



PREFEITURA DE  
**LONDRINA**

Secretaria Municipal de  
Saúde

## **GUIA RÁPIDO: DOENÇAS CRÔNICAS – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

**1ª edição  
LONDRINA  
2023**

**MARCELO BELINATI MARTINS**

PREFEITO

**CARLOS FELIPPE MARCONDES MACHADO**

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

**VALERIA CRISTINA ALMEIDA DE AZEVEDO BARBOSA**

DIRETORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**VÂNIA CRISTINA DA SILVA ALCÂNTARA**

GERENTE DE PROGRAMAS ESPECIAIS

**BRUNA MARIA ROCHA PETRILLO GIOVINE**

COORDENADORA SAÚDE DO IDOSO

---

Contato - Secretaria Municipal de Saúde

Av. Teodoro Victorelli, 103 – CEP 86027-750 | Telefone: (43) 3372-9825

**e-mail:** [das@saude.londrina.pr.gov.br](mailto:das@saude.londrina.pr.gov.br)



Quem colaborou:

**AUTORES:**

Bárbara Valéria de Souza Santos Nascimento -  
Nutricionista com residência/especialização em  
Saúde da Família

Beatriz Zampar - Médica de Família e Comunidade

Fabiane Mie Kajiyama - Residente de Medicina de  
Família e Comunidade

Lincoln Yoshiharu Abe - Médico de Família e  
Comunidade

Marina Gorgato de carvalho - Médica de Família e  
Comunidade

Nathália Otaviano Guimarães - Residente de  
Medicina de Família e Comunidade

Nicole Orlandini Costa - Residente de Medicina de  
Família e Comunidade

Sonia Maria Coutinho Orquiza - Médica de Família e  
Comunidade

Sandra Cristina Cavalli Moises - Profissional de  
Educação Física

Vitória Santana Yoshida - Residente de Medicina de  
Família e Comunidade

**ORGANIZADORES:**

Valeria Cristina Almeida de Azevedo Barbosa -  
Médica

Beatriz Zampar - Médica de Família e Comunidade

Sonia Maria Coutinho Orquiza - Médica de Família e  
Comunidade

Vânia Cristina da Silva Alcântara - Enfermeira

**COLABORADORES:**

Daniela Souza de Carvalho Gomes - Enfermeira

Bruna Maria Rocha Petrillo Giovine - Enfermeira

Juliana de Oliveira Marques de Moraes - Enfermeira

## **APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DAS LINHAS GUIAS DE CUIDADO**

As doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) representam um dos principais desafios de saúde pública, tanto pela alta prevalência como pela rapidez com que adquiriram destaque como principais causas de morte no Brasil e no mundo. As DCNT têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e ocasionado impactos econômicos negativos para indivíduos, famílias e a sociedade em geral. Elas são hoje responsáveis por 72% da mortalidade no Brasil e mais prevalentes entre as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco. (MALTA, 2014).

Considerando a alta prevalência destas doenças em nossa população e sabendo-se que as mesmas são passíveis de controle, o que melhora a qualidade e expectativa de vida das pessoas e são tecnologias de baixa complexidade tecnológica a serem aplicadas, porém de alta complexidade para abordagem e condução destas situações, julgamos ser imprescindível a atualização dos protocolos clínicos referentes às DCNTs (Doenças crônicas não transmissíveis), uma vez que contribuirão para avaliação e proposta de intervenção a cada caso, visando redução da morbimortalidade ocasionada pelas mesmas.

## **LISTA DE SIGLAS:**

APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE  
AVE - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO  
AVEH - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO  
AVEi - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO  
BB - BETABLOQUEADOR  
BCC - BLOQUEADOR DE CANAL DE CÁLCIO  
BRA - BLOQUEADOR DE RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II  
DAOP - DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA  
DAC - DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA  
DCNT - DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
DCV - DOENÇAS CARDIOVASCULARES  
DIU - DIURÉTICOS  
DM - DIABETES MELLITUS  
DRC - DOENÇA RENAL CRÔNICA  
EH - EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA  
FA - FIBRILAÇÃO ATRIAL  
FC - FREQUÊNCIA CARDÍACA.  
HAB - HIPERTENSÃO AVENTAL BRANCO  
HAS - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
HM - HIPERTENSÃO MASCARADA  
HS - HIPERTENSÃO SUSTENTADA  
IAM - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO  
IC - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA  
ICFe<sub>r</sub> - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA  
IECA - INIBIDOR DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA  
LOA - LESÃO DE ÓRGÃO ALVO  
MAPA - MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL  
MEV - MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA  
MRPA - MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DE PRESSÃO ARTERIAL  
PA - PRESSÃO ARTERIAL  
PAD - PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA  
PAS - PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA  
PCH - PSEUDOCRISE HIPERTENSIVA

RCV - RISCO CARDIOVASCULAR

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UH - URGÊNCIA HIPERTENSIVA

### **LISTA DE QUADROS:**

Quadro 01 - Etapas para a realização da medida da pressão arterial

Quadro 02- Fatores de risco coexistentes na hipertensão arterial

Quadro 03 - Lesão de órgão-alvo na avaliação do risco adicional no hipertenso

Quadro 04- Doença CV e renal estabelecida para avaliação do risco adicional no hipertenso

Quadro 05 – Periodicidade das consultas na atenção primária

Quadro 06- Sugestão de periodicidade de solicitação de exames

Quadro 07- Decisão terapêutica de início da terapia farmacológica na HAS

Quadro 08- Mensagens principais do tratamento farmacológico da HAS

Quadro 09 - Atribuições dos profissionais na atenção primária à saúde - UBS

Quadro 10 - Atribuições dos profissionais na atenção primária à saúde - Equipe multidisciplinar

Quadro 11 - Condições de saúde que impactam no adequado controle da pressão arterial (PA) e ações sugeridas de acordo com a condição apresentada

Quadro 12- Medicamentos de administração oral em pacientes com Crise hipertensiva sem lesão aguda de órgão alvo

Quadro 13 - Diagnóstico, prognóstico e conduta nas urgências e emergências hipertensivas

Quadro 14 - Classificação das emergências hipertensivas

Quadro 15- Investigação clínico-complementar de acordo com as lesões de órgãos-alvo das emergências hipertensivas

### **LISTA DE TABELAS**

Tabela 01 - Definição de hipertensão arterial de acordo com a pressão arterial de consultório, monitorização ambulatorial da pressão arterial e monitorização residencial da pressão arterial

Tabela 02- Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

Tabela 03 - Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal

Tabela 04- Metas pressóricas gerais a serem obtidas com o tratamento anti-hipertensivo

Tabela 05 – Medicamentos anti-hipertensivos padronizados no componente básico da assistência farmacêutica - REMUME - e farmácia popular

#### **LISTA DE FIGURAS:**

Figura 01 - Fluxograma de rastreamento para diagnóstico de HAS

Figura 02 - Diagnósticos possíveis na HAS (fenótipos)

Figura 03 – Triagem e diagnóstico de hipertensão arterial

Figura 04 – Fluxograma para a organização das consultas médicas e de enfermagem no cuidado do paciente hipertenso de acordo com o controle pressórico e o risco cardiovascular

Figura 05 - Fluxograma de tratamento farmacológico

Figura 06 - Esquema preferencial de associações medicamentosas

Figura 07 - Fluxograma de linhas gerais do tratamento de HAS

Figura 08 - Fluxograma de atendimento médico para crise hipertensiva

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
1.1 Definição.....	7
1.2 Fatores de risco para HAS.....	8
1.3 Rastreamento.....	8
<b>2. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO.....</b>	<b>9</b>
2.1 Técnica correta para aferição de pressão arterial.....	9
2.2 Diagnóstico.....	11
2.3 Classificação:.....	13
<b>3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR.....</b>	<b>14</b>
<b>4. METAS A SEREM ATINGIDAS EM CONFORMIDADE COM AS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>5. ACOMPANHAMENTO/SEGUIMENTO DO PACIENTE.....</b>	<b>17</b>
5.1 Periodicidade das consultas.....	17
5.2 Avaliação laboratorial.....	19
<b>6. MANEJO DA HAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>20</b>
6.1 Decisão terapêutica.....	20
6.2 Tratamento.....	21
6.2.1 Tratamento não farmacológico.....	21
6.2.2 Tratamento farmacológico.....	22
<b>7. ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL.....</b>	<b>35</b>
<b>8. COMPLICAÇÕES.....</b>	<b>39</b>
8.1 Crise hipertensiva.....	39
<b>9. QUANDO ENCAMINHAR.....</b>	<b>45</b>
9.1 Quando referenciar pacientes com HAS para especialistas focais/ambulatório especializado?.....	45
<b>10. ERROS MAIS FREQUENTES COMETIDOS NA ABORDAGEM DA HAS.....</b>	<b>46</b>
<b>11. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de grande prevalência que se tornou um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo e está altamente relacionada ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura.

A prevalência estimada de HAS no Brasil na população adulta é considerada alta, com 32,5%, chegando a mais de 60% na população idosa.

Um dado relevante é que, pela natureza assintomática da doença, grande parte da população não é diagnosticada e, conseqüentemente, tratada precocemente. Sendo assim, o diagnóstico de HAS é tardio e muitas vezes associado com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos, o qual geralmente se apresenta como Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

De acordo com o caderno de atenção básica número 37 do Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde e os seus profissionais desempenham papel importante nas estratégias de prevenção, rastreamento, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial para prevenção de eventos secundários. Vale ressaltar que o cuidado deve ser centrado na pessoa, em sua individualidade, pactuando com os usuários e cuidadores em nível individual e coletivo as estratégias de controle à HAS.

### **1.1 Definição**

Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020, a hipertensão arterial sistêmica pode ser definida como uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Frequentemente está associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a fatores de risco

metabólicos para as doenças dos sistemas cardiovascular e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes melito (DM).

As complicações nos órgãos-alvo, fatais e não fatais, como: coração: doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA) e morte súbita; cérebro: acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico (AVEI) ou hemorrágico (AVEH), demência; rins: DRC que pode evoluir para necessidade de terapia dialítica; e sistema arterial: doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), levam a impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos e causam grande impacto na vida dos indivíduos e das pessoas ao seu redor.

## **1.2 Fatores de risco para HAS**

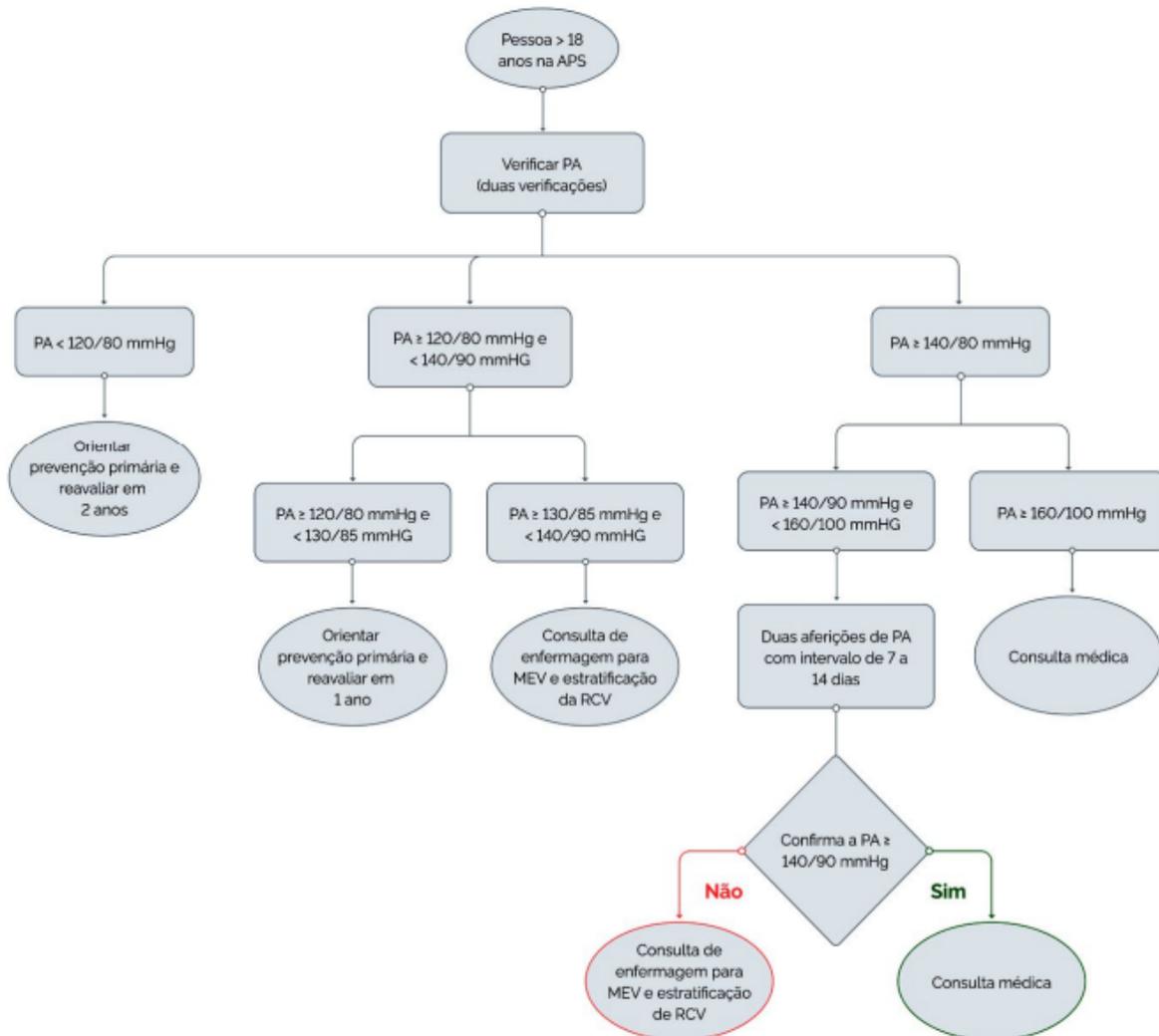
- Idade
- Genética
- Gênero e etnia
- Excesso de peso e obesidade
- Dieta não saudável
- Ingestão de sal
- Ingestão de álcool
- Sedentarismo
- Fatores socioeconômicos
- Fatores genéticos

## **1.3 Rastreamento**

O rastreamento deve ser realizado por toda a equipe multidisciplinar para todo adulto com 18 anos ou mais de idade. Quando o paciente comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS) por qualquer motivo e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois

anos, deverá tê-la verificada e registrada. A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.

**Figura 01** - Fluxograma de rastreamento para diagnóstico de HAS.



**Fonte:** Ministério da Saúde, 2021 - Linha de cuidado do adulto com HAS.

**APS:** Atenção Primária em Saúde; **PA:** Pressão Arterial; **MEV:** Mudança no Estilo de Vida; **RCV:** Risco Cardiovascular.

## 2. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

### 2.1 Técnica correta para aferição de pressão arterial

Realizar a aferição da PA de forma adequada é o primeiro e primordial passo para avaliação do paciente e possíveis diagnósticos subsequentes. A

seguir, algumas orientações retiradas da diretriz de HAS que devem ser seguidas a fim de uma verificação adequada na UBS:

- O paciente deve sentar-se confortavelmente em um ambiente silencioso por 5 minutos, antes de iniciar as medições da PA. Explique o procedimento ao indivíduo e oriente a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
- Certifique-se de que o paciente NÃO:
  - Está com a bexiga cheia;
  - Praticou exercícios físicos há, pelo menos, 60 minutos;
  - Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
  - Fumou nos 30 minutos anteriores.
- Três medidas de PA devem ser realizadas, com intervalo de 1 a 2 minutos; e medidas adicionais somente se as duas primeiras leituras diferirem em > 10 mmHg. Registre em prontuário a média das duas últimas leituras da PA, sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida.
- Pode ser necessário realizar medições adicionais em pacientes com valores instáveis da PA devido a arritmias. Nos pacientes com FA (fibrilação atrial), os métodos auscultatórios devem ser preferencialmente usados, pois a maioria dos dispositivos automáticos não foi validada para a medida da PA.
- Use o manguito adequado para a circunferência do braço.
- O manguito deve ser posicionado ao nível do coração. A palma da mão deve estar voltada para cima e as roupas não devem garrotear o braço. As costas e o antebraço devem estar apoiados; as pernas, descruzadas; e os pés, apoiados no chão.
- Meça a PA nos dois braços na primeira visita, de preferência simultaneamente, para detectar possíveis diferenças entre os braços. Use o braço com o maior valor como referência.
- Para pesquisar hipotensão ortostática, meça inicialmente a PA (de preferência, em posição supina, após o paciente estar nesta posição em repouso por 5 minutos; na impossibilidade de o indivíduo ficar na posição supina, pode-se de forma alternativa, embora não ideal, realizar a medida

com o paciente sentado), e depois medir a PA 1 minuto e 3 minutos após a pessoa ficar em pé. As medições da PA em repouso e em pé devem ser realizadas em todos os pacientes na primeira consulta e também consideradas em visitas subsequentes em idosos, diabéticos, disautônomicos e pessoas em uso de anti-hipertensivo.

- Registre a frequência cardíaca. Para excluir arritmia, use palpação do pulso.
- Informe o valor de PA obtido para o paciente.

**Quadro 01** - Etapas para a realização da medida da pressão arterial.

Etapas
1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano.
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
5. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial.*
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.*
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação.*
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).*
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, depois, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.*
10. Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).*
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e, depois proceder, à deflação rápida e completa*.
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero.*

*PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. \* Itens realizados exclusivamente na técnica auscultatória.*

**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

## 2.2 Diagnóstico

Para chegar ao diagnóstico de HAS, a forma mais comumente utilizada é a medida no consultório, porém pode-se lançar mão das medidas de PA fora do consultório: MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) em que a PA é monitorizada por 24 horas com leitura noturna ou MRPA (monitorização residencial de pressão arterial) em que a PA é realizada por pessoa capacitada (terceiro ou pelo próprio paciente).

No consultório, para fins de diagnóstico de Hipertensão Arterial, considera-se: Pressão Arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. São necessárias medições repetidas, pelo menos em duas aferições com intervalo de dias ou semanas. Porém, se aferidos valores de PA correspondentes ao estágio 3

(180x110 mmHg) ou constatação de existência de Lesão de Órgãos Alvo (LOA), pode-se realizar o diagnóstico de HAS com apenas uma medida.

Além da medida adequada de PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados e calibrados, deve-se seguir com a obtenção de história médica (pessoal e familiar), a realização de exame físico e a investigação clínica e laboratorial.

**Tabela 01** - Definição de hipertensão arterial de acordo com a pressão arterial de consultório, monitorização ambulatorial da pressão arterial e monitorização residencial da pressão arterial.

Categoria	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA no consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
MAPA 24 horas	≥ 130	e/ou	≥ 80
Vigília	≥ 135	e/ou	≥ 85
Sono	≥ 120	e/ou	≥ 70
MRPA	≥ 130	e/ou	≥ 80

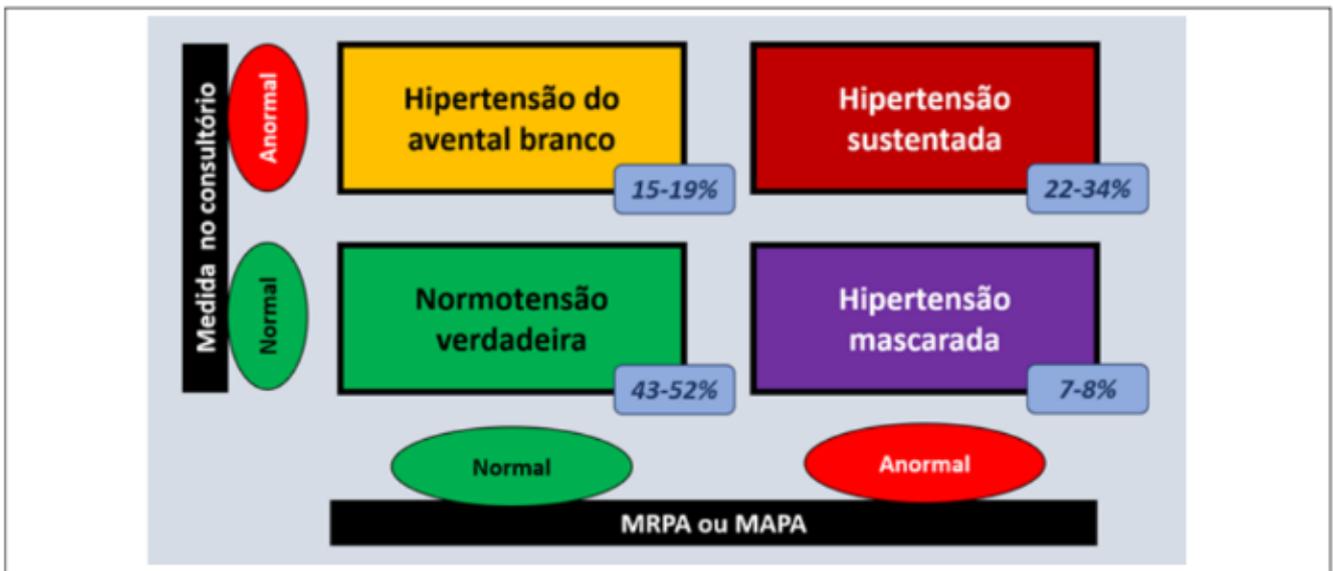
*HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.*

**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

Com isso, pode-se definir fenótipos distintos em relação à PA alterada:

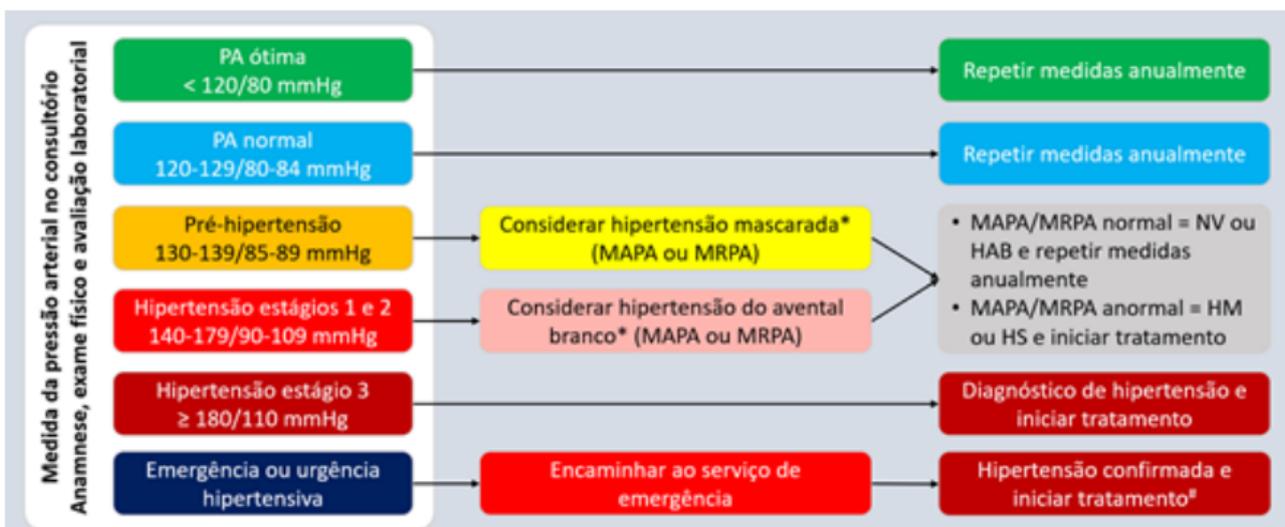
- 1) Normotensão verdadeira: ambas as medidas de pressão arterial (no consultório e fora dele) coincidem e são normais. Correspondem a 43-52% dos casos.
- 2) Hipertensão sustentada (22-34% dos casos): ambas as medidas de pressão arterial (no consultório e fora dele) com valores aumentados, levando a maior probabilidade de LOA e RCV.
- 3) Hipertensão do Avental Branco (15-19% dos casos): PA aumentada apenas no consultório, havendo maior propensão a evoluir para Hipertensão Sustentada pois ocorre maior descarga adrenérgica e fatores de risco metabólicos.
- 4) Hipertensão Mascarada (7-8% dos casos): PA aumentada apenas fora do consultório. Está associada à dislipidemia e disglícemia, tabagismo, etilismo, estresse, atividade física.
- 5) Hipertensão mascarada não controlada: paciente em tratamento de HAS, no entanto PA controlada no consultório e alterada fora do mesmo.
- 6) Hipertensão do avental branco não controlada: paciente em tratamento para HAS, com PA controlada fora do consultório e alterada dentro do mesmo.

Figura 02 - Diagnósticos possíveis na HAS (fenótipos).



Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020

Figura 03 – Triagem e diagnóstico de hipertensão arterial.



Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

PA: pressão arterial; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial; NV: normotensão verdadeira; HAB: hipertensão do avental branco; HM: hipertensão mascarada; HS: hipertensão sustentada.

## 2.3 Classificação:

Pode-se classificar a PA de acordo com a medida realizada em consultório (valores para pessoas maiores de 18 anos de idade), conforme exposto no quadro a seguir.

**Tabela 02-** Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
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

*HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. \*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 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 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.*

**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020

## 3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

O aumento de PA está relacionado com o aumento do RCV em ambos os sexos, todas as idades e todos os grupos étnicos. A PA atua juntamente com outros fatores de riscos para um aumento do RCV, dessa forma, quanto mais fatores maiores serão os riscos. Além disso, o aumento modesto de vários FR pode desencadear maior incremento no risco cardiovascular (CV) que a elevação acentuada de apenas um único FR. Diante do que foi exposto é de fundamental importância classificar o RCV desse paciente que pode ser traduzido como a probabilidade de determinado indivíduo desenvolver DCV em um determinado período de tempo.

Após informações obtidas na história clínica, no exame físico e através de exames complementares, é possível calcular o RCV do paciente com HAS,

que orienta a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. A classificação do risco CV depende dos níveis da PA, dos FRCV associados, da presença de lesões em órgãos-alvo (LOA), e/ou da existência de DCV ou doença renal estabelecidas. Com uma avaliação adequada do RCV é possível:

- Estimar o risco de eventos cardiovasculares em médio e longo prazos
- Determinar o nível de atenção à saúde, como frequência dos atendimentos
- Determinar a precocidade de início do tratamento farmacológico
- Determinar a intensidade do controle dos fatores de risco modificáveis

Portanto, para uma melhor avaliação de cada quadro se faz necessário a identificação dos seguintes elementos:

- Fatores de risco coexistentes na hipertensão arterial (Quadro 02)
- Presença de LOAs da hipertensão (Quadro 03)
- Diagnóstico de DCV ou doença renal já estabelecida (Quadro 04)

**Quadro 02** - Fatores de risco coexistentes na hipertensão arterial.

Sexo masculino
Idade: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Homens <math>\geq 55</math> anos ou mulheres <math>\geq 65</math> anos</li> </ul>
História de DCV prematura em parentes de 1 <sup>o</sup> grau <ul style="list-style-type: none"> <li>● Homens <math>&lt; 55</math> anos ou mulheres <math>&lt; 65</math> anos</li> </ul>
Tabagismo
Dislipidemia <ul style="list-style-type: none"> <li>● LDL-colesterol <math>\geq 100</math>mg/dl e/ou</li> <li>● Não HDL-colesterol 130 mg/dl e/ou</li> <li>● HDL-colesterol <math>\leq 40</math>mg/dl no homem e <math>\leq 46</math>mg/dl na mulher e/ou</li> <li>● TG <math>&gt; 150</math> mg/dl</li> </ul>
Diabetes melito
Obesidade (IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ) ou quando a medida da cintura abdominal (CA) for $> 80$ cm em mulheres ou $> 94$ cm em homens de descendência europeia ou africana ou $> 90$ cm naqueles de descendência asiática.
OBS: DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal;

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020

**Quadro 03** - Lesão de órgão-alvo na avaliação do risco adicional no hipertenso

Hipertrofia ventricular esquerda
ECG: (índice Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 ou RV6) $\geq 35$ mm; RaVL $> 11$ mm; Cornell voltagem $> 2440$ mm.ms ou Cornell índice $> 28$ mm em homens e $> 20$ mm em mulheres)
ECO: IMVE $\geq 116$ g/m <sup>2</sup> nos homens ou $\geq 96$ g/m <sup>2</sup> nas mulheres
VOP carótido-femoral $> 10$ m/s
ITB $< 0,9$
Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30-60 mL/min/1,73m <sup>2</sup> )
Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300 mg/g
OBS: ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; EMI: espessura médio intimal; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso; ITB: índice tornozelo-braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

**Quadro 04** - Doença CV e renal estabelecida para avaliação do risco adicional no hipertenso.

<p>Doença cerebrovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AVE isquêmico</li> <li>• Hemorragia cerebral</li> <li>• Ataque isquêmico transitório</li> </ul>
<p>Doença da artéria coronária</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina estável ou instável</li> <li>• Infarto do miocárdio</li> <li>• Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica</li> <li>• Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada</li> <li>• Fibrilação atrial (FA)</li> <li>• Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores</li> <li>• Doença de aorta relacionada com aneurismas, hematomas ou ulcerações</li> <li>• Doença renal crônica maior ou igual ao estágio 4 (RFG-e &lt; 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) ou relação albuminúria/creatininúria em amostra isolada (&gt; 300 mg/g creatinina); e proteinúria/creatininúria em amostra isolada (&gt; 300 mg/g creatinina).</li> <li>• Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema</li> </ul>
<p>OBS: AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.</p>

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020

Por meio da combinação de fatores de risco adicionais e valores da PA, pode-se realizar a estratificação de risco no paciente hipertenso, conforme descrito na tabela 03.

**Tabela 03** - Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.

FR, presença de LOA ou doença	PA (mmHg)			
	Pré-hipertensão PAS 130-139 PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110
Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
≥ 3 FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
LOA, DRC estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

PA: pressão arterial; FR: fator de risco; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; LOA: lesão em órgão-alvo, DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; DCV: doença cardiovascular.

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

Como já dito anteriormente nessa linha guia, devemos sempre olhar o paciente de forma integral e, para tanto, devemos avaliar suas comorbidades associadas, sendo necessário avaliar se o paciente possui DM, dislipidemias ou outras doenças. Dessa forma, é interessante que todo paciente com HAS também tenha em sua avaliação a contemplação do seu risco avaliado pela calculadora da sociedade brasileira de cardiologia disponível no link: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-a/2015/CALCULADORAER2017/index.html>.

#### **4. METAS A SEREM ATINGIDAS EM CONFORMIDADE COM AS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS**

As metas terapêuticas devem levar em consideração a presença de DCV, FR e a idade. De forma geral, deve-se reduzir a PA visando alcançar valores menores que 140/90 mmHg e não inferiores a 120/70 mmHg. Nos indivíduos mais jovens e sem FR, podem-se alcançar metas mais baixas com valores inferiores a 130/80 mmHg.

**Tabela 04** - Metas pressóricas gerais a serem obtidas com o tratamento anti-hipertensivo.

Meta	Risco cardiovascular	
	Baixo ou moderado	Alto
PA sistólica (mmHg)	< 140	120-129
PA diastólica (mmHg)	< 90	70-79

**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

#### **5. ACOMPANHAMENTO/SEGUIMENTO DO PACIENTE**

##### **5.1 Periodicidade das consultas**

A periodicidade das consultas da pessoa com HAS deve ser determinada conforme a estratificação de risco. Na Tabela 6, está apresentada uma sugestão de periodicidade de consulta de acordo com o escore de Framingham. Para os usuários com HAS com escore de Framingham na categoria de baixo risco, indica-se que consultem anualmente com o médico e com o enfermeiro. Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem semestralmente. Aqueles com risco alto farão acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral.

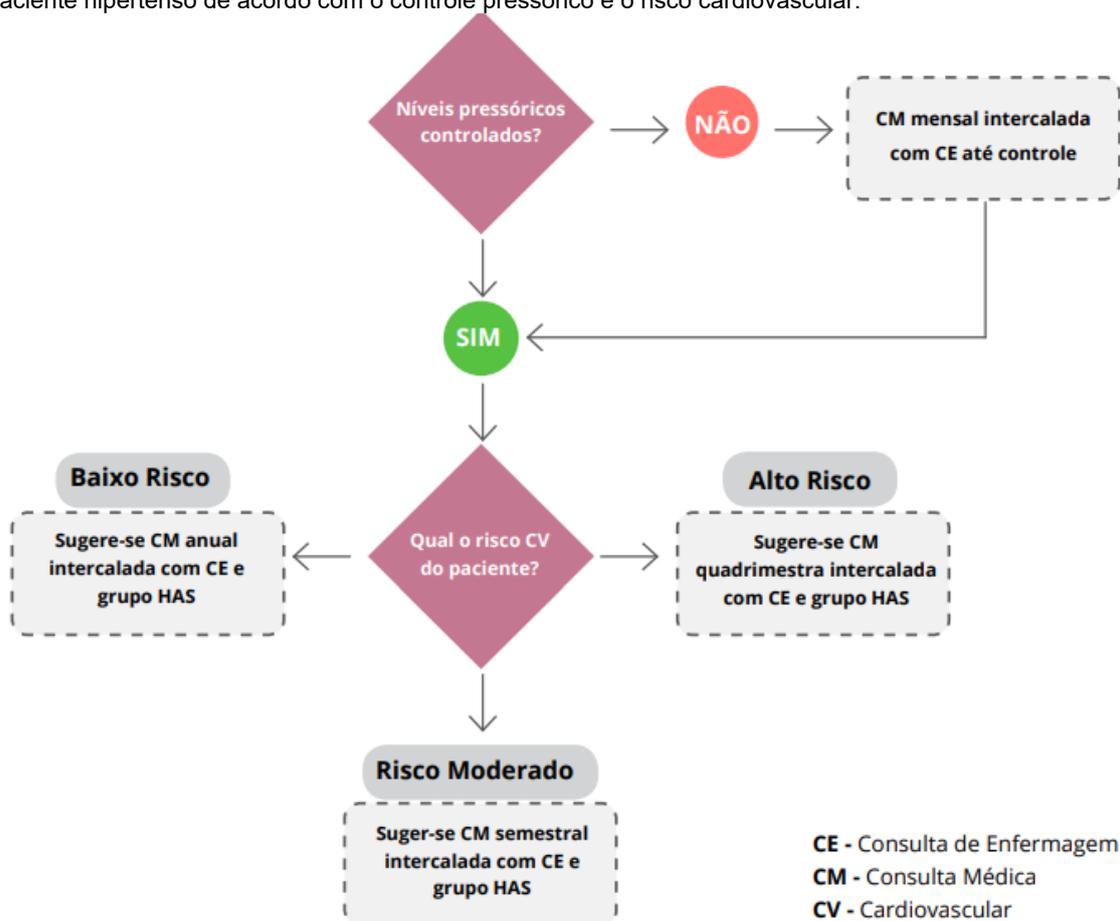
**Quadro 05** – Periodicidade das consultas na atenção primária

<b>RISCO</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>			
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem	Cirurgião dentista
<b>Baixo</b>	Anual	Anual	Anual	Anual
<b>Médio</b>	Semestral	Semestral	Trimestral	Anual
<b>Alto</b>	Quadrimestral	Quadrimestral	Bimestral	Anual

As consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica deverão ser preferencialmente intercaladas.

**Fonte:** Adaptado, Linha Guia HAS Paraná (Paraná, 2018).

**Figura 04** – Fluxograma para a organização das consultas médicas e de enfermagem no cuidado do paciente hipertenso de acordo com o controle pressórico e o risco cardiovascular.



**Fonte:** Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica, 2021.

Apesar da sugestão de acompanhamento, existem situações que requerem atendimento imediato em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas.

## 5.2 Avaliação laboratorial

Tem como objetivo identificar LOA e condições subclínicas que possam contribuir para o RCV, devem ser feitos anualmente para os pacientes com diagnóstico de HAS:

- Análise de urina
- Potássio plasmático
- Glicemia de jejum e HbA1c
- Ritmo de filtração glomerular estimado (RFG-e)
- Creatinina plasmática

- Colesterol total, HDL-C e triglicérides plasmáticos
- Pode-se calcular o LDL - colesterol quando a dosagem de triglicérides for abaixo de 400mg/dl pela fórmula:  $LDL = \text{Colesterol total} - (\text{HDL} + \text{triglicérides}) / 5$ .
- Ácido úrico plasmático
- Eletrocardiograma convencional

Outros exames devem ser realizados para populações específicas.

**Quadro 06** - Sugestão de periodicidade de solicitação de exames.

<b>Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco</b>			
<b>Exames</b>	<b>Baixo risco</b>	<b>Intermediário Risco</b>	<b>Alto Risco</b>
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa <sup>1</sup> )	Anual	Anual	Semestral
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo <sup>2</sup> )	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral, se creatinina normal
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou Relação	–	Anual	Anual

albumina/creatinina em amostra isolada de urina			
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

1. Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI
2. Calcular o LDL-colesterol quando triglicérides < 400 mg/dl pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol - triglicérides / 5

Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração.

**Fonte:** Adaptado, Linha Guia HAS Paraná (Paraná, 2018).

## 6. MANEJO DA HAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 6.1 Decisão terapêutica

Indivíduos hipertensos em estágio 1 com risco cardiovascular baixo ou pacientes pré-hipertensos com DCV preexistente ou com alto risco cardiovascular devem iniciar o tratamento farmacológico caso medidas não farmacológicas não surtirem efeito após um período inicial de pelo menos 90 dias.

Já os hipertensos estágio 1 com moderado ou alto risco cardiovascular ou estágio 2 ou 3 independentemente do risco se beneficiam do tratamento combinado desde o início do diagnóstico.

**Quadro 07-** Decisão terapêutica de início da terapia farmacológica na HAS

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	IIa	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 hígidos	PAS ≥ 140 mmHg	I	A	
Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg sem DCV preexistente e risco cardiovascular baixo ou moderado	Não recomendado	III		

**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

## **6.2 Tratamento**

Iniciar o tratamento e acompanhamento regular dos casos diagnosticados com HAS é um dos maiores desafios das equipes da atenção primária à Saúde, principalmente em relação à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

### **6.2.1 Tratamento não farmacológico**

Tem por objetivo diminuir a morbimortalidade cardiovascular por meio de mudanças no estilo de vida que auxiliem na redução da pressão arterial. Devem ser estimulados hábitos como: alimentação saudável baseada na dieta DASH (com alto teor de potássio, cálcio, magnésio e fibras), redução do consumo de sal, práticas de atividade física regular (atividade aeróbica por 150 min/semana, podendo ser divididos, por exemplo, em 30 minutos de atividade 5 vezes/semana), cessação do tabagismo, controle de estresse, redução do consumo de álcool, restrição da ingestão de sódio a 2g/dia, entre outras.

Essas práticas além de prevenir complicações da doença podem retardar o uso de medicamentos para pacientes com HAS grau 1, principalmente em indivíduos obesos e sedentários. E mesmo se houver a necessidade de introduzir fármacos é sempre importante associar-se ao tratamento não medicamentoso.

A mudança do estilo de vida deve ser estimulada em todos os pacientes hipertensos durante a vida, independente dos níveis de pressão arterial. Além disso, essa recomendação deve ocorrer por todos da equipe multidisciplinar.

### **6.2.2 Tratamento farmacológico**

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva é complexa e tem que se levar em consideração a individualidade da pessoa, como preferências, grau de motivação para mudança de estilo de vida, níveis pressóricos e RCV.

### 6.2.2.1 Agentes anti-hipertensivos

As cinco principais classes de medicamentos utilizados para tratamento de HAS são diuréticos (DIU), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueador de receptor de angiotensina II (BRA), bloqueadores de canais de cálcio (BCC) e beta bloqueadores (BB).

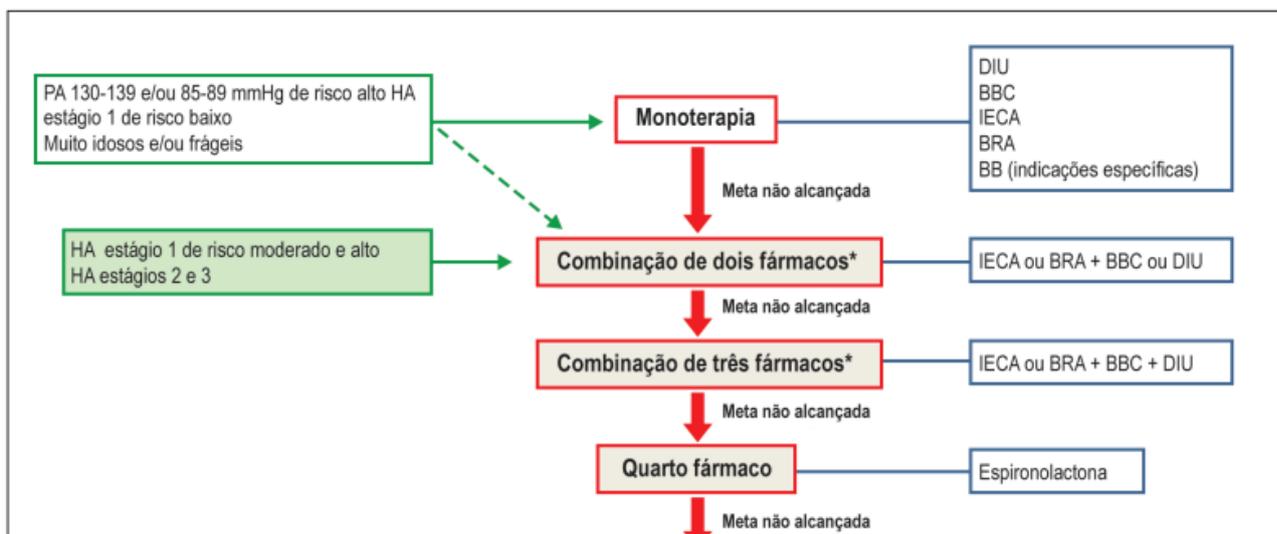
### 6.2.2.2 Esquemas terapêuticos

Podem ser utilizados esquemas em monoterapia ou em combinação de fármacos. A estratégia preferencial para maioria dos casos é a combinação independente do estágio de HA e do RCV.

A monoterapia está indicada para pacientes com HAS estágio I e risco cardiovascular baixo ou com PA 130-139/85-89 mmHg de risco CV alto ou idosos frágeis. As drogas de escolha para esses casos são diuréticos tiazídicos, BCC, IECA, BRA. Já os betabloqueadores são utilizados em situações específicas (pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) e angina do peito, IC com fração de ejeção, reduzida (ICFEr), para o controle da frequência cardíaca (FC) e em mulheres com potencial de engravidar) porém mais utilizados em associações.

Na combinação de medicamentos inicialmente devemos utilizar dois fármacos de mecanismo de ação diferentes, exceto a associação de diuréticos tiazídicos com poupadores de potássio. Caso a meta pressórica não seja alcançada, ajustes de doses e/ou a combinação tripla de fármacos estarão indicados. Na sequência, mais fármacos deverão ser acrescentados até ser alcançado o controle da PA.

Figura 05 - Fluxograma de tratamento farmacológico.



**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

### **6.2.2.3 Associações**

Em relação a redução de risco de desfechos cardiovasculares, a combinação de fármacos se demonstrou mais benéfica do que a monoterapia. Além disso, associar inicialmente levou a controle mais rápido de PA do que associação sequencial, afetando desfechos CV a longo prazo e impacto sobre LOA.

A associação dos fármacos procura a maior redução de eventos cardiovasculares e o controle mais rápido e efetivo da PA, além de melhor adesão ao tratamento.

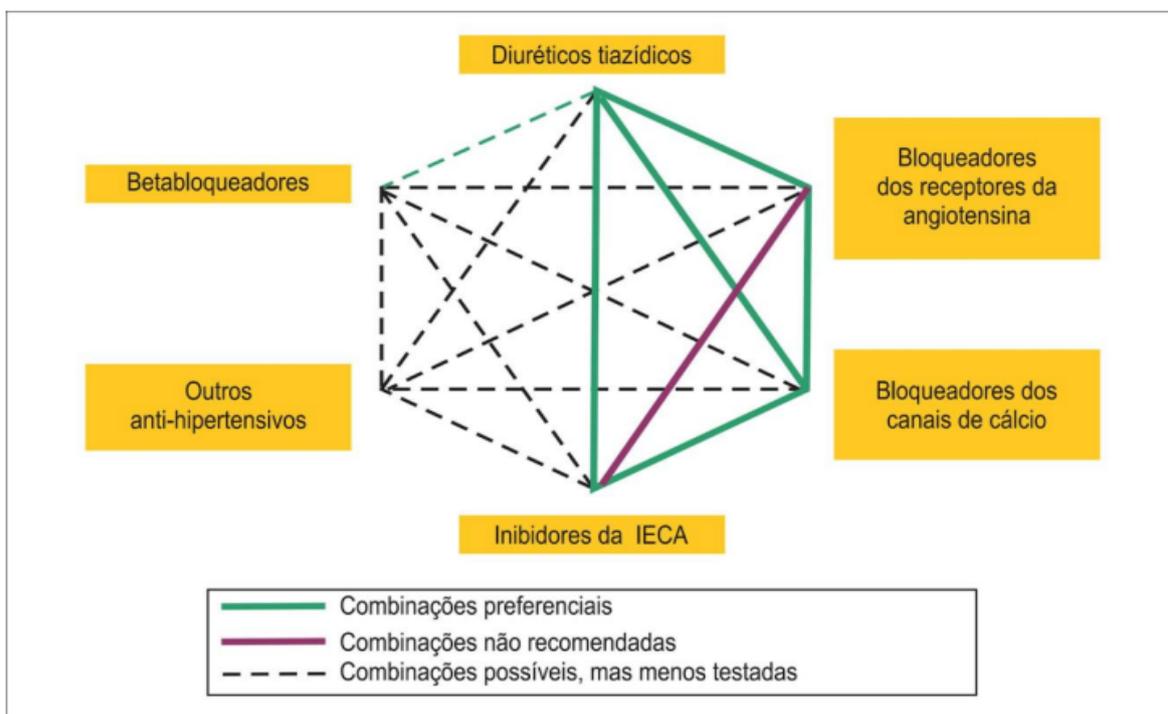
Ao realizar associações, deve-se evitar uso de fármacos com mesmo mecanismo de ação. As seguintes associações foram efetivas e bem toleradas, e foram utilizadas favoravelmente em estudos de eficácia:

- Diurético tiazídico + IECA (ou BRA)
- BCC + IECA (ou BRA)
- BCC + diurético tiazídico
- Beta-bloqueador + BCC (diidropiridínico)
- BRA + BCC

Como combinação contraindicada: IECA e BRA, visto que promoveu o aumento de efeitos adversos, sem a redução de desfechos CV.

Para hipertensos em estágio 3 ou resistentes está indicado tratamento tríplice: IECA ou BRA + tiazídico + BCC (di-hidropiridínico). O 4º fármaco será sempre a espironolactona.

**Figura 06** - Esquema preferencial de associações medicamentosas.



Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020

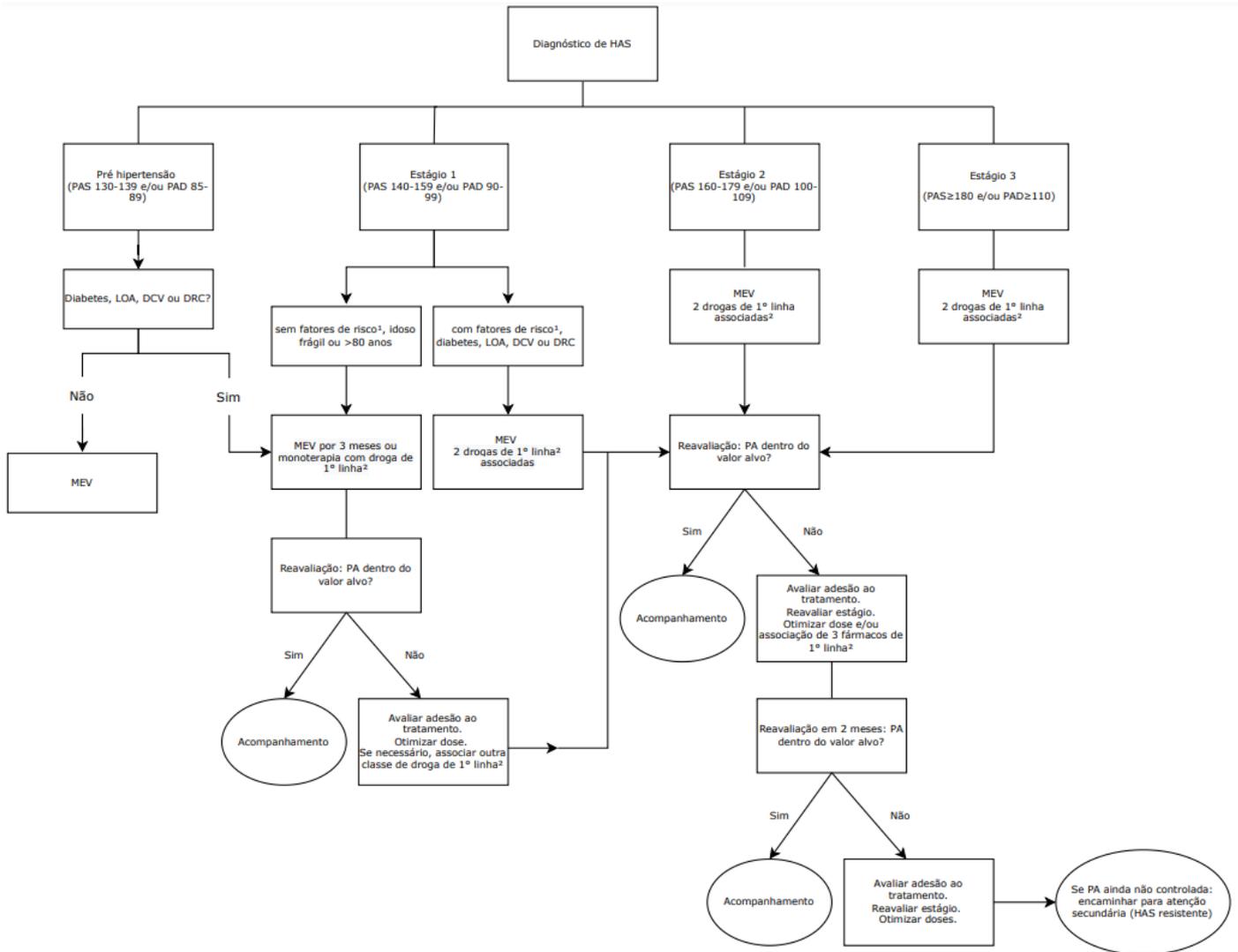
Como é possível perceber, o tratamento farmacológico da HAS requer avaliação individual dos casos e manejo de forma compartilhada com o paciente. A seguir, algumas mensagens importantes para o tratamento de HAS segundo a diretriz.

**Quadro 08-** Mensagens principais do tratamento farmacológico da HAS.

Mensagens principais
Os objetivos primordiais do tratamento anti-hipertensivo são a redução da pressão arterial e do risco de desfechos CV e mortalidade associados à hipertensão arterial.
O tratamento medicamentoso deve se associar às medidas não medicamentosas, e as classes de anti-hipertensivos preferenciais para o uso em monoterapia ou combinação são: diurético tiazídico ou similar, BCC, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores de angiotensina e betabloqueadores (com indicações específicas).
A combinação de fármacos é a estratégia inicial recomendada para hipertensos estágio 1 de moderado e alto risco e estágios 2 e 3, preferencialmente em comprimido único. A monoterapia deve ser considerada para hipertensos estágio 1 de baixo risco e para muito idosos e/ou indivíduos frágeis.
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. Em pacientes de alto risco não obesos, as combinações com BCC são as preferenciais.
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; caso necessário, acrescentar espironolactona em seguida.

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

**Figura 07 - Fluxograma de linhas gerais do tratamento de HAS.**



**Fonte:** Adaptado, Ministério da saúde.

LOA: Lesão de órgão alvo. DCV: Doença cardiovascular. DRC: Doença renal crônica. MEV: Mudança de estilo de vida.

¹: Tabagismo, dislipidemia, resistência à insulina, obesidade, homem ≥ 55 anos, mulher ≥ 65 anos, história familiar (parente de 1º grau) de DCV em homem < 55 anos e mulher < 65 anos

²: IECA/BRA, diurético, tiazídico.

Adaptado de Barroso et al, 2020; SMS-RJ, 2013.

**Tabela 05** – Medicamentos anti-hipertensivos padronizados no componente básico da assistência farmacêutica - REMUME - e farmácia popular.

<b>Classe</b>	<b>Representantes</b>	<b>Dose diária habitual (mg)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Evitar/Contraindicações</b>	<b>REMUME LONDRINA</b>	<b>Comentários e recomendações</b>	<b>Efeitos adversos</b>
<b>Diuréticos tiazídicos</b>	Hidroclorotiazida	25-50	1	Anúria, Gota, TFG<30 ml/min Disfunção hepática grave; Hipersensibilidade ao medicamento	SIM, Também farmácia popular	Doses mais elevadas dos tiazídicos e similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva.	Hiperuricemia e aumento de crises de gota Intolerância aos carboidratos hipocalcemia
<b>Diuréticos de alça</b>	Furosemida	20-240	1-3	Insuficiência dos rins com anúria; Hipopotassemia severa; Hiponatremia severa; Desidratação ou hipovolemia; Hipersensibilidade ao medicamento	SIM Também farmácia popular	Utilizada em insuficiência renal crônica (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e estados de	Hipopotassemia, hipovolemia (com ototoxicidade), prováveis manifestações que podem incluir síncope

						retenção de líquidos (edema).	
<b>Diuréticos poupadores de potássio</b>	Espironolactona	25-100	1-2	Hipersensibilidade ao medicamento, Anúria, Dano renal severo, Insuficiência renal aguda, Doença de Addison ou outras condições associadas a hiperpotassemia	SIM Também farmácia popular	Pode provocar hiperpotassemia, particularmente na IRC e quando associada a inibidores da ECA ou BRA.	Hiperpotassemia, Ginecomastia e diminuição da libido com espironolactona
<b>Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) dihidropiridínicos</b>	Besilato de Anlodipino	2,5-10	1-2	Hipersensibilidade ao medicamento	SIM, Também farmácia popular	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Pode provocar edema	Palpitações, edema de membros inferiores

	Nifedipino	10-60	1-3	Hipersensibilidade ao medicamento; choque cardiovascular; associação com rifampicina; pacientes com bolsa de Kock.	SIM, APENAS DISPENSAÇÃO NA MATERNIDADE	de membros inferiores relacionado com a dose utilizada.	
<b>Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) não dihidropiridínicos</b>	Cloridrato de Verapamil	120-360	1-2	Bradicardia importante, BAV 2º e 3º Graus e ICC, hipotensão, choque cardiogênico, ivabradina; gestação, Hipersensibilidade ao medicamento	NÃO	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Evite a associação com betabloqueadores e em pacientes com bradicardia.	
	Cloridrato de Diltiazem	80-240	1-2	Hipersensibilidade ao medicamento; disfunção do nó sinoatrial; BAV 2º ou 3º grau; ICC descompensada, uso de ivabradina; gestação	NÃO		

<b>Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA)</b>	Captopril	25-150	2-3	Gestação, Edema Angioneurótico, Hiperpotassemia, Estenose de Artéria Renal Bilateral, Hipersensibilidade ao medicamento Contraindicada em associação a outros inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, exceto espironolactona na	SIM, também farmácia popular	Evite o uso em mulheres em idade fértil, pois há grande risco de malformações fetais e outras complicações na gestação. Risco de hiperpotassemia em pacientes com	Tosse; efeitos teratogênicos Angioedema, modificação do paladar, hiperpotassemia, piora da função renal em presença de estenose bilateral de artéria renal ou unilateral em
---	-----------	--------	-----	---	------------------------------	---	--

	Maleato de Enalapril	10 - 40 Mg	1-2 (24h/24h ou 12/12h)	ICC.	SIM, também farmácia popular	insuficiência renal ou que estejam recebendo suplementação de potássio.	rim único
--	----------------------	------------	-------------------------	------	------------------------------	---	-----------

<b>Bloqueadores dos receptores AT1 da Angiotensina II (BRA)</b>	Losartana	50-100	1-2	Gestação, hiperpotassemia, estenose de artéria renal bilateral, Hipersensibilidade ao medicamento	SIM, também farmácia popular	Mesmas recomendações feitas aos IECA	
<b>Betabloqueadores (BB) não cardiosseletivos</b>	Propranolol	50-200	2-3	Choque cardiogênico, hipotensão e bradicardia sinusal, sd do nó sinoatrial, IC descompensada, acidose metabólica, BAV 2º ou 3º grau, distúrbios graves da circulação arterial periférica histórico de	SIM, também farmácia popular	A retirada abrupta dos BB deve ser evitada, pois pode provocar taquicardia reflexa e mal-estar	

				asma ou broncoespasmo, Hipersensibilidade ao medicamento			
<b>Betabloqueadores cardiosseletivos</b>	Atenolol	50-100	1-2	ICC descompensada; bradicardia, choque cardiogênico, hipotensão, acidose metabólica, BAV 2º ou 3º grau, arteriopatia periférica grave, Hipersensibilidade ao medicamento	SIM, apenas SAD e também pela farmácia popular		
	Succinato de Metoprolol	50-200	1-2	BAV 2º ou 3º grau, ICC descompensada, bradicardia sinusal, sd do nó sinoatrial, choque cardiogênico, arteriopatia periférica grave, terapia inotrópica contínua, Hipersensibilidade ao medicamento	NÃO, mas disponível na farmácia popular		
	Carvedilol	12,5-50	1-2	Asma, Broncoespasmo,	SIM	Efeito	Hipotensão,

				DPOC, BAV 2º e 3º Graus e ICC, bradicardia severa, dano hepático grave, Hipersensibilidade ao medicamento		alfabloqueador produz menor bradicardia.	síncope e palpitações (especialmente na 1ª dose), fraqueza
--	--	--	--	--	--	--	--

**Fonte:** Adaptado, Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica, 2021; Diretriz de hipertensão arterial sistêmica SBC, 2020; Linha Guia HAS Paraná, 2018.

## 7. ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

A atuação da equipe multiprofissional é extremamente importante para um adequado manejo da HAS. A atuação da equipe multiprofissional promove melhor controle da HA, o que está diretamente relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Sua atuação é exemplificada em maiores detalhes no quadro a seguir.

**Quadro 09** - Atribuições dos profissionais na atenção primária à saúde – UBS.

<b>Agente Comunitário de Saúde (ACS)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Conhecer a população do seu território e encaminhar os usuários com fatores de risco para a UBS.</li><li>-Esclarecer a comunidade sobre promoção da saúde e prevenção da HAS</li><li>-Realizar visita domiciliar.</li><li>-Realizar busca ativa dos usuários ausentes.</li><li>-Realizar e atualizar os cadastros (territorial, domiciliar e individual), identificando as condições autorreferidas dos usuários.</li><li>-Estimular e reforçar as orientações do Plano de Cuidado dos usuários com HAS (mudanças do estilo de vida e uso regular dos medicamentos).</li><li>-Registrar todas as visitas domiciliares em prontuário.</li><li>-Comunicar as intercorrências, internamentos e outras informações para a equipe da UBS a fim de registrar em prontuários e realizar os devidos cuidados necessários.</li></ul>
<b>Auxiliar/Técnico de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Atender os usuários e dispensar medicamentos.</li><li>-Avaliar a situação vacinal.</li><li>-Estimular o autocuidado.</li><li>-Monitorar intercorrências.</li><li>-Verificar os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória), peso, altura, circunferência abdominal.</li><li>-Monitorar o Plano de Cuidado em relação a mudanças no estilo</li></ul>

	<p>de vida, tratamento farmacológico e demais pontos abordados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Confirmar se o paciente domina a técnica de aplicação de insulina, caso faça uso.</li> <li>-Encaminhar para as atividades de educação em saúde e práticas corporais.</li> <li>-Registrar as informações no prontuário.</li> <li>-Avaliar a necessidade de exames conforme periodicidade de acordo com classificação do paciente, contida nessa linha guia e contatar enfermeira/médico para solicitar caso necessário.</li> </ul>
<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar consulta de enfermagem.</li> <li>-Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes de forma individualizada.</li> <li>-Avaliar as informações obtidas no atendimento do auxiliar de enfermagem.</li> <li>-Solicitar exames da avaliação inicial contidos nesta linha-guia.</li> <li>-Registrar as informações no prontuário.</li> <li>-Organizar juntamente com a equipe da UBS e multiprofissional as atividades desenvolvidas na UBS tais como atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupos de práticas corporais.</li> <li>-Gerenciamento da linha de cuidado através da avaliação e monitoramento das atividades propostas e já realizadas.</li> <li>-Participar das atividades de educação permanente</li> </ul>
<b>Médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar o diagnóstico de HAS, avaliação clínica e seguimento.</li> <li>-Estratificar o risco conforme esta Linha Guia e pactuar com o paciente a melhora terapêutica de forma individualizada.</li> <li>-Identificar comorbidades e estimular mudanças no estilo de vida.</li> <li>- Elaborar o Plano de Cuidado em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário.</li> <li>-Avaliar necessidade de encaminhamento ao nível secundário</li> </ul>

	<p>para as demais especialidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Solicitar exames complementares presentes nesta linha-guia.</li> <li>-Acompanhar evolução do quadro, alcance de metas e readequar se necessário.</li> <li>- Avaliar e encaminhar as emergências.</li> <li>-Registrar as informações no prontuário.</li> <li>-Organizar juntamente com a equipe da UBS e da equipe multidisciplinar nas atividades desenvolvidas na UBS tais como atenção contínua, atenção compartilhada em grupo e grupos de práticas corporais.</li> <li>-Participar das atividades de educação permanente.</li> </ul>
<b>Cirurgião Dentista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar e estratificar o risco em saúde bucal dos usuários com HAS.</li> <li>-Orientar sobre a relação entre saúde bucal e HAS.</li> <li>- Registrar as informações do atendimento no mesmo prontuário utilizado pela equipe da UBS.</li> <li>- Promover atividades e apoiar os grupos de educação em saúde da equipe multidisciplinar.</li> <li>-Participar das atividades de educação permanente</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado do Linha Guia HAS Paraná (Paraná, 2018).

**Quadro 10** - Atribuições dos profissionais na atenção primária à saúde - Equipe multidisciplinar.

<b>Fisioterapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</li> <li>-Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes.</li> <li>- Promover atividades e apoiar os grupos de educação em saúde da equipe multidisciplinar e grupos de práticas corporais.</li> <li>-Orientar sobre cuidados com os pés, alongamento e reforço muscular.</li> </ul>
-----------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Participar das atividades de educação permanente</li> </ul>
<b>Profissional de educação física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</li> <li>-Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes.</li> <li>- Promover atividades e apoiar os grupos de educação em saúde da equipe multidisciplinar e grupos de práticas corporais.</li> <li>-Orientar sobre alongamento e reforço muscular.</li> <li>-Orientar sobre exercícios aeróbicos, de alongamento e resistência</li> <li>-Participar das atividades de educação permanente.</li> </ul>
<b>Nutricionista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar sobre alimentação saudável e escolhas alimentares indicadas aos usuários com HAS.</li> <li>-Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</li> <li>-Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes de forma individualizada.</li> <li>-Promover atividades e apoiar os grupos de educação em saúde da equipe multidisciplinar/ educação nutricional.</li> <li>-Participar das atividades de educação permanente.</li> </ul>
<b>Farmacêutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</li> <li>- Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes.</li> <li>- Promover atividades e apoiar os grupos de educação em saúde da equipe multidisciplinar.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar sobre tratamento farmacológico.</li> <li>-Atualizar/revisar POP (procedimento operacional padrão) relacionados as doenças crônicas.</li> <li>-Participar das atividades de educação permanente.</li> </ul>
<b>Psicólogo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupos de práticas corporais.</li> <li>-Desenvolver as habilidades do usuário para o autocuidado.</li> <li>-Auxiliar o usuário a identificar os motivos para adesão ao tratamento e às mudanças no estilo de vida.</li> <li>-Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes.</li> <li>-Promover atividades e apoiar os grupos de educação em saúde da equipe multidisciplinar.</li> <li>-Participar das atividades de educação permanente.</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado do Linha Guia HAS Paraná (Paraná, 2018).

## **8. COMPLICAÇÕES**

Hipertensão arterial está constantemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, distúrbios metabólicos, sendo agravada por fatores de risco, como obesidade abdominal, dislipidemia, diabetes mellitus e intolerância à glicose. Tal situação leva a complicações como acidente vascular encefálico (AVE), morte súbita, fatal e não fatal, IC, infarto agudo do miocárdio (IAM), doença arterial periférica e doença renal crônica (DRC).

### **8.1 Crise hipertensiva**

A crise hipertensiva, definida como pacientes com ou sem diagnóstico prévio de HAS podem apresentar episódios agudos, geralmente com pressão arterial sistólica (PAS) superior a 180 mmHg e/ou pressão arterial diastólica

(PAD) superior a 120 mmHg é a complicação mais comum da HAS. É essencial que todo médico saiba classificar a situação em termos de pseudocrise, urgência ou emergência e manejar de acordo com o diagnóstico. A avaliação é baseada em uma história clínica direcionada, exame físico (e, se necessário, laboratorial) e aferição de PA nos dois braços, de preferência em ambiente calmo e com medidas repetidas até a estabilização (no mínimo três medidas).

A pseudocrise hipertensiva (PCH) caracteriza-se pela ausência de LOA aguda ou risco iminente de morte. Geralmente, trata-se de hipertensos não controlados ou ainda não tratados, podendo estar oligossintomáticos (sintomas vagos) ou assintomáticos; ou também de elevação de PA desencadeado por evento emocional, doloroso ou algum outro desconforto (por exemplo, enxaqueca, vertigem, manifestações da síndrome do pânico). A depender do quadro, o caso pode ser manejado somente com repouso ou uso de analgésicos e/ou tranquilizantes.

Na situação de suspensão recente de anti-hipertensivos, pode-se orientar a reiniciar as medicações corretamente, com nova aferição de PA em 3 a 6 horas. Após esse episódio, deve-se realizar o acompanhamento ambulatorial, sempre reforçando a importância do controle pressórico.

As urgências hipertensivas (UH) apresentam-se como situações clínicas sintomáticas em que há PA elevada subitamente (definição arbitrária de PAS  $\geq$  180 e/ou PAD  $\geq$  120 mmHg), **sem LOA aguda e progressiva, e sem risco iminente de morte, mas têm potencial risco para desenvolver lesões agudas em órgão alvo.**

Nessa situação, o valor alvo de PA é menor que 160/100 mmHg, porém sem exceder redução de 25-30% da PAM nas primeiras 24 a 48 horas. A redução da PA pode ser realizada ao longo de horas ou dias, sendo que o tempo decidido depende do risco do paciente de apresentar isquemia cerebral ou miocárdica por redução abrupta da pressão.

**Quadro 11** - Condições de saúde que impactam no adequado controle da pressão arterial (PA) e ações sugeridas de acordo com a condição apresentada.

Condição	Ação
Relato de suspensão recente de anti-hipertensivos	Reiniciar os medicamentos de uso habitual do paciente e <b>reavaliar níveis pressóricos em 3-6 horas.</b>
Paciente sem uso prévio de medicações anti-hipertensivas	Administrar anti-hipertensivos orais como captopril, clonidina ( <b>NÃO administrar captopril sublingual</b> , a absorção é comprometida).
Elevação da PA relacionada ao uso de <b>substâncias ilícitas</b> (cocaína, crack, anfetaminas e ecstasy)	O tratamento inclui o uso de bloqueadores do canal de cálcio.
Paciente com <b>PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 120 mmHg</b> após o início 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 Emergência de Unidade Hospitalar, conforme regulação local.
Pacientes com <b>pseudocrise hipertensiva</b>	Devem ser tratados prioritariamente com <b>ansiolíticos e analgésicos</b> , com reforço de medidas não farmacológicas para corrigir fatores desencadeantes.

**Fonte:** Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica, Ministério da Saúde, 2021.

O tratamento farmacológico agudo da UH deve ser iniciado após um período de observação em ambiente calmo, condição que ajuda a afastar casos de PCH e avaliação médica criteriosa para avaliar diagnósticos diferenciais. Em relação à escolha de medicamentos, fica a critério médico mas podem ser utilizados captopril 25-50mg VO (pico máximo de ação em 60 a 90 minutos) ou clonidina 0,1-0,2 mg VO (rápida ação, de 30 a 60 minutos); anlodipino se preferência por ação mais prolongada. O uso de cápsulas de nifedipina de liberação rápida deve ser proscrito no tratamento das UH, por não ser seguro nem eficaz, além de provocar reduções rápidas e acentuadas da PA, o que pode resultar em isquemia tecidual.

Além disso, recomenda-se retorno em atenção primária nos próximos 1 ou 2 dias. Para aqueles que a redução de PA pode ser feita ao longo de dias, em geral, é otimizado ou iniciado tratamento medicamentoso.

**Quadro 12** - Medicamentos de administração oral em pacientes com Crise hipertensiva sem lesão aguda de órgão alvo.

Classe	Medicamento	Dose	Início de ação	Duração efeito	Efeitos adversos
Alfa-agonista central	Clonidina*	0,1-0,2mg inicial 0,1mg/h até 0,8mg	30-60 min	2-4 h	Tontura, boca seca, sonolência, rebote com suspensão abrupta
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Captopril	6,25-50mg	15-30min	6-12 h	Piora da função renal

**Fonte:** Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica, Ministério da Saúde, 2021.

As emergências hipertensivas (EH) apresentam-se com PA elevada subitamente (definição arbitrária de PAS  $\geq$  180 e/ou PAD  $\geq$  120 mmHg), associado a sintomas, **como LOA aguda e progressiva e com risco iminente de morte**. Alguns exemplos de LOA nesta situação são eventos cardiovasculares, cerebrovasculares, renais, envolvimento de múltiplos órgãos, pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou eclâmpsia. Assim, a partir do quadro clínico, pode ser identificado acidente vascular encefálico isquêmico, encefalopatia hipertensiva, edema agudo de pulmão, síndrome coronariana aguda, entre outros.

Nessa situação, o manejo inicial deve ser: acomodar o paciente em local calmo e tranquilo para afastar casos de pseudocrise; medir a PA nos dois braços (no mínimo, 2 medidas); frequência cardíaca e saturação de oxigênio; questionar sobre a PA usual do paciente e situações que possam desencadear seu aumento (ansiedade, dor, ingesta excessiva de sal ou bebidas alcoólicas, uso de anti-inflamatórios, corticoides, simpaticomiméticos, comorbidades, uso de fármacos anti-hipertensivos (dosagem e adesão) ou que possam aumentar a PA.

De forma geral, devido a necessidade de tratamento endovenoso e monitorização contínua, deve-se acionar Serviço de Atendimento Móvel/Samu (192) para transferência até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) /emergência de unidade hospitalar, conforme regulação local, visando à redução rápida da PA com a finalidade de impedir a progressão das LOA. Os indivíduos devem ser admitidos preferencialmente em UTI, tratados com anti-hipertensivos intravenosos (IV) e monitorados cuidadosamente durante a terapia para evitar hipotensão. Em geral, objetiva-se a redução da PA média (PAM) em  $\leq 25\%$  na primeira hora, redução para 160/100-110 mmHg nas próximas 2 a 6 horas e redução para 135/85 mmHg nas 24-48h subsequentes. Entretanto, as EH devem ser abordadas considerando o sistema ou o órgão-alvo acometido.

**Quadro 13** - Diagnóstico, prognóstico e conduta nas urgências e emergências hipertensivas.

<b>Urgência</b>	<b>Emergência</b>
Nível pressórico elevado acentuado	Nível pressórico elevado acentuado
Sem LOA aguda e progressiva	Com LOA aguda e progressiva
Combinação medicamentosa oral	Fármaco parenteral
Sem risco iminente de morte	Com risco iminente de morte
Acompanhamento ambulatorial precoce (7 dias)	Internação preferencial em UTI

*LOA: lesão em órgãos-alvo; UTI: unidade de tratamento intensivo.*

**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

**Quadro 14** - Classificação das emergências hipertensivas

<b>EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b>
<b>Cerebrovasculares</b>
• Encefalopatia hipertensiva
• Acidente vascular encefálico isquêmico
• Acidente vascular encefálico hemorrágico
• Hemorragia subaracnóidea
<b>Cardiocirculatórias</b>
• Dissecção aguda de aorta
• Edema agudo de pulmão com insuficiência ventricular esquerda
• Síndromes coronarianas agudas
<b>Renais/comprometimento de múltiplos órgãos</b>
• Hipertensão acelerada/maligna
• Hipertensão MDO
• Crises adrenérgicas graves
• Crise do feocromocitoma
• Dose excessiva de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD)
• Hipertensão na gestação
• Eclâmpsia
• Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade
• Síndrome "HELLP"

**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

Nessas situações, a investigação clínica laboratorial é de fundamental importância, realizando uma história clínica direcionada para a causa possível. Uma abordagem sistematizada com a avaliação de sinais/sintomas, exame físico e investigação complementar auxilia na verificação da presença de LOA aguda ou progressiva.

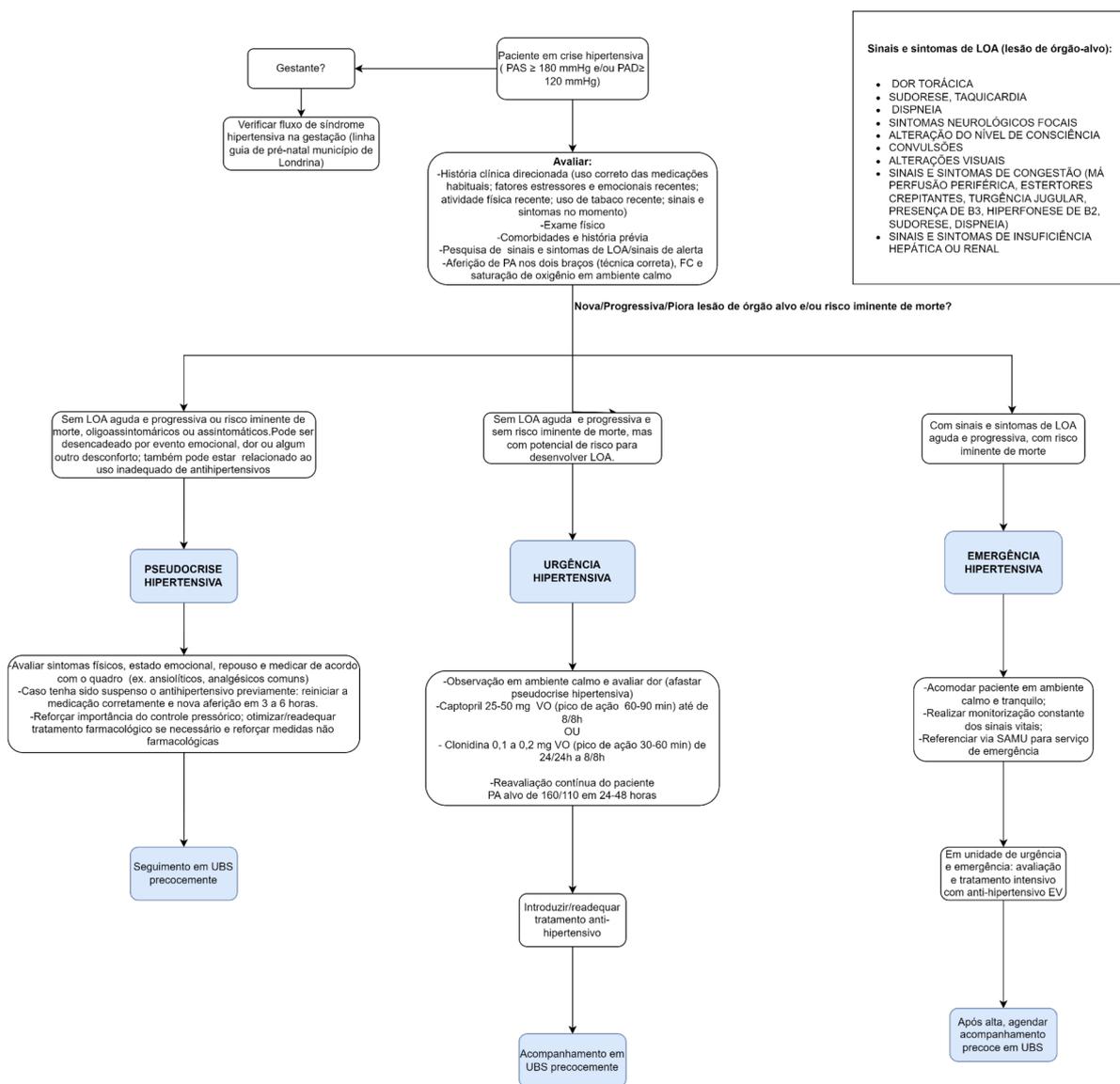
**Quadro 15** - Investigação clínico-complementar de acordo com as lesões de órgãos-alvo das emergências hipertensivas.

Principais lesões nas EH	Sintomas	Exame físico	Investigação complementar a critério clínico
<b>Cardiovasculares</b>	- Dor ou desconforto no tórax, abdome ou dorso; - Dispneia; fadiga; tosse.	- FC, ritmo, alteração de pulso, galope, estase jugular, congestão pulmonar, abdominal e periférica; - Sopros cardíacos e vasculares; - Palpação de pulsos nos quatro membros.	- ECG, saturação de O <sub>2</sub> , radiografia de tórax, marcadores de necrose miocárdica, BNP, desidrogenase láctica; - Ecocardiograma; - Angiotomografia, TC de tórax e RNM de tórax.
<b>Neurológicas</b>	- Tontura; cefaleia; - Visão, audição ou fala alterada	- Nível de consciência ou coma; agitação, delírio ou confusão; convulsão; déficits focais; rigidez de nuca.	- TC crânio; RNM crânio.
<b>Renais</b>	- Alteração no volume e na frequência miccional.	- Edema ou desidratação; - Alterações no aspecto da urina (hematúria); - Massas e sopros abdominais.	- Urina I; creatinina; ureia; Na <sup>+</sup> ; K <sup>+</sup> ; cloro; gasometria.
<b>Fundo de olho</b>		- Papiledema; hemorragias; exsudatos. - Alterações nos vasos como espasmos, cruzamentos arteriovenosos patológicos, espessamento na parede arterial e aspecto em fio de prata ou cobre.	
<b>Exames complementares mínimos</b>	- ECG, radiografia de tórax, marcadores de necrose miocárdica, hemograma com plaquetas, creatinina, urina I e potássio.		

*EH: emergência hipertensiva; FC: frequência cardíaca; ECG: eletrocardiograma; BNP: peptídeo natriurético atrial; TC: tomografia computadorizada; RNM: ressonância nuclear magnética. Adaptado de Malachias et al., 2016;<sup>164</sup> Bortolotto et al., 2018;<sup>133</sup> Martion & Ribeiro, 2015;<sup>134</sup> Whelton et al., 2018;<sup>5</sup> Vilela-Martin et al., 2020.<sup>747</sup>*

**Fonte:** Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

Figura 08 - Fluxograma de atendimento médico para crise hipertensiva.



Fonte: Adaptado de Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020 e Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica, 2021.

## **9. QUANDO ENCAMINHAR**

### **9.1 Quando referenciar pacientes com HAS para especialistas focais/ambulatório especializado?**

1) Hipertensão de difícil controle: Quando mesmo com abordagem não medicamentosa, manejo farmacológico com no mínimo três medicações de classes diferentes em doses adequadas e otimizadas e verificado adesão, paciente persiste com hipertensão não controlada.

2) Hipertensão secundária: As características que sugerem hipertensão secundária são: a) Hipertensão grave ou com lesão em órgão-alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento; b) Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos; c) Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar). Nestes casos, pode-se iniciar a investigação na atenção primária e referenciar em um segundo momento.

3) Emergências hipertensivas: Diante desse diagnóstico, deve-se reconhecer a emergência, prestar os cuidados iniciais e referenciar a pessoa ao serviço de emergência. Há diversos diagnósticos nos quais incluem as emergências hipertensivas. Alguns deles são: infarto agudo do miocárdio e síndromes coronarianas agudas, AVC isquêmico ou hemorrágico, dissecção de aorta, edema agudo de pulmão, encefalopatia hipertensiva e eclâmpsia.

## **10. ERROS MAIS FREQUENTES COMETIDOS NA ABORDAGEM DA HAS**

- Não realizar a abordagem do contexto psicossocial da pessoa. Ao realizar o manejo de hipertensão arterial, devemos adaptar o tratamento não farmacológico e farmacológico ao contexto no qual a pessoa está inserida.
- Não investigar e abordar as causas para aumento de ansiedade e estresse que podem levar ao aumento transitório da PA.
- Não realizar o diagnóstico de modo correto, com acompanhamento longitudinal e diversas medidas de pressão, preferencialmente domiciliares

- Não verificar se a pessoa entendeu sobre a condição de hipertensão, formas de controle, tirar dúvidas sobre a pressão alta e sobre efeitos colaterais dos medicamentos.
- Não praticar a prevenção quaternária, como por exemplo solicitar exames sem indicação, especialmente investigações mais complexas.
- Prescrever medicamentos sem indicação para hipertensos leves ou para pessoas com elevação transitória da pressão. Também não otimizar doses quando necessário.
- Referenciar pessoas com pressão muito elevada, mas assintomáticas, ao pronto-socorro.

## 11. REFERÊNCIAS

BARROSO, W.K.S; RODRIGUES, C.I.S; BORTOLOTTI, L.A et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** v.3, n.116, pg.516-658, 2021. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf> Acesso em setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica - Volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 3.677, DE 29 DE SETEMBRO DE 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, e amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, ed. 187, p. 110. 30 de setembro de 2022. Disponível em <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.677-de-29-de-setembro-de-2022-433115825>> Acesso em março de 2023

BASILE J. Overview of hypertension in adults. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.

DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4º ed. Artmed; 2013.

GUSSO, G. *et al.* Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 161, v. 2.

Membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e colaboradores. Secretaria Municipal de saúde. Relação Municipal de Medicamentos essenciais REMUME. 3ª edição. Londrina, 2022. Disponível em <[https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Anexo\\_8134509\\_\\_\\_\\_\\_REMUM\\_E\\_LONDRINA\\_2022\\_3\\_edicao\\_corrigida.pdf](https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Anexo_8134509_____REMUM_E_LONDRINA_2022_3_edicao_corrigida.pdf)> Acesso em março de 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de hipertensão arterial / SAS; 2. ed. Curitiba: SESA, 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de referência rápida: Hipertensão - Manejo clínico da hipertensão em adultos. Versão Profissionais. 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de planejamento em saúde. Diretoria de atenção primária à saúde. Linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica, 2019.

VARON J. et al. Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies) in adults. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.