



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIÚMA

LINHA DE CUIDADO ADULTOS E IDOSOS

Hipertensão Arterial Sistêmica

2025

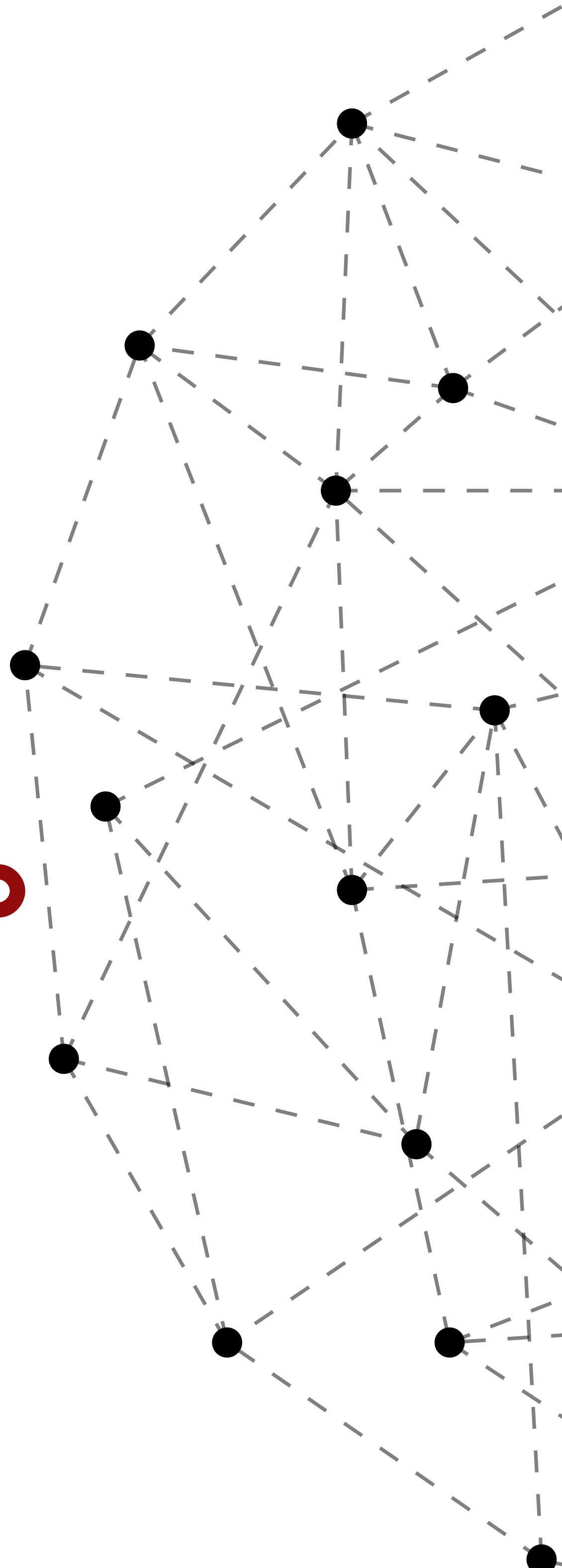


Prefeitura Municipal de Criciúma
Secretaria Municipal de Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde e
Humanização

LINHA DE CUIDADO ADULTOS E IDOSOS

Hipertensão Arterial Sistêmica

2025



Prefeitura Municipal de Criciúma, 2025. Todos os direitos reservados a Prefeitura Municipal de Criciúma - Secretaria Municipal de Criciúma. www.criciuma.sc.gov.br. Material produzido pelo NEPSHU (Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização) da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

PREFEITO MUNICIPAL

Vagner Espíndola

VICE-PREFEITO

Salésio Lima

Secretário Municipal de Saúde

Deivid de Freitas Floriano

Equipe Técnica

Ana Paula Aguiar Milanez - Gerente de Educação Permanente em Saúde e Humanização

Andréa Goulart de Oliveira - Gerente de Vigilância em Saúde

Andréia Bertoncini Pereira - Enfermeira Vigilância Epidemiológica

Bruna Giassi Wessler - Farmacêutica Equipe e-Multi

Francielle Lazzarin de Freitas Gava - Gerente de Atenção Primária à Saúde

Gislene Moretti Sakae - Médica Cardiologista da Secretaria Municipal de Saúde

Heby Varnier Mariano Farmacêutica - Gerente da Assistência Farmacêutica

Katiane Figueiredo Enfermeira - Gerente de Saúde Mental

Larissa Alves - Diretora do Centro de Inovação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Larissa de Oliveira de Batista - Farmacêutica Equipe e-Multi

Liz Corrêa Fabre - Nutricionista Coordenadora da ATAN

Luiza Silveira Lessa - Cirurgiã Dentista da Atenção Primária à Saúde

Tamara Machado França - Agente Comunitária de Saúde

Revisão Final

Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização - NEPSHU

Alaor Ernst Schein - Médico Responsável Técnico

Augusto Bitencourt - Médico da Atenção Primária à Saúde

Fábio Rosa Silva - Médico da Atenção Primária à Saúde

Fernanda Savi Damiani de Boit - Médica da Atenção Primária à Saúde

Gisleine Bittencourt Scotti - Médica Reguladora

Gislene Moretti Sakae - Médica Cardiologista

Jandir Pinho Neckel - Médico da Atenção Primária à Saúde

Mônica Dias Ferreira - Médica Residente de Medicina de Família e Comunidade

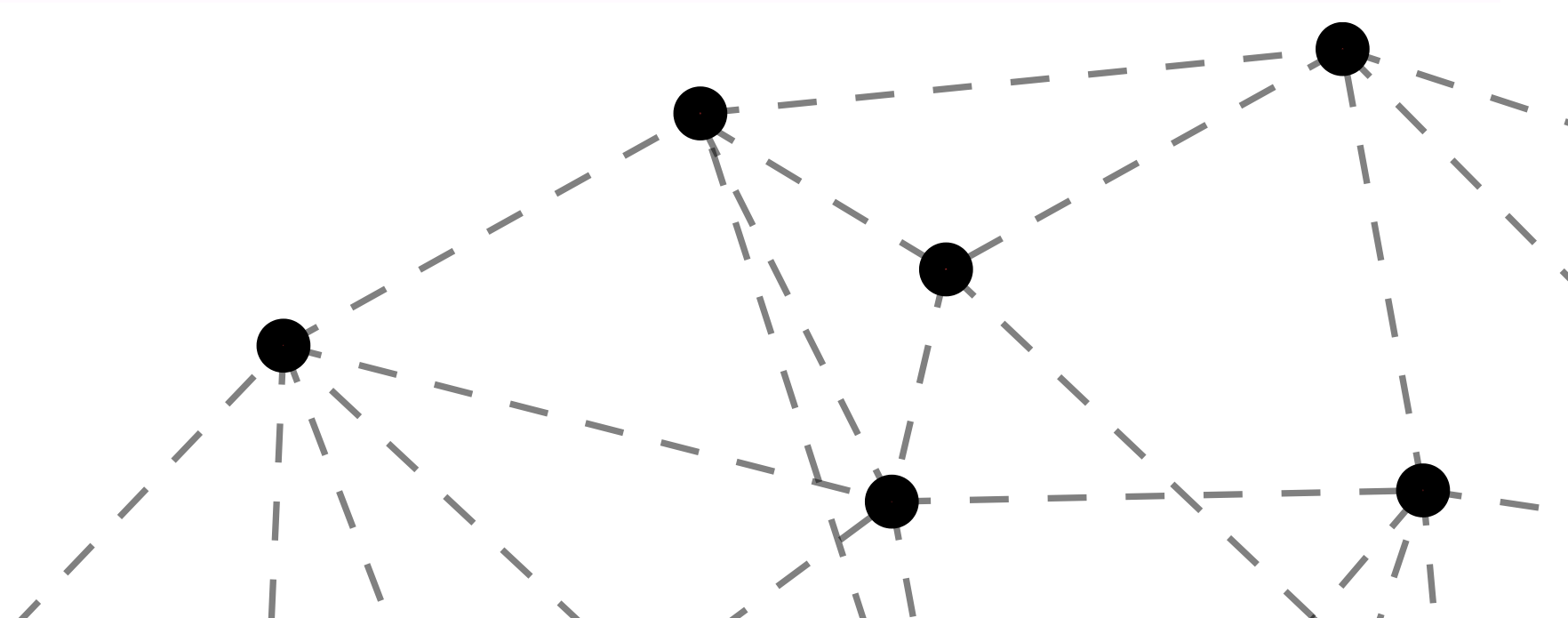
Peterson Rech Honorato - Médico da Atenção Primária à Saúde

Design Gráfico, Diagramação e Formatação

Ana Paula Aguiar Milanez e Larissa Alves

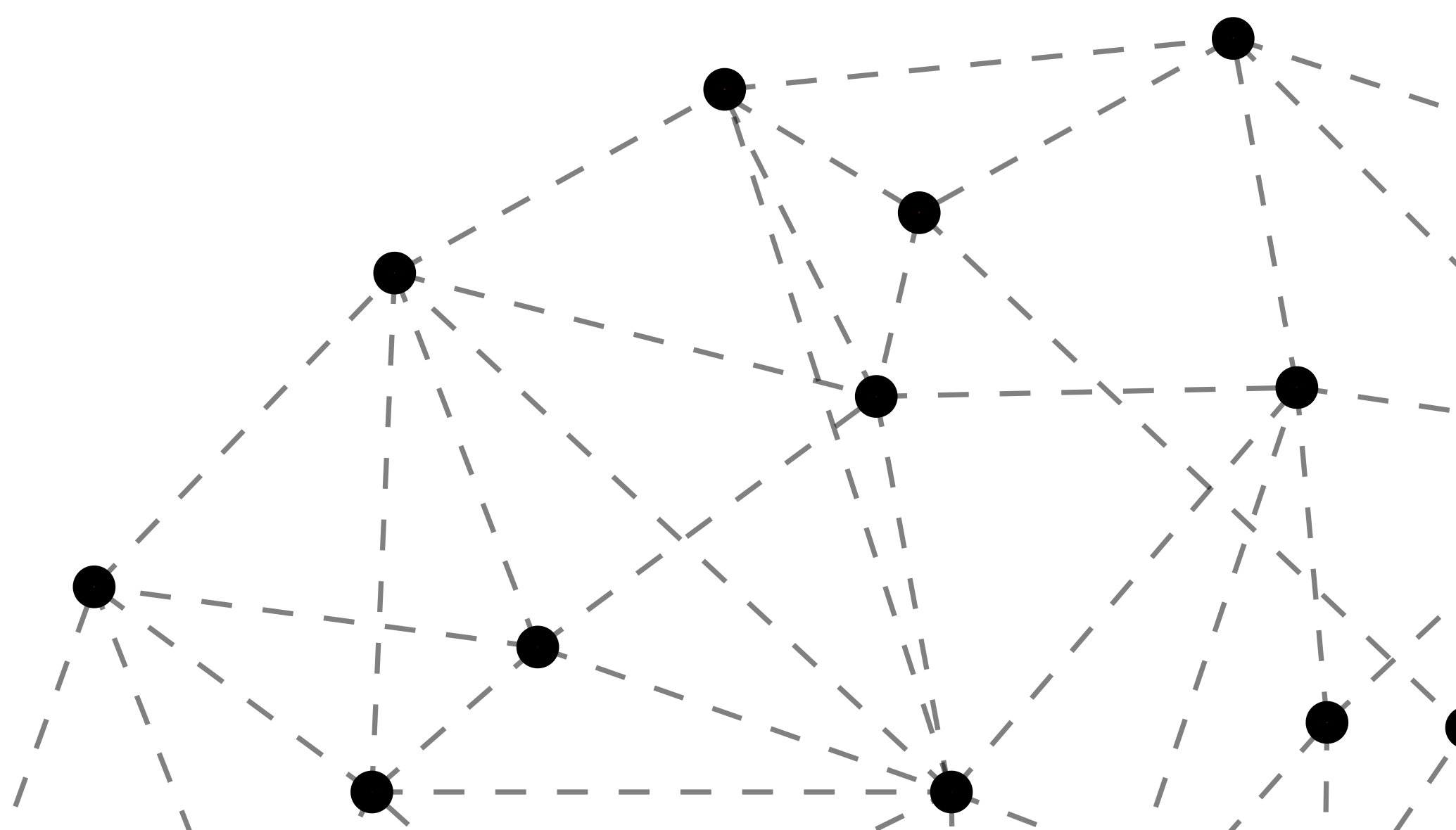
Lista de Siglas

Abefaco	Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
ACTH	hormônio adrenocorticotrófico
ALT	alanina aminotransferase
AOS	Apneia obstrutiva do sono
AST	aspartato aminotransferase
AVC	acidente vascular cerebral
BAVT	bloqueio atrioventricular
BRA	bloqueadores do receptor de angiotensina II
CE	consulta de enfermagem
CM	consulta médica
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CV	cardiovascular
DAC	doença arterial coronariana
DCV	doenças cardiovasculares
DM	diabetes mellitus
EAS	elementos anormais do sedimento
ECA	enzima conversora de angiotensina
ECG	eletrocardiograma
EQU	exame qualitativo de urina
ESE	escala de sonolência de Epworth
EV	endovenosa
GGT	gamaglutamiltransferase
GH	hormônio de crescimento
HAB	hipertensão do avental branco
HAR	hipertensão arterial resistente
HAS	hipertensão arterial sistêmica
HbA1c	hemoglobina glicosilada
HDL-C	colesterol HDL
HI	alto/não detectado
HM	Hipertensão Mascarada
IAH	índice de apneia-hipopneia
IATS	Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde
IC	insuficiência cardíaca
IECA	inibidores da enzima conversora de angiotensina
IMC	índice de massa corporal
INR	razão normalizada internacional
IV	intravenoso
LC	Linha de Cuidado
LDL-C	colesterol LDL
LO	baixo/não detectado



Lista de Siglas

LOA	lesões de órgão-alvo
m ²	metro quadrado
Mapa	monitorização ambulatorial da pressão arterial
MEV	mudança no estilo de vida
MRPA	medidas residenciais da pressão arterial
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo Ampliado à Saúde da Família
NT	não testável
PA	pressão arterial
PAS	pressão arterial sistólica
PAD	pressão arterial diastólica
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PTH	paratormônio
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCV	risco cardiovascular
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Saes/MS	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde
Sahos	síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono
Sampla	sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Saps	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SE	sala de estabilização
SRAA	sistema renina angiotensina aldosterona
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TFGe	taxa de filtração glomerular
TP	tempo de protrombina
TSH	hormônio tireoestimulante
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	ultrassonografia
VO	via oral



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1.1 Conceito.....	12
1.1.4 História Clínica.....	13
2 RASTREAMENTO.....	14
2.1 AFERIÇÃO DA PA.....	14
2.2 MEDIÇÃO DA PA FORA DO CONSULTÓRIO - MAPA e MRPA.....	17
2.2.1 Indicações clínicas para MAPA e MRPA.....	17
3 DIAGNÓSTICO.....	18
4 EXAMES COMPLEMENTARES.....	20
4.2 Exames laboratoriais.....	20
5 SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS COM AUMENTO DA PA.....	24
6 ESTRATIFICAÇÃO SEGUNDO FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV).....	25
7 ESCORE PREVENT PARA AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR.....	26
8 CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	27
8.1 FLUXOGRAMA DE CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	28
8.2 FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DA HAS NA APS.....	29
9 PROCESSO COMPLETO DA LINHA DE CUIDADO DO ADULTO COM HAS.....	30
10 PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO: TRATAMENTO INTEGRAL.....	31
10.1 PLANO DE CUIDADO.....	31
10.2 AUTOCUIDADO APOIADO.....	32
10.3 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.....	32
10.4 ASPECTOS RELEVANTES PARA O PLANO DE CUIDADO À PESSOA COM HAS.....	32
11 CONSULTA.....	34
11.1 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADO.....	34
11.2 AVALIAÇÃO NO IDOSO.....	34
11.3 ADESÃO E AUTOCUIDADO.....	35
11.3.1 Fluxograma do autocuidado.....	35
12 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	36
12.1 RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS.....	36
12.1.1 Lista de Medicamentos da REMUME para HAS.....	36
12.2 Quando Tratar?.....	37
12.2.1 Pré-Hipertensão ou Pressão Arterial Elevada.....	37
12.2.2 Hipertensos.....	37
12.3 FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	38
12.3.1 Monoterapia.....	38
12.3.2 Betabloqueadores.....	39
12.3.3 Quarto medicamento.....	39
12.3.4 Hipertensão resistente / Hipertensão refratária.....	40
12.3.5 Hipertensão no idoso.....	41

12.3.6 Evidências científicas do tratamento medicamentoso (Barroso et al.,2021).....	43
13 SEGMENTO DO PACIENTE COM HAS.....	43
13.1 Segmento ambulatorial.....	43
14 CRISE HIPERTENSIVA.....	44
4.1 MANEJO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	44
14.1.1 Emergência Hipertensiva - Pacientes COM lesão aguda de órgão-alvo.....	44
14.1.2 ELEVAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (SEM LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO-ALVO).....	45
14.1.2.1 Abordagem Geral	46
14.1.2.1.2 Metas terapêuticas.....	47
15 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	47
15.2 METAS DE TRATAMENTO.....	48
15.2.1 META DE TRATAMENTO NO PACIENTE DE RISCO CARDIOVASCULAR BAIXO OU MODERADO.....	47
15.2.2 META DE TRATAMENTO NO PACIENTE DE RISCO CARDIOVASCULAR ALTO.....	49
16 REGULAÇÃO: ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	50
16.1 TELECONSULTORIA	50
16.1.1 Fluxo de Teleconsultoria para médicos especialistas.....	50
16.2 REFERENCIA E CONTRARREFERÊNCIA.....	51
16.2.1 Fluxograma da Linha de Cuidados HAS - Regulação Atenção Especializada.....	52
17 CONDIÇÕES ESPECIAIS E HAS.....	53
17.1 HAS CRÔNICA X DIABETES.....	53
17.2 HAS CRÔNICA X POPULAÇÃO NEGRA.....	53
17.3 HAS CRÔNICA X DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.....	53
17.4 HAS CRÔNICA X DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	53
17.5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA GESTAÇÃO E DURANTE O ALEITAMENTO MATERNO.....	54
17.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE (HAR).....	54
17.6.1 Tratamento medicamentoso.....	54
17.7 HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA.....	55
17.8 DOENÇA RENAL PARENQUIMATOSA.....	55
17.9 DOENÇA RENOVASCULAR.....	55
17.10 COARTAÇÃO DE AORTA.....	55
17.11 SINDROME DE CUSHING.....	56
17.12 FEOCROMOCITOMA.....	56
17.13 HIPOTIREOIDISMO.....	56
17.14 HIPERTIREOIDISMO.....	56
17.16 ACROMEGALIA.....	56
18 PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	57
18.1 RECOMENDAÇÕES.....	58
19 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
ANEXO 1 - Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso (P.A.H.).....	61
APÊNDICE 1- Orientações gerais de MEV.....	62
REFERÊNCIAS.....	65

1 INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios da saúde em Criciúma é aprimorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde, promovendo uma maior integração entre os serviços e construindo linhas de cuidado que avancem em direção à integralidade. Para enfrentar esse desafio, é essencial contar com o trabalho multiprofissional e transdisciplinares das equipes, investir na resolubilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e oferecer uma variedade de ações que comprovadamente melhoram a qualidade de vida e a autonomia dos pacientes em seus processos de adoecimento.

A implementação desse trabalho exige processos de Educação Permanente em Saúde e Humanização, que proponham mudanças nas práticas profissionais com base na reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a incorporação de novos saberes no cotidiano das equipes.

Construir um novo paradigma que pactue com as equipes; o cuidado integral e supere a ideia de que nosso papel é apenas tratar determinadas patologias, mas parte essencial do nosso plano de trabalho. Nosso objetivo com esta linha de cuidado é melhorar o cuidado oferecido aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, realizando diagnóstico precoce, tratamento adequado, prevenção de sequelas e redução de internações, através de projetos terapêuticos individualizados e linhas de cuidado que permeiam todos os nossos serviços, contribuindo para a autonomia dos pacientes.

Linhas de Cuidado são uma estratégia de organização de recursos e práticas de saúde, orientadas por diretrizes assistenciais que descrevem o percurso do paciente entre as diversas unidades de atenção à saúde. Elas têm o propósito de responder às necessidades epidemiológicas mais significativas, facilitando a comunicação entre equipes, serviços e usuários dentro de uma Rede de Atenção à Saúde. Este modelo foca na programação das ações de saúde e na padronização de recursos, organizando um atendimento contínuo através de acordos e integrações entre os diferentes pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2021).

A condição hipertensão é um importante problema de saúde pública que leva a acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, danos renais e muitos outros problemas de saúde. Apenas 54% dos adultos com hipertensão são diagnosticados, 42% recebem o tratamento e apenas 21% têm hipertensão controlada (OMS, 2023).

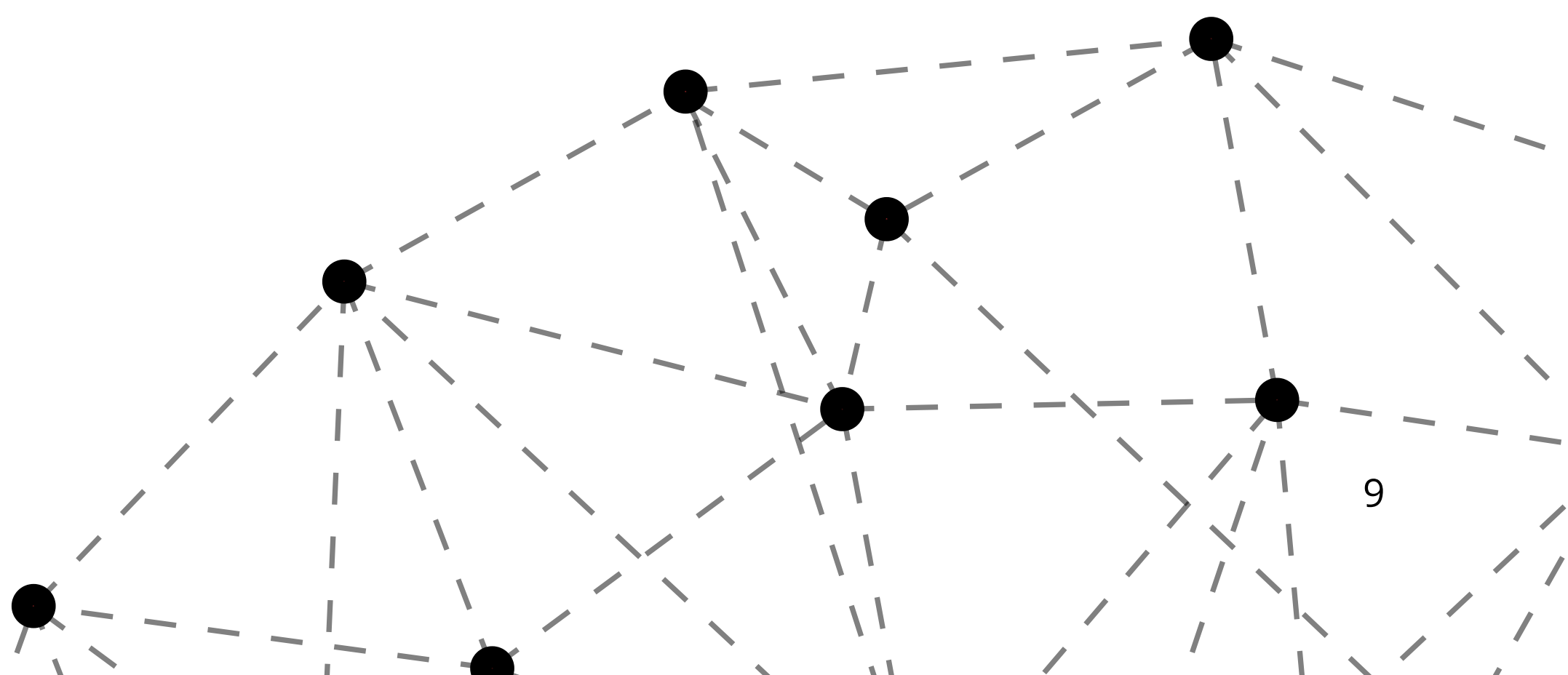
Uma delas foi a constatação de que, em um conjunto de 87 fatores de risco comportamentais, ambientais, ocupacionais e metabólicos identificados, a pressão arterial elevada foi o fator mais importante para a morte precoce em todo o mundo, ocasionado cerca de 10,8 milhões de mortes evitáveis todos os anos, e um fardo de 235 milhões de vida perdidos ou vividos com alguma deficiência (vida ajustada por incapacidade de anos) (NCD RISK FACTOR COLLABORATION, 2021).

Por fim, enfatiza que a prevenção, a detecção precoce e o tratamento eficaz da hipertensão estão entre as intervenções mais econômicas na área da saúde, e devem ser priorizadas pelos países, como parte de seu pacote nacional de benefícios de saúde oferecidos no nível da atenção primária. Segundo a OMS-Organização Mundial de Saúde, os benefícios econômicos decorrentes de melhores programas de tratamento da hipertensão superam os custos em cerca de 18 para 01.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020, por se tratar de condição frequentemente assintomática, a Hipertensão Arterial costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura.

O levantamento de dados oficiais acerca da morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica no município de Criciúma se dá pela consulta aos bancos de dados do SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares), do SIM-SUS (Sistema de Informação de Mortalidade), e do SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), todos do SUS (Sistema Único de Saúde). É fato que a hipertensão arterial, enquanto causa primária de internações (diagnóstico principal), quando comparada às demais causas de internação, não mostra números expressivos, todavia se sabe que desencadeia o surgimento de várias outras patologias que levam a internações, conforme descrito acima. De acordo com o SIH-SUS, em 2023 foram 10 (dez) AIHs (Autorizações de Internações Hospitalares) de residentes de Criciúma tendo esta patologia como diagnóstico principal, sendo a maior parte em pessoas na faixa etária 30-69 anos.

Ainda que se considerem naquele ano as internações com base no diagnóstico secundário (campo para o qual não há obrigatoriedade quanto o preenchimento), constam apenas 09 (nove) AIHs em 2023. Por outro lado, incluindo-se na pesquisa os diagnósticos; angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares, uma vez que integram a lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária do Ministério da Saúde (Portaria 221/2018), o número chega a 925 (novecentas e vinte e cinco), representando 6% do total de internações em 2023, excluídos partos com desfechos naturais (CID-10 O80 a O84) por não serem considerados doenças (BRASIL, 2024).



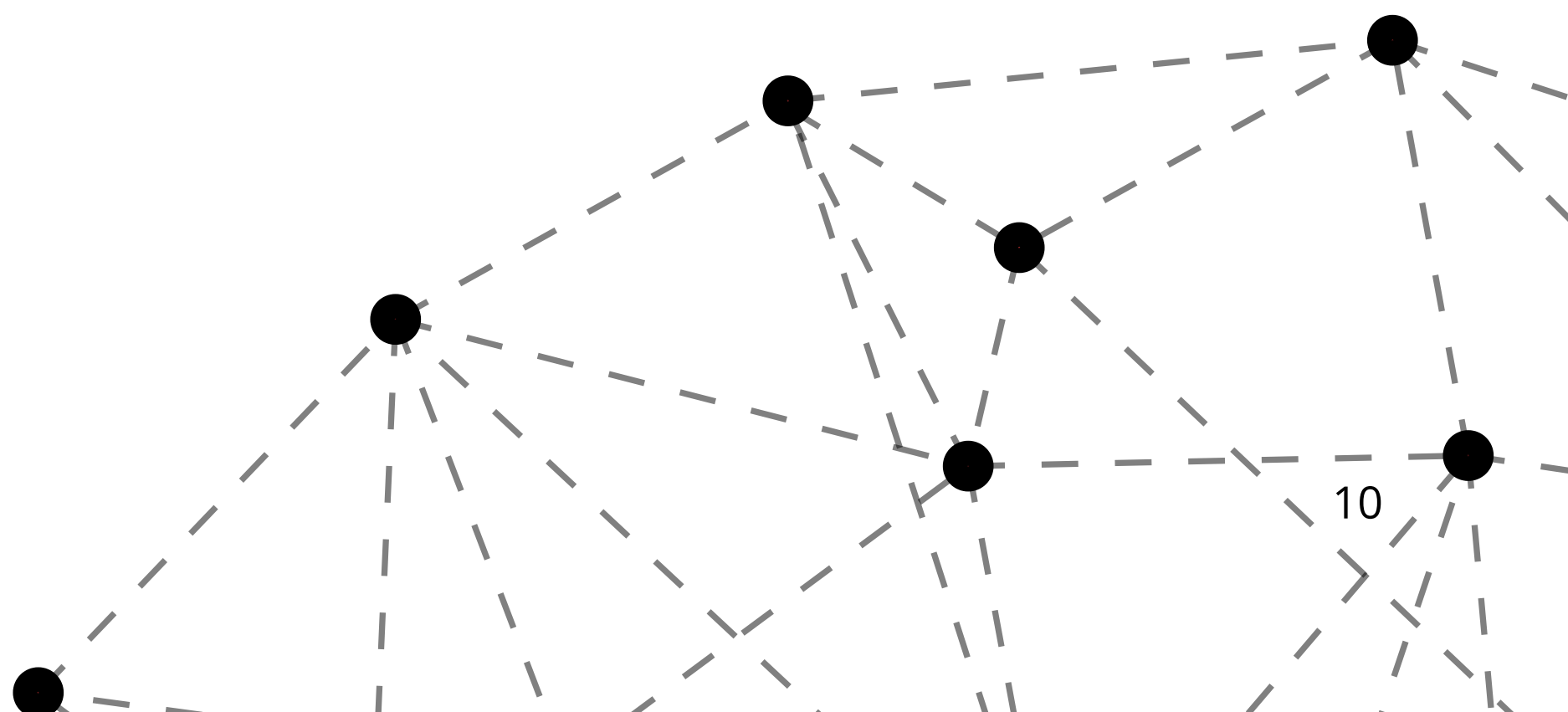
Quanto aos óbitos de residentes de Criciúma em 2023, selecionadas aquelas cuja causa básica foi hipertensão (CID10 I10 e I11), angina (CID10 I20), insuficiência cardíaca (CID10 I50 e J81) e doenças cerebrovasculares (CID10 I63 a I67, I68, G45 e G46), totalizaram 132 (cento e trinta e dois), dos quais 28% foram de pessoas abaixo de 69 anos e 56,8% foram de mulheres (considerando todas as faixas etárias) (BRASIL, 2024). Em um olhar mais ampliado, contabilizando-se os óbitos por doenças do Aparelho Circulatório consideradas pelo Ministério da Saúde como Doenças Crônicas Não Transmissíveis, ou seja, os CIDs I00 a I99 da

10ª Classificação Internacional de Doenças, foram 485 (quatrocentos e oitenta e cinco) em 2023, dos quais o conjunto das mortes por infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar, doença isquêmica crônica do coração, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca responderam por 66,2% das mortes por doenças deste capítulo, 38,8% delas consideradas precoces (pessoas na faixa 30-69 anos).

Os óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio, isoladamente corresponderam a 22,9% de todas as mortes por doenças do aparelho circulatório e o percentual de mortes precoces (30-69 anos) chegou a 45%. Vale enfatizar que o Plano Municipal de Saúde de Criciúma 2022-2025, contém diretrizes, objetivos e metas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, estando a hipertensão arterial, como se sabe, frequentemente relacionada principalmente ao grupo das doenças do aparelho circulatório.

Em sua diretriz 2- “Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde”, consta a meta 2.3.2. “Reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)”, tendo como meta, para 2025, a taxa 350, e imediatamente para os anos anteriores (2024, 2023 e 2022), respectivamente 370, 380, e 390.

Uma vez que se trata de taxa mensurada anualmente, até o momento dispomos das taxas 2022 (322,4) e 2023 (391), comprovando o não alcance da meta neste último ano. Paralelamente, se analisarmos os números relativos à morbidade ambulatorial tendo como causa a hipertensão, de acordo com o Relatório Quadrimestral de Indicadores do SISAB, no quadrimestre 03 de 2023 constam 51.246 (cinquenta e um mil duzentos e quarenta e seis) pessoas identificadas com hipertensão arterial sistêmica conforme acompanhamento da Atenção Primária de Saúde.



Destacamos, do Relatório 2021 “ Linhas de Cuidados de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde”, do IEPS- Instituto de Pesquisas para Políticas Públicas , que analisa o manejo das Linhas de Cuidado da Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, que apesar de não se tratar de política nova, persistem grandes desafios à sua implementação.

Diante do exposto, é fundamental reconhecer que a implantação da Linha de Cuidado em Hipertensão Arterial no município é imprescindível para melhorar o cenário epidemiológico de morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essa implantação deve ocorrer com responsabilidade e compromisso, considerando os inúmeros desafios envolvidos. A promoção de hábitos de vida saudáveis — como alimentação equilibrada, controle do peso corporal, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e moderação no consumo de álcool — é parte essencial do cuidado, uma vez que a terapêutica medicamentosa isolada não é suficiente para o controle e a redução efetiva da pressão arterial. O objetivo central desta linha de cuidado é assegurar que os usuários do SUS em Criciúma tenham acesso a uma atenção integral e qualificada, abrangendo desde ações de promoção e prevenção até o tratamento e a reabilitação.

Se faz imperativo o fortalecimento da Atenção Primária, já que esta é a principal porta de entrada para os usuários do SUS, se constituindo em espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, atuando com equipe multiprofissional, com processo de trabalho que pressupõe vínculo com a comunidade, desenvolvendo diversas ações de prevenção e controle de fatores de risco e condições que levam as pessoas ao adoecimento e morte, na sua grande maioria precoce, como se pôde constatar no município de Criciúma.

1.1 Conceitos

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morbimortalidade, correspondendo a 63% das causas de morte no mundo. Dentre elas, as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto, acidente vascular encefálico) destacam-se pela alta magnitude, respondendo por cerca de um terço das mortes globais. A hipertensão arterial é a doença circulatória mais prevalente e é frequentemente associada a alterações metabólicas, que conduzem ao maior risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais e não fatais. (Malta et col 2017).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de causa multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), geralmente não associada a sintomas. (MS 2025)

No Brasil o quadro não é muito diferente.

Essa doença tem um componente hereditário, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, entre eles:

- Fumo;
 - Consumo de bebidas alcoólicas;
 - Obesidade;
 - Estresse;
 - Elevado consumo de sal;
 - Níveis altos de colesterol;
 - Falta de atividade física.
- Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da pressão alta é maior na raça negra* (mas condições socioeconômicas e de hábitos de vida parecem ser fatores mais relevantes para as diferenças na prevalência de HAS do que a implicação étnica propriamente dita), em diabéticos, e aumenta com a idade. (MS 2017)

Idade: Em torno de 65% dos indivíduos acima de 60 anos apresentam HAS.

Sexo: Em faixas etárias mais jovens, a PA é mais elevada entre homens, mas a elevação da PA por década se apresenta maior nas mulheres.

Excesso de peso e obesidade: com o aumento no excesso de peso e obesidade houve o aumento da prevalência da HAS.

Ingestão de sal: O consumo excessivo de sódio, um dos principais fatores de risco para HAS, associa-se a eventos cardiovasculares e renais.

Ingestão de álcool: Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente.

Sedentarismo: Há uma associação direta entre sedentarismo, elevação da PA e da HAS.

Fatores socioeconômicos: Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HAS autorreferida.

Genética: A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS (Brasil, 2013 e Barroso et al., 2021).

1.2 História Clínica

Na avaliação inicial a pessoa com suspeita de HAS é relevante levantar alguns dados de sua história clínica como:

1. Identificação: Sexo, idade, etnia, condição socioeconômica, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
2. História atual: Data aproximada do diagnóstico da HAS e níveis de pressão alterados; valores de pressão arterial em avaliações anteriores; adesão e reações adversas aos tratamentos anteriores, motivos de abandono do tratamento; resultado do tratamento atual; participação em atividades de grupo da UBS, modificações realizadas no modo de viver, dúvidas, dificuldades encontradas; uso de medicamentos prescritos, suplementos alimentares, fitoterapia, fórmulas magistrais, reações adversas; alterações no peso; como está se sentindo em relação à doença e ao tratamento; aplicação dos marcadores de consumos alimentar e avaliação do consumo de alimentos ultraprocessados (ricos em sal, gorduras e açúcares); questionar sobre o consumo de álcool e tabaco, salientando que não há quantidade segura e que o cessamento de ambos é a melhor opção para manter o tratamento; Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticoesteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos e hormônios)
Existência de outras comorbidades e distúrbios do organismo: sintomas de doença
3. arterial coronária (sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca); doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellitus; indícios de hipertensão secundária; gota;
Investigação sobre os diferentes aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo,
4. sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica.
História pregressa: antecedentes como episódios de: complicações agudas e avaliações
5. em serviços de urgência; complicações crônicas como gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca.
6. Esquema vacinal.
7. Antecedentes relacionados ao aparelho reprodutor feminino (ginecológicos e obstétricos): infertilidade; história sexual e contraceptiva.
8. Histórico de morbimortalidade na família: acidente vascular encefálico; doença arterial coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres <65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos (de primeiro grau);
9. Estilos de vida e condicionantes: fatores ambientais e psicossociais; atividade física (no lazer, domicílio ou trabalho); tabagismo; uso de álcool ou drogas ilícitas; sintomas de depressão, ansiedade e pânico.
10. Adesão ao tratamento: interrupção no tratamento devido ausência de sinais e sintomas da HAS e por acreditar que não há necessidade para o seu uso, nem de modificar hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as complicações provocadas pela doença.

2 RASTREAMENTO

Recomendam-se, para todo adulto com idade \geq a 18 anos, quando presente na UBS para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros; se não houver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, verificar e registrar a PA. O rastreamento deve ser realizado por toda a equipe multidisciplinar.

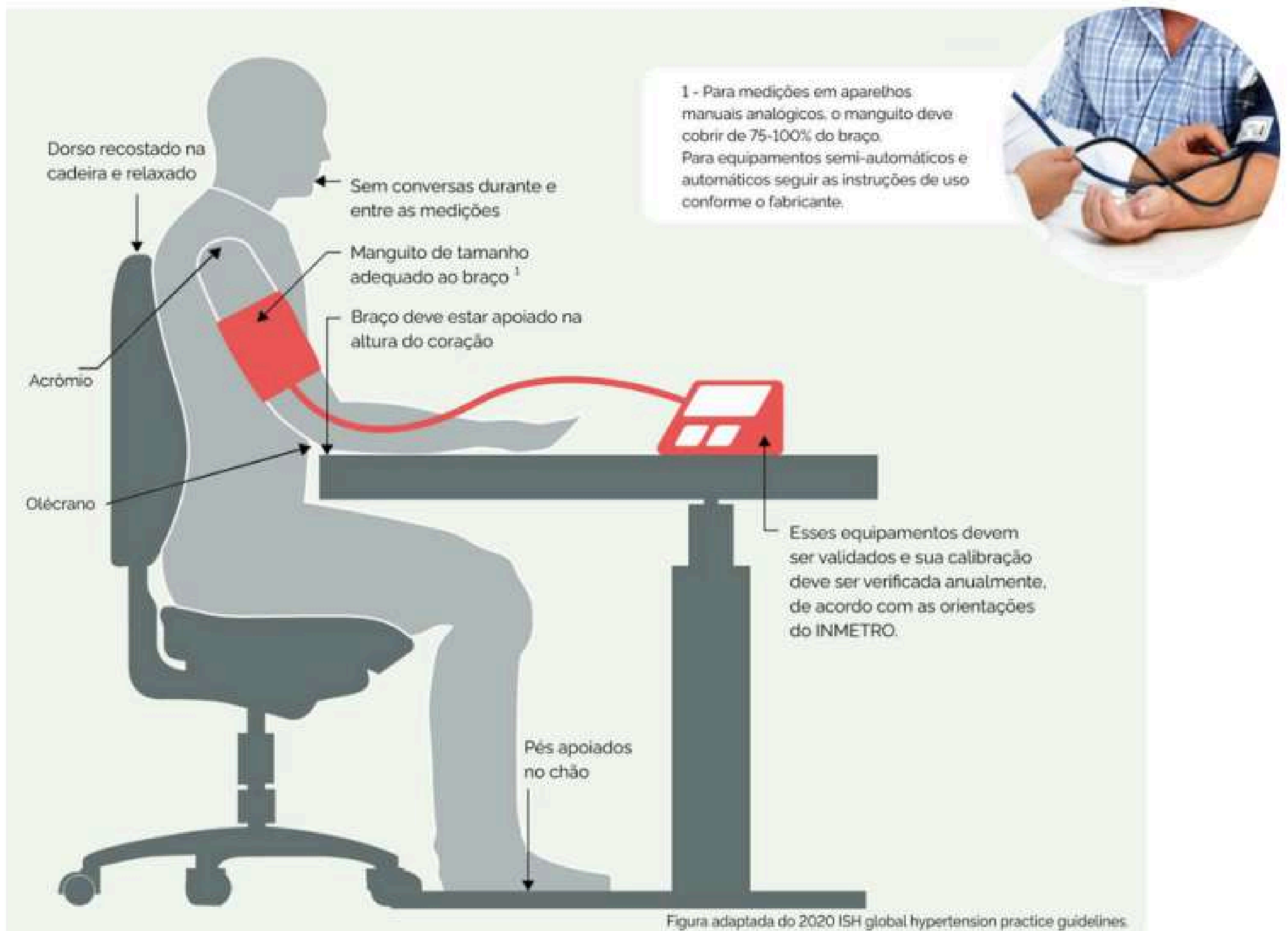
2.1 Aferição da PA

Para aferir a PA do usuário, o profissional deverá seguir o Procedimento Operacional Padrão (POP) abaixo (PMC, 2021):

POP: AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL (SINAIS VITAIS)

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Questionar sobre uso da medicação, horário e queixas;
6. Limpar as olivas do estetoscópio com álcool 70°;
7. Certificar-se de que o usuário não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;
8. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do cliente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço;

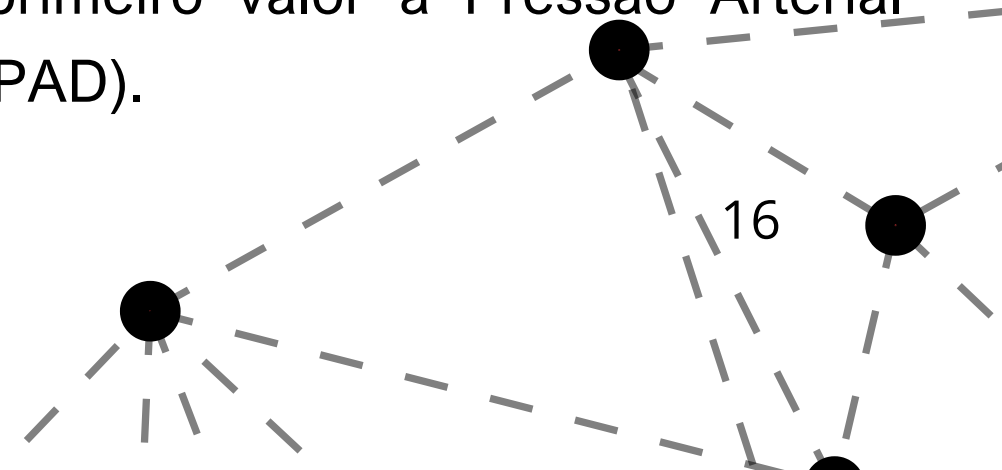
9. Manter o braço do usuário na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
10. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide;
11. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;
12. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
13. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com a velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o cliente;
14. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/diastólica;
15. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição dos usuários, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores e pressão arterial para dígitos terminado em zero ou cinco;
16. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
17. O usuário deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento;
18. Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinado e carimbado;
19. Comunicar médico/enfermeiro casos de alteração da PA;
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.



Fonte: Figura adaptada do 2020 ISH Global Hypertension Practice Guidelines.

Observações:

1. Orientar para que o usuário descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.
2. Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.
3. Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.
4. Verificar dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos
5. Em usuários obesos deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.
6. Na primeira avaliação fazer a medida da PA com o usuário sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos ou em uso de medicação anti-hipertensiva.
7. Em mulheres mastectomizadas evitar aferir pressão arterial no membro do lado lesionado para não dificultar a passagem da linfa.
8. Pacientes em hemodiálise, evitar aferir pressão arterial no membro com presença de fístula ou "shunt", a fim de não ter complicação de obstrução do mesmo pela interrupção da passagem de sangue no local. A PA pode ser classificada da seguinte forma, para indivíduos maiores de 18 anos, sendo o primeiro valor a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e o segundo a Pressão Arterial Diastólica (PAD).



2.2 MEDIÇÃO DA PA FORA DO CONSULTÓRIO - MAPA e MRPA

Em determinadas situações, a pressão arterial pode ser medida fora do consultório médico. Existem dois métodos principais para isso: a monitorização ambulatorial da PA por 24 horas (MAPA) e a medição residencial da PA (MRPA) com um protocolo específico. Monitorização Ambulatorial da PA - MAPA: Este método registra a PA de forma indireta e intermitente durante 24 horas ou mais, cobrindo períodos de vigília, sono e atividades diárias. Medição Residencial da PA - MRPA: O protocolo consiste em realizar três medições pela manhã, antes do café da manhã e da medicação, e três medições à noite, antes do jantar, durante cinco dias. Alternativamente, podem ser feitas duas medições pela manhã e à noite durante sete dias. Qualquer profissional de saúde pode solicitar medidas indiretas de pressão arterial:

1. Medida Ambulatorial (MAPA)

2. Medida Residencial (MRPA). (BRASIL, 2021).

2.2.1 Indicações clínicas para MAPA ou

MRPA: Suspeita de hipertensão do avental branco (HAB): Pressão arterial no estágio 1 no consultório sem lesão de órgão-alvo (LOA) e com baixo risco cardiovascular total. Suspeita de hipertensão mascarada (HM): Pressão arterial entre 130/85mmHg e 139/89 mmHg no consultório, ou PA < 140/90 mmHg no consultório em indivíduos assintomáticos com lesão de órgão-alvo ou alto risco cardiovascular total. O controle de PA durante 24 horas pode identificar as alterações circadianas, em especial aquelas relacionadas com o período de sono. Dessa forma, se considera elevada a PA quando no monitoramento de 24 horas a pessoa apresentar os seguintes valores:

- PA nas 24 horas \geq 130/80 mmHg, com variação entre os períodos de vigília para \geq 135/85 mmHg e sono para \geq 120/70 mmHg.
- PA monitorada no domicílio, considera-se elevada a PA \geq 135/85 mmHg.

Indicações específicas para MAPA:

Discordância significativa entre as medições de PA no consultório e em casa. Avaliação da pressão durante o sono. Avaliação do padrão de pressão durante a descida do sono.

Valores normais da MAPA:

Vigília: < 135/85 mmHg.

Sono: < 120/70 mmHg.

24 horas: < 130/80 mmHg.

Valores normais da MRPA:

< 135/85 mmHg.

3. DIAGNÓSTICO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial na prevenção, na identificação de fatores de risco, no rastreamento e no diagnóstico precoce da hipertensão arterial, além de garantir o acompanhamento integral e longitudinal dos pacientes e o encaminhamento adequado aos serviços especializados, quando necessário, para melhores desfechos terapêuticos (10). Como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) costuma ser assintomática, recomenda-se seu rastreamento anual, com duas medidas de pressão arterial (PA) em consultório.

A medida da PA em consultório permanece como o método mais utilizado para o diagnóstico de HAS, podendo ser complementada por AMPA, MAPA e MRPA em situações específicas. Conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), a diretriz da European Society of Hypertension (ESH, 2023) e o Ministério da Saúde (2025), o diagnóstico é confirmado quando a pressão arterial sistólica (PAS) é ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) é ≥ 90 mmHg em medidas obtidas em consultório (Barroso, 2020; Mancia, 2023).

A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025 (Brandão et al.) atualizou a classificação dos níveis pressóricos, revisando a categoria intermediária entre normotensão e hipertensão. A nova diretriz incorporou a categoria de pré-hipertensão, definida por valores de pressão arterial sistólica (PAS) entre 120 e 139 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 80 e 89 mmHg.

Essa ampliação conceitual tem como finalidade identificar precocemente indivíduos com risco aumentado para progressão da pressão arterial, permitindo intervenções preventivas mais oportunas e direcionadas à modificação de estilos de vida. Ao redefinir essa faixa limítrofe, o documento reforça a importância da vigilância contínua na APS e da adoção de condutas mais proativas para impedir a evolução para hipertensão estabelecida.

Tabela 1. Orientações para a medida padronizada de pressão arterial.

Ambiente silencioso e com temperatura agradável

Paciente deve estar sem fumar e consumir café ou alimentos nos 30 min antes da medida e sem fazer exercícios físicos nos 90 min antes da medida

Paciente deve estar de bexiga vazia

Permanecer 3 a 5 minutos sentado e relaxado antes do início das medidas

Posição sentado com pés descruzados e apoiados no chão, recostado na cadeira e com braço estendido na altura do coração, relaxado e com palma para cima

Feitosa, Audes Diogenes de Magalhães et al. "Brazilian Guidelines for In-office and Out-of-office Blood Pressure Measurement - 2023." "Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório - 2023." Arquivos brasileiros de cardiologia vol. 121,4 (2024): e20240113. doi:10.36660/abc.20240113

Guia TdC®

Quadro 3.2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação da PA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA normal	< 120	e	< 80
Pré-hipertensão	120-139	e/ou	80-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	110

DBHA: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial; HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica. "A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. "A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em Estágio 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. "A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em Estágio 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

Recomenda-se que o diagnóstico de HA seja baseado em medições repetidas da PA em consultório em mais de uma consulta, exceto quando é HA estágio 3 e especialmente em pacientes de alto risco.

Recomenda-se que a PA seja classificada como ótima, normal, pré-hipertensão ou estágios 1 a 3, de acordo com a PA do consultório.

Programas de triagem para HA são recomendados. Todos os adultos (≥ 18 anos) devem ter a PA medida no consultório e registrada em seu prontuário médico e estar cientes dos valores aferidos.

Indica-se a medida da PA, anualmente, se a PA do consultório $< 140/90$ mmHg. Recomenda-se que o diagnóstico de HA seja baseado em medições repetidas da PA em consultório, em mais de uma consulta, ou pela medida de PA fora do consultório com MAPA e/ou MRPA, desde que essas medidas sejam viáveis.

A PA fora do consultório (ou seja, MAPA ou MRPA) é especificamente recomendada para várias indicações clínicas, como identificação da HAB (hipertensão do avental branco) e da HM (hipertensão mascarada), quantificação dos efeitos do tratamento e identificação de possíveis causas de efeitos colaterais (p. ex., hipotensão sintomática), ou seja:

Medição da PA fora do consultório - MAPA e MRPA

Em algumas situações a PA poderá ser aferida fora do consultório. Dois métodos são comumente utilizados. A Monitorização Ambulatorial da PA de 24 horas (MAPA) e a medição residencial da pressão arterial (MRPA) com protocolo específico.

Monitorização ambulatorial da PA (MAPA-24h)

Método que permite o registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, durante os períodos de vigília, sono e atividades diárias.

Medição residencial da PA (MRPA)

O protocolo consiste na obtenção de três medições pela manhã, antes do desjejum e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medições em cada um desses momentos (manhã e noite), por sete dias.

Indicações clínicas para MAPA ou MRPA

- Suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB)
- HA estágio 1 no consultório sem lesão de órgão alvo (LOA) e com baixo risco cardiovascular total

- Suspeita de Hipertensão Mascarada (HM)

 - PA entre 130/85 mmHg e 139/89 mmHg no consultório

 - PA $< 140/90$ mmHg no consultório em indivíduos assintomáticos com Lesão de órgão alvo ou com alto risco cardiovascular total

Indicações específicas para MAPA

- Discordância importante entre a PA no consultório e MRPA normal
- Avaliação pressórica durante o sono
- Avaliação do padrão pressórico durante o descenso do sono
- Dúvida diagnóstica em relação a presença de lesão de órgão alvo em paciente com PA “normal”

Valores normais da MAPA

Vigília < 135/85 mmHg

Sono < 120/70 mmHg

24 horas < 130/80 mmHg

Valores normais de MRPA

- < 135/85 mmHg

([https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-\(HAS\)-no-adulto-definicao-hipertensao-arterial-sistemica-has-no-adulto/medicao-da-pa-fora-do-consultorio](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-(HAS)-no-adulto-definicao-hipertensao-arterial-sistemica-has-no-adulto/medicao-da-pa-fora-do-consultorio))

Verifica-se a preferência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) para diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em adultos com suspeita da doença (Portaria SECTICS/MS no 22, de 10 de maio de 2023).

Foi inserido modelo de MRPA na aba Documentos do sistema CELK com o nome “Controle de Pressão Arterial”, com quadros para preenchimento pelo paciente na primeira página e orientações escritas e ilustração da aferição correta da PA em domicílio na segunda página.

4. EXAMES COMPLEMENTARES

4.2 Exames laboratoriais

Na avaliação inicial de um paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, a realização de exames laboratoriais e complementares tem como objetivos principais: estratificar o risco cardiovascular, identificar fatores de risco associados, avaliar possíveis lesões de órgãos-alvo e pesquisar causas secundárias de hipertensão quando indicado.

Os exames básicos recomendados para todos os pacientes com hipertensão incluem (Whelton PK, et al. 2018; Nugent JT, et al. 2023):

- Glicemia de jejum: para rastreamento de diabetes mellitus.
- Hemograma completo: para avaliar anemia, leucocitose, trombocitopenia e possíveis sinais de microangiopatia.
- Perfil lipídico: para estratificação do risco cardiovascular.
- Creatinina sérica com estimativa da taxa de filtração glomerular (eGFR): para avaliação da função renal e rastreamento de lesão de órgão alvo.
- Sódio e potássio séricos: para detecção de distúrbios eletrolíticos, especialmente relevantes antes e durante o uso de diuréticos ou bloqueadores do sistema renina-angiotensina.
- TSH (hormônio estimulante da tireoide): para rastreamento de disfunções tireoidianas, causas secundárias potencialmente reversíveis de hipertensão.
- Urina tipo I (urinalise): para pesquisa de proteinúria e hematúria, marcadores de lesão renal.
- Eletrocardiograma: para avaliação de hipertrofia ventricular esquerda (LOA), arritmias ou sinais de doença cardíaca prévia.

Exames opcionais podem ser indicados conforme contexto clínico, gravidade da hipertensão, presença de comorbidades ou suspeita de lesão de órgão-alvo (Whelton PK, et al. 2018):

- Ecocardiograma: para avaliação detalhada de hipertrofia ventricular esquerda ou disfunção cardíaca.
- Ácido úrico: pode ser útil na avaliação metabólica e na escolha terapêutica (é marcador de risco independente para desenvolvimento de hipertensão arterial a partir de pré-hipertensão, e associado com aumento de mortalidade) (Lanaspa, M.A., Andres-Hernando, A. & Kuwabara, 2020).
- Relação albumina/creatinina urinária: para detecção precoce de lesão renal em casos de alterações laboratoriais.
- Radiografia de tórax: se houver suspeita de insuficiência cardíaca ou doença pulmonar associada ao quadro.
- Fundoscopia: para avaliação de retinopatia hipertensiva, especialmente em casos de hipertensão grave ou de longa data com alterações de acuidade visual.

A investigação de causas secundárias de hipertensão deve ser direcionada por achados clínicos, história e resultados dos exames iniciais (Whelton PK, et al. 2018; Nugent JT, et al. 2023). Exames adicionais, como dosagem de aldosterona, renina, metanefrinas, ultrassonografia renal ou tomografia de abdome, são reservados para situações específicas.

A monitorização laboratorial deve ser repetida periodicamente, especialmente após o início ou ajuste de medicações que possam impactar função renal ou eletrólitos (Whelton PK, et al. 2018; Quan S, et al. 2020).

Tabela – Exames Complementares de Rotina:

EXAMES COMPLEMENTARES	GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA
ANÁLISE DE URINA	(GR: I, NE: C)
POTÁSSIO PLASMÁTICO	(GR: I, NE: C)
CREATININA PLASMÁTICA	(GR: I, NE: B)
GLICEMIA DE JEJUM E HBA1C	(GR: I, NE: C)
ESTIMATIVA DO RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	(GR: I, NE: B)
COLESTEROL TOTAL, HDLC E TRIGLICERÍDEOS PLASMÁTICOS*	(GR: I, NE: C)
ÁCIDO ÚRICO PLASMÁTICO	(GR: I, NE: C)
ELETROCARDIOGRAMA CONVENCIONAL**	(GR: I, NE: B)

* O LDLc é calculado pela seguinte fórmula: $LDLc = \text{colesterol total} - (\text{HDLC} + \text{triglicerídeos}/5)$ (quando a dosagem de triglicerídeos for abaixo de 400 mg/dL).

** Critério de detecção de HVE – Sokolow-Lyon: $SV + RV > 35 \text{ mm}$ – Cornell Voltagem: $RaVL + SV > 20 \text{ mm}$ (mulher), $> 28 \text{ mm}$ (homem)

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020

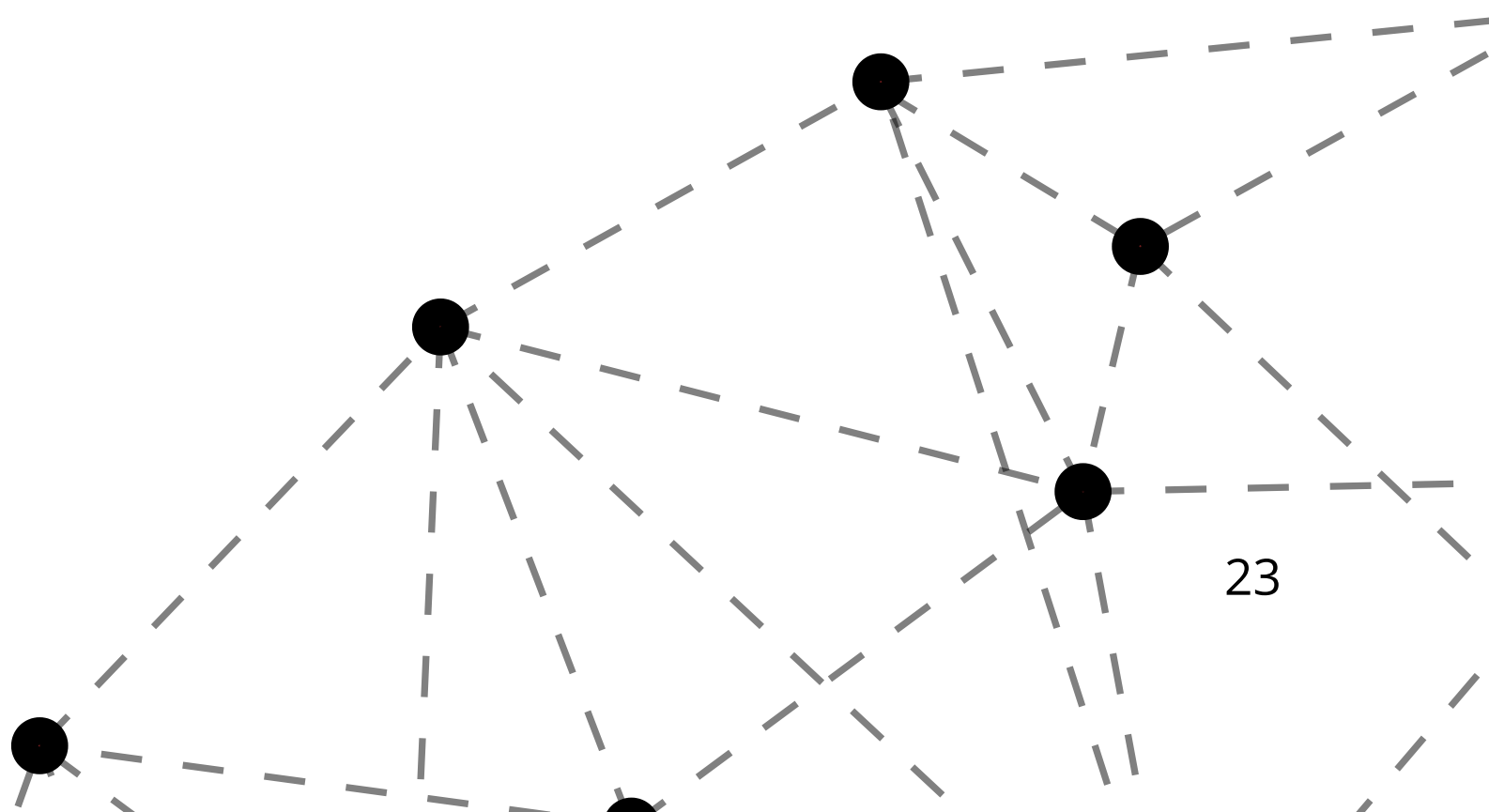
Tabela – Exames Recomendados a Populações Indicadas:

EXAMES COMPLEMENTARES	POPULAÇÕES INDICADAS	GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA
RADIOGRAFIA DE TÓRAX	TEM INDICAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO NAS SITUAÇÕES DE SUSPEITA CLÍNICA DE ACOMETIMENTO CARDÍACO E/OU PULMONAR OU PARA A AVALIAÇÃO DE HIPERTENSOS COM ACOMETIMENTO DE AORTA EM QUE O ECOCARDIOGRAMA NÃO ESTÁ DISPONÍVEL.	(GR: IIA, NE: C)
ECOCARDIOGRAMA	É MAIS SENSÍVEL QUE O ELETROCARDIOGRAMA QUANTO AO DIAGNÓSTICO DE HIPERTROFIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO (HVE) E AGREGA VALORES NA AVALIAÇÃO DE FORMAS GEOMÉTRICAS DE HIPERTROFIA E TAMANHO DO ÁTRIO ESQUERDO, NAS FUNÇÕES SISTÓLICA E DIASTÓLICA. ESTÁ INDICADO QUANDO HOVER INDÍCIOS DE HVE NO ELETROCARDIOGRAMA OU EM PACIENTES COM SUSPEITA CLÍNICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. CONSIDERA-SE HVE QUANDO A MASSA DO VENTRÍCULO ESQUERDO INDEXADA PARA A SUPERFÍCIE CORPÓREA É IGUAL OU SUPERIOR A 116 G/M ² NO HOMEM E 96 G/M ² NA MULHER.	(GR: IIA, NE: B)
ALBUMINÚRIA OU RELAÇÃO PROTEINÚRIA/CREATININÚRIA OU ALBUMINÚRIA/CREATININÚRIA	EXAME ÚTIL PARA OS HIPERTENSOS DIABÉTICOS, COM SÍNDROME METABÓLICA OU COM DOIS OU MAIS FATORES DE RISCO, POIS MOSTROU PREVER EVENTOS CARDIOVASCULARES FATAIS E NÃO FATAIS (VALORES NORMAIS < 30 MG/G DE CREATININA).	(GR: I, NE: B)
ULTRASSONOGRRAFIA DE CARÓTIDAS	INDICADO NA PRESENÇA DE SOPRO CAROTÍDEO, SINAIS DE DOENÇA CEREBROVASCULAR OU PRESENÇA DE DOENÇA ATEROSCLERÓTICA EM OUTROS TERRITÓRIOS. O AUMENTO NA ESPESSURA ÍNTIMA-MÉDIA (EIM) DAS CARÓTIDAS E/OU A IDENTIFICAÇÃO DE PLACAS DE ATEROSCLEROSE PREDIZ A OCORRÊNCIA DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS E INFARTO DO MIOCÁRDIO, INDEPENDENTEMENTE DE OUTROS FATORES DE RISCO CV. VALORES DA EIM > 0,9 MM TÊM SIDO CONSIDERADOS COMO ANORMAIS, ASSIM COMO O ENCONTRO DE PLACAS ATEROSCLERÓTICAS.	(GR: I, NE: A)
ULTRASSONOGRRAFIA RENAL OU COM DOPPLER	NECESSÁRIA EM PACIENTES COM MASSAS ABDOMINAIS OU SOPRO ABDOMINAL.	(GR: IIA, NE: B)
HEMOGLOBINA GLICADA (HBA1C)	INDICADA QUANDO A GLICEMIA DE JEJUM FOR MAIOR QUE 99 MG/DL, NA PRESENÇA DE HISTÓRIA FAMILIAR OU DE DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DM2 E OBESIDADE.	(GR: IIA, NE: B)
TESTE ERGOMÉTRICO	ESTÁ INDICADO NA SUSPEITA DE DOENÇA CORONÁRIA ESTÁVEL, DIABETES MELITO OU ANTECEDENTE FAMILIAR PARA DOENÇA CORONÁRIA EM PACIENTES COM PRESSÃO ARTERIAL CONTROLADA.	(GR: IIA, NE: C)

MAPA/MRPA	<ul style="list-style-type: none"> • RECOMENDADA PARA AS INDICAÇÕES CLÍNICAS: <ul style="list-style-type: none"> · IDENTIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO DO AVENTAL BRANCO (HAB) E HIPERTENSÃO MASCARADA (HM) · CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HA RESISTENTE · AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA HA, ESPECIALMENTE EM PACIENTES DE ALTO RISCO CV · INDIVÍDUOS COM RESPOSTA EXACERBADA DA PA AO EXERCÍCIO · PRESENÇA DE GRANDE VARIABILIDADE DA PA NO CONSULTÓRIO · IDENTIFICAÇÃO DE POSSÍVEIS CAUSAS DE EFEITOS COLATERAIS (P. EX., HIPOTENSÃO SINTOMÁTICA). • SITUAÇÕES MAIS COMUNS PARA PESQUISAR HAB: <ul style="list-style-type: none"> · HA ESTÁGIO 1 NO CONSULTÓRIO · ELEVAÇÃO ACENTUADA DA PA NO CONSULTÓRIO, COM AUSÊNCIA DE LOA • SITUAÇÕES MAIS COMUNS PARA PESQUISAR HM: <ul style="list-style-type: none"> · PRÉ-HIPERTENSÃO NO CONSULTÓRIO · PA NORMAL NO CONSULTÓRIO EM PACIENTES COM LOA OU COM ALTO RISCO CV • INDICAÇÕES ESPECÍFICAS PARA MAPA: <ul style="list-style-type: none"> · AVALIAÇÃO DA PA DURANTE O SONO E/O DESCENSO VIGÍLIA/SONO (P. EX., SUSPEITA DE HA NOTURNA, APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO, DOENÇA RENAL CRÔNICA, DIABETES, HA ENDÓCRINA OU DISFUNÇÃO AUTONÔMICA) · INVESTIGAÇÃO DE HIPOTENSÃO POSTURAL E PÓS-PRANDIAL EM PACIENTES NÃO TRATADOS E TRATADOS. 	(GR: I, NE: A)
MEDIDA DA VELOCIDADE DA ONDA DE PULSO (VOP), QUANDO DISPONÍVEL	INDICADA EM HIPERTENSOS DE BAIXO E MÉDIO RISCO, SENDO CONSIDERADO UM MÉTODO ÚTIL PARA AVALIAÇÃO DA RIGIDEZ ARTERIAL, OU SEJA, DO DANO VASCULAR. VOP COM VALORES ACIMA DE 10M/S SÃO CONSIDERADOS ANORMAIS NA POPULAÇÃO EM GERAL, PORÉM JÁ EXISTEM VALORES DE REFERÊNCIA AJUSTADOS PARA DECIS DE IDADE E SEXO.	(GR: IIA, NE: A)
RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM) DO CÉREBRO	INDICADA EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS COGNITIVOS E DEMÊNCIA PARA DETECTAR INFARTOS SILENCIOSOS E MICRO-HEMORRAGIAS.	(GR: IIA, NE: C)

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; LOA: lesão de órgão-alvo; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020



5. SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS COM AUMENTO DA PA

Vale lembrar que existem substâncias/medicamentos relacionados com aumento da PA. No quadro abaixo são apresentadas uma lista de substâncias que devem sempre ser lembradas e avaliadas por estarem relacionadas com o aumento da PA.

Principais substâncias e/ou classes de medicamentos com efeito na pressão arterial e ações sugeridas diante da necessidade de uso

Classe de Medicamentos	Efeito na PA e frequência	Ação sugerida se necessidade de uso
Anti_Inflamatório		
Glicocorticoide	Variável e frequente	Restrição salina, diuréticos, diminuir dose, observar função renal, uso por período curto
Não esteróides (inibidores da ciclooxigenase 1 e 2)	Eventual, bastante relevante com uso contínuo	Restrição salina, diuréticos, diminuir dose, observar função renal, uso por período curto
Vasoconstritores nasais	Variável e transitório	Usar por período curto determinado
Anticoncepcional oral	Variável	Avaliar risco e benefício
Terapia de reposição estrogênica	Variável dose-dependente	Suspensão
Álcool	Variável dose-dependente, muito prevalente	Ver tratamento não medicamentoso
Drogas ilícitas (anfetamina, cocaína e derivados)	Efeito agudo, intenso, dose-dependente	Abordar como crise adrenérgica

Fonte: Adaptado de 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2017.

A HAS é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. No entanto, a identificação de doença cardiovascular prévia, doença renal ou Diabetes Mellitus aumenta consideravelmente o risco de eventos cardiovasculares futuros, independente dos valores da PA e a avaliação do risco cardiovascular depende de informações obtidas na histórica clínica, no exame físico e através de exames complementares e recomendase a utilização do score de Framingham, no qual é definido a probabilidade de um indivíduo ter um evento durante um período de tempo, por exemplo, 10 anos (Rev Bras Hipertens, 2017).

6 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV)

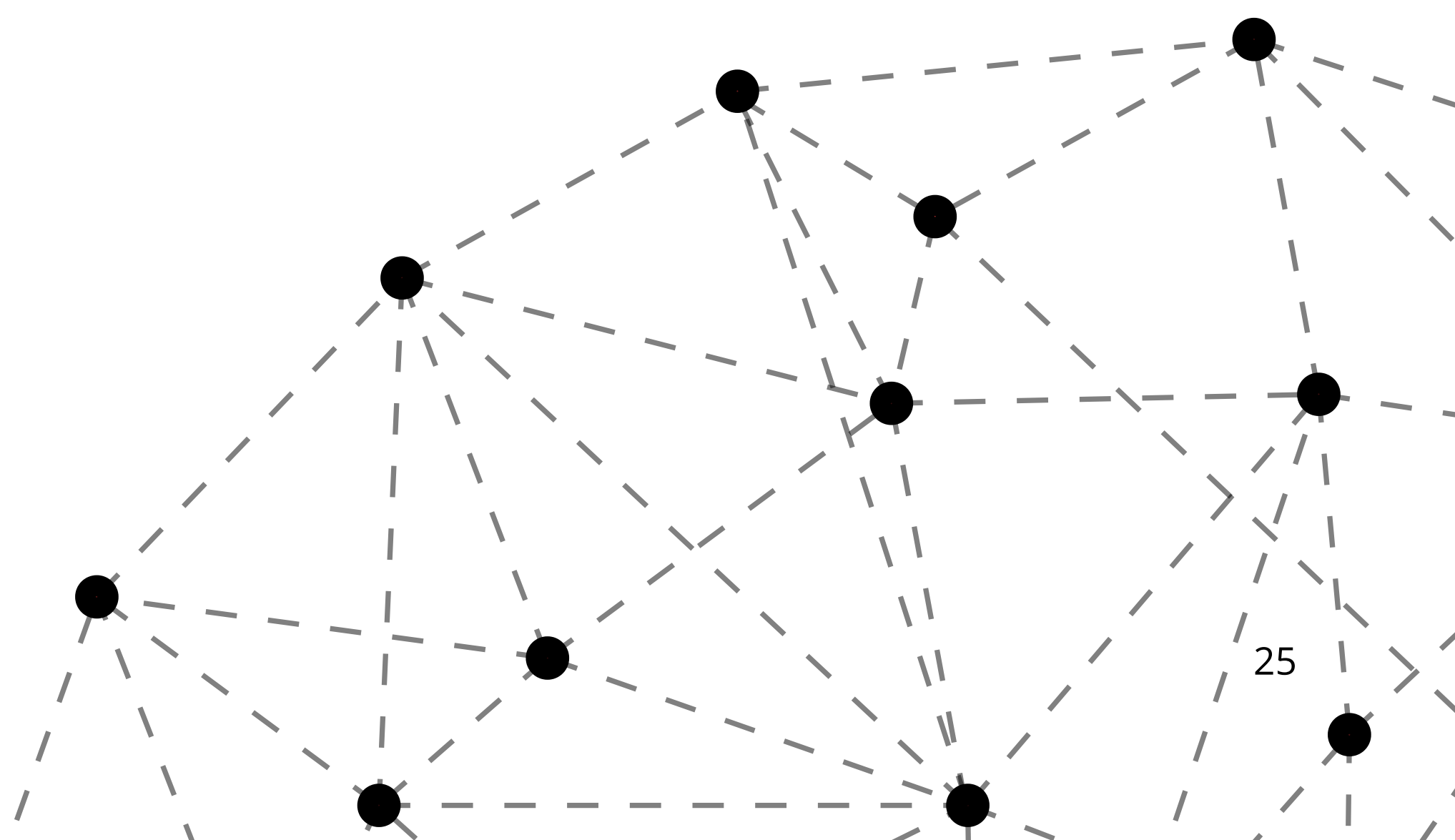
A avaliação clínica do paciente com hipertensão arterial (HA) não se limita apenas à confirmação da condição, à identificação de fatores determinantes ou de causas secundárias. Vai além: é também um momento para reconhecer os fatores de risco cardiovascular — e, sobretudo, os marcadores de lesão de órgão-alvo — que aumentam a probabilidade de eventos adversos. Conforme o PCDT, a HA está associada a alterações funcionais ou estruturais em órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, o que eleva o risco de doenças cardiovasculares fatais ou não fatais independentemente de idade ou sexo.

Entre os principais tipos de lesão de órgão-alvo relacionadas à hipertensão, destacam-se:

- Doença cerebrovascular (AVE isquêmico ou hemorrágico, acidente isquêmico transitório);
- Doença arterial coronariana (angina, infarto agudo do miocárdio, isquemia miocárdica silenciosa, revascularização miocárdica, intervenção coronariana prévia);
- Insuficiência cardíaca;
- Fibrilação atrial;
- Doença arterial obstrutiva periférica;
- Aneurismas, hematomas ou ulcerações aórticas;
- Doença renal crônica estágio 3 (TFGe 30–60 mL/min/1,73 m²);
- Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina/creatininúria urinária de 30 a 300 mg;
- Retinopatia hipertensiva (hemorragias, exsudatos ou papiledema);

Desse modo, a estratificação de risco cardiovascular surge como instrumento sistemático para categorizar os pacientes segundo a probabilidade individual de desenvolver desfechos cardiovasculares e renais. Esse processo considera múltiplos fatores de risco, tanto clínicos e laboratoriais, quanto funcionais e estruturais, de forma acumulativa.

No âmbito da HA, a diretriz destaca que, com o aumento dos níveis pressóricos, ocorre evolução para comprometimento de órgãos-alvo e maior risco cardiovascular, o que reforça a necessidade de estimar o risco em todos os indivíduos com pressão normal alta ou HA, mesmo os mais jovens.



7 ESCORE PREVENT PARA AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

A Diretriz Brasileira de Hipertensão 2025 recomenda o uso do escore PREVENT, proposto pela American Heart Association (AHA), por ser o único que incorpora critérios relativos à síndrome cardiorrenal e metabólica. A calculadora PREVENT estima o risco de desenvolver doença cardiovascular em 10 e 30 anos para pacientes entre 30 e 79 anos, permitindo uma avaliação de risco de longo prazo e identificação mais precisa, especialmente em pacientes jovens. A ferramenta está disponível no site da AHA: The American Heart Association PREVENT™ Online Calculator - Professional Heart Daily.

The American Heart Association PREVENT™ Online Calculator

About the PREVENT Equations

Sex Male Female

Age years

Total Cholesterol mg/dL

HDL Cholesterol mg/dL

SBP mmHg

BMI

eGFR

Diabetes No Yes

Current Smoking No Yes

Anti-hypertensive medication No Yes

Lipid-lowering medication No Yes

The following three predictors are optional for further personalization of risk assessment. When they are clinically indicated or available, please click on yes and enter the value

UACR No Yes

HbA1C No Yes

Zip Code (for estimating social deprivation index [SDI]) No Yes

Calculate **Reset**

CVD ASCVD Heart Failure

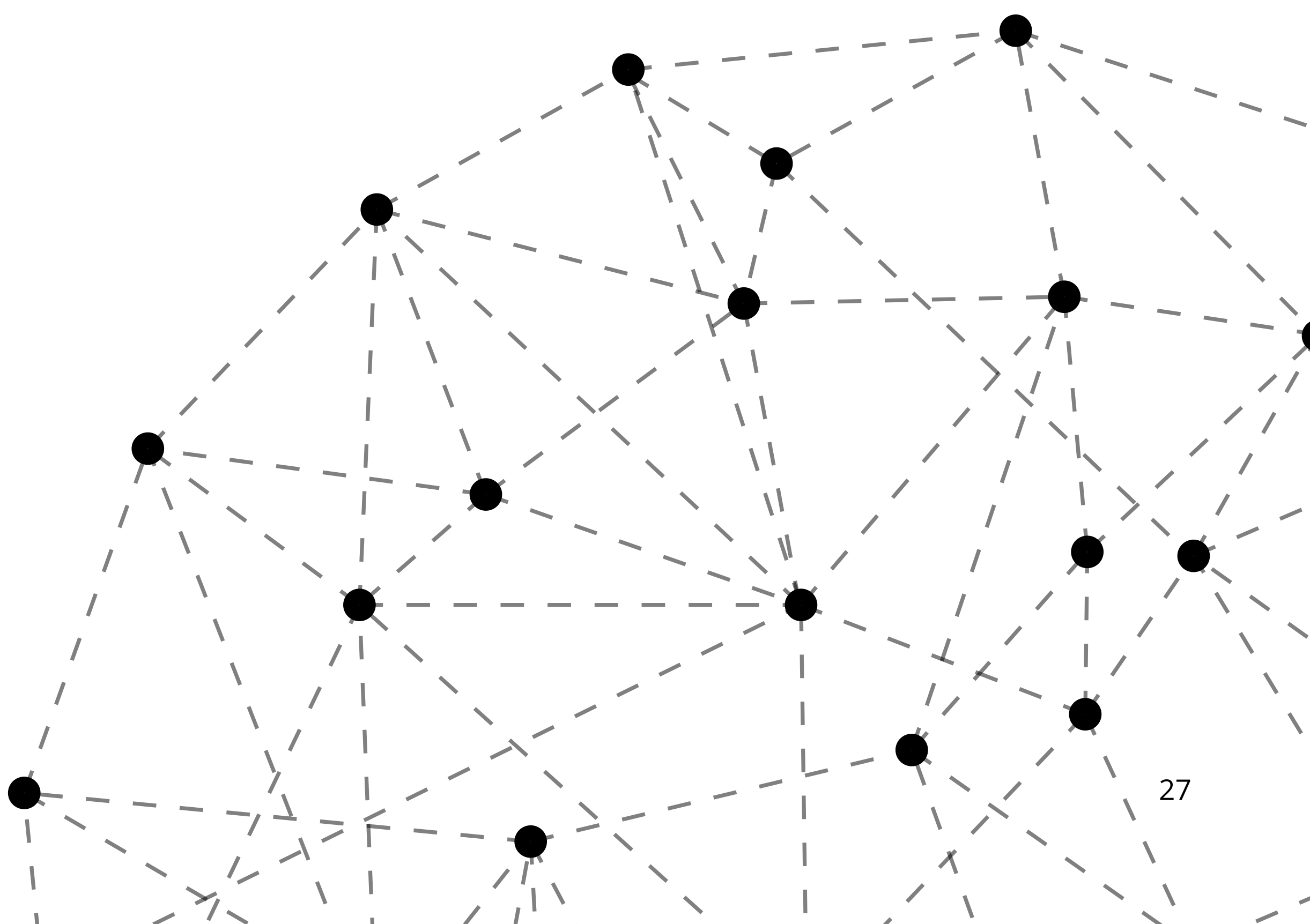
Recomenda-se que o Score PREVENT seja posto na evolução do paciente com a data do cálculo.

8 CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

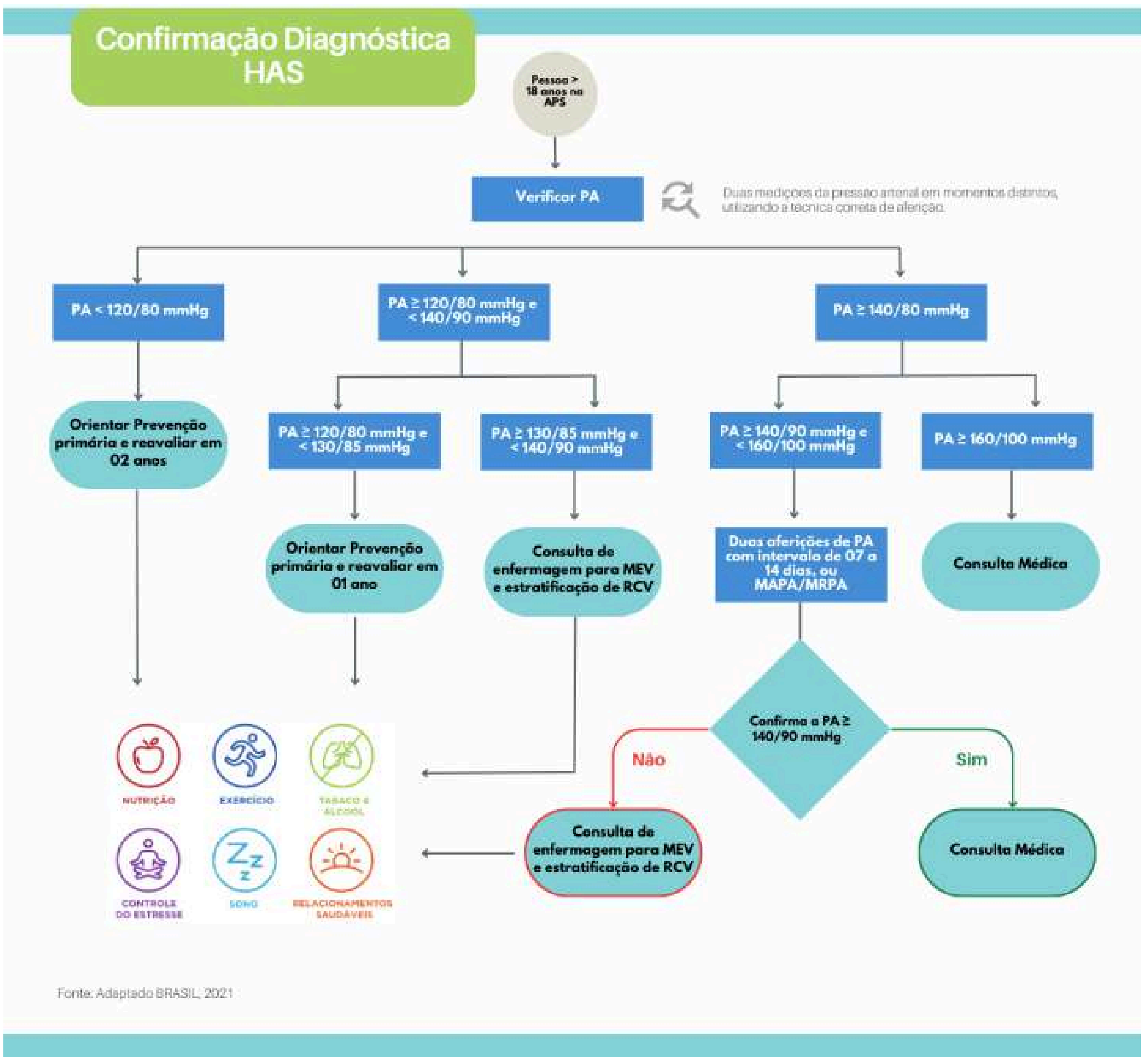
Sempre que possível, o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser confirmado em múltiplas consultas médicas, idealmente em 2 a 3 atendimentos, de 1 a 4 semanas entre elas, dependendo dos níveis de pressão arterial. Em casos onde a pressão arterial do paciente é igual ou superior a 180/110 mmHg e há evidência de doença cardiovascular, o diagnóstico pode ser estabelecido em um único atendimento. (BRASIL, 2021).

Passos para a Confirmação Diagnóstica

1. Anamnese Completa: Histórico de saúde do paciente, incluindo fatores de risco como histórico familiar de hipertensão, hábitos alimentares, consumo de álcool, tabagismo, nível de atividade física e presença de comorbidades.
2. Medição da Pressão Arterial: Medição da pressão arterial no consultório e/ou fora dele, utilizando técnicas e equipamentos validados, utilizando a técnica correta de aferição.
3. Exame Físico: Aferição do peso atual (quilograma), estatura (metros) e circunferência da cintura (metros). Avaliação física abrangente para identificar sinais de possíveis complicações da hipertensão e outras condições associadas.
4. Exames: Solicitação de exames laboratoriais complementares;
5. MAPA/MRPA Sempre que possível, incluir a medição da pressão arterial fora do consultório, tanto para diagnóstico quanto para avaliação de pacientes com pressão arterial elevada mesmo sob tratamento otimizado.

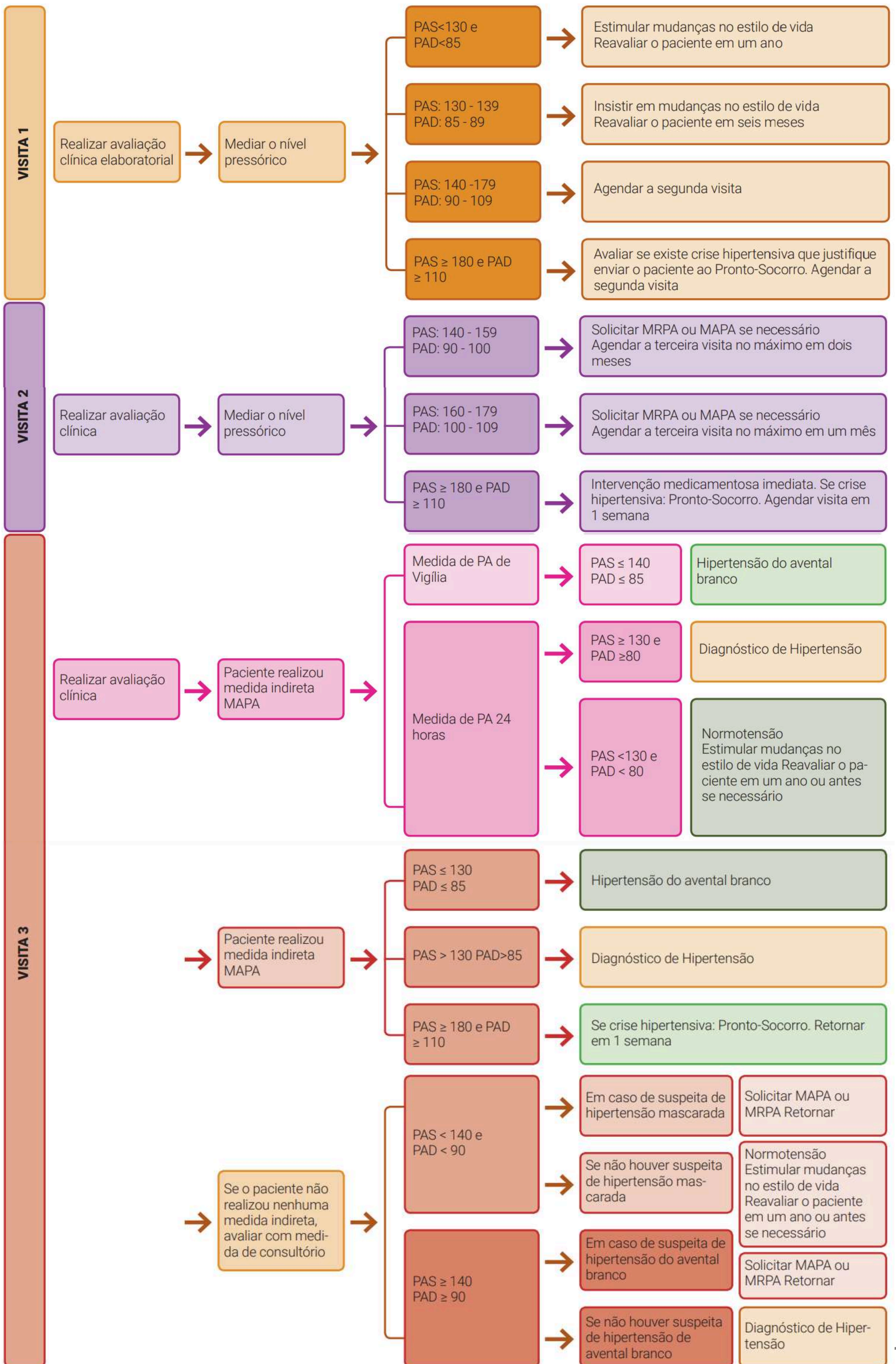


8.1 Fluxograma de Confirmação Diagnóstica



Fonte: Adaptado BRASIL, 2021

8.2 Fluxograma de Diagnóstico da HAS na APS

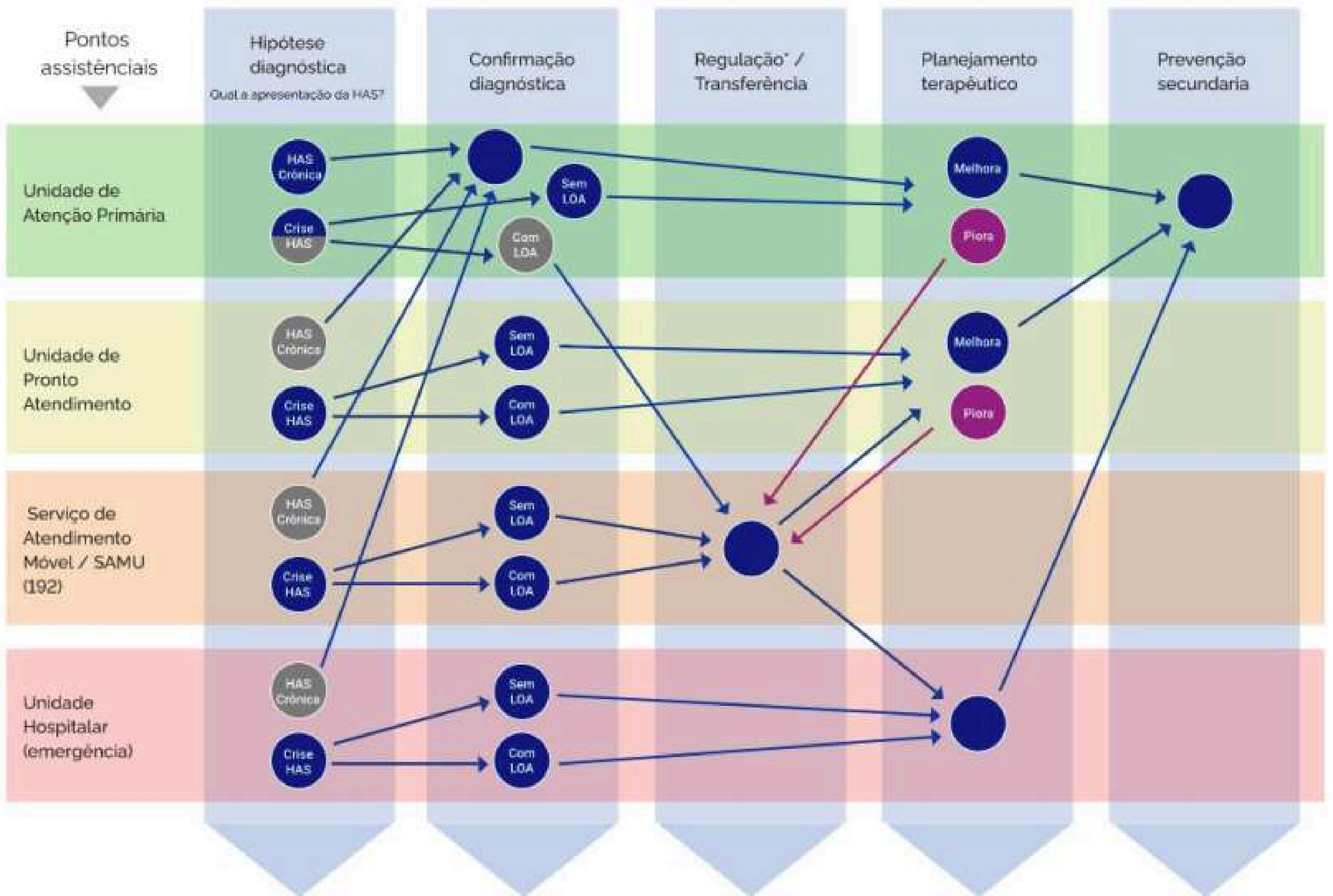


9 PROCESSO COMPLETO DA LINHA DE CUIDADO DO ADULTO COM HAS

Legenda

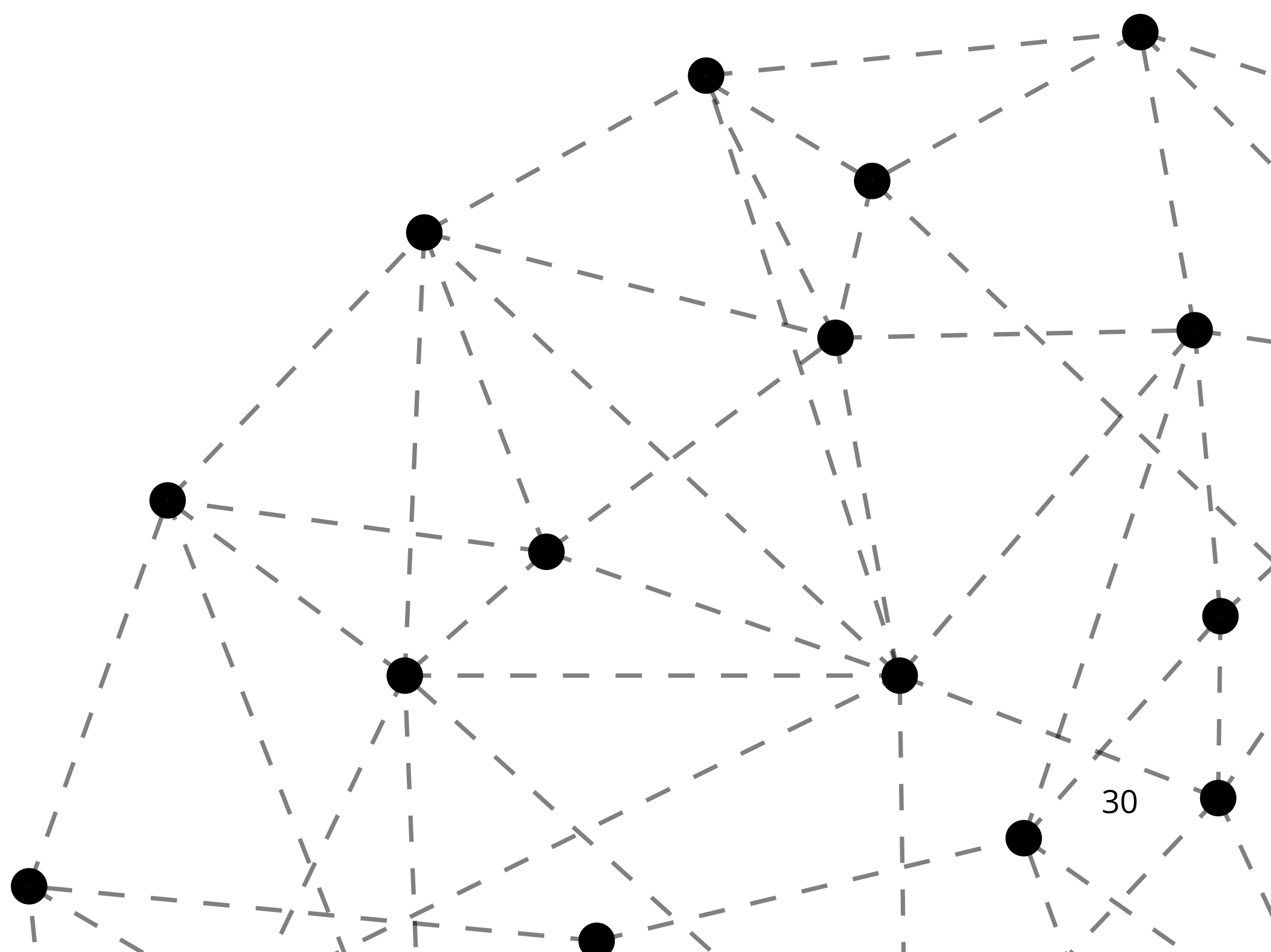
- **Azul:** Chegada do paciente no **LOCAL IDEAL**
- **Cinza:** Chegada do paciente com possibilidade de **ATRASSO** no planejamento terapêutico
- **Roxa:** **PIORA DO QUADRO** clínico do paciente e necessidade de regulação

Macro atividades



*A regulação será realizada pela Central de Regulação, quando aplicável.

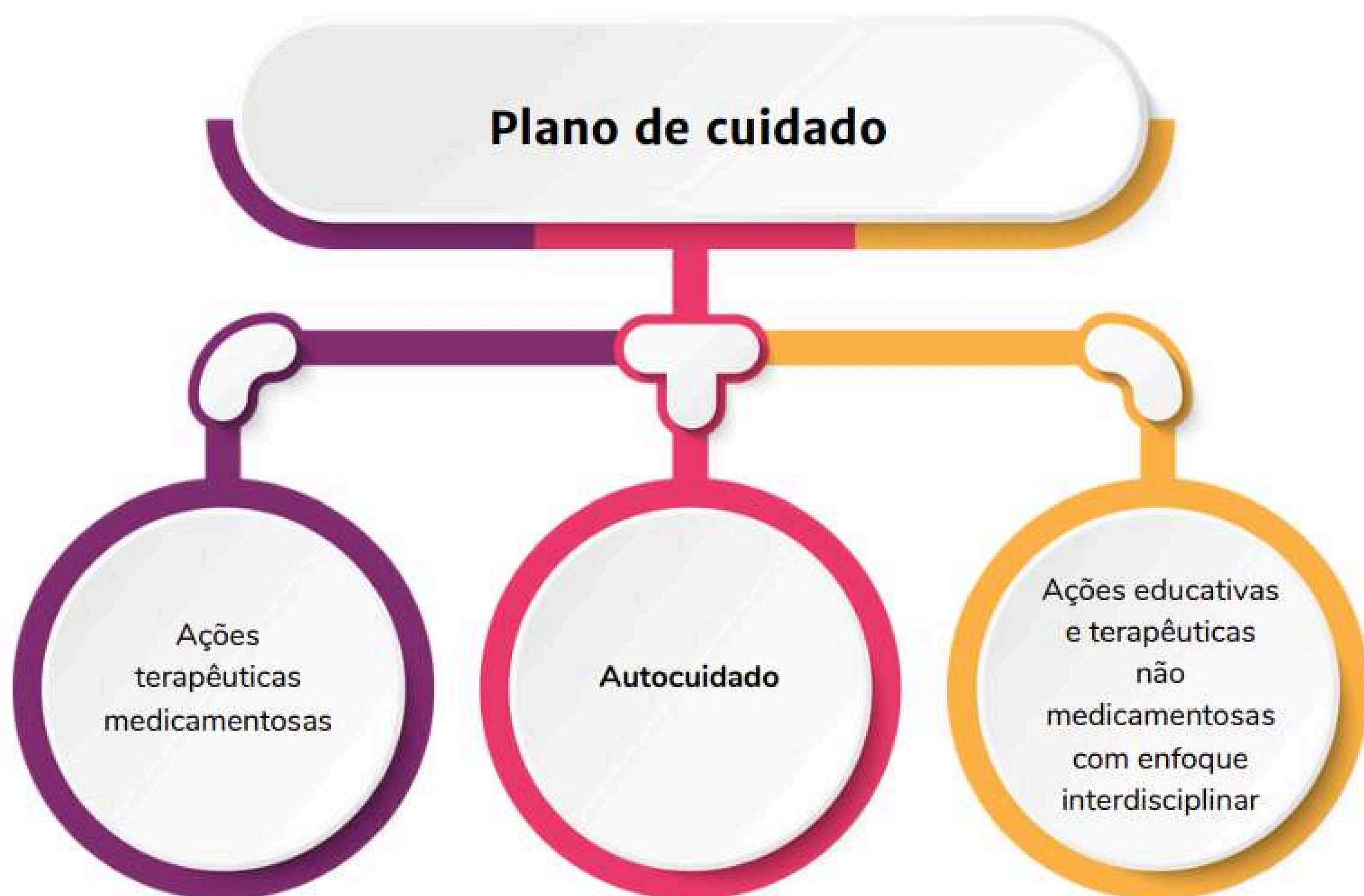
Fonte: Brasil, 2021



10 PLANEJAMENTO TEREPAUTICO: TRATAMENTO INTEGRAL

10.1 Plano de cuidado

É o instrumento indispensável para o manejo das condições crônicas, capaz de permitir o cuidado multiprofissional, agregando-o ao autocuidado. Tem como objetivo modificar o processo de intervenção da assistência prescritiva para o cuidado participativo. É composto por um roteiro compartilhado entre usuário, atenção primária e secundária, no qual consta o diagnóstico integral, a definição terapêutica, e as intervenções para a manutenção e reabilitação da saúde. Pode ser indicado à pessoa com fatores de risco modificáveis e com condições crônicas que necessitem de cuidados individualizados. Para este processo, são desenvolvidas ações de cuidado da equipe e de autocuidado do paciente (BRASIL, 2013).



Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado do Adulto com HAS do Ministério da Saúde, 2021.

10. 2 Autocuidado apoiado

É o processo de educação em saúde que promove o estímulo ao autocuidado pelo paciente e é indicado aos usuários que necessitem e tenham interesse em mudar os hábitos de vida. Para isso, é fundamental as seguintes etapas:

- Avaliação do conhecimento;
- Aplicação da entrevista para avaliar a prontidão para a mudança;
- Aconselhamento e orientação;
- Elaboração do Acordo do Plano de Ação com metas;
- Assistência e acompanhamento periódico do processo de mudança

10.3 Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico é fundamental para o controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como obesidade e dislipidemia, por exemplo, pois envolve mudanças no estilo de vida (MEV), as quais devem ser inseridas no cotidiano das pessoas com HAS. Essas modificações no estilo de vida podem retardar o aparecimento da HAS para as pessoas que apresentam a pressão limítrofe, tendo um impacto favorável nos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento ou agravamento da doença (BRASIL, 2021). No Apêndice 01 apresentamos uma orientação geral de MEV na HAS que podem ser utilizadas e/ou adaptadas pelos profissionais assistentes como sugestão. Já no quadro abaixo, seguem os aspectos relevantes ao Plano de Cuidado para a pessoa com HAS.

10.4 Aspectos relevantes para o plano de cuidado à pessoa com HAS

ASPECTO DO PLANO	OBJETIVOS E METAS	QUANDO APLICAR?
HÁBITOS DE VIDA	Alimentação saudável e prática regular de atividade física	Em todas as avaliações de saúde
MEDIDAS CORPORAIS	Manter o peso saudável: IMC até 24,9 Kg/m ² OU perda de 5 a 10% do peso se houver sobrepeso ou obesidade Manter a medida da circunferência da cintura a metade da altura (homens e mulheres acima de 18 anos) Redução de peso em casos de Sobrepeso e obesidade	Em todas as avaliações de saúde

ASPECTO DO PLANO	OBJETIVOS E METAS	QUANDO APLICAR?
PRESSÃO ARTERIAL	< 140/90 mmHg	Em todas as avaliações de saúde
CONTROLE LIPÍDICO	Colesterol total: < 200 mg/dL LDL- Colesterol: < 100 mg/dL (se doença vascular presente, LDL < 70 mmHg) HDL- colesterol: > 45 mg/dL Triglicerídeos: < 150 mg/dL	Anual, semestral e/ou conforme necessidade. Estágios 1, 2 e 3
FUNÇÃO RENAL	TFG > 90 ml/min e relação albumina-creatinina < 30 mg/g em urina)	Anual, semestral e/ou especialista, conforme necessidade. Estágios 1, 2 e 3
SAÚDE MENTAL	Prevenção ou tratamento de transtornos mentais associados	Em todas as avaliações de saúde
SAÚDE BUCAL	Prevenção ou tratamento de cáries e doença periodontal	Estratificação de risco de saúde bucal anual
PLANEJAMENTO FAMILIAR	Promover o planejamento familiar Reduzir o risco de complicações materno-infantis	Orientar sobre a importância do planejamento da gravidez Conversar sobre risco gestacional e indicar métodos contraceptivos
USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E CIGARRO	Recomendar a cessação. Não existe quantidade segura de consumo para estes produtos	Em todas as avaliações de saúde
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS	Avaliar o uso de acordo com o risco cardiovascular	Em todas as avaliações de saúde
OCORRÊNCIA DE AVC, IAM E/OU CIRURGIA CARDÍACA	Questionar quanto a história prévia/intercorrência	Em todas as avaliações de saúde

Fonte: Adaptado de Brasil, 2006; Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial

11 CONSULTA

A consulta desempenha um papel essencial no acompanhamento de pacientes hipertensos. Aborda e orienta sobre o processo saúde-doença. Desta forma, os profissionais: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, nutricionista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta devem orientar o cuidado e aplicar seu atendimento conforme resoluções do seu conselho profissional ou SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano).

- Atente-se aos seguintes pontos:
- Identifique os fatores de risco influentes na hipertensão e auxilie no controle. Ajude a manter os níveis pressóricos abaixo da meta. Revise os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais).
- Apoie mudanças no estilo de vida, incentivando a modificação de hábitos não saudáveis (fumo, estresse, consumo de álcool e sedentarismo).
- Promova a prática de atividade física e a redução de peso quando necessário. Identifique complicações e adote medidas de prevenção secundária.
- Revise exames solicitados ou solicite novos, conforme protocolo assistencial.
- Avalie e encaminhe para outros profissionais de saúde conforme necessário (médico, psicólogo, nutricionista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta).
- Encaminhe e acompanhe a avaliação anual com o cirurgião-dentista.

11. 1 Avaliação do processo de cuidado:

- Estabeleça metas de cuidado com o paciente e sua família.
- Observe e acompanhe o paciente em cada retorno.
- Avalie a satisfação e o engajamento do paciente no tratamento.

11. 2 Avaliação no idoso:

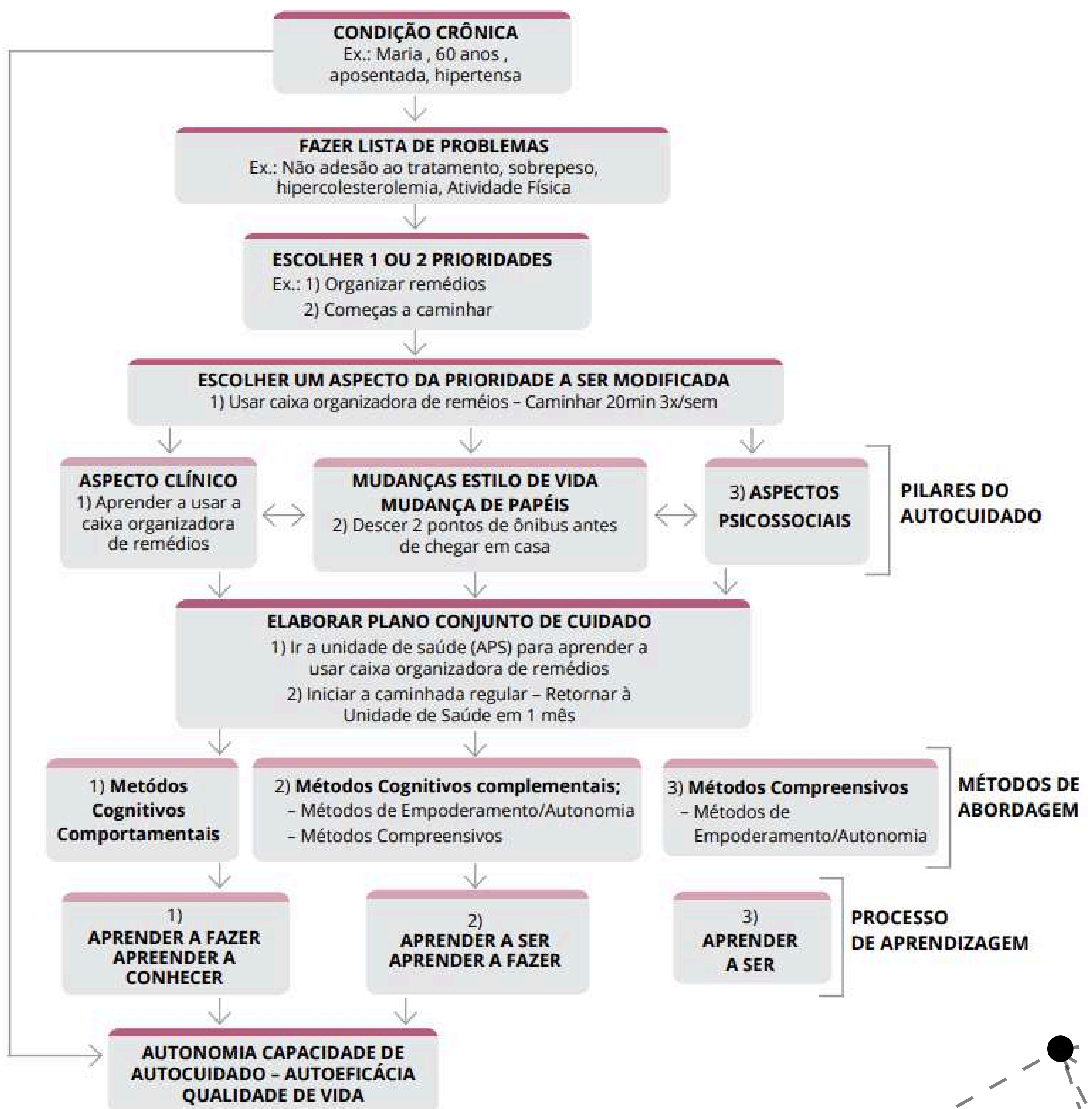
- Realize uma avaliação multidimensional (clínica, psicossocial e funcional) para uma compreensão abrangente e integral do estado de saúde.
- Dimensão clínica: Realize uma anamnese detalhada, identificando a presença de problemas como quedas, hematomas, fraturas, doenças crônicas e agudas, e medicamentos utilizados.
- Dimensão psicossocial: Avalie aspectos relacionados à cognição, memória, humor, comportamentos e dinâmica familiar.
- Dimensão funcional: Avalie o grau de dificuldade e a necessidade de auxílio para realizar atividades diárias.

O Ministério da Saúde disponibiliza a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que facilita a reconstituição do histórico clínico do idoso e suas condições de saúde, identificando hábitos de vida e contextos familiares, sociais e econômicos que podem influenciar os prognósticos. O idoso ou responsável deve levar a caderneta às consultas.

11.3 Adesão e autocuidado:

Promova ações que qualifiquem o cuidado de acordo com o perfil do paciente e particularidades regionais. Meça a pressão arterial em todas as consultas e, se necessário, oriente o paciente a realizar a medida residencial da PA - MRPA. Monitore a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Realize ações individuais (método clínico centrado na pessoa, projeto terapêutico singular, entrevista motivacional) e em grupo (compreensão, problematização, grupos operativos, grupos terapêuticos). Utilize recursos educativos para auxiliar e incentivar a adesão às medidas de controle. A atuação da equipe multiprofissional promove melhor controle da hipertensão, diretamente relacionado à adesão ao tratamento. A equipe multiprofissional pode incluir médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, musicoterapeutas, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde.

11.3.1 Fluxograma do autocuidado



12. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Os objetivos primordiais do tratamento anti-hipertensivo são a redução da pressão arterial e do risco de desfechos cardiovasculares e mortalidade associados à hipertensão arterial. A maioria dos pacientes hipertensos necessitará de fármacos em associação às modificações do estilo de vida para alcançar a meta pressórica. O tratamento com medicamentos pode ser iniciado com monoterapia ou com combinação de fármacos. Ênfase deve ser dada ao uso de combinação de fármacos como estratégia preferencial para a maioria dos pacientes hipertensos. O tratamento deve ser individualizado; e a escolha inicial do medicamento, basear-se nas características gerais desejáveis dos medicamentos anti-hipertensivos, nas particularidades individuais, na presença de doenças associadas e lesões de órgãos-alvo e nas condições socioeconômicas (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020).

12.1 RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS

Na perspectiva de contextualizar o cuidado ao usuário, que apresenta HAS, é necessário destacar os medicamentos que estão registrados na REMUME, no site da Prefeitura Municipal de Criciúma, no link <https://www.criciuma.sc.gov.br/site/> em “serviços” e “medicamentos disponíveis no SUS”. Neste local podem ser visualizados todos os medicamentos fornecidos na rede municipal de saúde, bem como em quais unidades e/ou pontos da rede esses medicamentos podem ser encontrados. Abaixo, encontram-se os medicamentos disponíveis na Rede Municipal de Saúde de Criciúma para o tratamento de HAS, bem como a concentração e forma farmacêutica, dose diária habitual, frequência diária, comentários e recomendações:

12.1.1 Lista medicamentos da REMUME para HAS

Classe	Medicamento	Concentração e Forma Farmacêutica	Dose Diária Habitual	Frequência Diária	Comentários e Recomendações
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) di-hidropiridínicos	Anlodipino, besilato	5 mg Comprimido	2,5-10mg	1	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Pode provocar edema de membros inferiores relacionado com a dose utilizada.
	Nifedipino	10 mg Comprimido e 20 mg Comprimido retard	10-60mg	1-3	
Betabloqueadores (BB) cardioseletivos	Carvedilol	3,25mg, 6,25mg, 12,5mg, 25mg Comprimido	12,5-50mg	1-2	Efeito alfabloqueador produz menor bradicardia
	Atenolol	50 mg comprimido	50-100mg	1-2	
	Metoprolol	50 mg Comprimido	50-200mg	1	
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA)	Captopril	25 mg Comprimido	25-150mg	2-3	Evite o uso em mulheres em idade fértil, pois há grande risco de malformações fetais e outras complicações na gestação. Contraindicada em associação a outros inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, exceto espironolactona na ICC. Risco de hiperpotassemia em pacientes com insuficiência renal ou que estejam recebendo suplementação de potássio.
	Enalapril, maleato	5 mg, 10mg, 20mg Comprimido	5-40mg	1-2	
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg Comprimido	25-100mg	1-2	Pode provocar hiperpotassemia, particularmente na IRC e quando associada a inibidores da ECA ou BRA.
Diuréticos de alça	Furosemida	40 mg Comprimido	20-240mg	1-3	Utilizada em insuficiência renal crônica (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e estados de retenção de líquidos (edema).

Diuréticos tiazídicos e similares	Hidroclorotiazida	25 mg Comprimido	25-50mg	1	Doses mais elevadas dos tiazídicos e similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva
Bloqueadores dos receptores AT1 da Angiotensina II (BRA)	Losartana potássica	50 mg Comprimido	50-100mg	1-2	Mesmas recomendações feitas aos IECA.
Simpatolíticos de ação central	Metildopa	250 mg Comprimido	500- 2000mg	2	
Betabloqueadores (BB) não cardioseletivos	Propranolol, cloridrato	40 mg Comprimido	80-320mg	2-3	A retirada abrupta dos BB deve ser evitada, pois pode provocar taquicardia reflexa e mal-estar.
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) não di-hidropiridínicos	Verapamil, cloridrato	80 mg Comprimido	120-360mg	1-2	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Evite a associação com betabloqueadores e em pacientes com bradicardia

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020

12.2 QUANDO TRATAR?

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, a indicação do tratamento farmacológico deve levar em conta os níveis pressóricos, o risco cardiovascular global e a presença de lesões em órgãos-alvo. A decisão terapêutica é individualizada e depende da estratificação clínica, baseada em fatores como idade, particularidades individuais, presença de doenças associadas e/ou lesões de órgãos-alvo e nas condições socioeconômicas.

12.2.1 Pré-hipertensão ou Pressão arterial elevada

A Diretriz Brasileira indica que indivíduos com pressão arterial entre 130–139/85–89 mmHg (denominada “PA elevada”), sem doença cardiovascular prévia e com risco cardiovascular global baixo ou moderado (menor que 10% de evento cardiovascular em 10 anos), não se recomenda o uso de fármacos. Nestes casos, orienta-se apenas a modificação do estilo de vida, com reavaliação anual. Por outro lado, em pacientes com PA elevada que apresentem doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular alto, deve-se instituir mudanças no estilo de vida por três meses e, na ausência de controle, considerar o início do tratamento medicamentoso (Barroso et al., 2021). Diretrizes internacionais, como as da Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH, 2023), da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2024) e da Sociedade Internacional de Hipertensão (ISH, 2020), recomendam conduta semelhante. Em contraste, as diretrizes americanas do American College of Cardiology e American Heart Association (ACC/AHA, 2017) sugerem o início do tratamento farmacológico ao diagnóstico para indivíduos com PA $\geq 130/80$ mmHg e alto risco cardiovascular, excetuando-se idosos frágeis.

12.2.2 Hipertensos

De um modo geral, as diretrizes recomendam tratamento farmacológico em caso de PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 . Os principais objetivos da terapêutica anti-hipertensiva são a redução efetiva dos níveis pressóricos, a diminuição do risco de desfechos cardiovasculares e da mortalidade associados à hipertensão arterial.

A Diretriz Brasileira (Barroso et al., 2021) recomenda que os fármacos anti-hipertensivos apresentem as seguintes características desejáveis:

- Comprovada capacidade de reduzir a morbimortalidade cardiovascular;
- Eficácia por via oral, com bom perfil de tolerabilidade;
- Preferência pela posologia de administração única diária, visando maior adesão terapêutica;
- Possibilidade de uso em associação com outros fármacos, inclusive em formulações combinadas.

12.3 FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

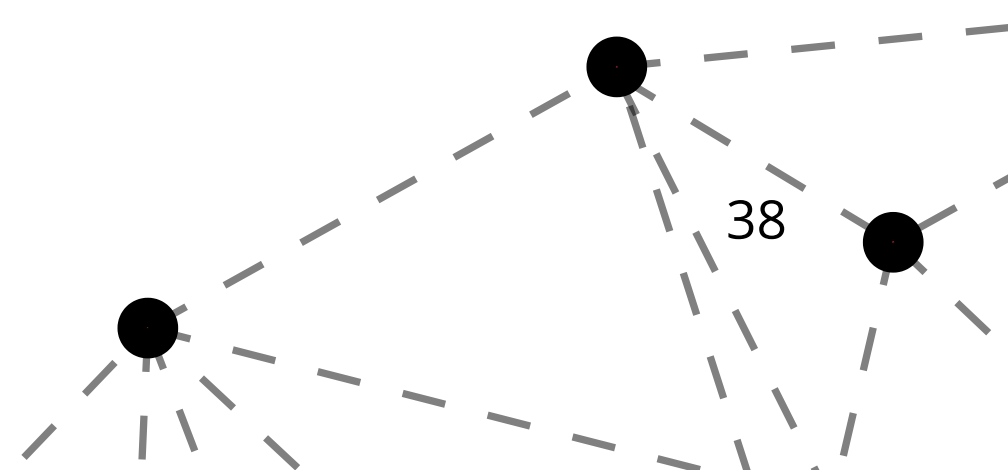
Os medicamentos de primeira linha indicados pelas principais diretrizes nacionais e internacionais incluem: diuréticos tiazídicos e similares, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRAs) e bloqueadores dos canais de cálcio (BCC). Esses agentes podem ser utilizados tanto em monoterapia quanto em associações farmacológicas, sendo preferida, em muitos casos, a combinação em dose fixa para otimizar o controle pressórico e favorecer a adesão ao tratamento (Whelton PK et al., 2017; Unger T et al., 2020; Barroso et al., 2021; Mancia et al., 2023; McEvoy et al., 2024).

12.3.1 Monoterapia

Estudos tem demonstrado redução do risco de desfechos cardiovasculares da terapia anti-hipertensiva iniciada com a combinação de fármacos, quando comparada com o tradicional início do tratamento com monoterapia. A combinação inicial de dois fármacos em comparação com a introdução sequencial de anti-hipertensivos promove um controle mais rápido, podendo reduzir em até cinco vezes mais a pressão arterial, além do evidente impacto na prevenção de lesões de órgãos-alvo e maior adesão ao tratamento. Com base nas evidências científicas mais recentes, o uso de combinações duplas ou mesmo triplas de anti-hipertensivos, em baixas doses, mesmo nas fases iniciais da doença, vem recebendo destaque progressivo nas recomendações de diretrizes (Barroso et al., 2021; McEvoy et al., 2024).

A estratégia anti-hipertensiva inicial com monoterapia pode ser utilizada nos indivíduos que a redução da PA desejada é pequena ou deve ser feita de forma gradual, de modo a evitar eventos adversos. As Diretrizes Brasileiras – 2020 e ESH (2023) destacam os perfis:

- Hipertensão arterial Estágio 1 com risco cardiovascular BAIXO
- Pressão arterial elevada (130–139/85–89 mmHg) com risco cardiovascular ALTO
- Indivíduos muito idosos (≥ 80 anos) e/ou frágeis



12.3.2 Betabloqueadores

Apesar dessa classe de fármaco se encontrar entre as 5 principais drogas anti-hipertensivas (diuréticos, IECA, BRA, BBC e BB), as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 não recomendam os betabloqueadores como fármaco inicial ou primeira linha, exceto com indicações específicas, como na presença de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca ou taquiarritmias, inclusive, deve substituir o BCC no esquema terapêutico inicial com três medicações. Consideram, ainda, uma opção segura para mulheres em idade fértil ou gestantes. Porém, não deve ser utilizado como monoterapia inicial em idosos, além de ser contraindicado em portadores de asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro grau. As diretrizes americanas do American College of Cardiology e American Heart Association (ACC/AHA, 2017) corroboram com a utilização dos betabloqueadores para casos específicos, exceto o Atenolol, que não recomendam o uso, pois os estudos demonstraram menor eficiência em relação ao placebo na redução de eventos cardiovasculares, assim como aos outros anti-hipertensivos (Whelton PK et al., 2017).

A Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2024) não considera os betabloqueadores como fármacos de primeira linha, por estudos demonstrarem inferioridade aos anti-hipertensivos de primeira linha (diuréticos tiazídicos e similares, IECA, BRA e BCC). Quando comparados com estes agentes anti-hipertensivos, observou-se que os betabloqueadores aumentaram o risco de eventos cardiovasculares, especialmente AVC, da mortalidade geral, além de estarem associados a menor adesão medicamentosa devido a efeitos adversos. A Diretriz da Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH, 2023) discute que a utilização desses fármacos carece de mais investigações para entender as diferenças entre os subtipos de betabloqueadores, pois a maior parte dos achados são com o atenolol (Barroso et al., 2021; Mancia et al., 2023; McEvoy et al., 2024).

12.3.3 Quarto medicamento

De acordo com as diretrizes americanas ACC/AHA (2017), a persistência de níveis pressóricos elevados, mesmo após a otimização do tratamento anti-hipertensivo com a associação dos três fármacos iniciais - diurético tiazídico ou similar, IECA ou BRA e BCC – caracteriza um quadro de Hipertensão resistente. Nesses casos, recomenda-se iniciar um quarto medicamento e referenciar o paciente aos especialistas apropriados para investigar causas secundárias para hipertensão.

Estudos demonstraram que a Espironolactona apresenta superioridade em relação a outras opções terapêuticas como quarto fármaco, sendo indicada pelas principais diretrizes brasileiras e internacionais. Sua utilização deve ser evitada em casos de intolerância ou com IRC avançada (taxa de filtração < 30mL/min), devido ao risco aumentado de hiperpotassemia. Nessas situações, pode-se considerar o uso de um diurético de alça, como a Furosemida (Whelton PK et al., 2017; Unger T et al., 2020; Barroso et al., 2021; Mancia et al., 2023; McEvoy et al., 2024).

As Diretrizes Brasileiras – 2020 classificam como Hipertensão resistente controlada o indivíduo que necessita de quatro ou mais agentes anti-hipertensivos para manter a pressão arterial controlada (PA < 140/90 mmHg), seguindo o princípio básico do tratamento farmacológico – associar fármacos que agem sobre a maioria dos mecanismos fisiopatológicos de elevação pressórica – sendo eles:

- **Expansão do volume intravascular;**
- **Ativação simpática;**
- **Ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA);**
- **Resistência vascular periférica aumentada.**

12.3.4 Hipertensão resistente / Hipertensão refratária

As Diretrizes Brasileiras - 2020 recomendam que o regime triplo ideal na hipertensão resistente, considerando intervalos posológicos adequados e doses plenas toleradas, é representado por um diurético (DIU) tiazídico, um bloqueador do SRAA (inibidor da ECA ou bloqueador dos receptores AT1 da angiotensina - BRA) e um bloqueador dos canais de cálcio (BCC) di-hidropiridínico de longa duração. Em condições especiais, esse esquema terapêutico inicial pode sofrer mudanças, como o betabloqueador (BB) deve substituir o BCC na presença de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca ou taquiarritmias, assim como o DIU de alça (furosemida) deve ser utilizado no lugar dos tiazídicos em caso de doença renal crônica estágios 4-5 e insuficiência cardíaca com retenção de volume. A Espironolactona é o quarto fármaco de escolha, mas se o alvo pressórico não for alcançado, os BB (principalmente com efeito vasodilatador) ou os alfa-agonistas de ação central (clonidina) são os medicamentos indicados como quinta ou sexta linha. Na sequência, com a persistência do descontrole pressórico, os vasodilatadores diretos (hidralazina e minoxidila) podem ser utilizados como os fármacos de sétima opção (Barroso et al., 2021).

A diretriz americana (ACC/AHA, 2017) define o extremo da falha terapêutica dos anti-hipertensivos como Hipertensão refratária, caracterizada pela persistência da pressão elevada, mesmo com a associação de 5 anti-hipertensivos, incluindo a Clortalidona e Espironolactona. As diretrizes europeias não utilizam os termos “Hipertensão resistente controlada” e “Hipertensão refratária” (McEvoy et al., 2024).

Para as Diretrizes Brasileiras – 2020, a diferença entre a Hipertensão arterial resistente (HAR) e a Hipertensão arterial refratária (HARf) são mecanismos fisiopatológicos distintos. Na HAR, o aumento da volemia é o principal fator, relacionado à retenção de fluidos, sensibilidade ao sódio, hiperaldosteronismo, disfunção renal e altos níveis de peptídeos natriuréticos atrial e cerebral (BNP), justificando o uso essencial de diuréticos como a Clortalidona e Espironolactona. Na HARf, predomina a hiperatividade simpática e maior rigidez vascular, associadas a níveis elevados de citocinas (ex. fator de necrose tumoral- α), disfunção endotelial, maior atividade enzimática, além de outros fatores genéticos, obesidade e apneia do sono envolvidos no processo, determinando diferentes graus de refratariedade aos fármacos anti-hipertensivos (Barroso et al., 2021).

Apesar das diferenças conceituais, as principais diretrizes brasileiras e internacionais ressaltam a importância de avaliar criteriosamente a presença de inércia terapêutica ou baixa adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas indicadas. Além disso, é essencial garantir a correta aferição e interpretação dos níveis pressóricos, prevenindo a interferência da hipertensão do avental branco e corrigindo possíveis erros na técnica na medida da pressão arterial, a fim de diferenciar a verdadeira resistência ao tratamento de uma pseudo-resistência (Whelton PK et al., 2017; Unger T et al., 2020; Barroso et al., 2021; Mancia et al., 2023; McEvoy et al., 2024).

Uma recomendação (Classe IIB e nível de evidência B) das Diretrizes Brasileiras – 2020 indica a prescrição de uma ou mais medicações à noite ao deitar-se. Segundo os estudos, os fármacos administrados à noite (sobretudo os bloqueadores do SRAA e os BB) melhoraram o controle pressórico e reduziu morbimortalidade cardiovascular (Barroso et al., 2021).

12.3.5 Hipertensão no idoso

As Diretrizes Brasileiras – 2020 apresentam recomendações específicas para idosos (≥ 60 anos) e “muito idosos” (≥ 80 anos), grupo que concentra mais da metade dos casos de Hipertensão Arterial (HA). Nessa população, a HA constitui o principal fator de risco modificável para morbimortalidade cardiovascular, além de estar fortemente associada ao declínio cognitivo, demência e perda funcional.

A Hipertensão sistólica isolada é a forma predominante nos idosos, pois a pressão arterial diastólica (PAD) tende a aumentar até os 50-60 anos, estabilizar-se e diminuir posteriormente, enquanto a pressão arterial sistólica (PAS) mantém tendência de elevação durante toda a vida (Whelton PK et al., 2017). Em indivíduos mais jovens, em geral, a PA é determinada pela resistência vascular periférica (RVP), enquanto nos idosos, a rigidez dos grandes vasos arteriais centrais é o principal agente (Barroso et al., 2021). Nesse contexto, os Betabloqueadores (BB) devem ser evitados em pacientes com hipertensão sistólica isolada ou com outras formas de rigidez arterial, pois, ao reduzirem a frequência cardíaca, aumentam o volume sistólico (McEvoy et al., 2024).

A investigação e o manejo da HA em idosos apresentam desafios e peculiaridades inerentes a essa faixa etária. A aferição da PA pode ser imprecisa em virtude de fatores como hiato auscultatório, pseudo-hipertensão e variações posturais ou pós-prandiais. Por isso, métodos de monitorização fora do consultório (MAPA ou MRPA) estão cada vez mais valorizados. A automedida da PA pode ser considerada (Barroso et al., 2021).

As Diretrizes brasileiras – 2020 estabelecem valores pressóricos ideais para o início e as metas do tratamento anti-hipertensivo nos idosos (Tabela 12). Entretanto, não há consenso internacional quanto a esses parâmetros, o que reforça a importância de uma avaliação individualizada da população geriátrica. Para além da idade cronológica, é fundamental considerar a condição funcional, o desempenho cognitivo, o grau de fragilidade, as expectativas e preferências do paciente, bem como a presença de comorbidades, lesões em órgãos-alvo, risco cardiovascular global, polifarmácia e tolerabilidade ao tratamento. Nenhuma intervenção terapêutica deve ser impedida ou descontinuada unicamente pela idade (Barroso et al., 2021).

A ESC (2024) recomenda o tratamento anti-hipertensivo (Class I, Level A) para idosos ≥ 85 anos, sem fragilidade moderada a grave, com as mesmas terapias indicadas para indivíduos mais jovens, desde que bem tolerada. Na ocorrência de fragilidade moderada a grave, em qualquer idade (avançada ou não), a diretriz europeia recomenda o tratamento (Class IIa, Level B) com bloqueadores dos canais de cálcio (BCC's) di-hidropiridínicos de longa duração ou inibidores do SRAA como primeira escolha. Caso necessário, pode-se considerar a associação com os diuréticos em baixa dose se bem tolerados, mas deve-se evitar os Betabloqueadores (exceto nas indicações específicas) ou alfa-bloqueadores.

As diretrizes ESH (2023), ISH (2020) e a Diretriz Brasileira – 2020 indicam monoterapia para “muito idosos” e/ou frágeis como terapia inicial, principalmente pelos efeitos adversos ou interações com a polifarmácia. Barroso et al. (2021) também recomenda a combinação gradual das quatro principais classes de anti-hipertensivos (DIU, IECA/BRA, BCC), com atenção especial à rede de suporte familiar e adesão ao tratamento, principalmente nas situações de polifarmácia, hipotensão ortostática, incontinência urinária, fadiga, perda de peso e de reserva orgânica. Em caso de fragilidade severa e cuidados paliativos, o objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é controlar os sintomas.

As diretrizes europeias recomendam a monitorização contínua da hipotensão ortostática e de outros efeitos adversos do tratamento anti-hipertensivo, mesmo na ausência de sintomas, incentivando o uso da MRPA. A ESC (2024) também orienta a testar a presença de hipotensão ortostática antes de iniciar ou intensificar a terapia anti-hipertensiva (Class I, Level B), mantendo o idoso sentado ou deitado por 5 minutos e, em seguida, aferir a PA após 1 e/ou 3 minutos após a posição ortostática. O MAPA é outra estratégia para identificar episódios hipotensivos, especialmente útil em casos de polifarmácia, possibilitando detectar a ocorrência e a magnitude da queda pressórica, inclusive a noturna (Mancia et al., 2023; McEvoy et al., 2024).

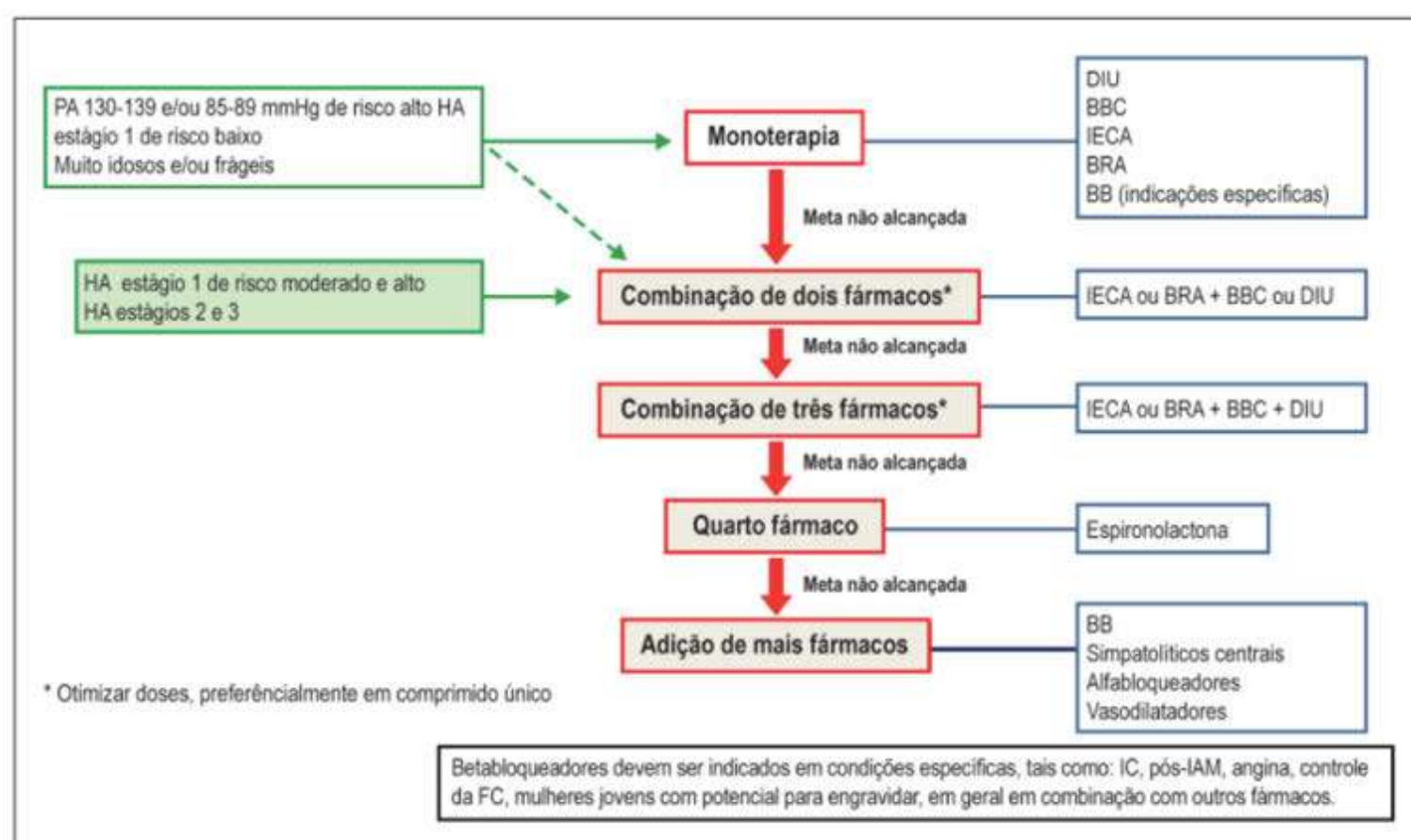
Tabela 12 - Recomendações para o tratamento da hipertensão em idoso:

Condição global ¹	PAS de consultório		PAD de consultório	
	Limiar de tratamento	Meta pressórica ^{4,5}	Limiar de tratamento	Meta
Hígidos ²	≥ 140 (I,A)	130-139 (I,A) ⁶	≥ 90	70-79
Idosos frágeis ³	≥ 160 (I,C)	140-149 (I,C) ⁷	≥ 90	70-79

1: mais importante a condição funcional que a idade cronológica; 2: incluindo fragilidade leve; 3: fragilidade moderada a severa; 4: incluindo idosos com comorbidades: DM, DAC, DRC, ACV/EIT (não se refere à fase aguda); 5: avaliar ativamente a tolerabilidade, inclusive possíveis sintomas atípicos; 6: a meta mais rígida (125- 135 mmHg) pode ser obtida em casos selecionados, especialmente em idosos motivados, < 80 anos, apresentando ótima tolerabilidade ao tratamento; 7: limites mais elevados em caso de sobrevida limitada e ausência de sintomas. Redução da PA deve ser gradual; 8: PAD = evitar < 65-70 mmHg em portadores de DAC clinicamente manifesta. Obs.: o monitoramento fora do consultório (MAPA/MRPA) deve ser realizado às mudanças de terapia ou anualmente devido à maior variabilidade da PA com envelhecimento, maior risco de hipotensão ortostática e menor tolerabilidade ao tratamento inadequado da hipertensão do avental branco e mascarada

FONTE: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020.

Figura 12 – Fluxograma de tratamento medicamentoso.



FONTE: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020.

12.3.6 Evidências científicas do tratamento medicamentoso (Barroso et al.,2021)

Situação	Abrangência	Recomendação	Classe	Nível de evidência
Início de intervenções no estilo de vida	Todos os estágios de hipertensão e pressão arterial 130-139/85-89mmHg	Ao diagnóstico	I	A
Início de terapia farmacológica	Hipertensos estágio 2 e 3	Ao diagnóstico	I	A
	Hipertensos estágio 1 de moderado e alto risco cardiovascular	Ao diagnóstico	I	B
	Hipertensos estágio 1 e risco cardiovascular baixo	Aguardar 3 meses pelo efeito de intervenções no estilo de vida	Ila	B
	Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg e DCV preexistente ou alto risco cardiovascular			
	Hipertensos idosos frágeis e/ou muito idosos	PAS≥160 mmHg	I	B
	Hipertensos idosos idosos	PAS≥140mmHg	I	A
	Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg sem DCV preexistente e risco cardiovascular baixo ou moderado	Não recomendado	III	

Associações de fármacos	NE	GR
As classes de fármacos preferenciais para o tratamento anti-hipertensivo são os DIU tiazídicos ou similares, BCC, IECA e BRA, por demonstrarem efetiva redução da PA e do risco de desfechos CV. Os BB devem ser considerados em situações clínicas específicas (DAC, IC e controle da FC)	A	I
O tratamento da HA pode ser iniciado com associação de duas classes de fármacos desde a HA estágio 1	B	I
O início do tratamento com combinação de dois fármacos deve ser feito com um IECA, ou BRA, associado a DIU tiazídico ou similar ou BCC	A	I
O tratamento da HA em pacientes de alto risco CV com a combinação de um IECA e um BCC di-hidropiridínico é preferencial à combinação de um IECA e um DIU tiazídico em pacientes não obesos	B	I
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 DIU tiazídico ou similar e BCC	A	I
Quando não se atinge o controle da PA com a combinação de três fármacos, a espirolactona deve ser acrescentada preferencialmente ao esquema terapêutico	B	I
O tratamento da HA com combinações fixas possibilita a maior adesão	B	Ila
O tratamento da HA com a combinação de dois antagonistas do sistema renina-angiotensina é contraindicado	A	III

FONTE: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020.

13. SEGMENTO DO PACIENTE COM HAS

13.1 - Segmento ambulatorial

Após a instituição de terapia medicamentosa para HAS, todo paciente hipertenso deve ser acompanhado regularmente, dentro de um período preferencial de 1 ano, com acompanhamento estruturado para garantir o controle pressórico, adesão ao tratamento e redução do risco cardiovascular (Carey RM, Moran AE, Whelton PK, 2022).

Após o início ou ajuste da terapia anti-hipertensiva, a reavaliação deve ocorrer em aproximadamente um mês, com visitas mensais subsequentes até que a meta pressórica seja atingida. Uma vez estabilizada a pressão arterial, os intervalos podem ser ampliados para três meses e, posteriormente, até seis meses, desde que o controle seja mantido e não haja efeitos adversos relevantes (Carey RM, Moran AE, Whelton PK, 2022; Taler SJ, 2018). Em pacientes com comorbidades, como diabetes, recomenda-se aferição da pressão arterial em todas as consultas de rotina, ou pelo menos a cada seis meses (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025)

A adesão ao tratamento deve ser continuamente avaliada, visto que a não adesão e a inércia clínica são causas frequentes de não controle pressórico. Estratégias para melhorar a adesão incluem simplificação do regime terapêutico (uso de combinações em dose fixa e prescrições para 90 dias), educação do paciente e envolvimento de equipe multiprofissional, incluindo farmacêuticos e enfermeiros (Carey RM, Moran AE, Whelton PK, 2022, Bress AP, 2024).

Ajustes de dose e inclusão de novos agentes devem ser realizados conforme resposta pressórica e tolerabilidade, com monitorização laboratorial periódica para detecção de distúrbios eletrolíticos ou disfunção renal, especialmente em pacientes em uso de diuréticos ou inibidores do sistema renina-angiotensina (Taler SJ, 2018).

14. CRISE HIPERTENSIVA

Crise hipertensiva é um termo utilizado para descrever elevações agudas e significativas da pressão arterial, com ou sem diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica. De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão 2025, considera-se “crise hipertensiva” quando há PAS \geq 180 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg.

- **Emergência hipertensiva:** caracteriza-se pela elevação aguda da pressão arterial acompanhada de lesão de órgão-alvo aguda ou em progressão. Isso inclui quadros como encefalopatia hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, dissecação de aorta, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda, entre outros. Nesses casos, é necessária redução imediata e controlada da pressão, geralmente com infusão intravenosa em ambiente hospitalar.
- **Elevação importante da pressão sem lesão de órgão-alvo (antiga “urgência hipertensiva”):** ocorre quando a PA está elevada (PAS \geq 180 e/ou PAD \geq 110), mas sem evidência de dano agudo em órgãos. Pode-se fazer a redução de forma mais gradual por via oral e agendar acompanhamento ambulatorial em até 7 dias.

14.1 MANEJO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

14.1.1 Emergência Hipertensiva - Pacientes COM lesão aguda de órgão-alvo

Pacientes classificados como emergência hipertensiva, ou seja, com condições (Tabela 1) que apresentem sinais e sintomas de lesão em órgão alvo, caso presentes em unidade básica de saúde (UBS) devem ser prontamente regulados via Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU - 192) para serviços de maior complexidade, devido gravidade do quadro e impossibilidade de realização de tratamento adequado em UBS.

Entretanto, até que o SAMU chegue, devem ser realizadas medidas de atendimento inicial, com coleta de informações sobre o paciente, como medicações de uso contínuo, uso de substâncias, alergias e doenças conhecidas. Além disso, é importante que o paciente seja colocado em sala isolada, com monitorização cardíaca e pressórica, com aferição da pressão nos dois membros (ao menos duas vezes), saturação e acompanhado de oxigenoterapia se necessário.

Tabela 1 - Principais Exemplos e Condutas de Sinais e Sintomas de Lesão de Órgão Alvo

Exemplos de lesão de órgão-alvo	Condutas Esperadas
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Pressão arterial geralmente não é reduzida, a menos que o valor inicial seja $\geq 185/110$ mmHg em pacientes candidatos à terapia de reperfusão ou $\geq 220/120$ mmHg em pacientes que não são candidatos à terapia de reperfusão (trombolítica) (7).
Dissecção Aguda Da Aorta	A pressão arterial sistólica deve ser rapidamente reduzida com drogas vasoativas para uma meta de 100 a 120 mmHg (a ser atingida em 20 minutos) para reduzir as forças de cisalhamento aórticas, podendo ser utilizado betabloqueadores EV para diminuição de frequência cardíaca reduzindo assim o estresse de cisalhamento associado (8).
Hemorragia Intracerebral	Pacientes PAS entre 150 e 220 mmHg, deve ser realizado a redução da PAS para uma meta de 140 mmHg, idealmente na primeira hora após a apresentação do paciente, desde que o paciente permaneça clinicamente estável (9). Para pacientes que se apresentam com PAS > 220 mmHg, a redução deve ser realizada de forma rápida para valores inferiores a 220 mmHg, prosseguindo posteriormente com a redução lenta (ao longo de algumas horas) até uma faixa-alvo de 140 a 160 mmHg, desde que o paciente permaneça clinicamente estável (9).
Traumatismo Craniano	A hipertensão geralmente é tratada neste contexto apenas se a pressão de perfusão cerebral (pressão arterial média menos a pressão intracraniana) for >120 mmHg e a pressão intracraniana for >20 mmHg (10).
Encefalopatia Hipertensiva	Pacientes com suspeita de encefalopatia hipertensiva devem ter sua pressão arterial reduzida em aproximadamente 10 a 20 por cento durante a primeira hora de tratamento. No entanto, a redução adicional deve ser gradual, de modo que, em comparação com a pressão arterial inicial na apresentação, a pressão seja reduzida em no máximo 25 por cento ao final do primeiro dia de tratamento (11).
Insuficiência Cardíaca Aguda	Pacientes com disfunção ventricular esquerda aguda associada a edema pulmonar devem receber diuréticos de alça associado a vasodilatadores EV (p. ex., nitroprussiato de sódio, nitroglicerina) para redução de pós-carga (12).
Síndrome Coronariana Aguda	A hipertensão grave associada a uma síndrome coronariana aguda (incluindo infarto agudo do miocárdio) é tratada adequadamente com nitroglicerina intravenosa, clevidipina, nicardipina ou metoprolol ou esmolol intravenosos (para reduzir o consumo de oxigênio do miocárdio, reduzir a isquemia coronariana subjacente e melhorar o prognóstico) (13).
Nefrosclerose Hipertensiva Aguda	A doença vascular renal leva à isquemia glomerular e à ativação do sistema renina-angiotensina, possivelmente resultando em exacerbação da hipertensão (14). A terapia anti-hipertensiva frequentemente leva à piora da função renal; esse declínio na função renal pode ser pior em pacientes com estenose ostial de alto grau de uma ou ambas as artérias renais. Embora essa lesão renal aguda às vezes exija diálise, a redução da função renal pode ser revertida com o controle da pressão arterial a longo prazo

14.1.2 ELEVAÇÃO IMPORTANTE DA PRESSÃO ARTERIAL (SEM LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO-ALVO)

Comumente são pacientes que se apresentam com pressão arterial alterada, com valores superiores a 180 na PAS e/ou 110 na PAD, totalmente assintomáticos ou com sintomas inespecíficos que não se enquadram em lesão aguda de órgão-alvo, como cefaleia leve. Os sinais de alarme (red flags) que diferenciam urgência de emergência hipertensiva serão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 2 - Red Flags para cefaléia

Característica clínica ou fator de risco (red flags)	Etiologia suspeita	Recursos associados de suporte
História		
Uso de medicamentos anticoagulantes	Hematoma subdural	Déficits neurológicos (por exemplo, hemiparesia)
Uso de medicamentos analgésicos	Dor de cabeça por uso excessivo de medicamentos	
Gravidez	Pré-eclâmpsia	Pressão arterial elevada Visão turva Dor epigástrica/retroesternal
Início aos 50 anos de idade	Tumor	Déficits neurológicos (por exemplo, hemiparesia, perda de visão)
Estado imunossupressor	Meningite infecciosa	
Exposição ao monóxido de carbono	Toxicidade do monóxido de carbono	Tontura Náusea
Sintomas		
Dor de cabeça intensa de início súbito	Hemorragia subaracnóide aneurismática	Meningismo Deterioração neurológica progressiva
Distúrbios visuais	Glaucoma	Halos aparecem ao redor da luz Visão turva
Dor de cabeça ortostática	Hipotensão intracraniana espontânea	Piora com manobras de Valsalva Zumbido/perda auditiva
Sinais		
Febre e/ou meningismo	Meningite infecciosa	
Pressão arterial elevada	Síndrome de vasoconstrição cerebral reversível	Confusão Déficits neurológicos (por exemplo, hemiparesia, perda de visão)
Papiledema	Hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebral)	Defeitos do campo visual Náuseas/vômitos
Síndrome de Horner	Dissecção da artéria carótida	Sintomas de acidente vascular cerebral isquêmico Déficits dos nervos cranianos inferiores
Sonolência	Hemorragia intracerebral	Déficits neurológicos (por exemplo, hemiparesia, perda de visão)
Hemiplegia	Hemorragia intracerebral ou acidente vascular cerebral isquêmico	Déficits sensoriais e/ou de nervos cranianos associados

Esses pacientes não apresentam risco imediato de morte, mas devem ser acompanhados com cuidado devido a possibilidade de evolução para lesão de órgão-alvo relacionado a hipertensão sustentada, com redução da pressão sendo feita ao longo de horas ou dias, a depender de características clínicas do paciente (17).

14.1.2.1 - Abordagem Geral:

Inicialmente deve-se avaliar em um paciente com urgência hipertensiva, já confirmado a ausência de lesão de órgão-alvo, as condições clínicas que podem ter ocasionado a elevação sustentada da pressão arterial, sendo realizadas ações de tratamento inicial com base em cada condição (tabela 3). Entretanto, a pressão arterial deve ser reduzida ao longo de um período de horas a dias com readequação do esquema terapêutico, com base em condições clínicas do paciente.

Sendo importante ressaltar que não há benefício comprovado na redução rápida da pressão arterial em pacientes com hipertensão assintomática grave, e a maioria desses pacientes que se apresentam em ambiente ambulatorial pode ser tratada ambulatorialmente, com realização de monitorização residencial da pressão arterial com reavaliação dentro de uma semana após ajuste de dose anti-hipertensiva (18–21).

Quanto maior os riscos de eventos adversos (como por exemplo acidente vascular cerebral, lesão renal aguda ou infarto do miocárdio) decorrentes de alterações rápidas da PA ou redução para um nível abaixo da capacidade de autorregulação para manter a perfusão tecidual adequada, mais lento deve ser o ajuste da pressão, sendo condições essas, geralmente observadas em pacientes com idade avançada, ou quadros prévios confirmados (21,22). Sendo assim, reduções mais lentas podem ser necessárias em pacientes idosos com alto risco de isquemia cerebral ou miocárdica resultante de redução excessivamente rápida da pressão arterial.

Tabela 3 - Principais condições relacionadas à hipertensão arterial elevada sustentada.

Condições	Ações de manejo
Relato de suspensão recente do uso de medicações anti-hipertensivas	Reiniciar os medicamentos de uso habitual do paciente e reavaliar os níveis pressóricos em 3 a 6 horas.
Paciente sem uso prévio de medicações anti-hipertensiva, diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica.	Iniciar tratamento com anti-hipertensivos orais como enalapril ou losartana disponíveis em UBS. Em casos de necessidade de diminuição aguda, pode ser utilizado captopril ou clonidina oral.
Elevação da PA relacionada ao uso de substâncias psicoativas em pacientes estáveis hemodinamicamente e com via aérea garantida (cocaína, crack, anfetaminas e ecstasy)	Realizar tratamento duplo com benzodiazepínicos para redução de agitação psicomotora e uso de bloqueadores de canal de cálcio para redução da PA.
Paciente com PAS > 180 mmHg e/ou PAD > 120 mmHg após o início adequado da duração do efeito do medicamento administrado ou desenvolver sinais ou sintomas de lesão aguda em órgão-alvo	Acionar Serviço de Atendimento Móvel/SAMU (192) para transferência até a UPA ou hospital de referência conforme regulação local.
Pacientes com pseudocrise hipertensiva confirmada pela exclusão de demais condições.	Devem ser tratados prioritariamente com ansiolíticos e analgésicos, com medidas não farmacológicas para auxílio de tratamento de fatores desencadeantes

Fonte: Adaptada de Brasil, 2021.

14.1.2.1.2 Metas terapêuticas:

Em adultos com hipertensão assintomática grave, a meta de curto prazo (horas a dias) do tratamento agudo ideal é reduzir a pressão arterial para níveis ≤ 160 mmHg na PAS e ≤ 100 mmHg na PAD. No entanto, mais importante que a redução para tais níveis é a redução percentual, em que a pressão arterial média não deve ser reduzida em mais de 25 a 30 por cento nas primeiras horas, devido ao risco de eventos adversos decorrentes da não adaptação de autorregulação (19,21).

15. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

A estratificação de risco cardiovascular é um componente essencial na abordagem da hipertensão arterial. Além disso, uma elevação discreta em diversos fatores de risco pode resultar em um aumento mais significativo do risco cardiovascular do que a elevação isolada e intensa de apenas um único fator de risco. A avaliação do risco cardiovascular não deve ser feita de forma intuitiva ou simplesmente somando os fatores de risco existentes, mas sim utilizando métodos que levem em conta sua complexidade e os múltiplos fatores envolvidos.

Foram criados diversos sistemas de pontuação que têm sido utilizados para classificar os pacientes com hipertensão em níveis de risco cardiovascular baixo, moderado ou alto, um exemplo é a utilização da calculadora da Iniciativa HEARTS/OPAS/OMS, que utiliza parâmetros definidos a partir do Global Burden Disease.

Em estudo baseado na comunidade brasileira, voltado à investigação dos fatores determinantes das doenças cardiovasculares (DCV) e do diabetes, identificou a calculadora da Iniciativa HEARTS/OPAS/OMS como a ferramenta de estratificação do risco cardiovascular (RCV) com melhor calibração para a população brasileira¹.

A estratificação depende de diversas variáveis. Entre elas, FR, LOA, mas também do estágio da HA2.

Fatores de risco CV, presença de LOA ou DCV	PA (mmHg)			
	PAS 130-139 PAD 80-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Sem fatores de risco CV	RISCO BAIXO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
1 ou 2 fatores de risco CV	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
≥ 3 fatores de risco CV	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
LOA, DRC Estágio 3 ou DM	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
DCV estabelecida ou DRC Estágio ≥ 4	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO

CV: cardiovascular; DCV: doença cardiovascular; DM: diabetes mellitus; DRC: doença renal crônica; LOA: lesão em órgão-alvo; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica. Observação: são considerados fatores de risco CV para essa análise: sexo masculino; idade: > 55 anos no homem e > 65 anos na mulher; DCV prematura em parentes de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos); tabagismo; dislipidemia: colesterol de lipoproteína de baixa densidade (low-density lipoprotein cholesterol – LDLc) ≥ 100 mg/dL e/ou não colesterol de lipoproteína de alta densidade (high-density lipoprotein cholesterol – HDLc) 130 mg/dL e/ou HDLc ≤ 40 mg/dL no homem e ≤ 50 mg/dL na mulher e/ou triglicéridos (TG) > 150 mg/dL; obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2025

Sexo masculino
Idade: > 55 anos no homem e > 65 anos na mulher
DCV prematura em parentes de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos)
Tabagismo
Dislipidemia: LDL-colesterol ≥ 100 mg/dL e/ou não HDL-colesterol 130 mg/dL e/ou HDL-colesterol ≤ 40 mg/dL no homem e ≤ 46 mg/dL na mulher e/ou TG > 150 mg/dL
Diabetes melito
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020

Lesões em órgãos alvo.

Hipertrofia ventricular esquerda
ECG (índice Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 ou RV6) ≥ 35 mm; RaVL > 11 mm; Cornell voltagem > 2440 mm.ms ou Cornell índice > 28 mm em homens e > 20 mm em mulheres (GR: I, NE: B)
ECO: IMVE ≥ 116 g/m ² nos homens ou ≥ 96 g/m ² nas mulheres (GR: IIa, NE: B)
ITB $< 0,9$ GR (GR: IIa, NE: B)
Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e entre 30 e 60 mL/min/1,73m ²)
Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina urinária 30 a 300 mg/g (GR: I, NE: B)
VOP carótido-femoral > 10 m/s (GR: IIa, NE: A)

ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; ITB: Índice tomazelo-braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado; VOP: velocidade de onda de pulso.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020

15.2 METAS DE TRATAMENTO

A finalidade específica do tratamento do paciente hipertenso é obter o controle pressórico buscando a meta de pressão arterial previamente estabelecida, esta deve ser definida individualmente considerando a idade a presença de doença cardiovascular ou de fatores de risco.

As Diretrizes da ESC de 2024 recomendam, de forma prática, que a pressão arterial sistólica seja reduzida ao menor nível seguro possível em pessoas idosas e frágeis, especialmente naquelas que não conseguem tolerar a meta principal de 120 a 129 mmHg. O foco das orientações está mais na condição de fragilidade do paciente do que na sua idade cronológica¹.

15.2.1 META DE TRATAMENTO NO PACIENTE DE RISCO CARDIOVASCULAR BAIXO OU MODERADO.

A estimativa de risco cardiovascular é a pedra angular no acompanhamento do paciente hipertenso, pois define a meta de PA a ser alcançada.

Metas pressóricas gerais a serem obtidas com o tratamento no paciente de risco cardiovascular baixo ou moderado

Meta	Risco cardiovascular baixo ou moderado
PA sistólica (mmHg)	< 140
PA diastólica (mmHg)	< 90

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020

15.2.2 META DE TRATAMENTO NO PACIENTE DE RISCO CARDIOVASCULAR ALTO

Nos pacientes com DAC ou diabéticos, deve-se ter cautela com a PAD que deve ser reduzida até 70 mmHg mas não valores menores que esse, principalmente nos diabéticos e nos mais idosos devido ao risco de isquemia miocárdica.

Metas pressóricas gerais a serem obtidas com o tratamento no paciente de risco cardiovascular alto.

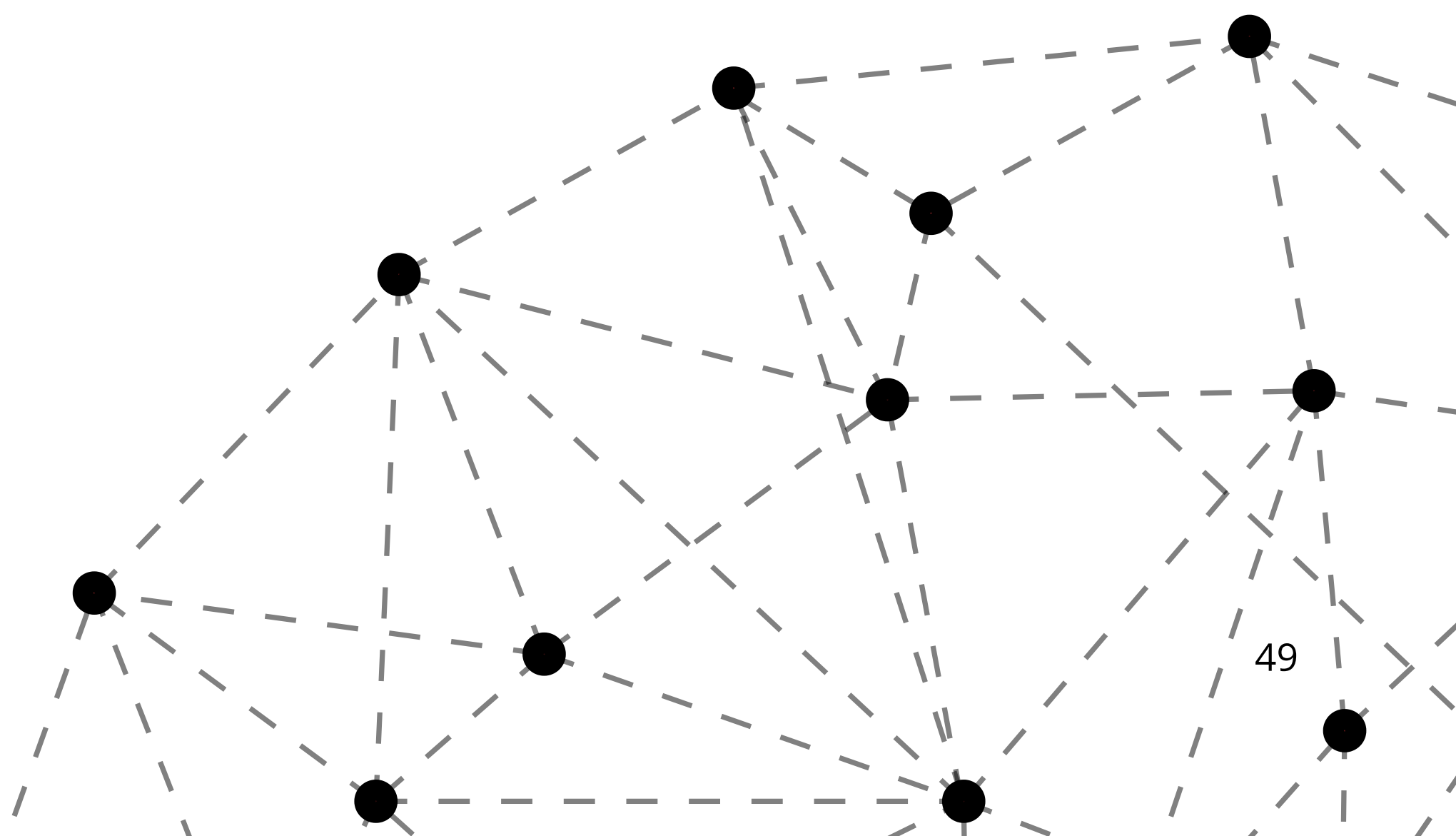
Meta	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Risco cardiovascular alto	120 – 129	70 – 79
Risco cardiovascular baixo ou moderado	< 140	< 90

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

Metas de tratamento para idosos considerando condição global e a medida da pressão arterial no consultório.

Condição global	PAS de consultório		PAD de consultório	
	Limiar de tratamento	meta pressórica	Limiar de tratamento	meta pressórica
Hígidos	≥140	130 - 139	≥90	70-79
Idosos frágeis	≥160	140 - 149	≥90	70-79

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.



16 REGULAÇÃO: ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A atenção especializada é composta por dois níveis: atenção secundária e terciária, correspondendo respectivamente à média e alta complexidade. A média complexidade inclui serviços especializados disponíveis em hospitais e ambulatórios, oferecendo atendimento em áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia, entre outras especialidades médicas.

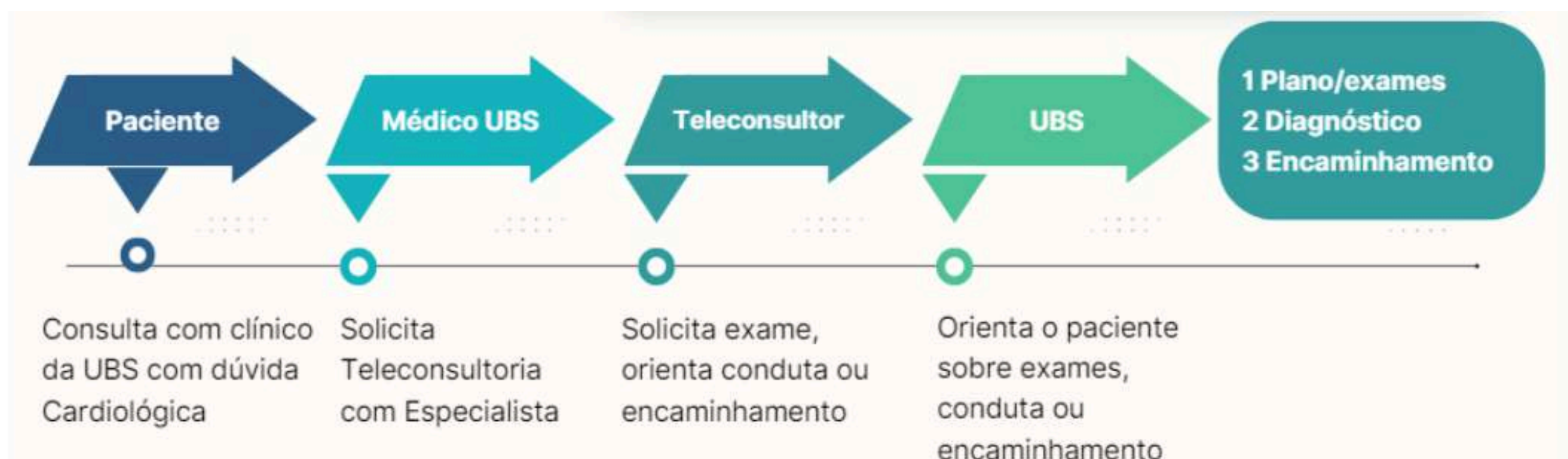
As Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada e ordenadora do cuidado e responsáveis pelos encaminhamentos aos serviços ambulatoriais de média complexidade, respeitando os Protocolos Municipais vigentes.

Os serviços de urgência e emergência são compostos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Bombeiros (193), pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Hospital Dia, e Hospital São José; via referências.

16.1 TELECONSULTORIA

O serviço de Teleconsultoria oferece uma maneira eficaz para profissionais de saúde resolverem dúvidas e aprimorarem sua conduta clínica, tudo de forma remota e assíncrona. Durante o cuidado de um paciente, o profissional da Atenção Primária pode ter dúvidas sobre o melhor manejo a ser oferecido. Esse profissional responde em até 72h a dúvida indicando, com base nas melhores evidências científicas, como deve ser o manejo do caso na APS e se é necessário encaminhamento à atenção especializada. As teleconsultorias de cardiologia são compulsórias ao encaminhamento para especialidade.

16.1.1 Fluxo de Teleconsultoria para médicos especialistas:



Desta forma aumenta-se a resolubilidade da APS, diminuem-se os encaminhamentos desnecessários e, mesmo quando o encaminhamento é necessário, ele é mais qualificado (por exemplo, os exames que serão necessários já podem ser solicitados, otimizando-se a primeira consulta na atenção ambulatorial especializada).

16.2 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

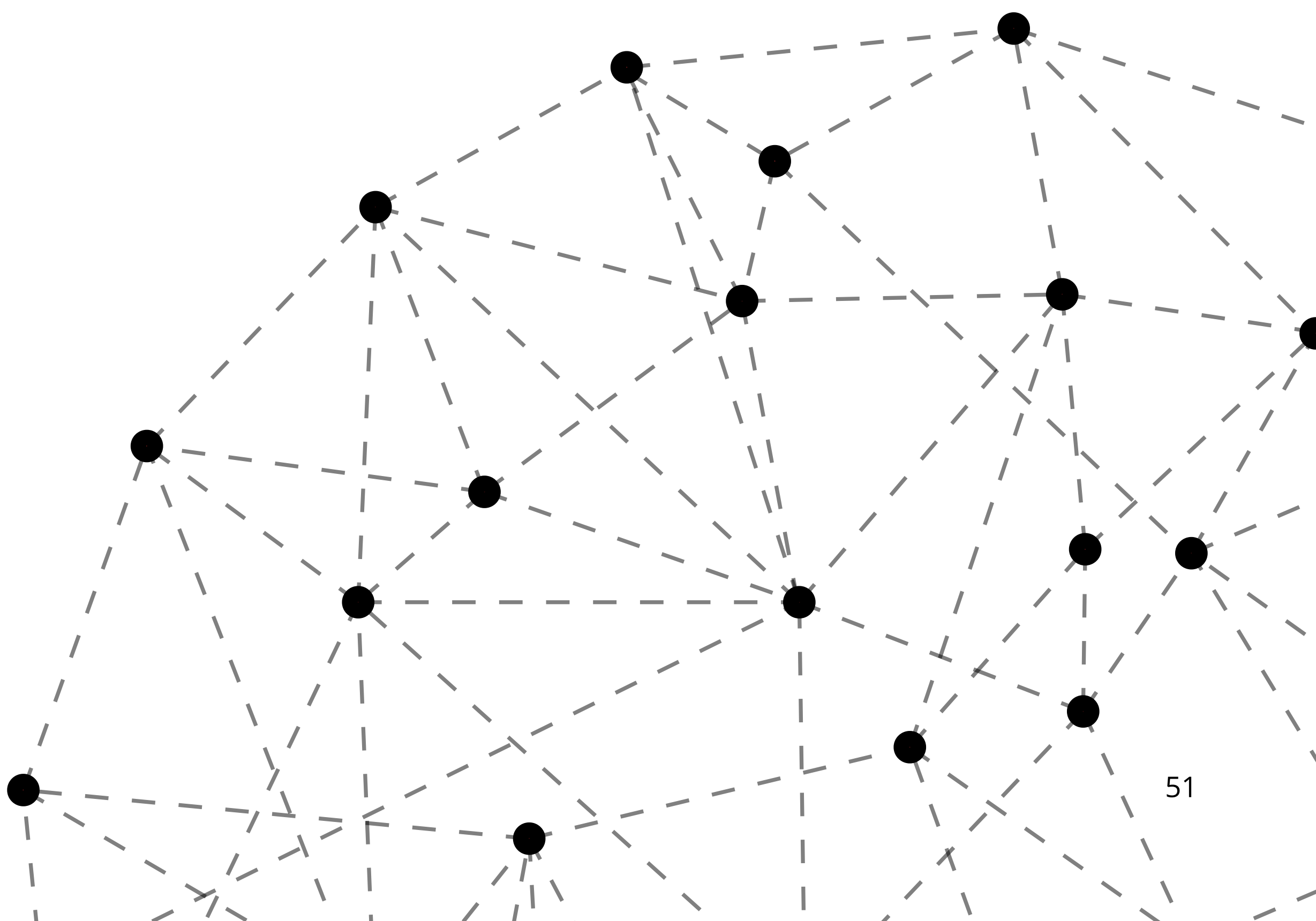
- Oftalmologista: É indicada ao menos uma avaliação com o oftalmologista em pacientes com hipertensão estágio 2 ou maior.
- Nefrologista: Quando definido pela Teleconsultoria.
- Cardiologista: Quando definido pela Teleconsultoria.
- Endocrinologista: Quando definido pela Teleconsultoria.
- Pneumologista: Quando definido pela Teleconsultoria.

As definições de quais especialidades serão compulsórias podem ser alteradas e devem ser informadas por sistemas oficiais de comunicação.

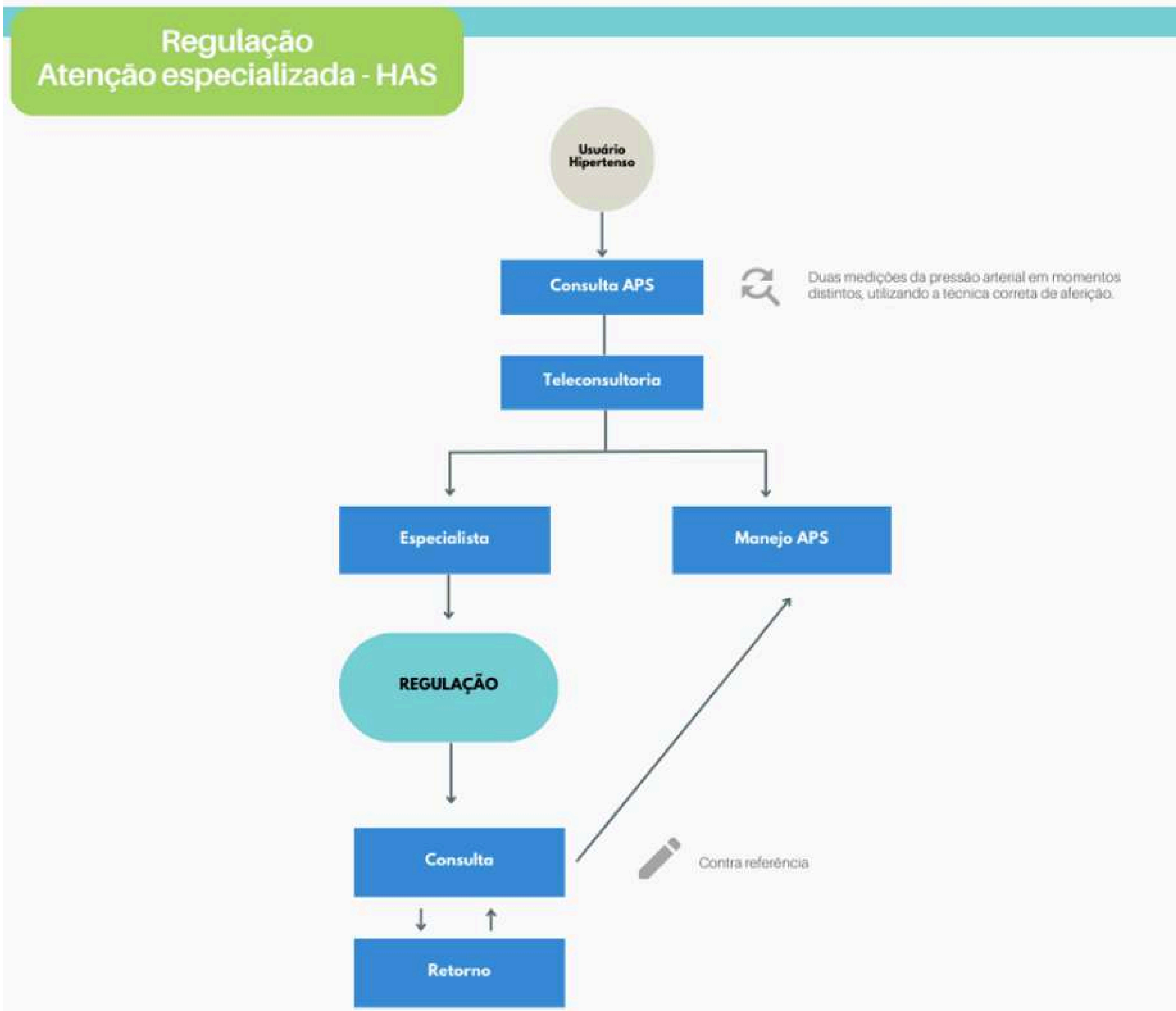
No processo de referência e contrarreferência, o profissional da Atenção Básica não deve apenas encaminhar o paciente, mas também especificar as razões para a solicitação da consulta ou procedimento e informar o número da Teleconsultoria.

Além disso, deve incluir perguntas cujas respostas deseja obter, listar os procedimentos e medicamentos que o usuário está utilizando, bem como os resultados observados, e indicar o que espera do especialista nesse momento.

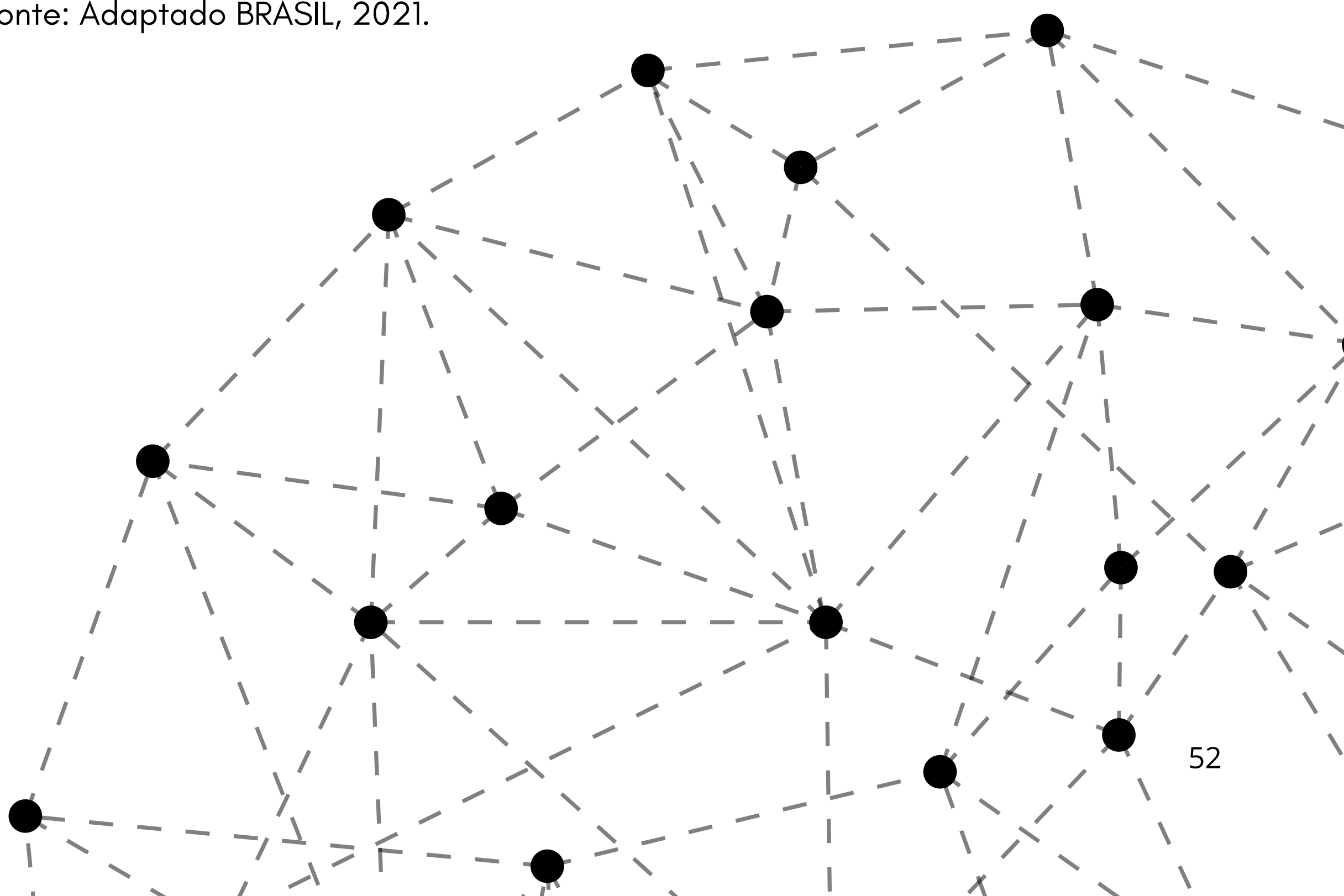
O Especialista Cardiologista irá realizar a contrarreferência para a Atenção Básica quando alta do paciente com as orientações, deverá ter uma visão abrangente do paciente e preencher a contrarreferência na aba: **ENCAMINHAMENTO ESPECIALISTA > Especialidade: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, informando as ações realizadas e os resultados alcançados, fazendo recomendações para a continuidade do cuidado na APS e especificando quando o paciente deverá retornar, se necessário.**



16.2.1 Fluxograma da Linha de Cuidados HAS - Regulação Atenção Especializada



Fonte: Adaptado BRASIL, 2021.



17 CONDIÇÕES ESPECIAIS E HAS

17 HAS CRÔNICA X DIABETES

Todo paciente com diabetes apresenta alto risco cardiovascular, o que requer um tratamento inicial com a associação de dois ou mais fármacos de classes diferentes. Geralmente, são prescritos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) - especialmente se houver albuminúria - ou bloqueadores do receptor de angiotensina II combinados com diuréticos tiazídicos ou bloqueadores de canal de cálcio. Em pacientes sem nefropatia, todos os anti-hipertensivos são opções viáveis. Para aqueles com nefropatia diabética, os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona são preferenciais. Entretanto, a combinação de IECA e bloqueadores dos receptores de angiotensina II deve ser evitada devido ao risco de complicações.

17.2 HAS CRÔNICA X POPULAÇÃO NEGRA

Estudos brasileiros indicam uma maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre indivíduos negros. A monoterapia com inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores de angiotensina II tem mostrado menor eficácia nessa população. Portanto, os diuréticos tiazídicos são recomendados como primeira escolha, tanto em monoterapia quanto em combinação com bloqueadores de canal de cálcio em terapias duplas. Além disso, a restrição de sal é particularmente crucial para pacientes negros, pois tem um impacto significativo na redução da pressão arterial e melhora a eficácia do tratamento medicamentoso.

17.3 HAS CRÔNICA X DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Recomenda-se prioritariamente o uso de betabloqueadores junto com inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores de angiotensina II em pacientes com histórico de infarto.

17.4 HAS CRÔNICA X DOENÇA RENAL CRÔNICA

Para pacientes com albuminúria acima de 30 mg/24 horas, é recomendado o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores de angiotensina II para controle da pressão arterial. Em pacientes com albuminúria abaixo de 30 mg/24 horas e não diabéticos, não existe um fármaco preferencial. Nos estágios 1, 2 e 3, diuréticos tiazídicos são recomendados como medicação associada. Nos estágios 4 e 5 (sem terapia renal substitutiva), diuréticos de alça são recomendados como medicação associada. No estágio 5 (em terapia renal substitutiva), não há fármaco preferencial. Para transplantados renais, bloqueadores dos canais de cálcio são uma boa opção terapêutica.

17.5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA GESTAÇÃO E DURANTE ALEITAMENTO MATERNO:

A terapia medicamentosa deve ser iniciada como monoterapia pelos medicamentos considerados de primeira linha (metildopa, nifedipina de ação prolongada ou betabloqueadores – exceto atenolol). Caso não ocorra o controle adequado, associar outro medicamento de primeira linha ou de segunda linha (diurético tiazídico, clonidina e hidralazina), evitando-se a combinação de medicamentos da mesma classe farmacológica. Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA) são formalmente contraindicados na gestação, pelo risco de malformação fetal que pode levar a insuficiência renal intrauterina, assim como os antagonistas dos receptores de mineralocorticoides, pelo bloqueio hormonal, e o atenolol, pelo alto risco de restrição de crescimento fetal relacionado com seu uso. Evitar também o uso de diuréticos em pacientes com pré-eclâmpsia, pela possibilidade de piorar a depleção do volume intravascular (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2020). Recomenda-se a suplementação diária com carbonato de cálcio, para todas as gestantes, a partir da 12ª semana até o parto, visando a prevenção da pré-eclâmpsia (Nota técnica conjunta 001-2025 AF/CESMCA). As puérperas podem receber qualquer medicação antihipertensiva, e o que limita a escolha é o aleitamento. Assim, devem ser priorizados os anti-hipertensivos que passam em quantidade menor pelo leite materno, podem ser consideradas as seguintes opções: nifedipino, enalapril, captopril, espironolactona, metoprolol, propranolol, hidralazina* e metildopa (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2020). *Medicamento não padronizado na REMUME de Criciúma, 2024.

17.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE (HAR)

Para pacientes com pressão arterial não controlada, mesmo utilizando três ou mais anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo preferencialmente um diurético, ou quando em uso de quatro ou mais anti-hipertensivos com controle pressórico insuficiente, recomenda-se: Avaliar a PA utilizando monitorização ambulatorial da PA ou monitorização residencial da PA no diagnóstico inicial e acompanhamento clínico para afastar pseudoresistência. Investigar possíveis causas secundárias de resistência ao tratamento: Adesão à terapia medicamentosa. Ajuste do esquema anti-hipertensivo. Investigação de síndrome de apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), hiperaldosteronismo e estenose de artéria renal.

17.6.1 Tratamento medicamentoso:

Otimizar o tratamento inicialmente com três medicamentos: diurético, inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador dos receptores de angiotensina II, e bloqueador do canal de cálcio. Considerar a adição de espironolactona como quarto medicamento, se necessário. Incluir betabloqueador como quinta opção, se indicado. Adicionar sequencialmente simpatolíticos de ação central ou vasodilatadores diretos conforme necessário.

17.7 HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

A suspeita e identificação de causas secundárias devem ser realizadas na avaliação inicial do paciente hipertenso, pois o tratamento da causa subjacente pode resultar na cura ou melhora do controle da pressão arterial. Antes de investigar causas secundárias, é crucial avaliar as seguintes condições: Verificar se a medida da pressão arterial foi realizada adequadamente. Considerar a possibilidade de hipertensão do avental branco. Avaliar se o tratamento atual é adequado. Investigar a adesão do paciente ao tratamento prescrito. Avaliar a presença de progressão das lesões nos órgãos-alvo da hipertensão. Levar em conta a presença de comorbidades que podem influenciar na PA. Rever interações medicamentosas que possam afetar o controle da PA. Considerar o impacto do abuso de álcool na pressão arterial. Identificar e abordar esses fatores podem ajudar a otimizar o manejo da hipertensão e melhorar os resultados clínicos do paciente.

17.8 DOENÇA RENAL PARENQUIMATOSA

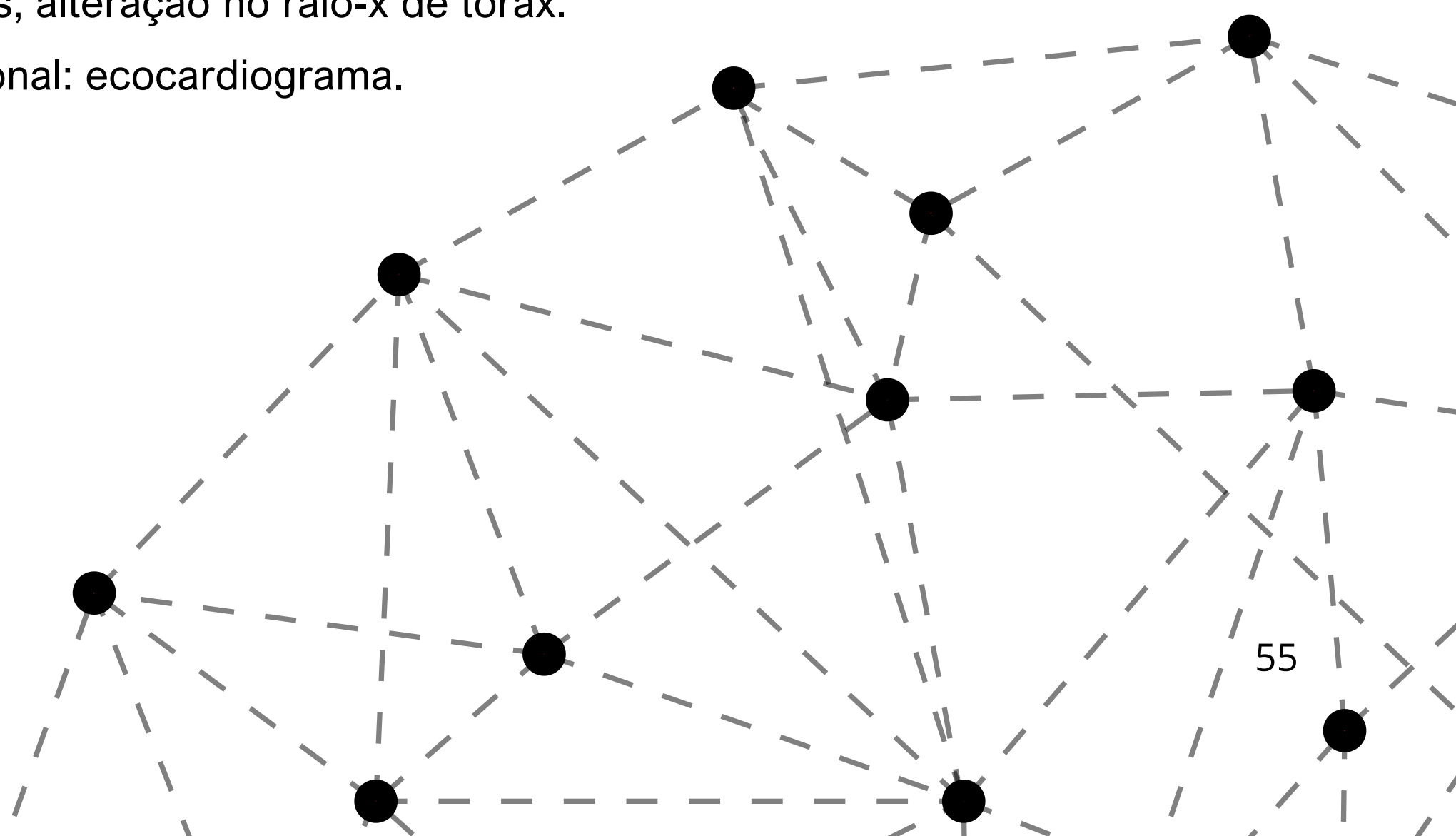
1. Achados clínicos: edema, anorexia, fadiga, creatinina e ureia elevadas, alterações do sedimento urinário.
2. Investigação adicional: elementos anormais do sedimento (EAS) /exame qualitativo de urina (EQU)/Urina tipo I, cálculo da taxa de filtração glomerular, ultrassonografia de aparelho urinário, pesquisa de albuminúria ou proteinúria.

17.9 DOENÇA RENOVASCULAR

1. Achados clínicos: sopro abdominal, história de edema agudo de pulmão com elevação acentuada da PA, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina-aldosterona.
2. Investigação adicional: se média probabilidade (pacientes com HAS resistente), realizar ultrassonografia de aparelho urinário, ultrassonografia renal com doppler; se alta probabilidade (pacientes com HAS resistente com perda de função renal e/ou piora da função renal com medicações que bloqueiam o SRAA), realizar angiografia por ressonância magnética ou tomografia computadorizada ou arteriografia renal.

17.10 COARTAÇÃO DE AORTA

1. Achados clínicos: pulsos femorais ausentes ou de amplitude diminuída, PA diminuída em membros inferiores, alteração no raio-x de tórax.
2. Investigação adicional: ecocardiograma.



17.11 SÍNDROME DE CUSHING (HIPERPLASIA, ADENOMA E EXCESSO DE PRODUÇÃO DE ACTH – ADRENOCORTICOTROPINA)

1. Achados clínicos: obesidade central, hirsutismo, amenorreia, “fácies em lua cheia”, “giba dorsal”, estrias purpúreas, hipopotassemia.
2. Investigação adicional: teste de supressão: cortisol matinal (às 8 horas) e 8 horas após administração de dexametasona (1 mg) às 24 horas.

17.12 FEOCROMOCITOMA

1. Achados clínicos: hipertensão arterial paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações.
2. Investigação adicional: metanefrinas urinárias.

17.13 HIPOTIREOIDISMO

1. Achados clínicos: fadiga, ganho de peso, perda de cabelo, fraqueza muscular.
2. Investigação adicional: TSH e T4 livre.

17.14 HIPERTIREOIDISMO

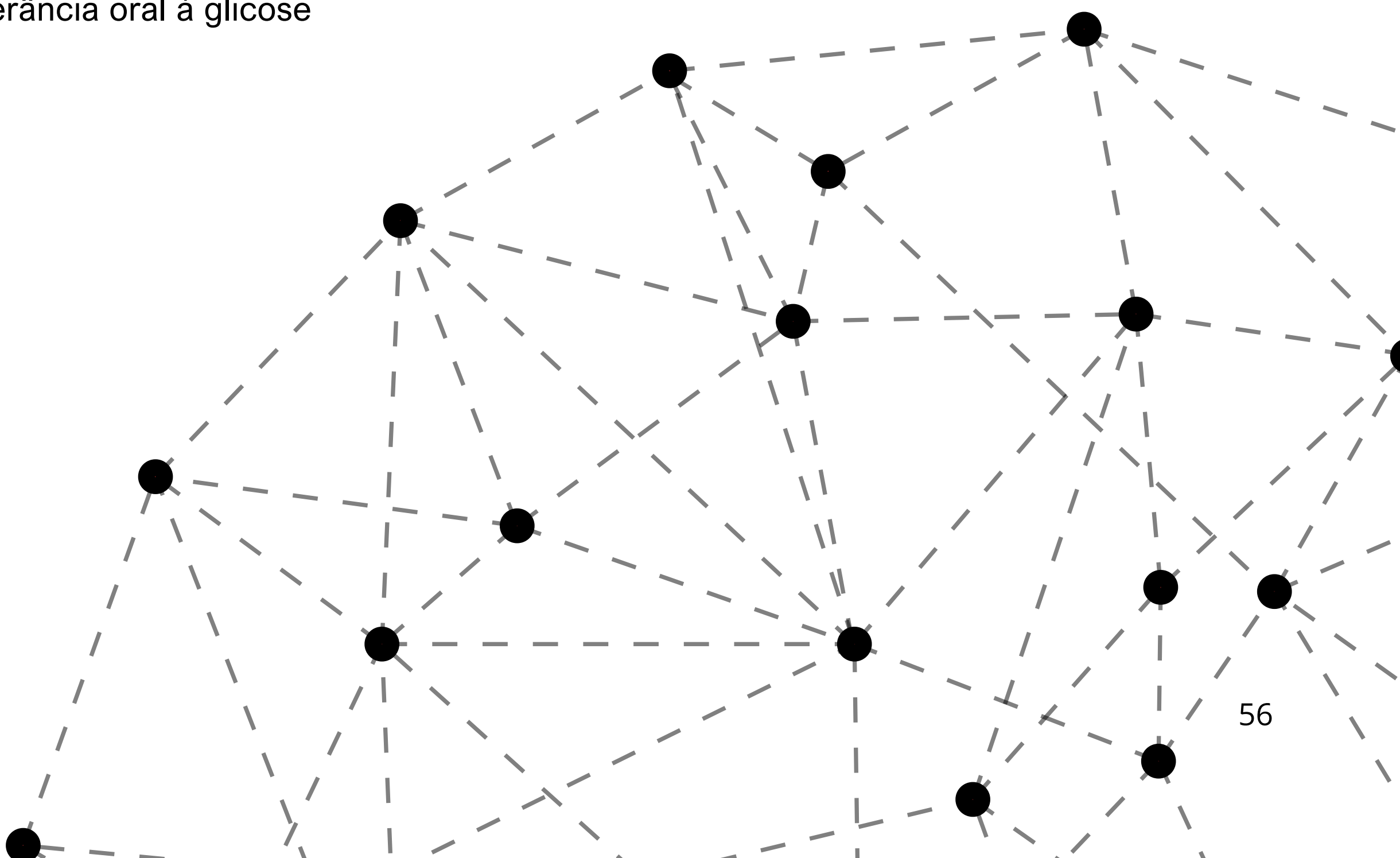
1. Achados clínicos: intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, atraso palpebral, hipertermia, reflexos exaltados, tremores, taquicardia.
2. Investigação adicional: TSH, T3 e T4 total (ou T4 livre).

17.15 HIPERPARATIREOIDISMO (HIPERPLASIA OU ADENOMA)

1. Achados clínicos: litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza ou espasmos musculares, sede, poliúria, polidipsia.
2. Investigação adicional: cálcio sérico e paratormônio (PTH).

17.16 ACROMEGALIA

1. Achados clínicos: cefaleia, fadiga, problemas visuais, aumento de mãos, pés e língua.
2. Investigação adicional: hormônio de crescimento (GH) basal e durante teste de tolerância oral à glicose



18. PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A HAS tem uma alta prevalência e é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e renais, apresentando determinantes genéticos, ambientais e sociais combinados. Embora seja de fácil diagnóstico e tratável com uma variedade de terapias eficazes e com poucos efeitos adversos, o controle da HAS em todo o mundo é insatisfatório. Isso se deve ao fato de ser frequentemente assintomática, o que dificulta a adesão dos pacientes ao tratamento. Esse cenário torna o desafio do tratamento bastante elevado, fazendo da prevenção a opção mais vantajosa em termos de custo-benefício.

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O enfoque deve estar na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento contínuo, controle dos fatores de risco associados e prevenção de complicações, garantindo ações de vigilância e promoção da saúde.

A população deve estar inserida nos processos de prevenção e promoção à saúde e as Unidades Básicas de Saúde devem colaborar com outros setores, como as secretarias de educação e assistência social, os estimulando e estabelecendo vínculos para o desenvolvimento de ações no território, nas quais ocorram a busca e identificação de indivíduos com risco para o desenvolvimento de HAS ou então que já possuam a doença, mas não são acompanhados nos serviços de saúde.

Outro ator importante nesse processo é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que desempenha um papel fundamental na identificação e encaminhamento dos pacientes com risco para avaliação nas Unidades Básicas de Saúde. Durante as visitas domiciliares, ao constatar qualquer indicativo de hipertensão, o ACS deve encaminhar o usuário para acolhimento na UBS ou, se necessário, solicitar atendimento domiciliar. Posteriormente, esses pacientes poderão passar por avaliação médica e receber orientações sobre medidas de promoção da saúde e prevenção da hipertensão, ou ser direcionados para atendimento conforme a Linha de Cuidado.



O ACS pode utilizar como ferramenta de cuidado o Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso (PAH), desenvolvido para as equipes de saúde das UBS e ESF (Anexo 1).

A promoção e prevenção da hipertensão arterial requerem uma abordagem multifacetada que envolva indivíduos, comunidades e sistemas de saúde. Ao aumentar a conscientização, incentivar estilos de vida saudáveis e facilitar o acesso a cuidados médicos, podemos reduzir significativamente a incidência e as complicações associadas à hipertensão arterial.

Estratégias de promoção da saúde para a população em geral incluem a adoção de Mudanças no Estilo de Vida (MEV). MEV refere-se a modificações comportamentais e ambientais adotadas para melhorar a saúde e o bem-estar. Essas mudanças incluem melhorias na alimentação, aumento da atividade física, espiritualidade, redução do estresse, cessação do tabagismo e moderação do consumo de álcool.

18.1 RECOMENDAÇÕES

1. Controle do peso: Manter um peso saudável de acordo com a faixa etária.
2. Alimentação: Dieta baseada em alimentos “in natura” ou minimamente processados, utilizando óleos, sal, açúcar e gorduras em pequenas quantidades nas preparações.
 - Limitar o consumo de sal a menos de 5g por dia.
 - Evitar alimentos ultraprocessados por serem nutricionalmente desbalanceados, contendo aditivos alimentícios que os tornam altamente palatáveis para serem consumidos em excesso.

Atividades disponibilizadas pelo município

Após avaliação do usuário, se necessário ofertar Atendimento Coletivo em Nutrição.

- Atividade Física: Exercícios regulares como caminhada, corrida, natação ou ciclismo, com recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade moderada por semana.

Atividades disponibilizadas pelo município

- Programa Saúde no Parque: ofertado nos 3 Parques da Cidade (Parque das Nações, Parque da Prefeitura, Parque dos Imigrantes). As atividades ocorrem segundas, quartas e sextas-feiras nos períodos matutino e noturno.
- AFASC em Movimento: cada bairro possui dia e local específico. Orienta-se cada UBS verificar a oferta na sua área de abrangência.
- Atividade física na UBS com PEF: cada UBS possui dia e local específico. Programa
- Academia da Saúde: ofertado junto à UBS São Sebastião

- **Religiosidade:** Atividades como oração, reflexão e participação em práticas espirituais podem auxiliar no enfrentamento de situações cotidianas e contribuir para o controle da pressão arterial.
- **Redução do Estresse:** Técnicas como meditação, yoga e mindfulness para diminuir o cortisol e melhorar a saúde mental.

Atividades disponibilizadas pelo município

Após avaliação do usuário, se necessário ofertar Atendimento Coletivo Psicológico/ou encaminhamento ao serviço INTEGRAMENTE.

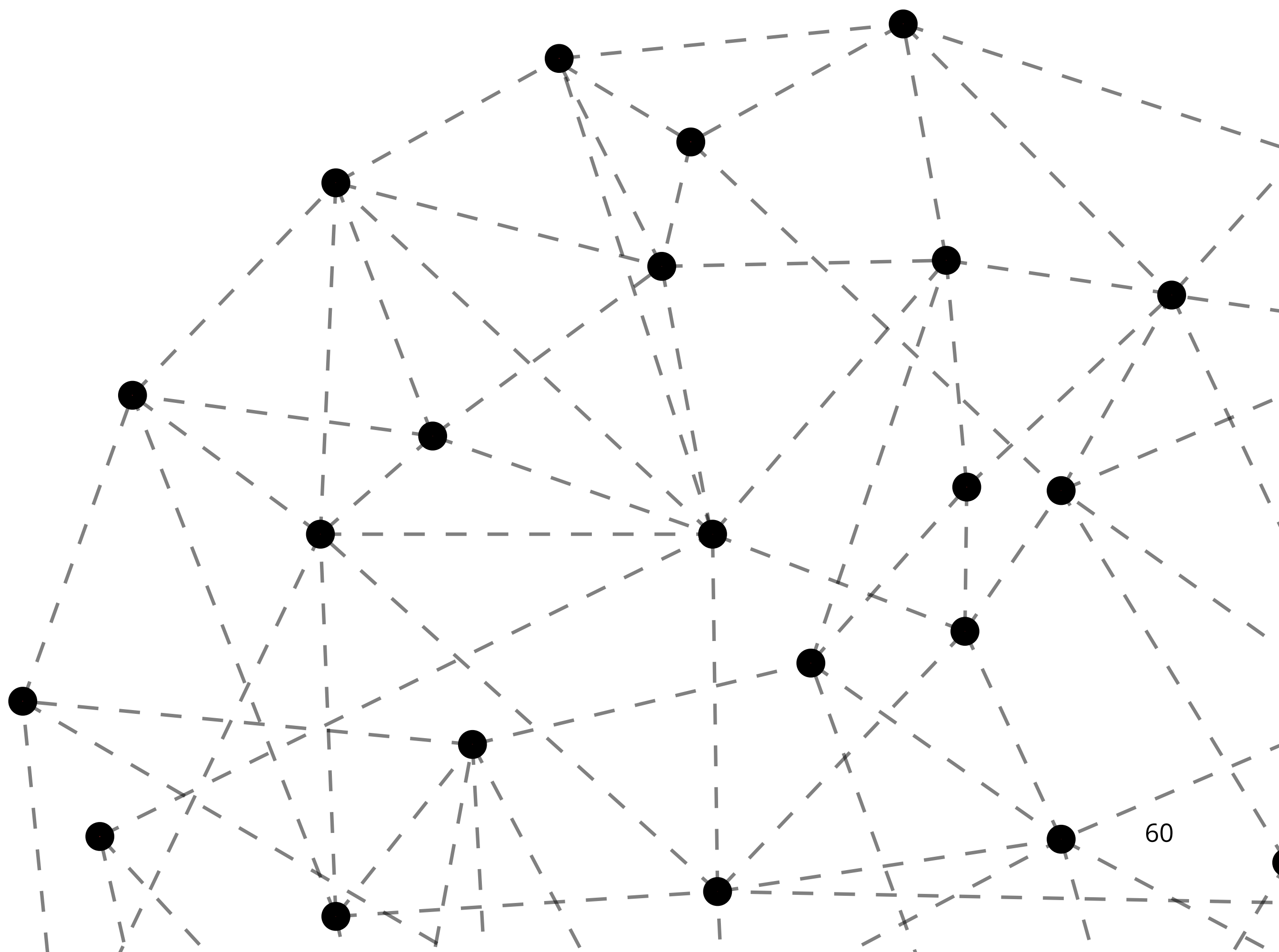
- **Cessaçãõ do Tabagismo e Moderação do Álcool:** Parar de fumar e moderar o consumo de álcool são cruciais para evitar complicações de saúde.
- Limitar o consumo de álcool a até uma dose por dia para mulheres e duas doses para homens.

Atividades disponibilizadas pelo município

- **Grupo de cessação do tabagismo:** cada UBS verifica a disponibilidade de grupos em seu distrito para encaminhamento do usuário que deseja parar de fumar. A inscrição pode ser feita através do link: <https://forms.gle/PA49MoGDs2QEa8vD9>
- Tratamento no CAPS ad para pessoas com diagnóstico de etilismo.

19 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A linha de cuidados em Hipertensão Arterial em Criciúma demonstra a importância da abordagem multidisciplinar, transdisciplinar para o manejo eficaz dessas condições crônicas. Intervenções que visam não apenas o controle da pressão arterial e glicemia, mas também a promoção de hábitos de vida saudáveis e a educação em saúde dos pacientes são fundamentais para melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida. A implementação de estratégias baseadas em evidências, aliada ao acompanhamento regular e personalizado, pode contribuir significativamente para a redução de complicações e a melhoria do prognóstico desses pacientes.



ANEXO 1 - Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso (P. A. H.)



<h2 style="margin: 0;">P.A.H.</h2> <p style="margin: 0;">Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso</p>	<p style="margin: 0;">Arquivar no Prontuário</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">Estratégia de Organização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica</p>
--	---

Nome da unidade de Saúde	Data ____/____/____	Número do Prontuário
--------------------------	------------------------	----------------------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data de Nascimento ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raça/Cor	Escolaridade	Ocupação	Nº Cartão SUS
Situação Familiar/Conjugal		Endereço (Rua, Bairro e Número)	

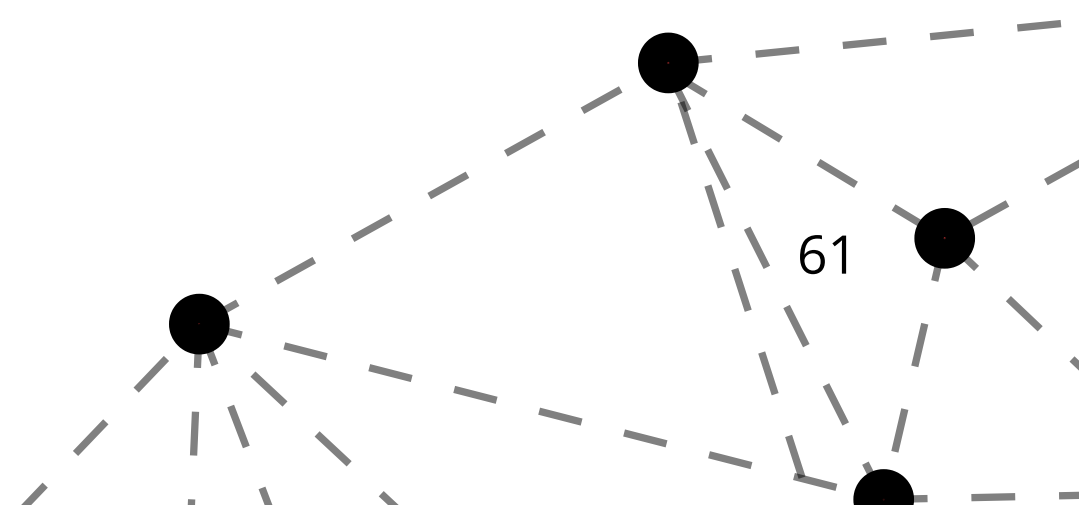
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE							
PA ____ X ____ mmHg	Cintura (cm)	Peso (kg)	Altura (cm)	IMC	Sedentário Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tabagismo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Dieta Adequada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Etilismo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Glicemia Capilar (mg/dl) Em Jejum <input type="checkbox"/> Pós Prandial <input type="checkbox"/>		Exames Realizados este ano Sangue <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> Teste Ergométrico <input type="checkbox"/> Outros _____				

QUESTIONÁRIO EDUCATIVO*	SIM	NÃO
1 - A HAS é de tratamento pra vida toda?		
2 - Acredita no controle adequado da doença através de mudança de hábitos de vida e uso de medicação anti-hipertensiva?		
3 - Esqueceu-se de tomar suas medicações na última semana?		
4 - Quando irá realizar exames ou consulta médica ou controle da pressão ou sentindo-se bem ou mal, toma as suas medicações?		
5 - Usa suas medicações nos horários adequados?		
6 - Os sintomas sempre aparecem quando a pressão está elevada?		
7 - Buscou atendimento de emergência ou internação este ano?		
8 - Possui dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens?		
9 - Possui dificuldade em tomar suas medicações sozinha?		
10 - O controle inadequado da hipertensão pode resultar em complicações. Cite órgãos que possam ser afetados.	Órgãos: _____	

CONTROLE DA PA**		
Data da Receita Médica Atualizada ____/____/____	O paciente está em uso regular de suas medicações*** Sim <input type="checkbox"/>	Assinatura do Responsável pelo Atendimento
Dia 1	Manhã Pressão Arterial ____ X ____ mmHg	Tarde Pressão Arterial ____ X ____ mmHg
Dia 2	Manhã Pressão Arterial ____ X ____ mmHg	Tarde Pressão Arterial ____ X ____ mmHg
Dia 3	Manhã Pressão Arterial ____ X ____ mmHg	Tarde Pressão Arterial ____ X ____ mmHg

NOTIFICAÇÃO ACS	
Questões importantes a serem informadas ao ACS	
Nome ACS Responsável	ACS Comunicado Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

* Deverão ser fornecidas as respostas corretas após as respostas do paciente.
 **O médico deverá ser comunicado quando houver descontrole da PA.
 *** Caso a resposta seja não, o paciente deverá ser orientado ao retorno após utilização adequada das medicações. Considerar demanda espontânea.



ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MUDANÇA ESTILO DE VIDA (MEV)

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA- PRESSÃO ALTA

O controle da hipertensão é fundamental para a saúde cardiovascular e a prevenção de complicações, como AVC (acidente vascular cerebral), infarto, insuficiência renal e outros problemas graves.

Abaixo estão orientações sobre os Seis pilares essenciais para controlar a hipertensão:

1. Alimentação Saudável

Uma alimentação balanceada é fundamental no controle da hipertensão. O foco deve ser em:

- Reduzir o consumo de sal: O excesso de sódio aumenta a pressão arterial. O ideal é manter a ingestão de sal abaixo de 5 gramas por dia (cerca de uma colher de chá).
- Aumentar a ingestão de potássio: O potássio ajuda a equilibrar os efeitos do sódio. Alimentos como bananas, batata-doce, abacates e espinafre são ricos em potássio.
- Priorizar alimentos in natura e minimamente processados: Dieta rica em frutas, legumes, verduras e fibras: Alimentos frescos são fontes de antioxidantes e vitaminas que auxiliam na manutenção de uma pressão arterial saudável.
- Evitar alimentos Ultraprocessados: Eles geralmente contêm grandes quantidades de sódio, gorduras trans e saturadas e conservantes, o que pode contribuir para a hipertensão. Ex: biscoitos industrializados, salgadinhos de pacote, temperos prontos industrializados entre outros.
- Controle do consumo de açúcar: O excesso de açúcar pode aumentar o risco de obesidade, resistência à insulina e diabetes, fatores que elevam a pressão arterial. Evitar bebidas açucaradas como refrigerantes e sucos em pó e reduzir o consumo de doces pode ajudar significativamente.
- Leia os rótulos: Verificar o teor de sódio, açúcar e gorduras nos alimentos antes de comprá-los. O ideal é optar por produtos com menos ingredientes artificiais e aditivos.

Para mais informações consulte o Guia Alimentar para a população Brasileira. Disponível em:



2. Atividade Física Regular

Manter-se fisicamente ativo é uma das melhores maneiras de controlar a pressão arterial. O recomendado é:

- Atividade aeróbica: Caminhadas, corridas leves, ciclismo ou natação podem ajudar a reduzir a pressão arterial. O ideal é praticar ao menos 150 minutos por semana de atividades leves a moderadas.
- Exercícios de fortalecimento muscular: Realizar atividades que fortalecem os músculos duas vezes por semana, como musculação, pilates ou funcional, também pode ser benéfico.
- Evitar o sedentarismo: Mesmo quem não pode se exercitar de forma vigorosa deve evitar longos períodos de inatividade, buscando sempre estar em movimento no cotidiano como: Deslocamento ativo (preferir escadas ao invés do elevador, ir a pé ou de bicicleta) Durante as atividades cotidianas caminhar para fazer pequenas tarefas (Como levantar para ligar a TV, varrer a casa, ir até a cozinha buscar um copo de água).
- Procure os grupos de atividades físicas disponíveis no município.

3. Sono de Qualidade

Um bom descanso é essencial para manter a pressão arterial sob controle. Recomenda-se:

- Dormir entre 7 a 9 horas por noite: Privação de sono crônica pode aumentar o risco de hipertensão.
- Ter uma rotina de sono: Manter horários regulares para dormir e acordar ajuda na qualidade do descanso.
- Ambiente de sono adequado: Dormir em um quarto escuro, silencioso e fresco pode melhorar a qualidade do sono.

Higiene do Sono

1 - Se possível, não vá para a cama até estar com sono. Assegure-se de que o ambiente esteja escuro, aconchegante e livre de barulhos.

2- Rotinas regulares para dormir ajudam você a relaxar e preparar seu corpo para a cama, como ler um livro, meditar, ouvir músicas relaxantes ou tomar um banho quente.

3- Estabeleça horários regulares para acordar e dormir.

4- A prática de exercício físico é bem-vinda, mas evite exercícios de alta intensidade antes de dormir.

5- Evite utilizar a cama para atividades como o uso do computador, celular e assistir TV. Se possível, diminua sua exposição a telas próximo a hora de dormir.

6- Evite cafeína e alimentos que a contenham, como: café, chás, energéticos e pré-treinos no período noturno.

4. Relacionamentos Saudáveis

O suporte emocional e o convívio social saudável impactam diretamente na saúde mental e, indiretamente, na saúde cardiovascular.

- **Manter conexões sociais:** Relacionamentos de apoio com amigos e familiares ajudam a reduzir o estresse e a promover uma sensação de bem-estar.
- **Evitar conflitos constantes:** Relacionamentos conflituosos e situações de estresse emocional constante podem contribuir para o aumento da pressão arterial.
- **Desenvolver uma rede de apoio emocional:** Participar de grupos sociais, clubes ou atividades de lazer pode ser uma forma de aliviar o estresse e melhorar a qualidade de vida.

5. Não Consumir Álcool e Tabaco

Parar de fumar é uma das medidas mais importantes para o controle da hipertensão e para melhorar a saúde cardiovascular.

- Procure os grupos de Tabagismo disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde do Município;
- Limitar a ingestão de álcool é essencial. Para aqueles que consomem, o limite deve ser de até 1 dose por dia para mulheres e 2 doses por dia para homens (uma dose equivale a uma taça de vinho ou uma cerveja).

6. Controle do Estresse

O estresse crônico pode elevar a pressão arterial, tornando essencial o desenvolvimento de estratégias para gerenciá-lo:

- **Técnicas de relaxamento:** Práticas como meditação, ioga, respiração profunda, podem ajudar a reduzir os níveis de estresse e, conseqüentemente, a pressão arterial.
- **Organização do tempo e das atividades:** Evitar sobrecarga de compromissos e tarefas diárias contribui para uma melhor qualidade de vida e menor estresse.
- **Equilíbrio entre trabalho e lazer:** Ter momentos de lazer e atividades prazerosas ajuda a manter o equilíbrio emocional e reduz o estresse.

Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, v. 48, Suppl. 1, p. S207–S238, 2025. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S207/155038. Acesso em: 16 set. 2025.

ASTARITA, A.; COVELLA, M.; VALLELONGA, F.; CESAREO, M.; TOTARO, S.; VENTRE, L. et al. Hypertensive emergencies and urgencies in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, v. 38, n. 7, p. 1203–1210, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2020/07000/Hypertensive_emergencies_and_urgencies_in.5.aspx. Acesso em: 16 set. 2025.

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTO, L. A.; MOTA-GOMES, M. A.; BRANDAO, A. A.; FEITOSA, A. D. M. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/xyz>. Acesso em: 16 set. 2025.

BRESS, A. P.; ANDERSON, T. S.; FLACK, J. M.; GHAZI, L.; HALL, M. E.; LAFFER, C. L. et al. The Management of Elevated Blood Pressure in the Acute Care Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, v. 81, n. 8, p. e94–e106, ago. 2024. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.000000000000238>. Acesso em: 16 set. 2025.

BITTENCOURT, M. S. Ideal Blood Pressure Levels: So Long the J-Curve, Lower is Better. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 3, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20250150>

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Linha de Cuidado: Estado de Santa Catarina. Santa Catarina: Secretaria Estadual de Saúde, 2019.

BRASIL. (2025) Diretrizes, P. E. Relatório de Recomendação. Relatório preliminar – PCDT Hipertensão Arterial Sistêmica CP 11. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-pcdt-hipertensao-arterial-sistemica-cp-11/view>. Acesso em: 16 set. 2025

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso (PAH). Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVSA/MS). Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. 2021. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sim/>. Acesso em: 23 jul. 2024.

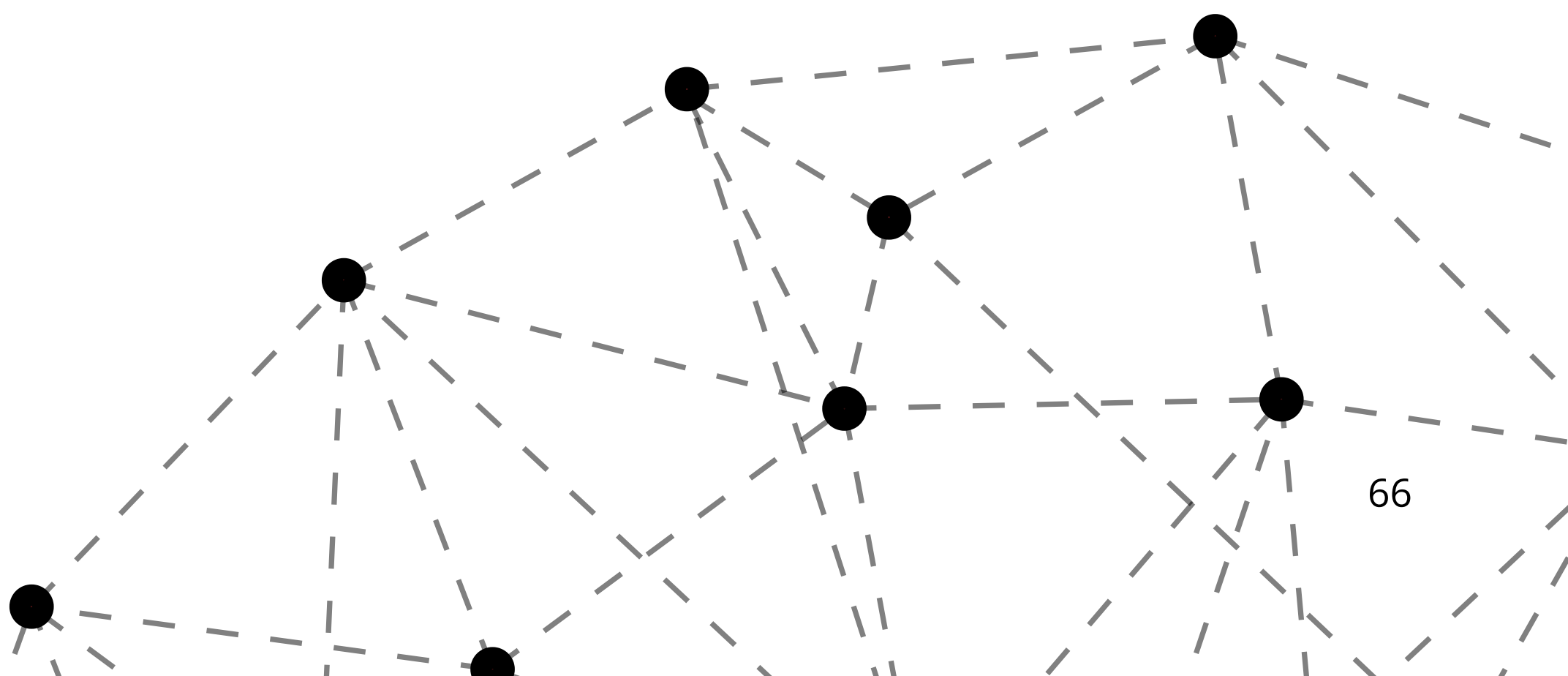
BRASIL. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2018. Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-hipertensao-arterial-sistemica.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2025.

CAREY, R. M.; MORAN, A. E.; WHELTON, P. K. Treatment of Hypertension: A Review. JAMA, v. 328, n. 18, p. 1849–1861, 2022. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2799154>. Acesso em: 16 set. 2025.

CHERNEY, D.; STRAUS, S. Management of patients with hypertensive urgencies and emergencies: A systematic review of the literature. J Gen Intern Med, v. 17, n. 12, p. 937–945, 2002. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1046/j.1525-1497.2002.20316.x>. Acesso em: 16 set. 2025.

DO, T. P.; REMMERS, A.; SCHYTZ, H. W.; SCHANKIN, C.; NELSON, S. E.; OBERMANN, M. et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology, v. 92, n. 3, p. 134-144, 15 jan. 2019. DOI: 10.1212/WNL.0000000000006697. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/92/3/134>. Acesso em: 9 jul. 2025.



Referências

DAL PONT, L. C. et al. Precisão diagnóstica de diferentes pontos de corte na identificação da hipertensão do avental branco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, [S.l.], 2024. (estudo citado no documento, sem dados completos disponíveis).

FEITOSA, A. D. M. et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, n. 4, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20240113>. Acesso em: 16 set. 2025.

GULATI, M.; LEVY, P. D.; MUKHERJEE, D.; AMSTERDAM, E.; BHATT, D. L.; BIRTCHER, K. K. et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, v. 144, n. 22, p. e368-e454, 30 nov. 2021. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001029. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001029>. Acesso em: 9 jul. 2025.

GREENBERG, S. M. et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, v. 53, n. 7, 2022. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000407>

GONZALEZ, R.; MORALES, E.; SEGURA, J.; RUILOPE, L. M.; PRAGA, M. Long-term renal survival in malignant hypertension. *Nephrology Dialysis Transplantation*, v. 25, n. 10, p. 3266–3272, 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/ndt/article/25/10/3266/1890410>. Acesso em: 16 set. 2025.

HEIDENREICH, P. A.; BOZKURT, B.; AGUILAR, D.; ALLEN, L. A.; BYUN, J. J.; COLVIN, M. M. et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, v. 145, n. 18, p. e895-e1032, 3 maio 2022. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001063. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001063>. Acesso em: 9 jul. 2025

Referências

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal – Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Linhas de cuidados de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. São Paulo: IEPS, 2021.

ISSLEBACHER, E. M.; PREVENTZA, O.; HAMILTON BLACK, J.; AUGOUSTIDES, J. G.; BECK, A. W.; BOLEN, M. A. et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease. *Circulation*, v. 146, n. 24, dez. 2022. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001106>. Acesso em: 16 set. 2025.

KIM, B. S.; KIM, H. J.; LYU, M.; KIM, W. D.; LEE, Y.; KIM, M. et al. Clinical characteristics, practice patterns, and outcomes of patients with acute severe hypertension visiting the emergency department. *Journal of Hypertension*, v. 39, n. 12, p. 2506–2513, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2021/12000/Clinical_characteristics,_practice_patterns,_and.11.aspx. Acesso em: 16 set. 2025.

LANASPA, M. A.; ANDRES-HERNANDO, A.; KUWABARA, M. Uric acid and hypertension. *Hypertens Res*, v. 43, p. 832–834, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41440-020-0481-6>. Acesso em: 16 set. 2025.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3 supl. 3, p. 1–83, 2016.

MANCIA, G. et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, v. 41, n. 12, p. 1874–2071, dez. 2023.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; ANDRADE, S. S. C. de A.; SILVA, M. M. A. da; VELASQUEZ-MELENDÉZ, G. Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1S–10S, 2017. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051000006.

MC EVOY, J. W. et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, v. 45, n. 38, p. 3912–4018, out. 2024.

Referências

NCD RISK FACTOR COLLABORATION. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019. *The Lancet*, v. 398, p. 957–980, 2021.

NUGENT, J. T. et al. Does This Child With High Blood Pressure Have Secondary Hypertension?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*, v. 329, n. 12, p. 1012–1021, 28 mar. 2023. doi: 10.1001/jama.2023.3184.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 99, p. 649–658, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Hypertension*. Genebra: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 2 abr. 2025.

O'MAILIA, J. J.; SANDER, G. E.; GILES, T. D. Nifedipine-associated myocardial ischemia or infarction in the treatment of hypertensive urgencies. *Annals of Internal Medicine*, v. 107, n. 2, p. 185-186, 1 ago. 1987. DOI: 10.7326/0003-4819-107-2-185. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-107-2-185>. Acesso em: 9 jul. 2025.

PATEL, K. K.; YOUNG, L.; HOWELL, E. H.; HU, B.; RUTECKI, G.; THOMAS, G. et al. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office Setting. *JAMA Intern Med*, v. 176, n. 7, p. 981, 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2532597>. Acesso em: 16 set. 2025.

PEIXOTO, A. J. Acute Severe Hypertension. In: SOLOMON, C. G. (Org.). *New England Journal of Medicine*, v. 381, n. 19, p. 1843–1852, 7 nov. 2019.

PINNA, G. et al. Hospital Admissions for Hypertensive Crisis in the Emergency Departments: A Large Multicenter Italian Study. *PLoS ONE*, v. 9, n. 4, e93542, 2 abr. 2014.

POWERS, W. J. et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update. *Stroke*, v. 50, n. 12, p. e344–e418, 2019. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>. Acesso em: 16 set. 2025.

QUAN, S.; CHEN, G.; PADWAL, R. S.; MCALISTER, F. A.; TRAN, K. C.; CAMPBELL, N. R. C. et al. Frequency of laboratory testing and associated abnormalities in patients with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, v. 22, n. 11, p. 2077–2083, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jch.14040>. Acesso em: 16 set. 2025.

Referências

ROBBA, C.; IANNUZZI, F.; TACCONE, F. S. Tier-three therapies for refractory intracranial hypertension in adult head trauma. *Minerva Anestesiologica*, v. 87, n. 12, p. 1359-1366, dez. 2021. DOI: 10.23736/S0375-9393.21.15827-4.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBC, 2023.

Taler, S. J. Initial Treatment of Hypertension. *N Engl J Med*, v. 378, n. 7, p. 636–644, 2018. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1613481>. Acesso em: 16 set. 2025.

UNGER, T. et al. 2020 International Society of Hypertension Global: Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, v. 75, n. 6, p. 1334–1357, 2020. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.000000000000104>. Acesso em: 16 set. 2025.

VAN WHY, S. K.; PAN, C. G. Primary Causes of Hypertensive Crisis. *Critical Care Clinics*, v. 38, n. 2, p. 375–391, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749070421001201>. Acesso em: 16 set. 2025.

VAUGHAN, C. J.; DELANTY, N. Hypertensive emergencies. *The Lancet*, v. 356, n. 9227, p. 411–417, jul. 2000.

WHELETON, P. K.; CAREY, R. M.; ARONOW, W. S.; CASEY, D. E.; COLLINS, K. J.; DENNISON HIMMELFARB, C. et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol*, v. 71, n. 19, p. e127–e248, 2018. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2017.11.006>. Acesso em: 16 set. 2025.

WILLIAMS, B.; MANCIA, G.; SPIERING, W.; AGABITI ROSEI, E.; AZIZI, M.; BURNIER, M. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, v. 39, n. 33, p. 3021–3104, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>. Acesso em: 16 set. 2025.

ZELLER, K. R.; VON KUHNERT, L.; MATTHEWS, C. Rapid reduction of severe asymptomatic hypertension. *Arch Intern Med*, v. 149, n. 10, p. 2186–2189, 1989. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/592607>. Acesso em: 16 set. 2025.