
- Mudanças no estilo de vida (cessação do tabagismo) são obrigatórias.
- A estratégia de tratamento deve incluir um bloqueador do receptor AT da angiotensina (BRA) e um BCC e/ou diurético, enquanto betabloqueadores (seletivos para o receptor  $\beta_1$ ) podem ser usados em pacientes selecionados (por exemplo, DAC, IC)<sup>13,14</sup>.

Recomenda-se ainda que todas as unidades prisionais tenham um eletrocardiógrafo para realizar o eletrocardiograma em casos eletivos e de emergência e que os profissionais recebam capacitação para o manuseio do eletrocardiógrafo e do Desfibrilador Externo Automático (DEA).

## **11.3 Fluxos de Referência**

Recomenda-se encaminhar para centros especializados em casos de hipertensão de difícil controle, hipertensão secundária e emergências relacionadas a crises hipertensivas.

Pacientes que estejam realizado o tratamento com três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético, com adesão medicamentosa conferida e sem obter a pressão controlada, possivelmente possuem a hipertensão resistente. Esses indivíduos podem ser referidos a serviços especializados ou optar pela opção de teleconsulta para viabilizar um atendimento oportuno, com maior celeridade<sup>14,15</sup>.

É importante ressaltar que o atendimento integral depende de uma linha de cuidado com decisões compartilhadas entre os diversos profissionais que acompanham o paciente em diferentes áreas da saúde.

A nível secundário é possível encaminhar para os serviços de Cardiologia,

Nefrologia ou Endocrinologia de acordo com as situações clínicas específicas e seguindo esses critérios<sup>14,15</sup>:

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

**Para preenchimento da ficha de Encaminhamento são necessários alguns itens básicos a serem descritos:**

- ✓ Sinais e sintomas apresentados;
- ✓ Medicações em uso, com posologia e possíveis reações adversas;
- ✓ Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
- ✓ Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;
- ✓ Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
- ✓ Número da teleconsulta, se o caso for discutido com Telessaúde.

# 12

## QUADRO RESUMO

<b>Manejo Hipertensão Arterial Sistêmica no Sistema Prisional</b>	
<b>Classificação HAS</b>	<p>- A classificação da pressão arterial inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Normal (&lt;120/80 mmHg);;</li><li>• Pré-hipertensão (120-139/80-89 mmHg);</li><li>• Hipertensão estágio 1 (140-159/90-99 mmHg);</li><li>• Hipertensão estágio 2 (160-179/100-109 mmHg);</li><li>• Hipertensão estágio 3 - <math>\geq 180/\geq 110</math> mmHg).</li></ul>
<b>Triagem/Rastreamento</b>	<p>- Rastrear toda a PPL quando comparecer à unidade de atenção primária prisional e não tiver registro de ao menos duas aferições de pressão arterial nos últimos dois anos, deve tê-la verificada e registrada</p> <p>- Triagem obrigatória na admissão prisional por equipe multiprofissional.</p> <p>- Acompanhamento mensal com controle rigoroso dos pacientes com HAS, sendo possível mudança da</p>

	<p>periodicidade a partir do controle adequado da doença e do risco cardiovascular.</p>
<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A avaliação clínica do paciente hipertenso deve conter a anamnese, exame laboratorial e físico.</li> <li>- O diagnóstico da HAS é realizado quando há o registro da PA elevada em, pelo menos, duas medidas em encontros clínicos diferentes.</li> <li>- Estratificação do risco cardiovascular obrigatória.</li> <li>- Avaliação clínica com apoio dos policiais penais (retirada de algemas, escolta).</li> </ul>
<b>Exames Laboratoriais</b>	<p>- Avaliação complementar: Hemograma, urina, eletrólitos (potássio, cálcio), TGO/TGP, creatinina, perfil lipídico, ácido úrico, ferro sérico. Solicitação de exames na triagem e anuais para acompanhamento.</p>
<b>Tratamento Farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O tratamento pode ser realizado com o uso de anti-hipertensivos conforme o estágio da doença.</li> <li>- O tratamento medicamentoso deve se associar às medidas não medicamentosas. As classes de anti-hipertensivos preferenciais são: diurético tiazídico ou similar, inibidores da enzima conversora de angiotensina, BCC, bloqueadores dos receptores de angiotensina e betabloqueadores.</li> <li>- No sistema prisional prioriza-se medicação VO, em uma única dose.</li> <li>- Dispensação feita por técnico de enfermagem com escolta e controle de tomada diária com auxílio dos policiais penais.</li> </ul>
<b>Tratamento não farmacológico</b>	<p>- Mudança de Estilo de Vida (MEV): orientações em grupos educativos com rodízio de participantes para contemplar toda a PPL.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividade física: supervisionada por educadores físicos nos pátios.</li> <li>- Nutrição: dieta personalizada hipossódica, prescrita pela nutricionista e requisitada à empresa fornecedora de alimentação ou instruída aos responsáveis pela alimentação.</li> </ul>
<b>Educação e continuidade do cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação em saúde para a PPL sobre autocuidado, prevenção de complicações.</li> <li>- Educação continuada para profissionais e equipe de segurança.</li> <li>- Na saída do sistema prisional fornecer medicação e contatos de referência para seguimento em liberdade.</li> </ul>
<b>Monitoramento e Intervenções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter planilhas de monitoramento atualizadas por unidade.</li> <li>- Acompanhamento mensal dos pacientes hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.</li> <li>- Atenção redobrada aos riscos de complicações.</li> <li>- Encaminhamentos conforme RAS com preenchimento de fichas de referência e comunicação entre os serviços.</li> </ul>

Fonte: elaborada pelos autores.

**Quadro 6** – Quadro Resumo. Fortaleza, CE, 2025.

# 13

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Protocolo Clínico para o cuidado da HAS na população privada de liberdade foi desenvolvido com o propósito de subsidiar a atuação dos profissionais de saúde prisional, alinhando as condutas clínicas presentes na atuação destes profissionais às evidências científicas disponíveis e às diretrizes nacionais de cuidado em saúde, levando em consideração o contexto prisional.

A incorporação dessas recomendações visa padronizar o manejo do DM no sistema prisional, promover a prevenção de agravos, qualificar o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento, além de garantir o acompanhamento contínuo e a integralidade do cuidado às pessoas privadas de liberdade.

Considerando as especificidades do ambiente prisional, este protocolo reforça a necessidade de uma abordagem humanizada, resolutiva e adaptada às condições estruturais e organizacionais dos serviços de saúde presentes nesse contexto de atuação específico.

Recomenda-se que este documento seja periodicamente revisado e atualizado à luz de novas evidências e necessidades do sistema prisional, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas à equidade e à garantia do direito à saúde dessa população.

## 14.1 FACILITADORES E BARREIRAS/ LIMITAÇÕES

A efetiva implementação do protocolo para HAS no sistema prisional depende de diversos fatores estruturais, organizacionais e humanos. Dentre os facilitadores, a partir das visitas técnicas e entrevistas com profissionais e gestores do sistema prisional, pode-se destacar:

- Existência de equipes de saúde atuantes na eaPP com expertise estabelecida com a PPL;
- Reconhecimento da HAS como condição crônica prevalente no sistema prisional;
- Disponibilidade de protocolos clínicos gerais do SUS que embasam a adaptação contextualizada;
- Parcerias interinstitucionais entre a Secretaria de Administração Administração Penitenciária e Ressocialização e a Secretaria de Saúde do Estado.

Com relação às barreiras e limitações potenciais, destaca-se:

- A falta de diretrizes específicas para o contexto prisional, o que implica em maior dificuldade de implementação de determinadas recomendações.

- Infraestrutura limitada para a realização de exames complementares e acompanhamento contínuo;
- Superlotação das unidades prisionais e sobrecarga dos profissionais de saúde, bem como a rotatividade de profissionais de saúde nas unidades prisionais, o que pode comprometer a continuidade do cuidado;
- Dificuldade de acesso a medicamentos de forma regular;
- Baixa capacitação específica de profissionais sobre o manejo da HAS no contexto da atuação para a população privada de liberdade;
- Limitações de tempo e espaço físico para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e educação em saúde.

## 14.2 PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do protocolo deverá seguir um plano estruturado, com articulação entre as instâncias gestoras do sistema prisional e do sistema de saúde que compõem as redes de atenção à saúde, conforme as seguintes etapas:

- **Apresentação e validação do protocolo:** realizada junto às coordenações regionais de saúde prisional e gestores penitenciários;
- **Capacitação dos profissionais de saúde das unidades prisionais:** capacitação sobre as diretrizes contidas no protocolo, com foco na padronização das condutas relacionada ao manejo da H;
- **Distribuição do protocolo:** distribuição em formato impresso e digital, com linguagem acessível e material de apoio clínico que esteja de fácil acesso para os profissionais;
- **Integração do protocolo:** integração aos fluxos de atendimento existentes com a equipe multiprofissional, com inserção nas rotinas de acolhimento, triagem, consultas médicas e de enfermagem;
- **Monitoramento inicial:** monitoramento da adesão dos profissionais por meio de visitas técnicas e supervisão matricial e debate entre os profissionais do sistema prisional e da Universidade Federal do Ceará.

### **14.3 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento e a avaliação do protocolo para HAS no sistema prisional deverão ser contínuos e articulados com os sistemas de informação em saúde já utilizados nas unidades prisionais, como o e-SUS APS Prisional e o Sistema de Informação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).

Indicadores sugeridos para monitoramento incluem:

- Percentual de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de HAS registrado;
- Proporção de pessoas com HAS acompanhadas regularmente conforme a estratificação de risco;
- Taxa de controle pressórico nos atendimentos de seguimento;
- Frequência de dispensação de medicamentos anti-hipertensivos;
- Registro de ações de educação em saúde relacionadas à prevenção e autocuidado em HAS.

A avaliação de impacto deverá considerar:

- Redução de agravos relacionados à hipertensão não controlada (ex.: AVC, IAM);
- Melhoria na qualidade de vida autorreferida pelas pessoas privadas de liberdade com HAS;
- Consolidação de rotinas assistenciais voltadas ao cuidado contínuo das condições crônicas nas unidades.

Recomenda-se uma revisão técnica do protocolo e das realidades observadas nos serviços prisionais de saúde com base nas novas evidências disponíveis, com uma revisão de no mínimo a cada dois anos visando garantir a atuação do protocolo.

### **14.4 CONFLITOS DE INTERESSE**

Não houve conflito de interesse entre os colaboradores no desenvolvimento do referido protocolo clínico.

## **14.5 ÓRGÃO FINANCIADOR**

A construção do protocolo é parte de um metaprojeto intitulado Promoção da saúde e qualidade de vida no sistema penitenciário do Ceará, financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) por meio do Programa Cientista Chefe.

## **14.6 RISCOS E BENEFÍCIOS**

Sobre os riscos e benefícios, a implementação de um protocolo para o cuidado da HAS no ambiente prisional configura-se como uma estratégia inovadora e necessária, uma vez que ainda não existem no Brasil protocolos específicos voltadas a esse contexto.

Entre os benefícios, destacam-se a possibilidade de padronizar condutas clínicas, ampliar a efetividade do cuidado, favorecer a promoção da saúde e reduzir complicações associadas à doença.

No entanto, a efetivação dessa proposta enfrenta riscos e desafios relacionados a fatores estruturais, organizacionais e humanos, como a infraestrutura limitada, a dificuldade de acesso regular a exames e medicamentos, a sobrecarga e rotatividade de profissionais, além da ausência de capacitação específica e de diretrizes adaptadas à realidade prisional, o que pode comprometer a aplicabilidade do protocolo.

## REFERÊNCIAS

1. Governo do Estado do Ceará. Lei nº 17.378, de 4 de janeiro de 2021. Institui o Programa Cientista-Chefe no âmbito do Estado do Ceará e adota outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará, Fortaleza, 4 jan. 2021. Disponível em: <https://bela.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/educacao/item/7158-lei-n-17-378-04-01-2021-d-o-04-01-21>
2. Dammero DR, Pretto ADB, Ulguim KB, Massaut KB, Silva EP, Rodrigues RR, et al. Perfil e estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de nutrição do Sul do Brasil. Rev Bras Obes Nutr Emagrecimento [Internet]. 2019[cited 2020 Dec 20];13(77):54-60. Available from: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/877>. Accessed 18 April 2025.
3. Global Burden of Disease (GBD). Collaborative Network, Global Burden of Disease Study, 2021. Results (2024, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME). Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. Accessed 15 April 2025.
4. Serra RM, Ribeiro LC, Ferreira JBB, Santos LL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, 2022;27(12):4475-4484. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10072022EN>. Accessed 15 April 2025.
5. Papa V, Tafuri D, Vaccarezza M. Could Physical Activity Have any Role in Cardiovascular Disease Prevention in Prisoners? A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021;18(5):2307. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052307>.

Accessed 20 April 2025.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.
7. Bondolfi C, Taffe P, Augsburger A, et al. Impact of incarceration on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-regression on weight and BMI change. *BMJ Open* 2020;10:e039278. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039278>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, 2014. 108 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 138 p.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre novas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos no cenário brasileiro. *Diário Oficial da União*, 2012. 32 p.
11. World Health Organization (WHO). The WHO prison health framework: a framework for assessment of prison health system performance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342869>. Accessed 15 April 2025.
12. Brugugnolli ID, Claudino LGC, Costa AF. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde de Catanduva-SP. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde de Catanduva-SP. 1 ed. Catanduva, 2020. 34 p.
13. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. 2020;75:1334–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>. Accessed 15 April 2025.
14. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitosa ADM, Mota-Gomes MA, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). 2025;00(00):00. Doi: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20250624>
15. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Diretriz para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial em adultos. Brasília, DF: OPAS; 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726266>

16. Federal Bureau of Prisons (BOP). Preventive health care screening. Federal Bureau of Prisons Clinical Guidance [Internet]. 2022 [acesso 2025 Jul 15]. Disponível em: [https://www2.fed.bop.gov/resources/pdfs/preventive\\_health\\_care\\_cg\\_2022.pdf](https://www2.fed.bop.gov/resources/pdfs/preventive_health_care_cg_2022.pdf)
17. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
19. Sanchez-Lastra MA, Álvarez VD, Pérez CA. Effectiveness of prison-based exercise training programs: a systematic review. *J Phys Act Health* 2019;16(12):1196-1209. Available from: <https://doi.org/10.1123/jpah.2019-0049>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Escore de risco global (ERG) de Framingham. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2026 Mar 6]. Available from: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/escore-risco-global-framingham>

**Fonte das figuras:** <https://www.flaticon.com/br/>; <https://chat.openai.com/>; <https://canva.com>.

# Anexo A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ - UFC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO PROTOCOLOS DE GESTÃO E PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA ATENÇÃO EM SAÚDE DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DO CEARÁ

**Pesquisador:** Ana Karina Bezerra Pinheiro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 70073223.0.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.745.715

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem como tema central a atenção em saúde de pessoas privadas de liberdade. O acesso da população privada de liberdade às ações e aos serviços de assistência à saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080/1990 que regula o SUS pela Lei nº 7.210/1984. A completude dessa melhoria que vem sendo implementada na assistência à saúde no ambiente prisional do Ceará ocorrerá com o desenvolvimento e a implementação de protocolos que sejam validados, contendo informações necessárias à promoção da assistência dos usuários do sistema prisional e para a gestão dos servidores da Secretaria de Administração Penitenciária. O desenvolvimento de tecnologias que visem aprimorar o conhecimento técnico-científico de profissionais da saúde deve ser incentivado, pois os profissionais de saúde, ao utilizarem o protocolo clínico, poderão ter mais segurança na realização do atendimento ao paciente, adquirindo maior conhecimento para embasar sua prática, pautada em evidências científicas. Assim, o objetivo deste projeto de pesquisa é construir e validar protocolos de gestão, clínicos e de uso para assistência à saúde de pessoas privadas de liberdade do Ceará. Será realizada uma pesquisa de desenvolvimento, dividida em cinco etapas adaptadas dos estudos de Ribeiro (2010) e Werneck, Faria e Campos (2009) para elaboração de protocolos clínicos: 1) refinar os tópicos/questões; 2) realizar uma revisão sistemática; 3) estabelecer recomendações para pesquisa e atualização da

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**CEP:** 60.430-275

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.745.715

diretriz/protocolo; 4) garantir a revisão por pares; 5) planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação. Na etapa de refinamento dos tópicos/questões, serão definidos o objetivo geral e os específicos do protocolo, bem como o protocolo que será constituído. Para a construção desses tópicos, será utilizada a técnica de Brainstorming ou “chuva de ideias”, de modo eletrônico. Na etapa de revisão sistemática, serão extraídas as melhores evidências disponíveis a serem implementadas na prática clínica. Esse momento será realizado com cinco a sete profissionais da saúde com prática clínica das áreas de interesse dos protocolos que atuam ou atuaram no último ano no sistema penitenciário. O convite será realizado presencialmente nas unidades do sistema penitenciário ou por contato telefônico. O momento do Brainstorming será agendado em local, data e horário previamente combinados com todos os participantes. Será solicitado que os profissionais debatam sobre conteúdos que não poderão deixar de ser contemplados no protocolo clínico em questão, prioridades no atendimento, principais dificuldades, queixas e complicações observadas. Na etapa de estabelecimento das recomendações para a pesquisa e a atualização da diretriz/protocolo, os protocolos serão elaborados em forma de texto e representado na forma gráfica de fluxogramas com algoritmos, quando necessário. Na etapa de revisão por pares, será realizada a técnica Delphi. O processo se repetirá até que se atinja o consenso entre os participantes de 70 a 80% ou uma porcentagem arbitrada e devidamente justificada pelo pesquisador. Esta etapa agregará no mínimo sete e no máximo 30 profissionais de saúde com experiência em pesquisa de no mínimo 5 anos na área de interesse do protocolo, residentes no local de realização da pesquisa. A captação será realizada por meio do currículo Lattes. Será agendado um encontro para a assinatura do TCLE e entrega do protocolo e instrumento. Após 30 dias, será agendado um encontro para debate e verificação do consenso. Na etapa de planejamento da disseminação da diretriz/protocolo, será realizada uma avaliação da qualidade do protocolo. Serão realizadas consultas a juízes profissionais da saúde com prática clínica nas áreas de interesse dos protocolos, que atuam ou atuaram no último ano no sistema penitenciário e que obtenham escore mínimo de cinco pontos entre os critérios definidos sobre prática clínica, de pesquisa e de participação em grupos de pesquisa. Estes profissionais serão os mesmos que participaram do Brainstorming. Os instrumentos de coleta consistirão em: dados referentes ao avaliador; segunda parte com o Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II). O AGREE II consiste em uma ferramenta de 23 itens, abrangendo seis domínios de qualidade com uma escala Likert de 1 a 7 (1: discordo totalmente a 7: concordo totalmente) para pontuação de cada item. Os seis domínios são: escopo e

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.745.715

finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza e apresentação, aplicabilidade e, por último, independência editorial.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Construir e validar protocolos de gestão, clínicos e de uso para assistência à saúde de pessoas privadas de liberdade do Ceará.

Objetivo Secundário:

Construir protocolos de gestão e clínicos para assistência à saúde de pessoas privadas de liberdade; Realizar validação de conteúdo e aparência dos protocolos de gestão e clínicos com especialistas; Verificar a confiabilidade dos protocolos de gestão em saúde e clínicos com a população alvo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Risco psíquico mínimo ao suscitar problemas e demandas assistenciais e de gestão de um contexto de vulnerabilidade, além da demanda de tempo ao participar da pesquisa.

Benefícios: O projeto apresenta como resultado concreto protocolos de gestão e de assistência à saúde que visam colaborar com a proteção da saúde, a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas privadas de liberdade. Ferramentas válidas, acessíveis e direcionadas à assistência à saúde dos internos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta tema relevante. Objeto de estudo está adequadamente fundamentado em revisão bibliográfica atual. Os objetivos estão apresentados e são claros e factíveis. O método está detalhado e atende aos. Preceitos da ética em pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 510/2016.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa não apresenta pendências dos aspectos éticos e documentais.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.745.715

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2143016.pdf	29/01/2024 19:18:23		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_atual_assinado.pdf	29/01/2024 19:17:28	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS_atual.pdf	26/01/2024 10:57:46	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CienChefeSAP_SubProjeto2_atual.pdf	26/01/2024 10:57:10	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_APRECIACAO_CEP_UFC_atual.pdf	26/01/2024 10:56:41	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_CONCORDANCIA_PESQUISADOR_atual.pdf	26/01/2024 10:56:15	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINANCEIRO_atual.pdf	26/01/2024 10:55:56	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_atual.pdf	26/01/2024 10:55:45	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES_atual.pdf	26/01/2024 10:48:35	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EXPERTS_atual.pdf	26/01/2024 10:47:18	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_BRAINSTORMING_atual.pdf	26/01/2024 10:47:06	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	16/05/2023 21:05:26	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.745.715

FORTALEZA, 05 de Abril de 2024

---

**Assinado por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

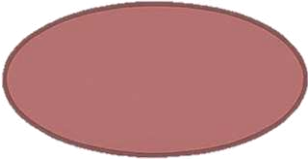

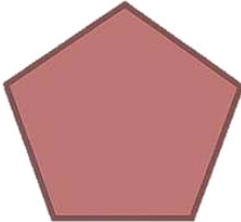

**CEP:** 60.430-275

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Página 05 de 05

## Anexo B – SÍMBOLOS PADRÕES E DEFINIÇÕES UTILIZADOS NOS ALGORITMOS

Símbolo	Definição
<p style="text-align: center;"><b>OVAL</b></p> 	<p>Cada algoritmo começa com um desenho oval, representando uma população de pacientes com uma característica definida, sintomas e queixas. São também chamados de quadros clínicos.</p>
<p><b>CIRCULO GRANDE OU FIGURA OVAL</b></p> 	<p>Usado como “saída”, ou seja, cada vez que um processo chega a uma etapa conclusiva. Desse elemento gráfico não partem flechas, é figura de encerramento.</p>
<p><b>HEXAGONAL/LOSÂNGULO</b></p> 	<p>São decisivos para os próximos passos e, por isso, são denominados pontos de decisão. São representadas pelos hexágonos ou losangos, são os pontos dicotômicos, os quais tem somente dois possíveis desfechos: sim ou não.</p>
<p><b>RETÂNGULOS</b></p> 	<p>Grupos específicos do processo de atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas.</p>

Fonte: Werneck; Faria; Campos, 2009<sup>17</sup>.

## Anexo C – TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO



### DECLARAÇÃO DE RECUSA DE MEDICAÇÃO E ABANDONO DE TRATAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, filiação: \_\_\_\_\_  
declaro, para os devidos fins, que:

1. Fui devidamente informado(a) por profissional de saúde acerca do diagnóstico atribuído a mim, bem como das opções de tratamento disponíveis, incluindo o uso de medicação, seus possíveis benefícios, riscos, efeitos colaterais e consequências da não adesão ao tratamento.
2. Estou ciente de que a interrupção ou recusa do tratamento pode acarretar agravamento do meu quadro clínico, recaídas, prejuízos à minha saúde física e mental.
3. **De forma livre, consciente e voluntária**, declaro que **RECUSO** o uso de medicação prescrita e **OPTO PELO ABANDONO DO TRATAMENTO**, assumindo integralmente a responsabilidade por eventuais consequências decorrentes dessa decisão.
4. Declaro, ainda, que esta decisão não foi tomada sob coação, ameaça ou pressão de terceiros, estando eu em pleno gozo de minhas faculdades mentais no momento da assinatura deste documento, excluindo esta Unidade Prisional de qualquer responsabilidade ou consequência que venham a surgir posteriormente.

Itaitinga/Aquiráz,

\_\_\_\_\_  
CUSTODIADO

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## Anexo D – ESCORE DE RISCO GLOBAL DE FRAMINGHAM (ERG)

### Atribuição de pontos de acordo com o risco global - Mulheres

Pontos	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Idade em anos				30-34 anos		35-39 anos		40 - 44 anos	45 - 49 anos		50 - 54 anos	55 - 59 anos	60 - 64 anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	≥ 75 anos
HDL - C		≥ 60 mg/dL	50 a 59 mg/dL	45 a 49 mg/dL	35 a 44 mg/dL	<35 mg/dL										
Colesterol total				<160 mg/dL	160 a 199 mg/dL		200 a 239 mg/dL	240 a 279 mg/dL	≥280 mg/dL							
Pressão arterial sistólica (PAS) – não tratada	<120 mmHg			120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 149 mmHg		150 a 159 mmHg	≥160 mmHg							
Pressão arterial sistólica (PAS) – tratada			<120 mmHg			120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg		140 a 149 mmHg	150 a 159 mmHg	≥160 mmHg					
Fumo				Não			Sim									
Diabetes				Não				Sim								

### Tabela de Risco: Mulheres

Pontos	Risco %
≤ -2	<1%
-1	1,0%
0	1,2%
1	1,5%
2	1,7%
3	2,0%
4	2,4%
5	2,5%
6	3,3%
7	3,9%
8	4,5%
9	5,3%
10	6,3%
11	7,3%
12	8,6%
13	10,0%
14	11,7%
15	13,7%
16	15,9%
17	18,5%
18	21,6%
19	24,8%
20	28,5%
≥ 21	>30%

## Atribuição de pontos de acordo com o risco global - Homens

Pontos	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Idade em anos			30-34 anos		35-39 anos			40 - 44 anos	45 - 49 anos		50 - 54 anos		55 - 59 anos	60 - 64 anos	65 - 69 anos		70 - 74 anos	≥ 75 anos
HDL - C	≥ 60 mg/dL	50 a 59 mg/dL	45 a 49 mg/dL	35 a 44 mg/dL	<35 mg/dL													
Colesterol total			<160 mg/dL	160 a 199 mg/dL	200 a 239 mg/dL	240 a 279 mg/dL	≥280 mg/dL											
Pressão arterial sistólica (PAS) - não tratada	<120 mmHg		120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 159 mmHg	≥160 mmHg												
Pressão arterial sistólica (PAS) - tratada			<120 mmHg		120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 159 mmHg	≥160 mmHg										
Fumo			Não				Sim											
Diabetes			Não			Sim												

### Tabela de Risco: Homens

Pontos	Risco %
≤ -3	<1%
-2	1,1%
-1	1,4%
0	1,6%
1	1,9%
2	2,3%
3	2,8%
4	3,3%
5	3,9%
6	4,7%
7	5,6%
8	6,7%
9	7,9%
10	9,4%
11	11,2%
12	13,2%
13	15,6%
15	21,6%
16	25,3%
17	29,4%
≥ 18	>30%

#### Estratificação do risco cardiovascular



DRC: doença renal crônica (taxa de filtração glomerular < 60 mL/mn/m<sup>2</sup>, não dialítica); ER: estratificadores de risco; ERG: escore de risco global.

Brasil. Ministério da Saúde. Escore de risco global (ERG) de Framingham. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2026 Mar 6]. Available from: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/escore-risco-global-framingham><sup>20</sup>

## APÊNDICE A - ESTRATÉGIA DE BUSCA

Database	Search query 2025, Jun 01 <sup>th</sup>
<b>Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Lilacs e BDEF estão incluídas</b>	<pre> ((((((((Guideline) OR (Practice Guideline)) OR (Clinical Guidelines)) OR (Clinical Practice Guideline)) OR (Clinical Protocols)) OR (Clinical Protocol)) OR (Protocol, Clinical)) OR (Protocols, Clinical)) OR (Protocols, Treatment)) OR (Treatment Protocol)) OR (Treatment Protocols)) AND ((((((((Prisoners) OR (Prisoner)) OR (Prisons)) OR (Penitentiaries)) OR (Penitentiary)) OR (Prison)) AND (hypertension) </pre>
<b>SciVerse Scopus</b>	<pre> ( TITLE-ABS-KEY ( guideline OR practice AND guideline OR clinical AND protocols OR treatment AND protocol ) AND TITLE-ABS-KEY ( prisoners OR prisoner OR prisons OR penitentiaries OR penitentiary OR prison ) ) AND TITLE-ABS- KEY (hypertension ) ) </pre>
<b>Medline via PubMed</b>	<pre> ((((((((Guideline) OR ("Practice Guideline")) OR ("Clinical Protocols")) OR ("Protocol, Clinical")) OR ("Treatment Protocols")) OR ("Treatment Protocol")) AND (Prisoners)) OR (Prison)) OR (Penitentiary)) AND (Hypertension) </pre>
<b>Web of Science</b>	<pre> ((((((((((((TS=(Guideline)) OR TS=("Practice Guideline")) OR TS=("Clinical Protocols")) OR TS=("Protocol, Clinical")) OR TS=("Clinical Protocol")) OR TS=("Treatment Protocols")) OR TS=("Protocols, Treatment")) AND TS=(Prisoners)) OR </pre>

	TS=(Prisoner) OR TS=(Prison) OR TS=(Penitentiaries) OR TS=(Penitentiary) AND TS=(Hypertension)
<b>EMBASE</b>	('guideline'/exp OR guideline OR 'practice guideline'/exp OR 'practice guideline' OR 'clinical practice guideline' OR 'clinical protocols' OR 'protocols, clinical' OR 'protocols, treatment') AND (prisoners OR prisoner OR prisons OR penitentiaries) AND hypertension
<b>Cochrane Library Cochrane Protocols</b>	Guideline in Title Abstract Keyword AND Prisoners in Title Abstract Keyword OR Prison in Title Abstract Keyword OR Penitentiary in Title Abstract Keyword AND "Hypertension" in Title Abstract Keyword
<b>Grey Literature</b>	
<b>Open Grey</b>	Prisoners Guideline AND Prisoners Guideline AND Hypertension
<b>Catálogo de teses e dissertações Capes (BDTD)</b>	Guideline AND Prisoners Protocolos AND Prisões Hipertensão e prisão
<b>Conselho Nacional de Justiça (CNJ)</b>	Hipertensão e prisão
<b>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</b>	Guideline OR Practice OR Protocols OR Treatment OR Protocol OR Clinical Protocols AND Prisoners OR Hostage OR Prisoner OR Prisons OR Penitentiaries OR Penitentiary OR Prison AND Hypertension
<b>Ministério da Saúde (MS)</b>	Hipertensão e prisão Guideline AND Prisoners Guideline AND Hypertension

<b>Organização Mundial da Saúde (OMS)</b>	Guideline OR Practice OR Protocols OR Treatment OR Protocol OR Clinical Protocols AND Prisoners OR Hostage OR Prisoner OR Prisons OR Penitentiaries OR Penitentiary OR Prison AND Hypertension
<b>Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)</b>	Guideline OR "Clinical Protocols" AND Prisoners Guideline AND Prisoners Guideline AND Hypertension
<b>Academic Search Premier - ASP (EBSCO)</b>	(guideline OR "practice guideline" OR "clinical practice guideline" OR "Clinical Guidelines" OR "clinical protocols" OR "Clinical Protocol" OR "Protocol, Clinical" OR "protocols, clinical" OR "Treatment Protocols" OR "protocols, treatment" OR "Treatment Protocol" OR "Practice Guidelines as Topic" OR "Clinical Guidelines as Topic" OR "Best Practices" OR "Best Practice") AND (prisoners OR prisoner OR "Incarcerated Individuals" OR "Incarcerated Individual" OR "Individual, Incarcerated" OR "Imprisoned Individuals" OR "Imprisoned Individual" OR "Individual, Imprisoned" OR Inmates OR Inmate OR "Detained Persons" OR "Detained Person" OR "Person, Detained" OR prisons OR prison OR penitentiaries OR penitentiary) AND (hypertension)
<b>Canadian Medical Association</b>	Guideline AND Prisoners Guideline AND Hypertension
<b>Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec)</b>	Guideline AND Prisoners Guideline AND Hypertension
<b>The magazine of the National Commission on Correctional Health Care (ncchc)</b>	Guideline AND Prisoners Guideline AND Hypertension
<b>National Health and Medical Research Council (NHMRC)</b>	Guideline AND Prisoners Guideline AND Hypertension
<b>Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</b>	Guideline AND Prisoners Guideline AND Hypertension

<b>GIN - Guidelines International Network</b>	Guideline AND Hypertension Guideline AND Prisoners
<p style="text-align: center;"><b>Repositórios e websites governamentais</b></p> <p>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); National Health and Medical Research Council (NHMRC); Canadian Medical Association InfoBase; US National Guideline Clearinghouse; Guidelines International Network; Ontario Guidelines Advisory Committee (GAC) recommended Clinical Practice Guidelines; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Organização Mundial da Saúde (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Ministério da Saúde do Brasil (MS); Conselho Nacional de Justiça (CNJ); Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC); The magazine of the National Commission on Correctional Health Care; <a href="https://guidelines.ebmportal.com/">https://guidelines.ebmportal.com/</a></p>	
<p>Guideline OR "Practice Guideline" OR "Clinical Practice Guideline" OR "Clinical Protocols" OR "Clinical Protocol" OR "Protocols, Clinical" OR "Protocols, Treatment" OR "Treatment Protocol" OR "Treatment Protocols" AND Prisoners OR Prisoner OR Prisons OR Penitentiaries OR Penitentiary OR Prison</p>	

Fonte: elaborado pelos autores.

## APÊNDICE B – COLABORADORES

<b>Comitê de Organização</b>			
	<b>Nome</b>	<b>Afiliações</b>	<b>Titulação</b>
1	Ana Izabel Oliveira Nicolau	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem
2	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem
3	Paula Renata Amorim Lessa	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem
4	Priscila de Souza Aquino	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem
5	Purdenciana Ribeiro de Menezes	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Doutorado em Enfermagem
6	Samila Gomes Ribeiro	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem

Fonte: elaborado pelos autores.

<b>Painel Multidisciplinar</b>				
	<b>Nome</b>	<b>Formação profissional</b>	<b>Afiliações</b>	<b>Titulação</b>
1	Ana Izabel Oliveira Nicolau	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem
2	Cynthia Catarine Pinheiro dos Santos	Enfermeira	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Especialista
3	Maiara Freitas de Queiroz	Médica	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização	Especialista

			(SAP)	
4	Allan Kennedy Leite da Silva	Farmacêutico	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Especialista
5	Paula Renata Amorim Lessa	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem
6	Priscila de Souza Aquino	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem
7	Purdenciana Ribeiro de Menezes	Enfermeira	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Doutorado em Enfermagem
8	Samila Gomes Ribeiro	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Doutorado em Enfermagem
9	Suiá Freitas de Queiroz	Psicóloga	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Mestre em Psicologia da Justiça
10	Sarenne Pacheco Barbosa	Cirurgiã-Dentista	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Mestre em Saúde Coletiva e Coordenadora de Execução da Saúde Prisional

11	Iana pascoal de lima	Enfermeira	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Especialista
12	Antonio Ronildo Araújo de Melo	Enfermeiro	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Especialista
13	Elisa Beatriz Santos Estrela	Cirurgiã-Dentista	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)	Especialista

Fonte: elaborado pelos autores.