

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LINHA DE CUIDADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



NOVA LIMA
prefeitura

Cidade
para todos

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LINHA DE CUIDADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

VOLUME I

Hipertensão Arterial Sistêmica



NOVA LIMA
prefeitura

Cidade
para todos

NOVA LIMA 2025

Prefeito Municipal

João Marcelo Dieguez Pereira

Vice-prefeita Municipal

Cissa Caroline Ferreira Souza

Secretária Municipal de Saúde

Alice Neto Ferreira de Almeida

Subsecretária Executiva

Sheila Nara Ferreira

Subsecretária de Atenção Integral e Cuidados Primários

Dayanna Mary De Castro

Subsecretária de Atenção Especializada e Emergencial

Carolina De Castro Figueiredo Resende

Subsecretária de Atenção à Saúde

Karla Moraes Seabra Vieira Lima

Subsecretária de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde

Isabel Cristina Alves

Subsecretária de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde

Natália Diegues Marchezini

Elaboração

Adriana Nunes de Oliveira Mendes

Alberto Sissao Sato

Alexandre Andrade Leite

Angélica Luciana Barbosa Soares Machado

Arthur Romani Barbosa Costa

Carolina De Castro Figueiredo Resende

Carolina Nayara Moreira Dias

Caroline Romani

Dayane de Oliveira Aguiar

Dayanna Mary Castro

Débora Fernandes Rodrigues

Dênia Aparecida Ferreira Do Carmo

Eneida Fernanda Lopes Magalhaes

Erick Lopes Magalhaes

Fernanda Amaral Rodrigues Chaves

Fernanda Carolina Pereira Anacleto

Flavia Cristina Jacome Machado

Gelcira Socorro Esteves Nascimento

Gustavo Dayrell Ribeiro Da Gloria

Helena David Souza Pinto

Helena Perez Azevedo

Irlene Aparecida Silva Nunes

Isa Cristina da Silva Gurgel

Jaqueline Araujo Nunes

Jéssica da Cruz Arantes

Juliana Clemente Furtado

Karla Moraes Seabra Vieira Lima

Lorena Cristina de Oliveira Fernandes

Luana Maria Guerra Juventino Dias

Luciana Mendes Pires

Luis Gustavo Ferreira

Michel Marques De Magalhaes

Michele Batista Soares

Natalia Caroline de Carvalho

Natalia Christina Boaventura Vaz

Patrícia dos Anjos Godefroid

Raphaela Godinho Sales

Rodrigo Vicente Moraes de Paula

Sandro Rossi Lara

Sheila Nara Ferreira

Tarsila Emiliane da Cruz Costa

Revisão técnica

Flávia Cristina Jácome Machado

Lívia Izabela Martins Garcia

Patrícia dos Anjos Godefroid

Renier de Moraes Torres Junior

Sheila Nara Ferreira

Revisão de texto

Carolina Andrade Junqueira Lopes

Lívia Izabela Martins Garcia

Sheila Nara Ferreira

Normalização

Carolina Andrade Junqueira Lopes

APRESENTAÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o grupo de doenças de maior impacto em morbimortalidade no Brasil e no mundo. São agravos multifatoriais que, em geral, apresentam início gradual, longa duração ou duração incerta, exigindo tratamento contínuo ou prolongado, com possibilidade ou não de cura.

Nas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado uma transição demográfica e epidemiológica que, por diversos fatores, favorece a concomitância de doenças infecciosas — emergentes e reemergentes — e a crescente prevalência das DCNT e de seus fatores de risco. Nesse contexto, a tradicional classificação entre doenças transmissíveis e não transmissíveis já não reflete adequadamente a cronicidade de várias doenças infecciosas, tampouco a necessidade de uma abordagem de saúde orientada pelos ciclos de vida.

Esse cenário demanda que os serviços assistenciais se reorganizem para oferecer respostas que se afastem do modelo centrado em condições agudas. Além disso, evidencia-se, cada vez mais, a importância dos determinantes sociais, uma vez que o aumento das DCNT contribui para a perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades e elevada mortalidade prematura.

Segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2019 foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no país, dos quais 41,8% ocorreram de forma prematura (entre 30 e 69 anos). Na população acima de 50 anos, as doenças do aparelho circulatório ocuparam o primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias malignas e pelas doenças do aparelho respiratório. Por sua magnitude, as DCNT geram elevados custos em saúde e forte impacto econômico, decorrente do absenteísmo, aposentadorias precoces e óbitos na população economicamente ativa.

A complexidade dessa situação não pode ser enfrentada com sucesso por sistemas de atenção fragmentados, voltados predominantemente a condições agudas e estruturados em um modelo reativo, episódico e centrado na doença, sem protagonismo das pessoas em seu autocuidado.

Torna-se, portanto, indispensável uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) articulada, cooperativa e interdependente, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), com comunicação efetiva entre todos os níveis de atenção, capaz de oferecer cuidado contínuo e integral.

Diversos modelos e ferramentas foram desenvolvidos para apoiar a organização dos processos de trabalho voltados ao cuidado de pessoas com condições crônicas. Alguns foram adaptados e ampliados para atender às especificidades de um sistema público e universal, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, Eugênio Vilaça Mendes propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que integra três modelos de cuidado em saúde, buscando responder às necessidades complexas da RAS diante das DCNT (Figura 1).

Figura 1 - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes, 2012.

O MACC combina o Modelo Pirâmide de Risco (MPR), o Modelo de Atenção Crônica (Chronic Care Model – CCM) e o modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, articulando-os para orientar a estratificação de risco, o planejamento de intervenções e o fortalecimento do autocuidado apoiado.

Figura 2 – O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead, 2007 apud Mendes, 2012.

O SUS, como sistema público e universal, organiza-se em microterritórios sanitários, com responsabilização pela população adscrita, integrando a clínica à saúde coletiva e considerando o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário. Dessa forma, é fundamental que os determinantes sociais sejam reconhecidos e incorporados ao planejamento do cuidado individual.

Outro elemento central do MACC é a linha transversal que atravessa a pirâmide, representando a relação entre autocuidado e cuidado profissional: abaixo dela, predomina o autocuidado apoiado; acima, há maior concentração de cuidado profissional.

Para garantir a integralidade das necessidades de saúde, destaca-se a importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar, por meio de uma abordagem biopsicossocial, superando a lógica médico-centrada de sistemas fragmentados.

Nos diferentes níveis previstos no MACC:

- Nível 1: envolve toda a população, com foco na promoção da saúde e atuação sobre determinantes sociais intermediários, principalmente pela APS e em articulação intersetorial.

- Nível 2: abrange pessoas com fatores de risco comportamentais e estilos de vida não saudáveis; a ênfase está na prevenção e no fortalecimento do autocuidado apoiado.
- Nível 3: contempla a maioria das pessoas com condições crônicas simples e controladas, de baixo ou médio risco, que requerem intervenções profissionais no âmbito da APS.
- Nível 4: inclui casos de maior complexidade, com necessidade de cuidado compartilhado entre a APS e a Atenção Especializada (AE), exigindo referência e contrarreferência qualificadas.
- Nível 5: concentra indivíduos com condições crônicas complexas e de alto risco, que demandam gestão de caso e acompanhamento contínuo por equipes multiprofissionais da APS e da AE.

A estratificação de risco de cada condição crônica será detalhada em seu respectivo volume desta Linha de Cuidado.

A AE compreende a assistência realizada por equipe multiprofissional qualificada para lidar com condições de maior complexidade sob um olhar focal, envolvendo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos, médicos e outros profissionais.

A implantação da Linha de Cuidado das DCNT pela Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima/MG tem como objetivo qualificar o atendimento às condições crônicas na RAS, reorganizando processos de trabalho, padronizando ações e assegurando uma assistência de qualidade, fundamentada nas práticas de saúde baseadas em evidências e no continuum assistencial.

Essa iniciativa adota o MACC, proposto por Eugênio Vilaça Mendes, como referência estratégica, alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde e adaptada às necessidades do município. Assim, é essencial que todos os profissionais de saúde da rede compreendam e apliquem os princípios desse modelo.

Nesse contexto, foi estruturado o Ambulatório de DCNT de Nova Lima, serviço multiprofissional de referência para pacientes que atendam aos critérios de encaminhamento descritos ao final desta Linha de Cuidado, mantendo a APS como coordenadora do percurso assistencial.

O ambulatório contará com equipe multiprofissional especializada, composta por profissionais de medicina (cardiologia, endocrinologia, nefrologia), enfermagem, nutrição, psicologia, farmácia e assistência social. O encaminhamento será direcionado ao serviço, e não a uma especialidade específica — por exemplo, não será possível encaminhar diretamente à cardiologia.

Os pacientes elegíveis à AE, conforme fluxos definidos, serão avaliados no Ambulatório de DCNT, onde, com base na justificativa de encaminhamento e na avaliação multiprofissional, será definido o plano de cuidado individual.

Foram selecionadas inicialmente quatro das condições mais prevalentes na população brasileira para compor esta Linha de Cuidado: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doença Renal Crônica (DRC) e Obesidade. O conteúdo deste material será periodicamente revisado e atualizado, e novos volumes serão integrados conforme as demandas da RAS.

É fundamental que todos os profissionais de saúde estejam familiarizados com as recomendações desta Linha de Cuidado — atuem eles na APS, na AE (incluindo o Ambulatório de DCNT), nos serviços de urgência, na atenção terciária ou na gestão, utilizando este material como referência para o cuidado das pessoas com DCNT.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	2
Figura 2 - O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead	Erro! Indicador não definido. 3
Figura 3 - Estratificação de risco cardiovascular	29
Figura 4 - Preparo do paciente para aferição da pressão arterial.....	30
Figura 5 - Comportamento da PA e suas prevalências em indivíduos não tratados com medicamentos anti-hipertensivos	Erro! Indicador não definido. 0
Figura 6 - Comportamento da PA e suas prevalências em hipertensos tratados	40
Figura 7 - Questões a serem promovidas e evitadas segundo a entrevista motivacional	52
Figura 8 - Interpretação do comportamento da pressão arterial no consultório e fora dele ...	54
Figura 9 - Periodicidade mínima de consultas de acordo com o RCV e controle da PA.....	556
Figura 10 - Formação dos pensamentos automáticos disfuncionais	74
Figura 11 - Fases para o processo de motivação de mudança de hábitos	75
Figura 12 – Tratamento Medicamentoso.....	1198
Figura 13 - Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismos de ação e sinergia.....	119
Figura 14 - Classificação de HAS de acordo com número de anti-hipertensivos e o controle da PA.....	122
Figura 15 - Objetivos do tratamento hipolipemiante baseado na estratificação de risco cardiovascular.....	129
Figura 16 - Fluxograma de atendimento a pessoas com crise hipertensiva	135
Figura 17 – Processo Completo de Cuidados do Adulto.....	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência de hipertensão arterial e intervalo de confiança 95% de acordo com três critérios utilizados	20
Tabela 2 - Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro.....	32
Tabela 3 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade	38
Tabela 4 - Definição de hipertensão arterial de acordo com a pressão arterial de consultório, monitorização ambulatorial da pressão	39
Tabela 5 - Classificação de PA para crianças e adolescentes	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais intervenções que previnem hipertensão arterial.....	22
Quadro 2 - Fatores de risco cardiovascular adicionais.....	25
Quadro 3 - Lesões de órgão-alvo (LOA)	26
Quadro 4 - Etapas para a realização da medida da pressão.....	30
Quadro 5 - Indicações de MAPA ou MRPA.....	33
Quadro 6 - Vantagens e desvantagens da MAPA e da MRPA	33
Quadro 7 - Objetivos da avaliação clínica e laboratorial	40
Quadro 8 - Avaliação do exame físico	42
Quadro 9 - Exames complementares de rotina mínima	43
Quadro 10 - Indícios de hipertensão arterial secundária	46
Quadro 11 - Pilares do Modelo Transteórico	49
Quadro 12 - Questões que podem ser utilizadas na entrevista motivacional	52
Quadro 13 – Estratégias de Atuação da Equipe Multiprofissional centradas no paciente	61
Quadro 14 – Exemplos de porções alimentares recomendadas na dieta DASH.....	63
Quadro 15 - Recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial para o manejo nutricional na HAS	Erro! Indicador não definido.
Quadro 16 – Técnicas da Abordagem TCC para utilização no Tratament e Prevenção de Doenças Crônicas	72
Quadro 17 - Exemplos de pensamentos automáticos disfuncionais e subclassificações ..	Erro! Indicador não definido.
Quadro 18 - Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e Idoso	Erro! Indicador não definido.
Quadro 19 - Início de tratamento com intervenções no estilo de vida e tratamento farmacológico de acordo com a pressão arterial, idade e risco cardiovascular	Erro! Indicador não definido.
Quadro 20 - Impactos principais da mudança de estilo de vida nos lipídeos do plasma sanguíneo.....	Erro! Indicador não definido.
Quadro 21 - Investigação clínico-complementar de acordo com as lesões de órgão-alvo das emergências hipertensivas	Erro! Indicador não definido.

Quadro 22 - Diagnóstico, prognóstico e conduta nas urgências e emergências hipertensivas
..... **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACS – Agentes comunitários de saúde.

AE – Atenção Especializada

Amg. – Amigo

APS – Atenção Primária à Saúde

AS – Assistente Social

AVE – Acidente vascular encefálico

BB – Betabloqueadores

BBC – Bloqueadores dos canais de cálcio

BRA – Bloqueadores do Receptor da Angiotensina II

CA – Cintura abdominal

CA – Circunferência abdominal.

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CG – Cuidadores

DAC – Doença Arterial Coronariana

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doenças cardiovasculares

DIU – Diuréticos tiazídicos ou similares

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRC – Doença Renal Crônica

EH – Emergência Hipertensiva

Enf. – Enfermeiro

Farm. – Farmacêutico

FC – Frequência cardíaca.

Fis. – Fisioterapeuta

FR – Fatores de risco

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IC – Insuficiência Cardíaca

IECA – Inibidores da enzima conversora da angiotensina

IMC – Índice de massa corpórea.

IMC – Índice de massa corpórea.

ITB – Índice tornozelo braquial.

LOA – Lesões em órgãos-alvo

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

Méd. – Médico

MmHg – Milímetros de mercúrio

MMII –Membros inferiores

MRPA – Monitorização Residencial da Pressão Arterial

NF – Não farmacológica

NNT – Número Necessário para Tratar

Nut. – Nutricionista

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PA – Pressão arterial

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

Pcte. – Paciente

PEF – Profissional de Educação Física

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PP – Pressão de pulso

PSBE – Práticas de saúde baseadas em evidências

Psic. – Psicólogo.

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCV – Risco cardiovascular

RM – Repetição máxima

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIGTAP – Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

VOP – Velocidade de onda de pulso

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE QUADROS	8
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	9
1 INTRODUÇÃO	15
2 DEFINIÇÃO	17
3 FATORES DE RISCO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	18
4 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA HAS	21
5 AVALIAÇÃO	23
5.1 Rastreamento e investigação de fatores de risco para HAS.....	23
5.2 Operacionalização do rastreamento e frequência de aferição da pressão arterial (PA) ..	24
5.3 Identificação de fatores de risco cardiovascular adicionais em pacientes com HAS	25
5.4 Estratificação de Risco Cardiovascular (RCV)	26
5.5 Diagnóstico e classificação	29
5.5.1 Como aferir PA corretamente no consultório	29
5.5.2 Monitoramento da PA dentro e fora do consultório	32
5.5.2.1 <i>Monitoração residencial de PA (MRPA)</i>	34
5.5.2.2 <i>Monitoração ambulatorial de PA (MAPA)</i>	36
5.5.3 Critérios de Diagnóstico de HAS	36
5.6 Acolhimento e abordagem inicial da pessoa diagnosticada com HAS.....	40
5.6.1 História clínica	40
5.6.2 Exame físico.....	41
5.6.3 Exames complementares	43
5.6.3.1 <i>Rotina mínima</i>	43
5.6.3.2 <i>Rotina ampliada</i>	45
5.6.3.3 <i>Rotina específica - Hipertensão Secundária</i>	45
5.7 Avaliação dos estágios de motivação de mudança frente ao diagnóstico.....	48
5.8 Entrevista motivacional	50
6 PLANO DE CUIDADO	53
6.1 Manejo - Como saber se um paciente está com a HAS controlada ou não?.....	53
6.2 Manejo - Fluxo assistencial na APS	53

6.3 Manejo não farmacológico	55
6.3.1 Adesão.....	56
6.3.2 Métodos de Avaliação da Adesão ao tratamento	58
6.3.3 Autocuidado apoiado	59
6.3.4 Alimentação e aspectos nutricionais	61
6.3.5 Abordagem coletiva	63
6.3.6 Abordagem individual.....	64
6.3.7 Atividade física	65
6.3.8 Ações Coletivas dos Profissionais de Educação Física e Fisioterapia.....	67
6.3.9.....	68
Abordagem individual.....	68
6.3.9.1 <i>Respiração Lenta</i>	68
6.3.9.2 <i>Controle de Estresse</i>	68
6.3.9.3 <i>Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)</i>	69
6.3.10 Aspecto psicológico	70
6.3.10.1 <i>Motivação</i>	74
6.3.10.2 <i>Ação</i>	76
6.3.10.3 <i>Manutenção</i>	77
6.3.11 Abordagem psicológica no tratamento de doenças crônicas em crianças e adolescentes.....	79
6.3.12 Saúde Bucal.....	80
6.3.12.1 <i>Prevenção e promoção da saúde bucal</i>	81
6.3.12.2 <i>Condutas no atendimento odontológico</i>	81
6.3.12.3 <i>Uso de anestésicos locais</i>	82
6.3.12.4 <i>Complicações possíveis</i>	82
6.3.12.5 <i>Manifestações bucais relacionadas a medicamentos anti-hipertensivos</i>	83
6.3.12.6 <i>Uso de AINEs e interações medicamentosas</i>	83
6.3.13 Imunizações.....	84
6.4 Manejo Farmacológico	116
6.4.1 Geral.....	116
6.4.2 Indicações para iniciar manejo farmacológico.....	116

6.4.3 Escolha farmacológica	117
6.4.4 Efeitos colaterais	120
6.4.5 Metas terapêuticas, ajuste de dose e monitoramento de eficácia	121
6.4.6 Condições especiais	123
6.4.6.1 Idosos	123
6.4.6.2 Gestantes	123
6.4.6.3 Crianças e adolescentes	124
6.4.6.4 Diabéticos	125
6.4.6.5 População negra	126
6.4.6.6 Doença Renal Crônica	127
6.5 Prevenção secundária de doenças cardiovasculares (DCV)	127
6.5.1 Ácido acetilsalicílico (AAS)	127
6.5.2 Estatinas	128
6.6 Encaminhamentos - Quem e quando devo encaminhar?	131
6.6.1 Da APS para serviços de Urgência e Emergência	131
6.6.2 Da APS para a atenção especializada ambulatorial	135
6.6.3 Dados mínimos nos encaminhamentos	138
6.6.4 Da atenção especializada ambulatorial para APS	139
7 INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS	141
8 REGISTRO E MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	143
REFERÊNCIAS	144
ANEXO A - Diário de monitoração residencial da pressão arterial (MRPA)	149
ANEXO B - Questionário <i>STOP-Bang</i> (síndrome da apneia obstrutiva do sono)	151
ANEXO C - Instrumento Medtake	152
ANEXO D - Exemplo de quadro de atividades para organização da rotina	153
ANEXO E - Exemplo para registro de pensamentos automáticos disfuncionais	154
ANEXO F - Lista de medicamentos disponíveis na REMUME do município Nova Lima e/ou no Programa Farmácia Popular do Brasil	155

1 INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a causa ou fator de risco dominante para grande parte das doenças cardiovasculares (DCV). Trata-se de uma das condições de saúde mais prevalentes no Brasil e no mundo, representando um desafio significativo para o SUS.

O **Volume 1 - Hipertensão arterial sistêmica** surge a partir do reconhecimento da necessidade de abordar esse problema de forma eficaz e abrangente, promovendo a qualificação da prática clínica e dos fluxos assistenciais para os profissionais da RAS.

A relevância desta linha de cuidado está em sua capacidade de fornecer diretrizes claras, atualizadas e baseadas em evidências para a gestão do paciente com HAS, orientando os profissionais de saúde quanto à identificação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de indivíduos com essa condição, desde o primeiro contato no SUS até a construção de um plano de cuidado personalizado.

Através da implementação deste protocolo, buscamos alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores de risco para HAS e implementar ações voltadas às condições modificáveis, prevenindo seu desenvolvimento ou otimizando o controle dessa condição de saúde.
- Favorecer o diagnóstico precoce da HAS, possibilitando tratamento oportuno e efetivo.
- Oferecer aos pacientes com HAS orientações abrangentes sobre mudanças no estilo de vida, uso e autocuidado, de modo sistematizado.
- Acompanhar regularmente os pacientes, monitorando a pressão arterial e verificando o alcance das metas de controle.
- Garantir que o tratamento seja cientificamente embasado e, ao mesmo tempo, individualizado, respeitando as necessidades e características de cada pessoa.
- Promover a adesão ao tratamento e oferecer suporte contínuo para o gerenciamento da hipertensão.
- Assegurar a coordenação do cuidado entre a APS, a AE (especialistas focais) e outros níveis de atenção à saúde, quando necessário.

Com a implementação deste protocolo, a equipe de saúde da APS poderá fortalecer o seu papel como coordenar do cuidado e otimizar a assistências prestada à população portadora de DCNT, como a HAS, resultando em promoção da saúde cardiovascular, melhor qualidade de vida e prevenção de complicações relacionadas à hipertensão arterial. O sucesso na gestão do cuidado ao paciente com HAS requer compromisso coletivo e uma abordagem integrada, e é exatamente isso que este protocolo se propõe a alcançar.

2 DEFINIÇÃO

A definição de hipertensão arterial sistêmica (HAS) baseia-se nas diretrizes nacionais e internacionais de saúde, que estabelecem critérios específicos para o seu diagnóstico. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2020), a HAS é uma doença crônica não transmissível (DCNT) caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos, situação em que os benefícios do tratamento — medicamentoso e não medicamentoso — superam os riscos potenciais. Trata-se de uma condição multifatorial, influenciada por fatores genéticos e epigenéticos, ambientais e sociais, e definida pela elevação persistente da pressão arterial (PA) — ou seja, pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, medida com técnica adequada em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de uso de medicamentos anti-hipertensivos.

Sempre que possível, recomenda-se a confirmação diagnóstica por meio de aferições fora do ambiente clínico, como pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).

A HAS, frequentemente assintomática, apresenta evolução progressiva, podendo causar alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. É reconhecida como principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares (DCV) e doença renal crônica (DRC), estando associada de forma independente, linear e contínua ao aumento do risco de eventos cardiovasculares e morte prematura.

3 FATORES DE RISCO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Dentre os fatores de risco que influenciam os níveis de pressão arterial, destacam-se a herança genética, a idade, o sexo, a etnia, o sobrepeso, a obesidade, a ingestão excessiva de sódio, o sedentarismo, o consumo de álcool, os fatores socioeconômicos, o uso de determinados medicamentos e a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS).

Em relação à idade, estima-se que cerca de 65% dos indivíduos acima de 60 anos apresentem hipertensão arterial sistêmica (HAS), em decorrência do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias. Considerando a transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo Brasil, projeta-se que, nas próximas décadas, haverá aumento expressivo do número de idosos, o que resultará em maior prevalência de HAS e de suas complicações.

Quanto ao excesso de peso, há uma relação direta, contínua e quase linear entre os índices de adiposidade corporal e os níveis de pressão arterial (PA). A ingestão elevada de sódio também constitui importante fator de risco, associada ao aumento da PA e, consequentemente, a maior prevalência de HAS.

A literatura aponta que a ingestão superior a 2 g de sódio/dia (equivalente a 5 g de sal de cozinha) está associada a maior risco de doenças cardiovasculares (DCV) e acidente vascular encefálico (AVE). Estudos de excreção de sódio demonstram que indivíduos com consumo elevado apresentaram valores médios de pressão arterial sistólica (PAS) entre 4,5 e 6,0 mmHg e de pressão arterial diastólica (PAD) entre 2,3 e 2,5 mmHg superiores aos observados entre aqueles que mantinham ingestão dentro das recomendações.

No caso da ingestão de potássio, sua associação com a redução da pressão arterial está bem estabelecida. A suplementação dietética de potássio (90 a 120 mEq/dia) pode reduzir, em média, 5,3 mmHg da PAS e 3,1 mmHg da PAD.

Em relação ao consumo de álcool, observa-se maior prevalência de hipertensão ou elevação dos níveis pressóricos entre indivíduos que ingerem seis ou mais doses diárias — o equivalente a cerca de 30 g de álcool/dia, correspondendo aproximadamente a uma garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 mL), duas taças de vinho (12% de álcool, 250 mL) ou uma dose de destilado (42% de álcool, 60 mL), como uísque, vodca ou aguardente.

Entre os fatores socioeconômicos, destacam-se menor escolaridade, condições habitacionais precárias e baixa renda familiar, que se associam a maior vulnerabilidade e risco para HAS.

Os dados de prevalência da HAS no Brasil (Tabela 1) variam conforme a metodologia e a população estudada. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), 21,4% (IC95%: 20,8–22,0) dos adultos brasileiros relataram diagnóstico prévio de HAS. No entanto, quando consideradas as medidas aferidas de PA e o uso de medicamentos anti-hipertensivos, a proporção de adultos com $PA \geq 140/90$ mmHg alcançou 32,3% (IC95%: 31,7–33,0). A prevalência foi maior entre homens e aumentou progressivamente com a idade, atingindo 71,7% entre os indivíduos acima de 70 anos.

Tabela 1 - Prevalência de HAS e intervalo de confiança de 95% segundo três critérios utilizados

	HAS autorreferida (Vigitel)	PA medida $\geq 140/90$ mmHg (PNS, 2013)	PA medida $\geq 140/90$ mmHg e/ou uso de medicamento anti-hipertensivo (PNS, 2013)
Total	21,4% (20,8-22,0)	22,8% (22,1-23,4)	32,3% (31,7-33,0)
Sexo masculino	18,3 (17,5-19,1)	25,8(24,8-26,7)	33,0 (32,1-34,0)
Sexo feminino	24,2 (23,4-24,9)	20,0 (19,3-20,8)	31,7 (30,9-32,5)

Legenda: HAS: hipertensão arterial. PA: pressão arterial. PNS: Pesquisa Nacional de Saúde.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

Um estudo mais recente (2023) apontou que a prevalência de doenças cardiovasculares (DCV) aumenta com o avanço da idade, independentemente do gênero. Observou-se diferença significativa entre homens e mulheres apenas nas faixas etárias extremas: até 5 anos, a prevalência é ligeiramente maior em meninos; entre 5 e 44 anos, as mulheres apresentam maior prevalência, e após os 44 anos, a taxa entre homens supera a das mulheres, atingindo maior discrepância no grupo de 60 a 69 anos.

As DCV constituem a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, inclusive em países em desenvolvimento, como o Brasil. Em 2017, o DATASUS registrou 1.312.663 óbitos, dos quais 27,3% foram atribuídos às DCV.

A HAS esteve associada a 45% das mortes cardíacas (por doença arterial coronariana – DAC e insuficiência cardíaca – IC) e a 51% das mortes por AVE. Cerca de 13% dos óbitos totais foram diretamente relacionados à HAS.

A mortalidade associada à HAS deve-se, principalmente, às lesões em órgãos-alvo (LOA), o que reforça a importância do controle da pressão arterial e da prevenção de complicações.

Quanto à morbidade, observa-se, nos últimos dez anos, uma tendência de estabilidade nas taxas de internação por todas as causas e por DCV, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/DATASUS).

Em termos de custos para o SUS, a HAS representa despesas superiores às atribuídas à obesidade e ao diabetes mellitus (DM). Em 2018, os gastos estimados com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos relacionados à HAS foram de US\$ 523,7 milhões.

Em relação aos dados locais, o Relatório Quadrimestral do Município (RQDA) referente ao 1º quadrimestre de 2025 apontou a mortalidade por DCV como preocupante, ficando atrás apenas das neoplasias — achado que corrobora outros estudos nacionais.

Esses resultados dialogam com as estatísticas globais. Relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) confirma o aumento da incidência e prevalência das DCNT em todo o mundo, bem como seu papel como principais causas de óbito. Em 2019, as DCNT foram responsáveis por quase 100 milhões de anos de vida saudável perdidos, principalmente devido a doenças cardíacas, diabetes, AVE, DPOC e câncer de pulmão, em comparação com o ano 2000.

Estima-se que as DCNT afetem 81% dos adultos entre 40 e 64 anos e 88% dos indivíduos com 65 anos ou mais, sendo as principais causas de mortalidade entre as doenças não transmissíveis.

Em síntese, os dados reforçam a magnitude e a gravidade do problema das DCNT: apesar do aumento da expectativa de vida, persiste o risco de envelhecimento com baixa qualidade de vida, agravado por fatores de risco bem estabelecidos — como tabagismo, consumo de álcool, má alimentação, inatividade física e fenótipos mensuráveis (hipertensão, hipercolesterolemia e obesidade) — que explicam grande parte da relação entre risco e incidência dessas condições no Brasil e no mundo.

4 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA HAS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é frequentemente assintomática, o que dificulta o diagnóstico precoce, prejudica a adesão ao tratamento e torna o manejo clínico um desafio constante. A prevenção continua sendo a estratégia de melhor custo-benefício para reduzir morbimortalidade e os custos em saúde pública.

Nesse contexto, destacam-se duas abordagens complementares de prevenção: a populacional e a individual dirigida a grupos de risco.

A abordagem populacional compreende medidas coletivas voltadas à redução da exposição aos fatores de risco. Entre os exemplos mais relevantes, incluem-se:

- a redução do uso de sal na preparação de alimentos;
- a rotulagem nutricional obrigatória indicando o teor de sódio em produtos ultraprocessados;
- a implementação de programas de educação alimentar e nutricional em ambientes escolares e comunitários.

Já a abordagem individual, direcionada a pessoas com pressão arterial limítrofe ou predisposição ao desenvolvimento de HAS, recomenda intervenções semelhantes às do tratamento não farmacológico, como mudança no estilo de vida, controle do peso corporal, prática regular de atividade física e redução do consumo de sal e álcool.

Tanto a prevenção primária da HAS quanto o tratamento dos pacientes hipertensos devem ser orientados por uma perspectiva de risco cardiovascular global, considerando o conjunto de fatores de risco do indivíduo, e não apenas a elevação isolada da pressão arterial.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o foco deve estar na identificação precoce e no manejo adequado dos fatores de risco associados à HAS. Ressalta-se que a abordagem desses fatores se sobrepõe e complementa as intervenções não farmacológicas recomendadas no tratamento da hipertensão, conforme exemplificado no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais intervenções que previnem hipertensão arterial

Modalidade	Intervenção NF	Recomendação	Diferença de PAS obtida
Controle do Peso	Peso/gordura corpórea	Alcançar peso ideal. Esperada diminuição de 1mmHg por cada Kg de peso perdido	-2/3 mmHg
Dieta saudável	Dieta tipo DASH	Dieta rica em frutas, vegetais, grãos e baixo teor de gordura saturada trans.	-3 mmHg
Redução da ingestão de sódio	Sódio na dieta	Ideal < 2 g ou pelo menos redução de 1,0 g/dia	-2/3 mmHg
Aumento da ingestão de potássio	Potássio na dieta	3,5 a 5,0 g/dia em dieta rica em potássio	-2 mmHg
Atividade física	Aeróbia	150 min/semana	-5/7 mmHg
	De resistência dinâmica	8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares, 1 a 3 séries, 50 a 80% de 1 RM	
	De resistência isométrica	Exercício de <i>handgrip</i> (preensão de mão) unilateral ou 1 perna, 4 séries, 2 min de contração isométrica, 30% da contração voluntária máximo (CVM), 2-3 min de pausa entre as séries	-4/5 mmHg
Ingestão de álcool	Consumo de álcool	Homens ≤ 2 drinques; Mulheres ≤ 1 drinques	-4/5 mmHg

Legenda: NF: não farmacológica. PAS: pressão arterial sistólica. RM: repetição máxima. MmHg: milímetros de mercúrio.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

5 AVALIAÇÃO

A avaliação e o rastreamento dos fatores de risco cardiovasculares associados à hipertensão arterial sistêmica (HAS) desempenham papel essencial na identificação precoce e no manejo adequado dessa condição. Esse processo é fundamental para prevenir complicações, reduzir morbimortalidade e promover melhor qualidade de vida aos indivíduos atendidos na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A investigação deve ser realizada por toda a equipe multiprofissional, com a enfermagem exercendo papel central no acolhimento, no rastreamento clínico e na educação em saúde. O levantamento inclui histórico familiar, hábitos de vida, comorbidades, fatores psicossociais e uso de medicamentos que possam interferir nos níveis pressóricos. Essa abordagem ampliada e interdisciplinar reforça o princípio da integralidade do cuidado e favorece intervenções preventivas mais resolutivas e personalizadas.

5.1 Rastreamento e investigação de fatores de risco para HAS

A investigação de fatores de risco (FR) cardiovasculares para HAS constitui etapa fundamental do rastreamento na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa avaliação é atribuição de toda a equipe multiprofissional, com destaque para o papel da enfermagem no acolhimento, registro e monitoramento contínuo da condição clínica.

A investigação de fatores de risco deve contemplar:

- Histórico Familiar: verificar se há casos de HAS, DAC, AVE, eventos cardiovasculares (CV) em parentes de primeiro grau, entre outros.
- Hábitos de Vida: avaliar o estilo de vida do paciente, incluindo seu padrão de alimentação, consumo de sal, ingestão de álcool, tabagismo e níveis de atividade física.
- Comorbidades: investigar a presença de outras condições de saúde, como obesidade, diabetes, dislipidemia e doença renal, que frequentemente coexistem com a hipertensão.
- Fatores Psicossociais: considerar fatores de estresse e apoio social, uma vez que o estresse crônico pode contribuir para o desenvolvimento da HAS.
- Histórico de medicamentos: perguntar sobre o uso de medicamentos que possam afetar a PA, como anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e contraceptivos orais.

5.2 Operacionalização do rastreamento e frequência de aferição da pressão arterial (PA)

A aferição periódica da pressão arterial (PA) é recomendada para todos os indivíduos adultos, devendo ser realizada sempre que houver contato com os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) ou com outros níveis de atenção, independentemente do motivo da consulta. Isso inclui consultas regulares médicas ou de enfermagem, visitas domiciliares, ações extramuros e atendimentos de urgência ou emergência.

Com o objetivo de favorecer o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, este protocolo apresenta uma proposta de operacionalização da frequência mínima recomendada de aferições da PA, visando melhorar a detecção de novos casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e otimizar o controle pressórico de pacientes já diagnosticados.

A seguinte abordagem é recomendada para o rastreamento e acompanhamento da pressão arterial:

- Pacientes com fatores de risco conhecidos ou histórico de HAS: aferir a PA em todas as consultas médicas e de enfermagem, independentemente do motivo do atendimento.
- Pacientes sem fatores de risco aparentes ou sem histórico de PA elevada: seguir a frequência recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2020), conforme descrito abaixo:
 - Realizar a primeira medição na consulta inicial do paciente no serviço de saúde para estabelecer uma linha de base.
 - Pessoas saudáveis com uma PA ótima no consultório (< 120/80 mmHg) ou com PA normal (120-129/80-84 mmHg) devem ter a PA aferida novamente pelo menos 1 vez por ano nas consultas médicas ou de enfermagem.
 - Pacientes com pré-hipertensão (130-139/85-89 mmHg) devem ter a PA medida anualmente ou, preferencialmente antes, devido às altas taxas de progressão para HAS.

A adesão a essas diretrizes permite que os profissionais da APS desempenhem um papel estratégico na identificação precoce e no manejo efetivo da hipertensão arterial, fortalecendo as ações de promoção e vigilância da saúde cardiovascular na comunidade.

5.3 Identificação de fatores de risco cardiovascular adicionais em pacientes com HAS

Uma vez identificada a hipertensão arterial sistêmica (HAS), torna-se essencial realizar a avaliação do risco cardiovascular global do paciente, com o objetivo de estimar a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares a médio e longo prazo. Essa estratificação de risco orienta o planejamento do cuidado, incluindo a frequência dos atendimentos, o momento ideal para início do tratamento farmacológico e a intensidade das intervenções sobre os fatores de risco modificáveis.

Na maioria dos pacientes hipertensos, coexistem outros fatores de risco cardiovasculares, que podem agravar a probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares (DCV), independentemente dos níveis pressóricos. Devido à alta prevalência dessas condições na população e à forte associação com desfechos cardiovasculares adversos, recomenda-se sua identificação sistemática por meio de anamnese detalhada, exame físico criterioso e exames complementares direcionados.

Dessa forma, é indispensável investigar tanto os fatores de risco cardiovascular adicionais (Quadro 2) quanto as lesões de órgãos-alvo (LOA) já estabelecidas (Quadro 3).

Quadro 2 - Fatores de risco cardiovascular adicionais

● Idade: > 55 anos no homem e > 65 anos na mulher
● DCV prematura em parentes de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos)
● História patológica pregressa de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia
● Tabagismo
● Triglicerídeos (TG) > 150 mg/dL; LDL-c > 100 mg/dL; HDL-c < 40 mg/dL
● Diabetes melito já confirmado ou pré-diabetes
● Pressão de pulso em idosos (PP = PAS – PAD) > 65 mmHg
● ITB ou VOP anormais
● Obesidade:
○ IMC > 30 Kg/m ²
○ Cintura abdominal (CA)= mulher >= 80 cm e homem >= 94 cm

-
- Perfil de síndrome metabólica*
-

Legenda: CA: cintura abdominal. ITB: índice tornozelo braquial. VOP: velocidade de onda de pulso. PP: pressão de pulso. IMC: índice de massa corpórea.

*Para que se defina a presença de síndrome metabólica pelos critérios da International Diabetes Federation (IDF) é necessário haver obesidade central, medida pela CA, além de dois entre os quatro fatores a seguir: triglicerídeos > 150 mg/dL, HDL-C baixo (< 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres); hipertensão arterial; glicemia de jejum $\geq$ 100 mg/dL ou DM tipo 2 previamente diagnosticado.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

Quadro 3 - Lesões de órgão-alvo (LOA)

- 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/m² nos homens ou $\geq$ 96 g/m² nas mulheres.
 - ITB < 0,9.
 - Doença renal crônica estágio 3 (TFG entre 30 e 60 mL/min/1,73m²).
 - Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina urinária 30 a 300 mg/g.
 - VOP carotídeo-femoral > 10 m/s.
-

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

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

5.4 Estratificação de Risco Cardiovascular (RCV)

Está amplamente estabelecida a relação causal, linear e contínua entre o aumento da pressão arterial (PA) e o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), independentemente do sexo, da idade ou do grupo étnico. Quantificar o risco do paciente hipertenso — ou seja, estimar a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares em determinado período — é etapa essencial do processo assistencial, pois orienta as estratégias preventivas, terapêuticas e de seguimento clínico.

A abordagem integrada de todos os fatores de risco é plenamente justificada. Quando identificados, os fatores modificáveis devem ser comunicados ao paciente, com orientação educativa, a fim de potencializar a eficácia das medidas farmacológicas e não farmacológicas implementadas.

A estimativa do risco cardiovascular (RCV) não deve ser feita de modo intuitivo ou empírico, nem se basear na mera soma dos fatores de risco. Ela deve utilizar métodos validados, que considerem a natureza multifatorial do processo, geralmente por meio de equações ou algoritmos clínico-epidemiológicos. Diversas calculadoras de risco cardiovascular estão disponíveis, cada uma com suas vantagens, limitações e características específicas. Embora apresentem restrições, há consenso científico de que, mesmo sem evidência de superioridade entre elas, o uso de uma ferramenta estruturada é preferível à estratificação subjetiva.

Entre as ferramentas disponíveis, destacam-se as mais amplamente reconhecidas:

- Framingham Risk Score;
- American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Risk Calculator;
- Calculadora de Risco Cardiovascular da OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde);
- Calculadora de Risco Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

Para padronizar a estratificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Nova Lima/MG, optou-se pela Calculadora de Risco Cardiovascular da SBC (Atualização 2020), que estima o risco global de eventos cardiovasculares em 10 anos. Essa escolha se baseia em vários fatores:

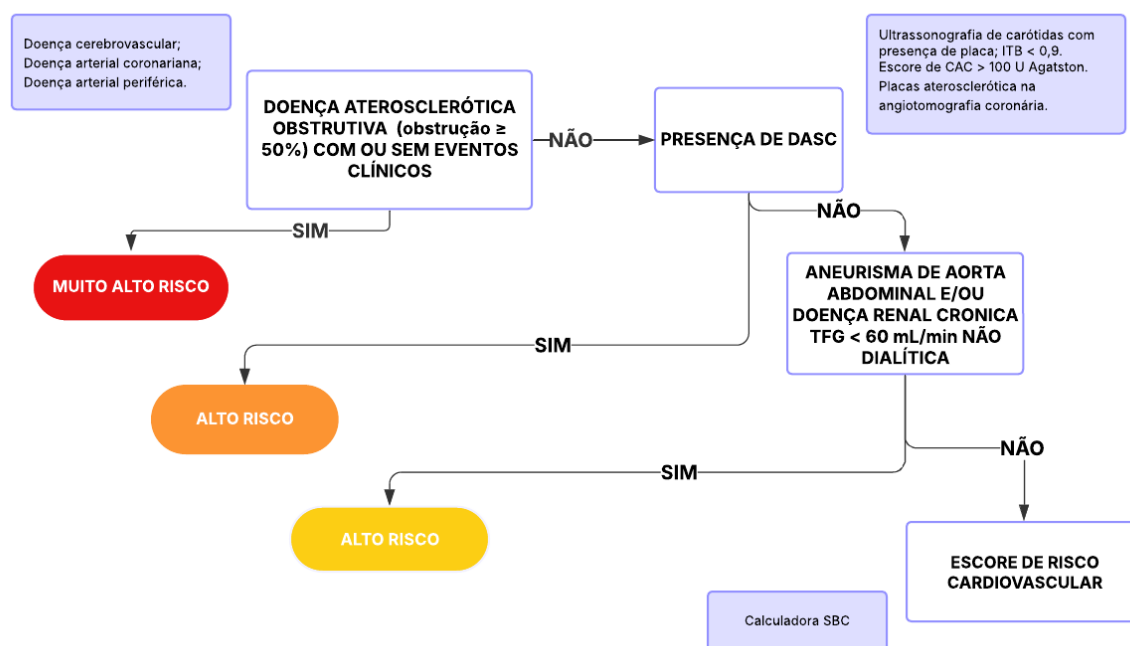
- Embora baseada em estudos internacionais, ajusta-se à epidemiologia cardiovascular e aos padrões de risco observados no Brasil.
- Considera idade, sexo, colesterol, PA, diabetes e tabagismo — parâmetros universalmente relevantes para avaliação de risco.
- Promove consistência entre os profissionais de saúde do país.
- A SBC revisa regularmente suas diretrizes, garantindo que a calculadora reflita as melhores práticas e evidências mais recentes.

O resultado obtido fornece uma estimativa da probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares maiores — como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico (AVE) e morte cardiovascular — no período de 10 anos. Ressalta-se que a calculadora não substitui o raciocínio clínico individualizado. O resultado deve ser interpretado de forma crítica e centrada no paciente, considerando que diferentes fatores podem superestimar ou subestimar o risco real de eventos. Além disso, o RCV é dinâmico e deve ser reavaliado periodicamente, não sendo suficiente, isoladamente, para indicar ou contraindicar o uso de medicamentos. Sua interpretação deve subsidiar o manejo clínico integrado, com decisões compartilhadas entre profissional e paciente.

Existem situações em que certos fatores ou condições clínicas já definem um RCV alto ou muito alto, dispensando o uso da calculadora.

Para sistematizar a rotina de estratificação e facilitar a familiarização dos profissionais com os principais elementos de risco, foi desenvolvido o instrumento apresentado na Figura 3, baseado nas diretrizes da SBC (2020).

Figura 3 – Estratificação de Risco Cardiovascular



Legenda: DASC: Doença aterosclerótica subclínica; TFG: Taxa de filtração glomerular

Fonte: Elaboração própria a partir do conteúdo adaptado da Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019), Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017) e Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020)

5.5 Diagnóstico e classificação

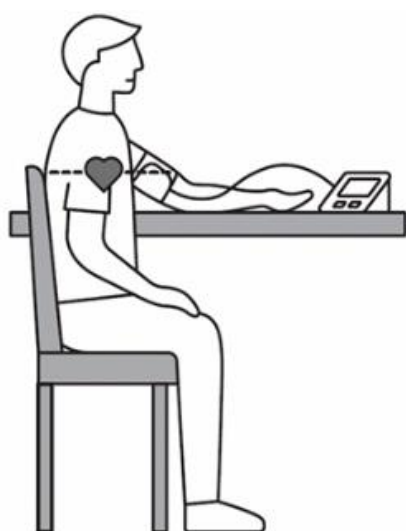
5.5.1 Como aferir PA corretamente no consultório

É essencial que todas as medições da PA sejam realizadas com equipamentos devidamente calibrados e validados, a fim de garantir a precisão dos resultados. Os profissionais de saúde devem receber treinamento regular sobre a técnica de aferição da PA e seguir protocolos padronizados, assegurando a reprodutibilidade e a confiabilidade das medidas.

A aferição correta da PA é um procedimento fundamental na avaliação de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS). A técnica adequada envolve várias etapas — desde o preparo do paciente, passando pela escolha apropriada do manguito, até a execução precisa da medida, conforme ilustrado na Figura 4 e descrito no Quadro 4.

Deve-se garantir que o paciente esteja em repouso por 5 minutos, em ambiente calmo e confortável, sem falar ou se mover durante a medida. Permanecer sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso relaxado e recostado na cadeira.

Figura 4 - Preparo do paciente para aferição da pressão arterial



- 1) Faça repouso de 5 minutos, em ambiente calmo e confortável.
- 2) Não fale e não se mexa durante o procedimento.
- 3) Braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima.
- 4) Escolha e use o tamanho correto do manguito.
- 5) Coloque a braçadeira no braço despido.
- 6) Pés apoiados no chão.
- 7) Pernas descruzadas.
- 8) Estar com a bexiga vazia.
- 9) Sentar com dorso relaxado e recostado na cadeira.
- 10) Não pratique exercícios 90 minutos antes.

11) Não fumar, alimentar ou ingerir bebida alcoólica ou café a pelo menos 30 minutos.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório, 2023.

A circunferência do braço deve ser medida e o manguito de tamanho ideal selecionado deve ser posicionado na altura do coração, com a extremidade superior do braço do paciente desprovida de roupas, sendo inflado de forma gradual e controlada. No método auscultatório, o profissional de saúde deve utilizar um estetoscópio para auscultar os sons de *Korotkoff*, que indicam a PAS e PAD.

Quadro 4 - Etapas para a realização da medida da pressão

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olecrano.
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço ([Figura 4](#)).
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. *

Legenda: PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

*Itens realizados exclusivamente na técnica auscultatória.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

A escolha adequada do tamanho do manguito é essencial para uma aferição precisa da pressão arterial. Manguitos inadequados podem gerar resultados imprecisos. O profissional de saúde deve selecionar um manguito ideal de acordo com o tamanho do braço. A largura da bolsa inflável deve corresponder a 37-50% da circunferência braquial (determinada no ponto médio do olécrano ao acrômio), e seu comprimento (distância entre o olécrano e o acrômio) envolver 75-100% do braço. Para um adulto com musculatura normal e estatura mediana, cuja circunferência do braço varia entre 27-34 cm, a bolsa inflável ideal deve ter 30cm de comprimento e 13 cm de largura.

O uso de um manguito inadequado — para braços com circunferência maior ou menor do que a indicada — tende a superestimar ou subestimar os valores da pressão arterial, respectivamente.

Portanto, a escolha do tamanho correto do manguito ([Tabela 2](#)) é um passo crucial na técnica de aferição, garantindo medidas precisas e evitando falhas na avaliação da PA.

Tabela 2 - Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro

Circunferência do membro	Denominação do	Largura do manguito	Comprimento da bolsa
≤ 6 cm	Recém-nascido	3 cm	6 cm
6-15 cm	Criança	5 cm	15 cm
16-21 cm	Infantil	8 cm	21 cm
22-26 cm	Adulto pequeno	10 cm	24 cm
27-34 cm	Adulto pequeno	13 cm	30 cm
35-44 cm	Adulto grande	16 cm	38 cm
45-52 cm	Coxa	20 cm	42 cm

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

5.5.2 Monitoramento da PA dentro e fora do consultório

Os métodos de aferição da PA podem ser usualmente:

- Medidas repetidas no consultório.
- Monitorização residencial da PA (MRPA).
- Monitorização ambulatorial da PA (MAPA).

Em consultório, é recomendável aferir a PA em **pelo menos três momentos**, descartando-se a primeira medida. Em situações de PA limítrofe, é recomendável aferir a PA em nova consulta. As informações relacionadas a diagnóstico, classificação e estabelecimento de metas ainda se baseiam na medida da PA de consultório o que reforça a importância da correta execução do procedimento.

Um ponto relevante é a avaliação da hipotensão postural, particularmente em idosos, indivíduos com disautonomia e pacientes em uso de anti-hipertensivos.. Para pesquisá-la, mede-se a PA na posição supina (após o paciente estar nessa posição por 5 minutos) e depois medir a PA, 1 e 3 minutos após a pessoa ficar em pé. A medida da PA feita em pé deve ser feita preferencialmente com o braço do paciente apoiado pelo examinador no nível do coração. A hipotensão postural é definida como uma redução ≥ 20 mmHg para PA sistólica ou ≥ 10 mmHg para a PA diastólica no primeiro e/ou terceiro minuto na posição ortostática em relação à posição supina.

Cuidados importantes relacionados ao preparo do paciente e à execução da aferição estão descritos na [Figura 4](#) e [Quadro 4](#).

Fora do consultório, as medições podem ser feitas mediante o uso de equipamentos semiautomáticos ou automáticos pelo próprio paciente, nas salas de espera, em sua própria residência ou em espaços públicos. Ao longo do tempo, essas alternativas foram agregadas à medida de PA no consultório de forma mais assertiva. Os métodos fora do consultório incluem a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) e a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), cujas indicações estão detalhadas no [Quadro 5](#), e suas vantagens e desvantagens, no [Quadro 6](#).

Quadro 5 - Indicações de MAPA ou MRPA

Indicações		MAPA	MRPA
Suspeita de HAB – efeito avental branco X		x	x
	HA estágio 1 (140-159 e/ou 90-99 mmHg) no consultório	x	x
	PA > 140/90 mmHg no consultório sem LOA e baixo RCV	x	x
	Hipertensão sistólica isolada ou diastólica isolada no consultório	x	x
Suspeita de HM – efeito de mascaramento		x	x
	PA faixa de pré-hipertensão (130-139 e/ou 85-89 mmHg)	x	x
	PA < 140/90 mmHg no consultório com LOA e alto RCV	x	x
Suspeita de efeito do avental branco		x	x
PA elevada no consultório ou suspeita de pré-eclâmpsia em gestantes		x	x
Identificar HTNC, HAR e redução excessiva da PA		x	x
Ajustar a terapia anti-hipertensiva		x	x
Assegurar controle adequado da PA		x	x
Avaliar o controle da PA nas 24 horas, durante o sono e atividades diárias		x	
Identificar hipotensão postural, pós-prandial e na sesta		x	
Avaliar as variações da PA na disautonomia		x	
Avaliação de sintomas, principalmente de hipotensão		x	
Monitorar a eficácia do tratamento a longo prazo e melhorar a adesão			x

Legenda: PA: pressão arterial. MAPA: monitoração ambulatorial da pressão arterial. MRPA: monitoração residencial da pressão arterial. AMPA: automedida da pressão arterial. HA: hipertensão arterial. HAB: HA do avental branco. LOA: lesões de órgãos-alvo. HAR: HA resistente. HM: hipertensão mascarada.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório (2023).

Quadro 6 - Vantagens e desvantagens da MAPA e da MRPA

Vantagens	MAPA	MRPA
Medida da PA fora do consultório e sem a presença do médico	x	x
Correlação com prognóstico melhor que a PA no consultório	x	x
Pode reduzir gastos com saúde	x	x
É considerado padrão-ouro na avaliação da PA	x	
Avalia o controle da PA nas 24 horas; durante o sono e atividades diárias	x	
Avalia a elevação rápida da PA matinal	x	

Melhor método para monitoramento de longo prazo		x
Favorece o controle da PA e adesão ao tratamento		x
Custo menor que o da MAPA		x
Desvantagens	MAPA	MRPA
Disponibilidade por vezes limitada	x	x
Relutância de alguns pacientes em usar e repetir o exame	x	x
Pode ser desconfortável, principalmente durante o sono	x	
Frequentemente, a PA durante o sono não é calculada de acordo com os horários de sono do indivíduo	x	
Medida da PA somente em repouso na vigília		x
Requer orientação e treinamento; potencial para erro de medida: medida em momentos inadequados, número excessivo de medidas, indução de ansiedade, mudança do medicamento pelo paciente, paciente relata os valores mais baixos		x

Legenda: PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; MAPA: monitoração ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitoração residencial da pressão arterial.

Fonte: Adaptado de Feitosa et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório (2023).

5.5.2.1 Monitoração residencial de PA (MRPA)

A Monitoração Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é um método que auxilia tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), permitindo identificar o fenômeno do avental branco e da hipertensão mascarada, além de oferecer uma estimativa mais precisa dos níveis pressóricos durante a vigília, com boa correlação com a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).

A MRPA é realizada fora do ambiente clínico, geralmente no domicílio, por meio de registros sistemáticos da PA durante vários dias consecutivos. O procedimento deve ser conduzido por indivíduo treinado na técnica de aferição oscilométrica, preferencialmente o próprio paciente. Caso este não tenha condições de executá-la, um cuidador ou familiar devidamente orientado pode assumir a tarefa.

As medidas domiciliares devem seguir os mesmos critérios técnicos das aferições realizadas em consultório, incluindo preparo prévio, postura adequada e ambiente tranquilo, embora possam ocorrer variações transitórias relacionadas ao contexto domiciliar.

A reprodutibilidade e a confiabilidade da MRPA estão diretamente relacionadas ao número de medidas válidas e ao cumprimento do protocolo de aferição. Com base nas Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório (SBC, 2023), recomenda-se a seguinte padronização:

- Número de medidas: devem ser obtidas idealmente de 24 a 36 medidas válidas.
- Período de verificação: o período sugerido é de 4 a 6 dias.
- Dia 0 ou dia de instalação: são realizadas medidas no consultório (idealmente três medidas, utilizando-se a média das duas últimas para o cálculo de reação de alarme/mascaramento) e medidas à noite em domicílio, para diminuir um possível efeito do avental branco. As medidas realizadas no consultório ou no domicílio no dia de instalação devem ser excluídas do cálculo da média da MRPA (utilizar para a média as medidas a partir do dia seguinte à instalação).
- Dias 1, 2, 3, 4, 5 e 6 da MRPA: no domicílio, são realizadas medidas de PA por mais 4, 5 ou 6 dias. O paciente deverá fazer 3 medidas pela manhã e 3 medidas ao entardecer ou à noite. Sempre após 5 minutos de repouso, antes das refeições, de bexiga vazia e antes do uso de medicamentos anti-hipertensivos (se for o caso). Se o paciente tiver se alimentado, aguardar 2 horas para realizar as medidas.
- Exclusão de medidas: devem ser excluídas medidas discrepantes, tais como PA diastólica > 140 mmHg ou < 40 mmHg, PA sistólica < 70 mmHg ou > 250 mmHg, PA sistólica < PA diastólica anterior ou seguinte, PA diastólica > PA sistólica anterior ou seguinte, pressão de pulso < 20 mmHg ou > 100 mmHg, desde que não exista justificativa clínica para preservá-las no conjunto de medidas obtidas.

No link a seguir, encontra-se uma folha sugerida para registro das medidas de PA no monitoramento domiciliar ([Anexo A](#)).

Para os pacientes que desejam adquirir o próprio monitor de pressão arterial domiciliar (popularmente conhecido como medidor ou aparelho de pressão), é fundamental escolher dispositivos validados e calibrados de acordo com um padrão ideal (padrão ouro).

Os equipamentos de MRPA deverão ser automáticos, digitais e que utilizem técnica oscilométrica validada. Esses monitores devem possuir certificado de validação (consultar o

site [Monitores de Pressão Arterial - Sociedade Brasileira de Hipertensão](#)), corroborado pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). Além disso, os monitores devem ter sua calibração verificada, no mínimo, a cada 12 meses, ou sempre que houver suspeita de descalibração.

5.5.2.2 Monitoração ambulatorial de PA (MAPA)

A Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é considerada o padrão-ouro para avaliação da pressão arterial (PA), permitindo aferições repetidas e automáticas em condições habituais de atividade e repouso, durante um período de 24 horas ou mais. O método realiza múltiplas medições da PA — geralmente mais de 50 leituras em 24 horas, incluindo o período do sono, o que o torna uma ferramenta essencial na estratificação do risco cardiovascular.

A PA elevada durante o sono constitui um fator de risco independente para desfechos cardiovasculares maiores, mesmo quando os valores médios de 24 horas estão dentro da normalidade. Esse achado reforça a importância da avaliação do padrão circadiano da PA, identificando perfis como “dipper”, “non-dipper” e “riser”, que têm valor prognóstico relevante.

Além de auxiliar no diagnóstico da hipertensão do avental branco e da hipertensão mascarada, a MAPA é útil na avaliação da eficácia terapêutica dos anti-hipertensivos, na investigação de sintomas relacionados à hipotensão e no ajuste do tratamento farmacológico conforme o perfil de variação pressórica.

A interpretação dos resultados deve ser realizada por profissional capacitado, utilizando critérios de normalidade padronizados de acordo com o período de aferição (vigília, sono e média de 24 horas), conforme descrito nas Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório (SBC, 2023).

5.5.3 Critérios de Diagnóstico de HAS

De acordo com as recomendações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2020), o diagnóstico de hipertensão arterial

sistêmica (HAS) deve ser estabelecido com base nos valores de pressão arterial (PA) aferidos no consultório, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - 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
HAS estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HAS estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HAS estágio 3	≥180	e/ou	≥110

Legenda: HAS: hipertensão arterial sistêmica. PA: pressão arterial. PAS: pressão arterial sistólica. PAD: pressão arterial diastólica.

Obs.:1: A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica.

Obs.:2: 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.

Obs.:3: 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: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

Apesar dessa classificação, é importante reconhecer que indivíduos com PA normal em consultório podem apresentar hipertensão mascarada, e que tanto a hipertensão mascarada quanto a hipertensão do avental branco não são condições benignas. Ambas estão associadas a risco cardiovascular semelhante ao da hipertensão sustentada, exigindo vigilância clínica e medidas preventivas adequadas. Assim, o manejo deve objetivar a manutenção de níveis pressóricos normais tanto no consultório quanto fora dele.

Os valores de PA considerados anormais em diferentes contextos de medição estão apresentados na Tabela 4. Ressalta-se que os valores obtidos por MRPA tendem a ser ligeiramente mais baixos do que os medidos no consultório. O limiar diagnóstico para HAS fora do consultório é ≥ 130/80 mmHg, equivalente a ≥ 140/90 mmHg no consultório.

Tabela 4 - Definição de hipertensão arterial de acordo com a pressão arterial de consultório, monitorização ambulatorial da pressão

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 5 dias	≥ 130	e/ou	≥ 80

Legenda: HAS: hipertensão arterial sistêmica. PA: pressão arterial. PAS: pressão arterial sistólica. PAD: pressão arterial diastólica. MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial. MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.

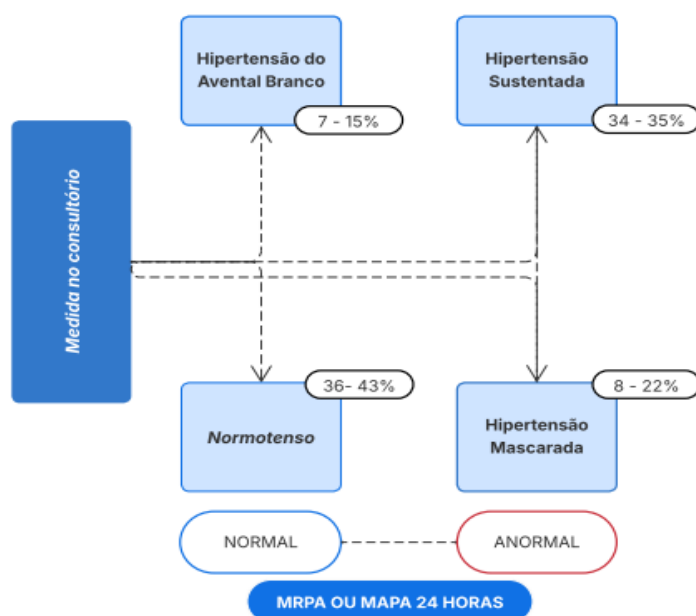
Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório, 2023.

Com a possibilidade da medida da PA fora do consultório, foram definidos oito tipos de comportamento da PA ([Figuras 5 e 6](#)): normotensão (NT), hipertensão controlada (HC), hipertensão sustentada (HS), hipertensão sustentada não controlada (HSNC), hipertensão do avental branco (HAB), hipertensão do avental branco não controlada (HABNC), hipertensão mascarada (HM) e hipertensão mascarada não controlada (HMNC).

Na MRPA, o efeito do avental branco significativo, também denominado reação de alarme, deve ser considerado quando ≥ 150 mmHg para a PAS e/ou ≥ 90 mmHg para a PA diastólica.

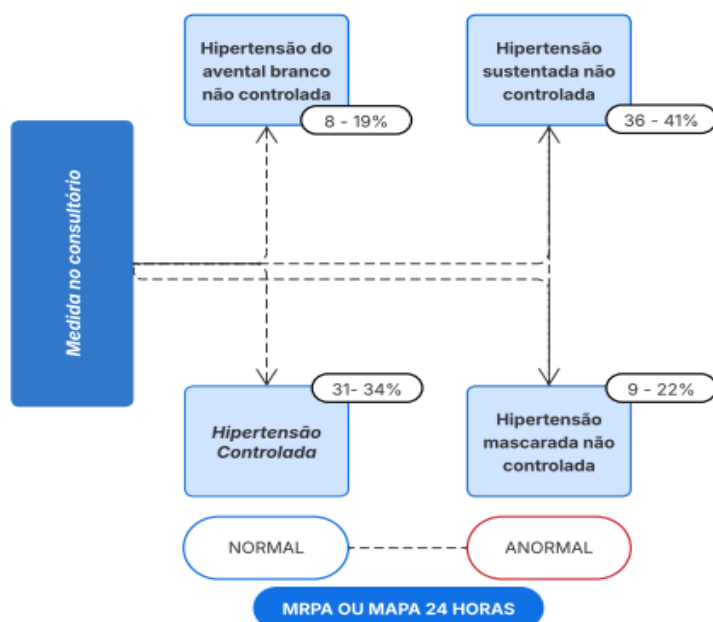
Já o efeito do mascaramento significativo, ou reação de mascaramento, é definido pela diferença ≤ -1 mmHg entre a média da PA sistólica e/ou PA diastólica obtida na clínica e a média da MRPA.

Figura 5 - Comportamento da PA e suas prevalências em indivíduos não tratados com medicamentos anti-hipertensivos



Fonte: Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório, 2023.

Figura 6 - Comportamento da PA e suas prevalências em hipertensos tratados



Fonte: Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório, 2023

5.6 Acolhimento e abordagem inicial da pessoa diagnosticada com HAS

O acolhimento e a abordagem inicial da pessoa com HAS constituem etapas fundamentais para assegurar um cuidado integral, humanizado e de qualidade. Esse momento deve envolver uma escuta qualificada e empática, associada a uma avaliação clínica abrangente, que permita a identificação precoce de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo (LOA) e possíveis causas secundárias de hipertensão.

É igualmente essencial estabelecer vínculo e corresponsabilidade entre a equipe de saúde e o usuário, criando um ambiente de confiança e diálogo contínuo. Devem ser fornecidas orientações claras, individualizadas e compreensíveis sobre a condição, as medidas preventivas, a importância do acompanhamento regular e o papel ativo do paciente no autocuidado.

Uma avaliação inicial bem conduzida permite estratificar o risco cardiovascular, planejar intervenções terapêuticas adequadas, definir metas clínicas individualizadas e organizar encaminhamentos necessários, promovendo melhor prognóstico, adesão ao tratamento e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

5.6.1 História clínica

A avaliação clínica do paciente hipertenso deve ser feita através da anamnese, exame físico e laboratorial, cujos objetivos estão contemplados abaixo ([Quadro 7](#)):

Quadro 7 - Objetivos da avaliação clínica e laboratorial

Realizar medidas acuradas da PA para a confirmação diagnóstica de HAS.

Identificar história familiar de HAS.

Identificar fatores de risco cardiovasculares e renais associados.

Pesquisar LOA (subclínicas ou manifestas clinicamente).

Investigar a presença de outras doenças.

Questionar sobre fármacos e drogas que possam interferir na PA.

Estratificar RCV (aplicar calculadora de risco).

Rastrear indícios de HAS secundária.

Legenda: PA: pressão arterial. HAS: hipertensão arterial sistêmica. LOA: lesões em órgãos-alvo. RCV: risco cardiovascular.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

A anamnese e o exame físico devem ser minuciosos, contemplando a medida correta da PA, a avaliação dos parâmetros antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal e circunferência abdominal) e a identificação de sintomas ou sinais de comprometimento de órgãos-alvo, além de indícios de causas secundárias de hipertensão.

É fundamental investigar comorbidades frequentes, como diabetes mellitus (DM), dislipidemias, doenças renais crônicas, doenças tireoidianas, entre outras, bem como avaliar a presença de LOA clínicos e subclínicos, pois essas informações orientam o manejo terapêutico e o plano de acompanhamento.

Muitos pacientes com PA elevada apresentam queixas inespecíficas, como cefaleia, epistaxe, vertigens ou zumbidos, que, na ausência de síndromes clínicas características, não devem ser interpretadas isoladamente como manifestações de hipertensão. Em situações agudas, pode ocorrer relação inversa entre sintoma e elevação pressórica, em que a PA se eleva secundariamente a dor, ansiedade ou sangramento, especialmente em indivíduos já hipertensos. Assim, o diagnóstico de HAS deve basear-se exclusivamente em aferições corretas da PA, segundo a técnica e os critérios diagnósticos padronizados.

Na avaliação cardiovascular clínica, deve-se dar atenção especial a síndromes relacionadas a disfunção de órgãos-alvo, como insuficiência cardíaca, angina do peito, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) ou episódios isquêmicos transitórios prévios.

Dessa forma, a abordagem inicial do paciente hipertenso deve integrar entrevista clínica, exame físico direcionado e exames complementares básicos, com o objetivo de detectar precocemente danos a órgãos-alvo e identificar possíveis causas secundárias de hipertensão arterial.

5.6.2 Exame físico

Além de diagnosticar e classificar a HAS, o exame físico ([Quadro 8](#)) auxilia na identificação de achados e diagnósticos, como obesidade, hipertrofia miocárdica, doenças valvares, entre outros.

A hipertrofia miocárdica pode ser reconhecida pela característica impulsiva do ictus cordis, inicialmente sem desvios da linha hemiclavicular, mas que se desloca quando ocorre dilatação ventricular. Outros sinais incluem a presença de quarta bulha e hiperfonese da segunda bulha.

Através da ausculta cardíaca, doenças valvares que podem estar associadas à HAS também podem ser identificadas, como estenose e insuficiência aórtica, além de insuficiência mitral. A estenose aórtica, a valvulopatia mais frequente, pode ser identificada por pulso parvus-tardus (amortecido e prolongado) e sopro sistólico em formato de diamante (crescendo e decrescendo) em foco aórtico.

A palpação dos rins e a ausculta de sopros em área renal objetivam detectar hipertensão secundária a rins policísticos e obstrução de artérias renais. O exame dos pulsos periféricos avalia a repercussão da HAS sobre esses vasos. A diminuição dos pulsos de membros inferiores, especialmente os femorais, deve motivar a medida da PA nos membros inferiores, a fim de afastar o diagnóstico de coarctação da aorta.

Quadro 8 - Avaliação do exame físico

1. Obter medidas repetidas e acuradas da PA em ambos os braços.
2. Medir parâmetros antropométricos: peso, altura, FC, CA e cálculo do IMC.
3. Procurar sinais de LOA.
4. Detectar características de doenças endócrinas como Cushing, hiper ou hipotireoidismo.
5. Examinar a região cervical: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de estase jugular e palpação de tireoide.
6. Avaliar o aparelho cardiovascular: desvio de ictus e propulsão à palpação; na ausculta, presença de B3 ou B4, hiperfonese de segunda bulha, sopros e arritmias.
7. Avaliar o sistema respiratório: ausculta de estertores, roncos e sibilos.
8. Observar as extremidades: edemas, pulsos em membros superiores e inferiores (a presença de pulso femoral diminuído, sugere coarctação de aorta, doença da aorta ou de seus ramos).
9. Palpar e auscultar o abdômen: frêmitos, sopros, massas abdominais indicativas de rins policísticos e tumores (podem sugerir causas secundárias ou LOA).
10. Detectar déficits motores ou sensoriais no exame neurológico.

11. Realizar fundoscopia ou retinografia (quando disponível): identificar aumento do reflexo dorsal, estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema (sinais de retinopatia hipertensiva).

Legenda: PA: pressão arterial. FC: frequência cardíaca. CA: circunferência abdominal. IMC: índice de massa corpórea.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

5.6.3 Exames complementares

Os exames complementares constituem ferramenta fundamental para a avaliação inicial e o acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Eles permitem identificar repercussões da doença nos órgãos-alvo, detectar fatores de risco associados, auxiliar na estratificação do risco cardiovascular e orientar decisões terapêuticas. Além disso, contribuem para o diagnóstico de hipertensão secundária e permitem monitorar a eficácia do tratamento ao longo do tempo.

O planejamento dos exames deve considerar a rotina mínima, disponível para todos os pacientes, e a rotina ampliada, indicada para casos específicos ou populações de maior risco. A escolha dos exames deve ser baseada em critérios clínicos, disponibilidade local e relevância para o manejo individualizado, assegurando cuidado seguro, eficaz e baseado em evidências.

5.6.3.1 Rotina mínima

Os exames complementares da rotina mínima ([Quadro 9](#)) são básicos, de fácil disponibilidade e interpretação, baixo custo e obrigatórios para todos os pacientes, pelo menos na primeira consulta e anualmente. Outros exames podem ser necessários como rotina ampliada para as populações indicadas, a critério clínico.

Quadro 9 - Exames complementares de rotina mínima

Análise de sedimentos na urina

Potássio plasmático

Creatinina plasmática + taxa de filtração glomerular (TFG) pela fórmula CKD-EPI

Glicemia de jejum

Colesterol total, LDL, HDL e Não-HDL

Eletrocardiograma (ECG) de repouso convencional *

Exame de fundoscopia (fundo de olho) **

Legenda: *Critério de detecção de hipertrofia ventricular esquerda (HVE) – Sokolow-Lyon: $SV1 + RV5,6 > 35$ mm – Cornell. Voltagem: $RaVL + SV3 > 20$ mm (mulher), > 28 mm (homem).

**Ainda não disponível para realização de rotina na APS do município. Dessa forma, o paciente deve ser encaminhado para realização deste exame pela Oftalmologia da Policlínica.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

Alguns achados podem sugerir LOA ou hipertensão secundária:

- **Análise de sedimentos na urina:** a presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é geralmente secundária à repercussão de hipertensão sobre os rins. Proteinúria mais acentuada, leucocitúria e hematúria (excluídas outras causas), especialmente se acompanhadas dos cilindros correspondentes, indicam hipertensão grave ou hipertensão secundária à nefropatia.
- **Creatinina plasmática:** permite o cálculo da estimativa de filtração glomerular, que deve ser realizado pela fórmula CKD-EPI. A Sociedade Brasileira de Nefrologia disponibiliza gratuitamente em seu site a calculadora da fórmula CKD-EPI, que deve ser usada de maneira rotineira, uma vez que o valor individualizado da creatinina não permite uma interpretação adequada da função renal: [CKD-EPI – SBN](#).
- **Potássio plasmático:** quando anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essa causa, o paciente deve realizar investigação de hiperaldosteronismo primário na AE.
- **Colesterol total e frações:** é essencial para detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular da hipertensão, como dislipidemia e o risco de aterosclerose.
- **Glicemia de jejum:** solicitado com a finalidade de rastreio de diabetes.
- **Eletrocardiograma (ECG) de repouso convencional:** é um exame bastante sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga do ventrículo esquerdo (HVE), apesar de ser menos sensível que o ecocardiograma. Apresenta boa

sensibilidade também para identificar fibrilação atrial, progressivamente mais frequente com o envelhecimento populacional. Os critérios mínimos de detecção de HVE estão citados no [Quadro 2](#).

- **Exame de fundoscopia ou fundo de olho:** identifica alterações sugestivas de retinopatia (hemorragias, exsudatos e manchas algodonosas, papiledema, dentre outras).

5.6.3.2 Rotina ampliada

A rotina ampliada refere-se a exames com finalidade de avaliar repercussão de HAS e aprimorar o estabelecimento do prognóstico em casos específicos, como por exemplo:

- **Relação proteinúria/creatininúria (RAC):** exame útil para os hipertensos que são diabéticos, com síndrome metabólica ou com dois ou mais fatores de risco, pois mostrou prever eventos cardiovasculares fatais e não fatais.
- **Ecocardiograma (ECO):** é mais sensível que o eletrocardiograma quanto ao diagnóstico de HVE. Ajuda estimar mais precisamente o comprometimento cardíaco por cardiopatia hipertensiva, aferindo as espessuras do septo e parede posterior do ventrículo esquerdo, aumento de átrio esquerdo e déficits de relaxamento ventricular.
- **Ultrassonografia doppler de carótidas:** está indicado na presença de sopro carotídeo, sinais de doença cerebrovascular ou presença de doença aterosclerótica em outros territórios. Pode ser utilizado para rastreio de doença arterial subclínica. O aumento na espessura íntima-média (EIM) das carótidas e/ou a identificação de placas de aterosclerose prediz a ocorrência de AVE e IAM, independentemente de outros fatores de RCV. Valores da EIM > 0,9 mm têm sido considerados como anormais, assim como o encontro de placas ateroscleróticas.

5.6.3.3 Rotina específica - Hipertensão Secundária

A suspeita e identificação de causas secundárias devem ser realizadas na avaliação inicial do paciente hipertenso. Antigamente, investigava-se rotineiramente casos de hipertensão

secundária, prática que hoje deve ser restrita a casos com alta suspeição. O tratamento da causa pode curar ou melhorar o controle da PA.

Antes de investigar causa secundária, deve-se avaliar as seguintes condições:

- medida inadequada da pressão arterial;
- hipertensão do avental branco;
- tratamento inadequado;
- não adesão ao tratamento;
- progressão das LOA da hipertensão;
- presença de comorbidades;
- interação com medicamentos;
- abuso de álcool.

Na ausência de sinais clínicos sugestivos de hipertensão secundária em adultos ([Quadro 10](#)), as indicações para avaliação adicional são hipertensão resistente de início precoce ou de hipertensão arterial e/ou elevação súbita da PA.

Quadro 10 - Indícios de hipertensão arterial secundária

Hipertensão estágio 3 antes dos 30 anos ou após os 55 anos.

Hipertensão resistente ou refratária.

Utilização de hormônios exógenos, fármacos ou demais substâncias que possam elevar a PA.

Tríade do feocromocitoma: crises de palpitações, sudorese e cefaleia.

Indícios de apneia obstrutiva do sono.

Fácies típica ou biotipo de doenças que cursam com hipertensão arterial.

Presença de sopros em territórios arteriais ou massas abdominais.

Assimetria ou ausência de pulsos em MMII.

Hipopotassemia espontânea ou severa induzida por diuréticos ($< 3,0$ mEq/L).

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020)

Quando indicados, os exames habitualmente necessários são:

- **USG doppler de artéria renal:** Hipertensão Renovascular (HARV) é causa comum e potencialmente reversível de HA secundária, devido a uma estenose parcial ou total, uni ou bilateral da artéria renal (EAR) ou de seus ramos, desencadeando e mantendo isquemia renal significativa. Isso geralmente ocorre com obstruções superiores a 70%. A US com Doppler renal é o método não invasivo recomendado para o rastreamento, com sensibilidade e especificidade estimadas respectivamente em 75% e 90%. Deve ser solicitado na atenção especializada para pacientes com idade menor que 30 anos, sem outros fatores de risco ou história familiar, suspeitos de HAS secundária relacionada a hipertensão renovascular, que é diagnosticada também pela creatinina sérica e por anormalidades de sedimento urinário.
- **Polissonografia:** Pacientes com sintomas sugestivos SAOS devem ser avaliados com o questionário STOP-BANG ([Anexo B](#)) para rastreamento da condição. Se os resultados indicarem risco intermediário ou alto, a Polissonografia deve ser solicitada pelo médico especialista. A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é suspeitada na presença de roncos, apneias testemunhadas, cansaço, fadiga, cefaleia matinal, insônia (especialmente em mulheres) e sonolência diurna excessiva (SDE). A SDE é um dos principais sintomas diurnos da AOS, frequentemente acompanhada de dificuldades cognitivas e funcionais, como problemas de concentração, irritabilidade, prejuízo da memória e redução da capacidade de trabalho, além de aumentar o risco de acidentes automobilísticos. Os principais fatores de risco para AOS incluem sexo masculino, obesidade, idade avançada e alterações craniofaciais. Ressalta-se que os questionários de triagem de SAOS tem seu uso bastante limitado em indivíduos assintomáticos e que não há evidências que demonstrem nítido benefício no tratamento em indivíduo sem sintomas. Dessa forma, não é recomendado a aplicação dos questionários ou a realização de polissonografia de rastreio em pacientes cujos sintomas não sejam realmente sugestivos de AOS.
- **Relação aldosterona/renina:** deve ser solicitada pela Atenção Especializada, após matriciamento ou encaminhamento da APS. Quando desproporcionalmente elevada (muita aldosterona para pouca renina) pode evidenciar Hiperaldosteronismo primário, que já tenha

sido suspeitado por potássio sérico baixo, especialmente se o paciente não estiver usando diurético, mas pode ocorrer com potássio sérico normal.

- **Catecolaminas:** deve ser solicitada pela Atenção Especializada, após matriciamento ou encaminhamento da APS. Quando houver suspeita de Feocromocitoma pela tríade clássica de cefaléia, sudorese e palpitações, associada ou não a rubor facial, com acentuada oscilação de PA. Deve-se sempre descartar outras razões que são comuns e podem ser fatores de confusão, como ansiedade extrema e síndrome do pânico.

5.7 Avaliação dos estágios de motivação de mudança frente ao diagnóstico

O modelo transteórico, criado por Prochaska, Diclemente e Norcross, é uma ferramenta utilizada para avaliar os processos de mudança de comportamento e constitui uma técnica amplamente recomendada para a promoção de hábitos saudáveis. Com base nesse modelo, podem ser realizadas intervenções diferenciadas, que auxiliam a compreensão o estímulo à adoção de mudanças no estilo de vida.

O modelo transteórico está estruturado em cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Além disso, é composto por três pilares ([Quadro 11](#)): estágios e processos de mudança, equilíbrio de decisões e autoeficácia. Sua aplicação parte do princípio da aceitação subjetiva e incondicional do usuário, respeitando sempre a individualidade de cada pessoa.

- **Pré-contemplação:** o usuário não pretende mudar em um futuro próximo, onde não percebem o problema e o risco para a saúde.
- **Contemplação:** a pessoa já considera a existência de um problema, pensa em agir, mas ainda não se dispõe ao comprometimento de mudança.
- **Preparação:** o usuário já apresenta intenções de alterações comportamentais, visando o agir para um futuro próximo.
- **Ação:** o indivíduo realiza modificações comportamentais e ambientais focado na resolução dos problemas. Utiliza das suas experiências anteriores para mudança e envolve maior tempo e comprometimento com as alterações comportamentais.

- **Manutenção:** o usuário se previne de recaídas e mantém as mudanças, onde concretiza o sucesso da alteração comportamental e os benefícios obtidos.

Quadro 11 - Pilares do Modelo Transteórico

Estágios de Mudança	• Pré-contemplação: não pretende mudar o comportamento nos próximos 6 meses. • Contemplação: pretende mudar o comportamento nos próximos 6 meses, mas sem planos concretos para o próximo mês. • Preparação: pretende mudar o comportamento nos próximos 30 dias. • Ação: adotou as mudanças de comportamento visando a saúde, mas há pouco tempo (< 6 meses). • Manutenção: já adotou as mudanças de comportamento visando a saúde e qualidade de vida há 6 meses ou mais.
Equilíbrio de decisões	• Balanço entre as vantagens e desvantagens de adotar um novo comportamento que vise a saúde e qualidade de vida. • À medida que a pessoa avança nos estágios de mudança, o equilíbrio de decisões é mais positivo e a pessoa visualiza mais benefícios do que obstáculos para mudar.
Autoeficácia	• É a confiança que a pessoa tem em si própria para fazer e manter mudanças que objetivem a promoção de saúde e qualidade de vida. Tende a aumentar à medida que a pessoa evolui nos estágios de mudança.
Processos de mudança	• Objetivam favorecer a evolução entre os estágios de mudança, podendo ser: Cognitivos: focam na consciência sobre o comportamento e suas consequências. Ex.: alívio dramático, aumento de consciência, reavaliação do ambiente, auto-reavaliação e liberação social. Comportamentais: atividades específicas e personalizadas que visam promover a adoção ou manutenção de novo comportamento. Exemplo: auto-liberação, controle de estímulos, relacionamentos de auxílio, administração de contingências e condicionamento contrário.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS / Universidade Federal de Minas Gerais, 2024. P. 27.

Os profissionais de saúde que utilizam o modelo transteórico deverão sempre lembrar de que nem todos os usuários estão prontos para adotar comportamentos de mudança, além de levar em consideração a motivação e interesse de cada indivíduo.

5.8 Entrevista motivacional

A entrevista motivacional (EM) é um instrumento normalmente utilizado como processo inicial para mudança comportamental. Trata-se de um método simples, centrado na pessoa, que estimula a criação de um ambiente acolhedor para usuários em situação de ambivalência diante das mudanças necessárias.

O objetivo da EM é superar os desafios identificados pelos usuários, focar no comprometimento com a mudança e fortalecer a motivação interna. Para sua condução, utiliza-se um questionário semiestruturado, aliado à escuta qualificada e ao uso de perguntas abertas, que favorecem a reflexão e possibilitam que a própria pessoa explore seus argumentos em favor da mudança dos hábitos de saúde.

Além disso, é essencial o uso de reforço positivo e de uma comunicação empática, de modo que o usuário identifique e siga suas motivações internas e autônomas.

A EM busca promover o compartilhamento das experiências do usuário, onde ele mesmo se sentirá responsável pelo cuidado da sua saúde. Para isso, o profissional de saúde deve estar devidamente treinado e atentar-se para evitar atitudes ou falas que possam comprometer a técnica.

A [Figura 7](#) apresenta algumas questões a serem encorajadas ou evitadas na EM.

O caráter reflexivo da EM auxilia o usuário a reconhecer suas crenças e motivações para a mudança, sendo fundamental que as perguntas propostas não sejam diretivas e permitam respostas amplas e espontâneas. Dessa forma, a pessoa com DCNT pode falar sobre suas vivências de maneira significativa.

O [Quadro 12](#) traz exemplos práticos de perguntas que podem ser utilizadas durante a Entrevista Motivacional.

Figura 7 - Questões a serem promovidas e evitadas segundo a entrevista motivacional

O QUE FAZER	O QUE NÃO FAZER
• Identificar pontos-chave que podem auxiliar a superar a ambivalência • Identificar prós da mudança e reforçar positivamente falas de mudança • Resumir as falas visando contribuir para a reflexão	• Defender um lado da questão • Mostrar intolerância à resistência da pessoa em mudar
• Auxiliar a pessoa a identificar o seu caminho para a mudança • Fornecer opções possíveis visando aumentar a liberdade de escolha • Evocar as forças que motivam a pessoa • Priorizar as necessidades da pessoa	• Induzir a mudança por persuasão • Criticar, enfrentar, julgar ou impor ideias • Buscar consertar situações
• Fornecer informações e conselhos quando a pessoa solicita para complementar seu processo de construção e descoberta	• Fornecer conselhos não solicitados
• Planejar metas em parceria, a partir da escuta qualificada • Auxiliar a pessoa a encontrar seus próprios argumentos para mudar	• Planejar metas de forma unilateral • Propor metas prescritivas
• Conversar de forma orientadora, colaborativa e centrada na pessoa • Reconhecer a vivência e conhecimento da pessoa • Partir de questões abertas visando favorecer a reflexão sobre si	• Realizar conduta diretiva
• Enxergar a pessoa como ser integral, para além da obesidade • Aproximar-se da pessoa e não do problema dela • Estimular a autonomia	• Enxergar a doença e não a pessoa • Querer ajudar e "consertar" a pessoa

Fonte: Instrutivo de abordagem individual para manejo da obesidade no sus. UFMG, 2024

Quadro 12 - Questões que podem ser utilizadas na entrevista motivacional

Perguntas iniciais	• O que trouxe você até aqui? • Quais as suas necessidades? • Como você se sente em relação a sua saúde? • Como sua saúde afeta sua vida? • Como eu poderia te auxiliar nesse processo? • O que você quer dizer com isso?
Trabalhando a ambivalência e o processo de mudança	• O que a doença crônica está custando para você? • Quais as coisas boas e ruins do seu comportamento como alimentação e atividade física? • Como você tentou mudar anteriormente? • Como você gostaria que as coisas fossem? • Como você está se beneficiando da situação atual? • O que você acha que perderá se desistir das mudanças? • Você pode descrever quais suas motivações para mudar? • Quais sentimentos te trazem a mudança? • Quais benefícios você espera com a mudança?
Negociando o plano de ação	• A sua situação atual te incomoda? Se sim, o que você gostaria de mudar? • Se tivesse sucesso nas mudanças, o que faria? • O quão importante é isso para você? • Quais aspectos do seu comportamento podem ser modificados no momento? • Qual o primeiro passo para atingir esse objetivo? • Como você quer se planejar para atingir esse objetivo? • O que você espera como resultado para este plano de ação? • O que não poderia funcionar neste plano de ação? • Como você manteria a mudança, caso encontro dificuldades no caminho? • Como você reconhecerá seu progresso em direção às metas? • Quais desafios você enfrentará para mudar?

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS / Universidade Federal de Minas Gerais, 2024.

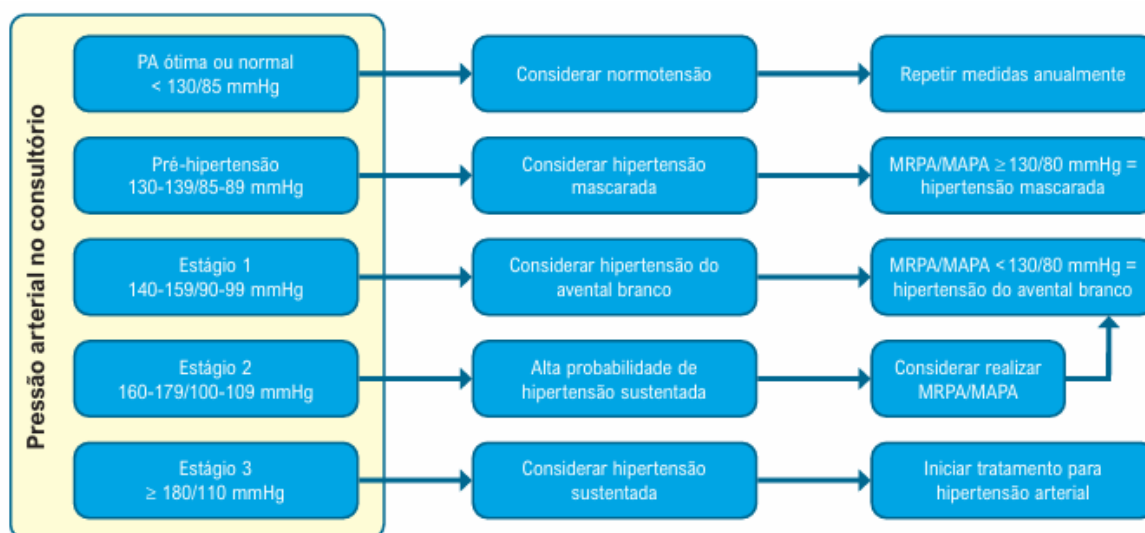
6 PLANO DE CUIDADO

6.1 Manejo - Como saber se um paciente está com a HAS controlada ou não?

Um dos objetivos específicos do tratamento do paciente hipertenso é obter o controle pressórico alcançando a meta de PA previamente estabelecida, como pode ser visto na [Figura 8](#). Tal meta deve ser definida individualmente, sempre considerando a idade e a presença de DCV ou de seus fatores de risco.

De forma geral, deve-se reduzir a PA visando alcançar valores menores que 140/90 mmHg e não inferiores a 120/70 mmHg.

Figura 8 - Interpretação do comportamento da pressão arterial no consultório e fora dele



Legenda: PA: pressão arterial. MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial. MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório (2023).

6.2 Manejo - Fluxo assistencial na APS

Todos os pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) devem manter acompanhamento regular na Atenção Primária à Saúde (APS), que é e deve permanecer como a ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em situações de descompensação aguda, o paciente poderá ser temporariamente referenciado para os serviços de urgência e emergência,

com o objetivo de controlar o episódio. Após a estabilização clínica, deverá ser contrarreferenciado à APS, garantindo a continuidade do cuidado e a integralidade do acompanhamento longitudinal.

Os casos considerados complexos e/ou com fatores de descompensação persistentes deverão ser acompanhados de forma compartilhada entre a APS e a Atenção Especializada (AE), em modelo de cogestão do cuidado. O vínculo e o acompanhamento clínico longitudinal devem, contudo, permanecer centrados na APS, que é responsável pelo gerenciamento do plano de cuidados construído entre os níveis de atenção

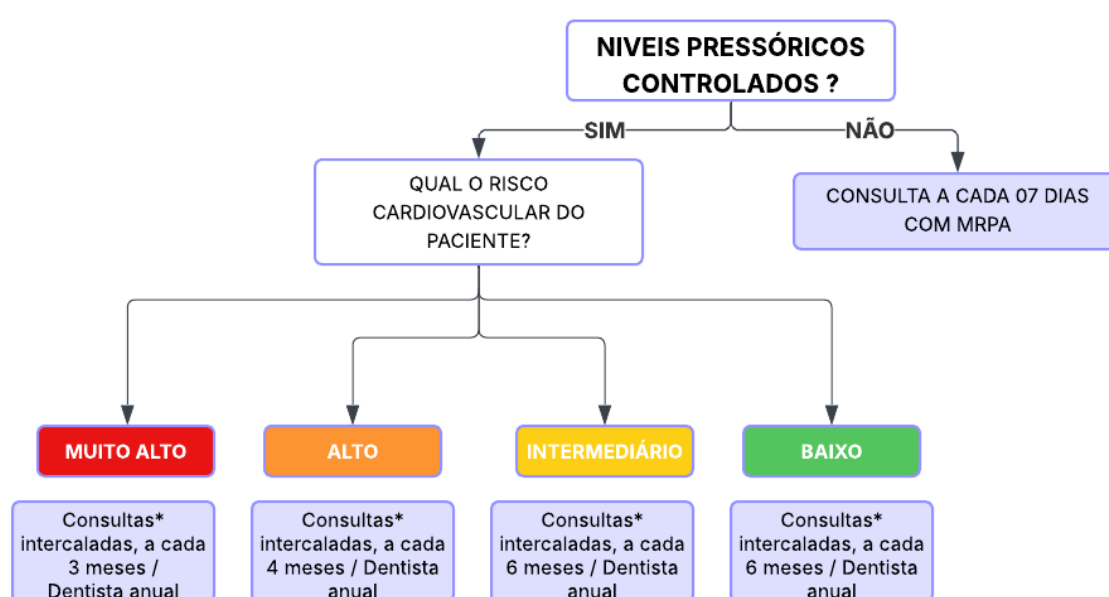
No contexto da Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica, este protocolo busca organizar o fluxo assistencial na APS, estabelecendo uma rotina de periodicidade mínima de atendimentos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dessa forma, pretende-se padronizar a assistência prestada à população hipertensa do município, nortear a prática clínica das equipes e promover a gestão compartilhada e centrada na pessoa.

Para facilitar a visualização e o planejamento do acompanhamento, a frequência mínima de consultas foi sistematizada conforme descrito a seguir:

- Pacientes com HAS não controlada, independentemente do risco cardiovascular:
 - Reavaliação semanal (a cada 7 dias) até o controle dos níveis pressóricos.
 - Após controle, manter consultas médicas e/ou de enfermagem mensais, com análise de resultados da Monitoração Residencial da Pressão Arterial (MRPA).
 - Em caso de crise hipertensiva, recomenda-se reavaliação precoce, em até 7 dias após o episódio.
- Pacientes com HAS controlada, conforme o risco cardiovascular estratificado (Figura 9):
 - Muito alto risco: consultas médicas e de enfermagem, intercaladas, a cada 3 meses;
 - Alto risco: consultas médicas e de enfermagem, intercaladas, a cada 4 meses;
 - Risco intermediário: consultas médicas e de enfermagem, intercaladas, a cada 6 meses;
 - Baixo risco: consultas médicas e de enfermagem, intercaladas, a cada 6 meses.

- Além da estratificação clínica, devem ser considerados aspectos psicossociais e de vulnerabilidade, como baixa adesão, fragilidade social, insuficiência de apoio familiar ou limitações para o autocuidado. Esses fatores podem justificar intervalos mais curtos entre as consultas, conforme a avaliação da equipe e o plano terapêutico singular (PTS) de cada pessoa.

Figura 9 - Periodicidade mínima de consultas de acordo com o RCV e controle da PA



*Consultas médicas ou de enfermagem (se necessário, fazer consulta compartilhada).

Fonte: Elaboração própria.

6.3 Manejo não farmacológico

O manejo não farmacológico constitui pilar essencial do cuidado em saúde, especialmente no contexto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Essa abordagem visa atuar de forma integrada e contínua, podendo complementar ou, em muitos casos, substituir temporariamente o tratamento medicamentoso, sobretudo nos estágios iniciais da doença ou em pacientes com risco cardiovascular leve.

Seu objetivo é reduzir fatores de risco modificáveis, prevenir complicações e promover qualidade de vida, por meio da adoção de hábitos saudáveis, mudanças sustentáveis no estilo de vida, educação em saúde contínua e fortalecimento do autocuidado apoiado.

O manejo deve ser compartilhado entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua família, reforçando o protagonismo do usuário no processo terapêutico. Essa dimensão do cuidado constitui a base para maior adesão ao tratamento, prevenção de agravos e controle clínico eficaz da condição.

6.3.1 Adesão

A adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico, depende do vínculo e da comunicação efetiva entre o paciente (ou cuidador) e os profissionais de saúde. O processo deve valorizar o diálogo aberto, empático e sem julgamentos, abordando aspectos como esquema terapêutico, benefícios esperados, possíveis efeitos adversos e custos envolvidos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que envolvem o uso correto dos medicamentos, a adoção de mudanças no estilo de vida (MEV), a frequência às consultas agendadas e a manutenção de hábitos saudáveis.

A literatura define adesão terapêutica como o uso adequado dos medicamentos prescritos — ou de outros procedimentos terapêuticos — em pelo menos 80% do tratamento, considerando horários, doses e duração.

Os termos utilizados para descrever o comportamento do paciente diante do tratamento refletem diferentes perspectivas sobre o papel do sujeito no cuidado. Na literatura em língua inglesa, os termos *compliance* e *adherence* têm distinções conceituais importantes:

- *Compliance* indica uma postura passiva, de mera obediência às prescrições médicas;
- *Adherence* reflete uma decisão ativa e consciente do paciente em adotar as recomendações.

O entendimento contemporâneo — apoiado por autores e diretrizes de saúde pública — reconhece o paciente como protagonista de seu processo terapêutico, corresponsável pelas decisões sobre o tratamento.

A avaliação da adesão pode ser realizada por métodos diretos ou indiretos. Os questionamentos diretos durante a consulta clínica tendem a superestimar a adesão, especialmente quando realizados de forma impositiva ou com perguntas fechadas. Métodos indiretos, como registros de dispensação de medicamentos, contagem de comprimidos e uso de escalas validadas de adesão terapêutica, fornecem dados mais consistentes e permitem identificar dificuldades sem constrangimento.

Estudos brasileiros apontam que fatores econômicos e complexidade dos esquemas terapêuticos estão entre as principais causas de não adesão. Em pesquisa clássica, Pessoa et al. (1996) identificaram que o menor número de medicamentos prescritos e o baixo custo da terapia aumentam significativamente a adesão.

O uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia), assim como esquemas posológicos complexos, está associado à menor adesão, mesmo quando há acesso gratuito aos medicamentos. Além disso, a percepção de efeitos adversos pode desencorajar o uso regular, levando a uma “não adesão protetora”

Entre as estratégias de maior efetividade para promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, com graus de recomendação e níveis de evidência conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2020), destacam-se:

- Automedida da pressão arterial (PA) – Grau de Recomendação I / Nível de Evidência B;
- Simplificação do esquema terapêutico – utilização das menores doses eficazes, preferencialmente em dose única diária e, quando possível, associação fixa de anti-hipertensivos em um único comprimido – Grau de Recomendação I / Nível de Evidência A;
- Implantação de equipes multiprofissionais no cuidado ao paciente hipertenso, incluindo médico, enfermeiro, farmacêutico, educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social e agente comunitário de saúde – Grau de Recomendação I / Nível de Evidência B.

6.3.2 Métodos de Avaliação da Adesão ao tratamento

A avaliação da adesão ao tratamento é etapa fundamental no manejo clínico da hipertensão arterial sistêmica (HAS), pois possibilita identificar barreiras ao uso correto da terapêutica e direcionar intervenções individualizadas.

Os métodos de avaliação podem ser classificados em diretos e indiretos, conforme a técnica empregada para mensurar o comportamento do paciente.

Os métodos diretos baseiam-se em técnicas laboratoriais e farmacocinéticas, que verificam se o medicamento foi efetivamente administrado ou ingerido na dose e frequência prescritas, por meio da identificação de metabólitos ativos no sangue ou urina, ou pela observação do efeito farmacológico esperado.

Já os métodos indiretos incluem entrevistas clínicas, questionários estruturados, registros de dispensação e contagem de unidades remanescentes de medicamentos. Embora amplamente utilizados por sua viabilidade e baixo custo, esses métodos podem superestimar a adesão, pois dependem da veracidade das informações fornecidas e podem ser influenciados por vieses de resposta ou eliminação deliberada de comprimidos não utilizados.

Entre os instrumentos de avaliação indireta mais empregados, destaca-se a entrevista estruturada, pela facilidade de aplicação, baixo custo e aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Seu principal limitador, entretanto, é a tendência à superestimativa da adesão, uma vez que as respostas dependem da autorreferência do paciente.

Diversos instrumentos padronizados e validados são descritos na literatura para avaliação da adesão terapêutica. Entre os mais utilizados, destacam-se:

- **Teste de Morisky-Green (TMG):** escala composta por quatro perguntas simples que identificam o uso inadequado de medicamentos em quatro situações: esquecimento, negligência intencional, interrupção do uso ao sentir melhora e suspensão ao perceber piora.
- *Brief Medication Questionnaire (BMQ): instrumento multidimensional dividido em três domínios — regime, crenças e recordação — que permite identificar barreiras à adesão sob a perspectiva do paciente, considerando aspectos cognitivos, emocionais e práticos.*
- *MedTake Test:* ferramenta quantitativa que avalia o conhecimento do paciente e o processo de administração dos medicamentos, gerando um escore percentual (0–100%). O teste

analisa aspectos como identificação do medicamento, dose, indicação terapêutica, relação com alimentos e cumprimento do regime posológico.

Considerando o contexto da Atenção Primária e a aplicabilidade prática, recomenda-se o uso preferencial do MedTake Test (Anexo III), por ser um instrumento abrangente, de fácil execução e que permite avaliar simultaneamente conhecimento e comportamento terapêutico, auxiliando na estratificação da adesão e no planejamento de intervenções educativas.

6.3.3 Autocuidado apoiado

A HAS não controlada permanece entre os principais fatores de RCV, sendo responsável por elevadas taxas de morbimortalidade e internações evitáveis no Brasil e no mundo.

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2020), evidências nacionais e internacionais demonstram, de forma consistente, a superioridade da abordagem multiprofissional e do modelo de autocuidado apoiado em comparação ao tratamento convencional centrado exclusivamente no médico.

Essa estratégia promove melhor qualidade da assistência, maior adesão ao tratamento e sucesso terapêutico, além de contribuir para a redução dos fatores de risco cardiovascular, da morbimortalidade e dos custos em saúde pública.

O cuidado multiprofissional e o autocuidado apoiado baseiam-se na integração efetiva entre os profissionais, no compartilhamento de metas clínicas e na participação ativa e informada do paciente no processo de decisão terapêutica. Essa prática fortalece a corresponsabilização e estimula o empoderamento do usuário quanto ao manejo da própria condição.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o autocuidado apoiado envolve processos educativos continuados, apoio emocional, orientações personalizadas sobre manejo da pressão arterial, adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e uso de ferramentas de acompanhamento, como diários de pressão ou planilhas de automedicação domiciliar (MRPA).

Existem atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde, como:

- realização de ações educativas individuais e coletivas;
- promoção da adesão terapêutica;

- apoio à mudança de estilo de vida;
- monitoramento clínico contínuo e encaminhamentos compartilhados;

bem como funções específicas de cada categoria profissional, descritas de forma detalhada no Quadro 13.

Quadro 13 - Estratégias de atuação da equipe multiprofissional centradas no paciente

Estratégias	Descrição	Exemplos	Membro da Equipe
Educação do paciente	Abordagem didática ou interativa para informar e educar os pacientes.	Sessões educativas presenciais, materiais impressos presenciais, materiais impressos via correio, meios audiovisuais, educação a distância.	Méd., Enf., Farm., Nut., Psic., ACS.
Apoio social	Envolvimento de familiares, amigos ou outros indivíduos para ajudar os pacientes a utilizarem os medicamentos, conforme prescrito.	Reuniões de grupos de apoio, educação familiar.	Farm., Amg., CG, ACS, AS.
Letramento e motivação do paciente	Motivar os pacientes a tomar o medicamento, conforme prescrito, e remover obstáculos que prejudiquem sua motivação.	Intervenções motivacionais, implantar ações de letramento em saúde.	Méd., Enf., Nut., Psic., PEF, Fis., Amg., CG, Farm.
Automonitoramento da PA e uso de tecnologias	Envolver os pacientes a monitorar a PA e a adesão ao tratamento.	Automedidas da PA, monitorização residencial da PA, telemonitoramento da PA.	Méd., Enf., Pcte., Farm., CG., ACS.

Comunicação ou interação com os prestadores de serviços e entre membros da equipe	Melhorar a comunicação entre os pacientes e a equipe multiprofissional e outros prestadores e entre membros da equipe.	Treinamento de habilidades de comunicação entre pacientes e a equipe multiprofissional e entre membros da equipe, intervenções digitais interativas.	Méd., Enf., Nut., PEF, Fis., Psic., AS, ACS.
Facilitar o acesso aos serviços de saúde	Facilitar o agendamento de consultas em horários compatíveis com as necessidades dos pacientes.	Pacientes de outros municípios, idosos dependentes de acompanhamento de terceiros.	ACS, AS.

Legenda: Amg.: amigo; ACS: agentes comunitários de saúde.; AS.: assistente social; CG: cuidadores; Enf.: enfermeiro; PEF: profissional de educação física;; Farm.: farmacêutico; Fis.: fisioterapeuta; Méd.: médico; Nut.: nutricionista; Pcte.: paciente; Psic.: psicólogo.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

Quanto à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destaca-se que a categoria recebeu capacitação específica para aferição de pressão arterial fora do ambiente do consultório, por meio do curso “Saúde com Agente”, promovido pelo Ministério da Saúde.

A partir dessa formação, os ACS passam a dispor de uma nova competência técnica, ampliando sua contribuição no plano de cuidados das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), sob supervisão direta da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Essa atuação deve ocorrer somente quando o ACS for previamente selecionado pela equipe da ESF, de acordo com os critérios estabelecidos no Novo Escopo de Trabalho para o Técnico em Agente Comunitário de Saúde de Nova Lima, assegurando padronização, segurança do procedimento e registro adequado das aferições.

6.3.4 Alimentação e aspectos nutricionais

Padrões alimentares saudáveis estão consistentemente associados à redução dos níveis pressóricos e à prevenção de complicações cardiovasculares.

Entre as intervenções nutricionais voltadas ao manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS), destaca-se o padrão dietético Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), amplamente validado em estudos nacionais e internacionais.

A dieta DASH demonstrou-se eficaz na redução da pressão arterial sistólica e diastólica, efeito atribuído ao maior consumo de frutas, hortaliças, leguminosas, laticínios com baixo teor de gordura e cereais integrais, associado a um consumo moderado de oleaginosas e à redução da ingestão de gorduras saturadas, doces, bebidas açucaradas e carnes vermelhas.

O efeito hipotensor decorre do conjunto sinérgico dos componentes dietéticos, especialmente pela maior ingestão de potássio, cálcio, magnésio e fibras, combinada à redução do sódio e de gorduras saturadas, conforme descrito no Quadro 14.

Quadro 14 - Exemplo de porções alimentares recomendadas na dieta DASH para uma pessoa que gasta 2.000 kcal/dia

GRUPOS DE ALIMENTOS	PORÇÕES DIÁRIAS	MEDIDAS CASEIRAS
Frutas	4 – 5	1 fruta média 1/4 de xícara de frutas secas 1/2 xícara de frutas frescas, congeladas ou enlatadas 177 mL de suco de frutas
Hortaliças	4 – 5	1 xícara de vegetais folhosos crus 1/2 xícara de vegetais cozidos 177 mL de suco de vegetais
Leite e derivados com menor teor de gordura	2 – 3	237 mL de leite 1 xícara de iogurte 42 g de queijo
Carnes magras, peixes e aves	≤ 2	85 g de carne magra cozida, aves sem pele ou peixes
Óleos e gorduras	2 – 3	5 mL (1 colher de chá) de azeite de oliva ou óleo vegetal.

Nozes, sementes e leguminosas secas	4 – 5	1/3 xícara ou 42 g de nozes 1 colher de sopa ou 14 g de sementes 1/2 xícara de feijão cozido
Grãos (principalmente integrais)	7 – 8	1 fatia de pão (de preferência integral) 1 xícara de cereal pronto para comer 1/2 xícara de arroz cozido, macarrão ou outro cereal

Fonte: Adaptado de Barroso et al. (2021).

6.3.5 Abordagem coletiva

A abordagem coletiva nutricional voltada para pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve englobar estratégias de prevenção, educação em saúde e promoção de hábitos alimentares saudáveis, fundamentadas em princípios de intersetorialidade e participação comunitária. Os profissionais de saúde devem planejar e executar campanhas de conscientização sobre a doença, seus fatores de risco, sinais de alerta e medidas de prevenção, com o objetivo de educar a população e estimular mudanças sustentáveis no estilo de vida.

As ações educativas e preventivas podem ocorrer em diversos cenários de cuidado e convivência, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), visitas domiciliares, escolas, locais de trabalho e espaços comunitários. Durante essas atividades, recomenda-se incluir o monitoramento da pressão arterial e a avaliação de medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura), visando identificar precocemente fatores de risco e sensibilizar a comunidade sobre a importância do controle pressórico.

A orientação nutricional deve priorizar mudanças efetivas e mensuráveis que impactem na redução da PA, tais como a perda de peso, o aumento do consumo de frutas e hortaliças e a redução da ingestão de sódio e alimentos ultraprocessados.

Recomenda-se, ainda, a disponibilização de materiais educativos sobre HAS e alimentação saudável nas UBS e nos grupos de acompanhamento, favorecendo o autocuidado apoiado e o aprendizado contínuo sobre a doença e suas implicações.

6.3.6 Abordagem individual

A abordagem individual nutricional deve considerar a integralidade da atenção e as necessidades específicas de cada paciente, respeitando as dimensões biológicas, sociais e culturais que influenciam o comportamento alimentar. Os pacientes encaminhados ao nutricionista devem ter suas necessidades nutricionais individualizadas, levando-se em conta idade, sexo, peso, altura, nível de atividade física, fase da vida, parâmetros socioculturais e hábitos alimentares.

Durante a consulta, devem ser coletados dados antropométricos, incluindo, no mínimo, peso, altura e circunferência da cintura. A prescrição e orientação dietética devem basear-se nos diagnósticos médicos, nos exames laboratoriais e nas condições clínicas e socioeconômicas do paciente.

O acompanhamento deve ser regular e contínuo, com avaliação da adesão às mudanças propostas, da evolução antropométrica e, quando necessário, ajuste das metas e estratégias terapêuticas.

Outro aspecto fundamental é a avaliação da motivação e da prontidão do usuário para a mudança de comportamento, de modo que as estratégias sejam compatíveis com sua realidade e capacidades individuais (ver 6.3.5 Aspectos psicológicos). Para melhorar a adesão, recomenda-se propor intervenções de curto prazo, com metas factíveis e mensuráveis, preferencialmente dentro de um período de até três meses, permitindo o reforço positivo dos resultados e maior engajamento do paciente.

O nutricionista deve fundamentar suas estratégias de intervenção em condutas atualizadas e respaldadas por evidências científicas, conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2020).

O Quadro 15 sintetiza as recomendações nutricionais essenciais para o manejo da HAS.

Quadro 15 - Recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial para o manejo nutricional na HAS

Principais mensagens
Os indivíduos hipertensos devem ser avaliados quanto ao hábito de fumar, e deve ser buscada a cessação do tabagismo, se necessário com o uso de medicamentos, por sua associação com o aumento do RCV.

A dieta tipo DASH e semelhantes – aumento no consumo de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura e cereais integrais, além de consumo moderado de oleaginosas e redução no consumo de gorduras, doces e bebidas com açúcar e carnes vermelhas – deve ser prescrita.
O consumo de sódio deve ser restrito a 2 g/dia, com substituição de cloreto de sódio por cloreto de potássio, se não existirem restrições.
O peso corporal deve ser controlado, preferencialmente, para a manutenção de IMC < 25 kg/m ² .
Realizar, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física moderada. Deve ser estimulada ainda a redução do comportamento sedentário, levantando-se por 5 minutos a cada 30 minutos sentado.

Fonte: Adaptado de Barroso et al. (2021).

6.3.7 Atividade física

A atividade física (AF) corresponde a qualquer movimento corporal que resulte em aumento do gasto energético acima dos níveis de repouso, englobando deslocamentos, atividades laborais, domésticas e de lazer. Já o exercício físico (EF) refere-se à prática de AF de forma estruturada, planejada e com objetivos específicos, como a melhora da saúde e/ou da aptidão física.

O comportamento sedentário é caracterizado pelo tempo despendido em atividades de baixo gasto energético ($\leq 1,5$ MET), realizadas em posição sentada, reclinada ou deitada, como assistir à televisão, usar o computador, jogar videogame ou trabalhar em posição sentada.

Reduzir o tempo sedentário, mesmo que por curtos períodos, diminui o risco de mortalidade e contribui para a prevenção da hipertensão arterial sistêmica (HAS). A prática regular de AF reduz a incidência de HAS e está associada à diminuição de 27% a 50% no risco de mortalidade entre hipertensos, embora intensidades menores também proporcionem benefícios relevantes.

No tratamento da HAS, benefícios adicionais são obtidos com a prática de exercícios estruturados, especialmente quando há combinação de treinamento aeróbico e resistido, conforme descrito a seguir:

- O treinamento aeróbico apresenta comprovado efeito redutor da PA, tanto em consultório quanto em ambiente ambulatorial.

- Os treinamentos resistidos dinâmico e isométrico de handgrip (preensão manual) reduzem a PA em consultório, mas não há evidências de redução fora dele.
- Outras modalidades (exercícios aquáticos, ioga, tai chi chuan, treinamento intervalado de alta intensidade, entre outros) também podem reduzir a PA em consultório, porém ainda não há evidências consistentes de seus efeitos ambulatoriais nem de sua segurança, motivo pelo qual não são formalmente recomendadas para prescrição.

Quanto à avaliação prévia e prescrição:

- Para atividades leves a moderadas em indivíduos sem doença cardíaca, cerebrovascular ou renal, não é obrigatória avaliação médica prévia.
- Se surgirem sintomas durante a prática, a atividade deve ser interrompida e o paciente encaminhado para avaliação médica.
- Pacientes hipertensos sintomáticos, com comorbidades ou interessados em atividades de alta intensidade ou competitivas devem realizar avaliação médica e teste ergométrico prévios, que permitem prescrição individualizada, análise da resposta pressórica ao esforço e investigação de doença coronariana em indivíduos com múltiplos fatores de risco.

Cuidados durante o treinamento:

- A sessão não deve ser realizada se a PA estiver acima de 160/105 mmHg.
- Em hipertensos hiper-reativos, recomenda-se monitorar a PA durante o exercício aeróbico, reduzindo a intensidade caso ultrapasse 180/105 mmHg.

Dessa forma, o profissional deve:

- Recomendar a redução do comportamento sedentário nas populações adulta e adolescente.
- Incentivar o cumprimento das recomendações mínimas de AF para toda a população por meio de ações coletivas detalhadas a seguir. A prática dessas atividades contribui para reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares, mesmo quando há comportamento sedentário.
- Programar, ministrar e supervisionar programas de EF, presenciais ou à distância, individuais ou em grupo, adequados às realidades locais e às características específicas de cada pessoa. Convém fazer uso de recursos tecnológicos (celular, internet, games, vídeos

etc.) para motivar a participação, controlar a frequência e a intensidade de execução e dar dicas de como aumentar a atividade física regular diária.

- Realizar avaliações pré-participação, indicar a avaliação médica prévia nos casos recomendados e fazer reavaliações regulares para verificar a efetividade da prática e ajustar sua progressão.

6.3.8 Ações Coletivas dos Profissionais de Educação Física e Fisioterapia

- Promoção de AF comunitárias:

Dentro da equipe multiprofissional, deve-se estimular, por meio da participação dos pacientes, representantes da comunidade e sociedade civil, o desenvolvimento de atividades físicas comunitárias, reconhecendo que as atividades de lazer contribuem para a manutenção da qualidade de vida coletiva.

- Integração com hábitos de vida saudáveis:

O profissional de educação física, como integrante da equipe multiprofissional, deve evidenciar, com base em resultados positivos, que a prevenção e o tratamento da HAS dependem da redução do comportamento sedentário e do aumento da AF, associados a outros fatores: alimentação saudável, redução do peso corporal, controle do estresse, redução do consumo de sal e álcool, além da cessação do tabagismo.

Também cabe a esse profissional estimular a adesão ao tratamento medicamentoso e à verificação frequente da PA, favorecendo o melhor controle da doença.

- Criação de Ligas e Associações de portadores de HAS:

Essa estratégia contribui para aumentar a adesão ao tratamento, sendo possível a participação dos profissionais de educação física e fisioterapia na equipe de apoio a essas instituições.

- Campanhas educativas e preventivas:

A realização de Campanhas de Prevenção e Combate à Hipertensão constitui estratégia eficaz para fornecer informações de saúde à população. Nessas ações, os profissionais de educação física e fisioterapia desempenham papel relevante na educação em saúde e no incentivo à adoção de práticas saudáveis.

6.3.9 Abordagem individual

6.3.9.1 Respiração Lenta

A respiração lenta ou guiada requer redução da frequência respiratória para menos de 6 a 10 respirações/minuto durante 15-20 minutos/dia para promover a redução na PA, com o objetivo de promover redução da pressão arterial (PA) casual.

Ensaio clínico randomizado que utilizaram respiração lenta guiada (*device guided breathing; Resperate®*) mostraram resultados inconsistentes: uma metanálise prévia indicou que, após a exclusão de cinco estudos financiados pela indústria do equipamento, não houve redução significativa da PA.

Uma metanálise recente, que agregou seis estudos clínicos randomizados com duração de até seis meses, comparou os efeitos de exercícios de respiração lenta voluntária com a respiração natural. Os resultados demonstraram uma redução média de 6,36 mmHg (IC95%: 10,32 a 2,39) na PAS e 6,39 mmHg (IC95%: 7,30 a 5,49) na PAD nos pacientes que realizaram os exercícios de respiração lenta, em comparação aos grupos de controle.

Esses estudos indicam que os exercícios de respiração lenta podem reduzir, a curto prazo, tanto a PAS quanto a PAD em pacientes hipertensos com doenças cardiovasculares associadas.

6.3.9.2 Controle de Estresse

De modo geral, as técnicas usadas no manejo de estresse, como terapias comportamentais, meditação transcendental, outras técnicas de meditação, yoga, terapias de relaxamento e abordagens de biofeedback, não apresentam evidências robustas de eficácia na redução da PA.

Entre os procedimentos avaliados, a respiração lenta guiada destacou-se por apresentar mais evidências favoráveis do que a acupuntura, sugerindo uma tendência à redução da PA com o uso dessas técnicas, tanto isoladamente quanto em conjunto.

A meditação pode ser compreendida como a prática de esvaziar a mente de pensamentos, focar a concentração em um único objeto, contemplar aspectos da realidade ou desenvolver qualidades mentais ou comportamentais específicas. Uma revisão sistemática demonstrou que a meditação transcendental reduziu aproximadamente 4 mmHg na PAS e 2 mmHg na PAD.

No entanto, os mecanismos pelos quais a meditação atua na redução da PA ainda não estão totalmente elucidativos, e os estudos apresentam limitações metodológicas.

Essas observações sugerem que, embora algumas técnicas de manejo do estresse possam apresentar benefícios na redução da PA, como a musicoterapia e a meditação transcendental, a evidência ainda não é suficientemente robusta para recomendações amplas e definitivas. Mais pesquisas são necessárias para confirmar esses achados e esclarecer os mecanismos envolvidos.

6.3.9.3 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As PICS configuram-se como importantes ferramentas terapêuticas de cuidado, por serem práticas de abordagens integrais, que consideram todas as dimensões do ser - física, emocional, mental e social. Elas ampliam a visão dos profissionais de saúde sobre o processo saúde-doença e instrumentalizam e sensibilizam os usuários para o autocuidado.

As PICS são ofertadas no SUS desde 1988, sendo instituídas enquanto política pública em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).

Essa política surgiu a partir das demandas sociais manifestadas nas diversas Conferências Nacionais de Saúde e das diretrizes e recomendações aos Estados Membros da OMS.

No tratamento de usuários com HAS, fortalecer a percepção para o autocuidado é etapa imprescindível para adesão a um estilo e prática de vida mais saudável. Nesse contexto, as PICS são importantes aliadas, contribuindo para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde e manejo clínico da HAS potencializando o projeto terapêutico singular por meio de seus benefícios.

Algumas PICS, como *yoga*, auriculoterapia e *Tai Chi Chuan*, podem contribuir para o tratamento de indivíduos adultos HAS. A auriculoterapia, em particular, apresenta evidências de redução da PA, do peso corporal e do IMC, especialmente quando aplicada por 12 semanas.

Essas práticas também oferecem benefícios indiretos, como redução do estresse, melhora do humor, depressão, ansiedade, insônia e qualidade de vida, favorecendo a adesão ao tratamento e mudanças comportamentais, como alimentação saudável e prática regular de atividades físicas.

Dessa forma, sempre que disponíveis nos serviços de saúde, as PICS devem compor o rol de ações e intervenções voltadas ao cuidado dos indivíduos na APS, complementando o tratamento da equipe multiprofissional. Destaca-se ainda que as práticas estão contempladas no rol de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) e possuem ressarcimento no Sistema Único de Saúde.

6.3.10 Aspecto psicológico

Conviver com o diagnóstico de uma doença crônica não transmissível (DCNT) é um processo desafiador, que pode gerar impactos emocionais significativos. Indivíduos com DCNT frequentemente vivenciam altos níveis de estresse, ansiedade, negação e medo em relação ao futuro. O processo de aceitação do diagnóstico tem papel central no enfrentamento da doença, pois favorece atitudes mais ativas, cuidadosas e positivas diante dos sintomas e das mudanças necessárias.

A mudança de hábitos de vida constitui, em grande parte dos casos, a principal estratégia terapêutica nas DCNT. A promoção da qualidade de vida deve priorizar o bem-estar físico, emocional e social, aliado à estabilidade dos parâmetros clínicos relacionados à doença.

Como parte do cuidado integral e contínuo, a adaptação psicológica aos novos hábitos e comportamentos é essencial para o controle clínico e adesão terapêutica.

Na elaboração de estratégias de cuidado individual, o profissional de saúde deve considerar fatores biopsicossociais determinantes, como vulnerabilidade social, apoio familiar e capacidade cognitiva do paciente para compreender e seguir as orientações propostas. Estudos indicam que pessoas com DCNT apresentam maior vulnerabilidade emocional e social, o que reforça a importância de uma abordagem integral e centrada na pessoa.

O cuidado longitudinal e o vínculo terapêutico sustentam uma visão positiva e realista da doença, favorecendo melhores desfechos clínicos e psicossociais. A responsabilização do paciente deve ocorrer de forma acolhedora e colaborativa, com compartilhamento equilibrado de riscos, desafios e decisões, evitando percepções de culpa e promovendo o empoderamento para o autocuidado.

Na rotina da Atenção Primária à Saúde (APS), é fundamental preservar o vínculo do paciente com a Unidade Básica de Saúde (UBS), mesmo quando há necessidade de acompanhamento temporário em ambulatórios de doenças crônicas ou outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa continuidade garante a coordenação do cuidado e evita fragmentação do acompanhamento. Após a estabilização clínica, adaptação emocional e participação em atividades educativas e terapêuticas, o paciente deve ser contrarreferenciado à UBS de origem, assegurando o gerenciamento longitudinal e o seguimento multiprofissional.

Antes da aplicação de qualquer técnica psicológica, é imprescindível avaliar fatores de risco psíquico, como histórico de tratamento em saúde mental, diagnósticos psiquiátricos prévios, histórico familiar de transtornos mentais, tentativas de autoextermínio e condições psicossociais atuais. O profissional deve identificar a necessidade de acompanhamento psicológico individualizado, esclarecendo que nem todos os pacientes requerem psicoterapia formal e explicando de forma acessível o que é terapêutico e o que não é dentro do plano de cuidados. O apoio psicológico deve ser acolhedor, empático e não punitivo, incentivando o engajamento terapêutico, o reforço positivo das mudanças de comportamento e a adaptação saudável a um novo estilo de vida.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a abordagem psicológica com maior evidência de eficácia para pacientes com DCNT. Entre as técnicas frequentemente utilizadas destacam-se: psicoeducação, reestruturação cognitiva, flexibilização de pensamentos disfuncionais, exposição gradual a comportamentos adaptativos e planejamento de metas realistas, conforme descrito no Quadro 15.

Quadro 16 - Técnicas da Abordagem TCC Para utilização no Tratamento e Prevenção de Doenças Crônicas

Técnica	Descrição
Psicoeducação	- Auxiliar o usuário na compreensão da doença, seus riscos e tratamentos necessários. - Prevenção e conscientização sobre a saúde. Explicação detalhada sobre todo o processo, significados, riscos e mudanças a serem desenvolvidas.
Registro de pensamentos automáticos disfuncionais	Colabora com a identificação de emoções, cognições e pensamentos disfuncionais, fazendo com que o usuário e o profissional consigam realizar um trabalho seguro para o controle emocional.

	• Ao se conscientizar sobre seus comportamentos em variadas situações o sujeito será capaz de inviabilizar pensamentos automatizados.
Refocalização	• Orientar o usuário a concentrar sua atenção em outras questões. • Ensiná-lo a aceitar e compreender a situação e a sua própria experiência subjetiva.
Solução de problemas e treinamento de habilidades	• Esta técnica incentiva o paciente a pensar em soluções potenciais para situações específicas, utilizando experiências anteriores e semelhantes para evocar pensamentos esclarecedores. • Ao detalhar uma situação problema, o indivíduo desenvolve mais facilmente habilidades futuras.
Mindfulness e relaxamento	• Consiste na observação e aceitação de experiências próprias de forma acolhedora, sem julgamentos ou avaliações. • Utiliza técnicas de respiração e relaxamento muscular progressivo.
Autoinstrução	• Técnica em que o próprio indivíduo será responsável por limitar seus pensamentos disfuncionais. • O usuário busca estar ciente das características de seus pensamentos automáticos e interrompê-los com pontuações imperativas de parada.
Role-play	• Utiliza dramatização e troca de papéis para evocar pensamentos automáticos e possíveis respostas adaptativas em determinadas situações. • É utilizado para a aprendizagem de habilidades e na identificação de pensamentos disfuncionais, sendo mais eficaz quando aplicado em grupos.
Prescrição gradual de tarefas e metas	• Como forma de aliviar a tensão sobre a mudança de hábitos do indivíduo, sugerir de forma visual o passo a passo a ser realizado pelo usuário. • O objetivo é atingir a meta estabelecida no plano terapêutico em etapas, fazendo com que o usuário se sinta mais seguro e positivo ao observar que a mudança será realizada de forma progressiva.

Fonte: Elaboração própria

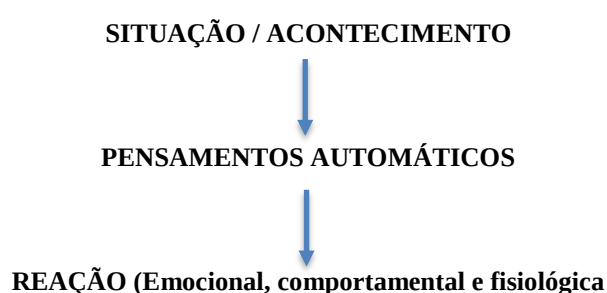
Pode-se considerar que o modo como o indivíduo percebe e interpreta as situações vivenciadas influencia mais intensamente seus sentimentos, comportamentos e reações fisiológicas do que a situação em si. A partir dessa premissa, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) propõe que o paciente aprenda a identificar, avaliar e modificar pensamentos automáticos e crenças

disfuncionais, substituindo-os por interpretações mais realistas e funcionais. O objetivo central é promover mudanças cognitivas e comportamentais capazes de melhorar o enfrentamento da doença, reduzir o estresse e favorecer a adesão ao tratamento. Essas intervenções devem ser conduzidas por profissional de saúde capacitado, que ofereça suporte breve, focado e individualizado, centrado na pessoa portadora da condição. A TCC é especialmente útil no contexto das doenças crônicas, pois contribui para o fortalecimento da autopercepção, da autonomia e da responsabilidade ativa do paciente sobre sua saúde.

Nessa perspectiva, compreende-se que cada experiência vivida desperta uma cadeia de pensamentos automáticos que, por sua vez, determinam as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas do indivíduo. Esses pensamentos surgem de forma imediata e, muitas vezes, distorcida, levando a respostas desadaptativas diante das situações. Ao reconhecer e questionar essas interpretações automáticas, o paciente passa a reformular suas percepções e atitudes, desenvolvendo estratégias mais equilibradas e funcionais de enfrentamento — processo que constitui o cerne da abordagem cognitivo-comportamental.

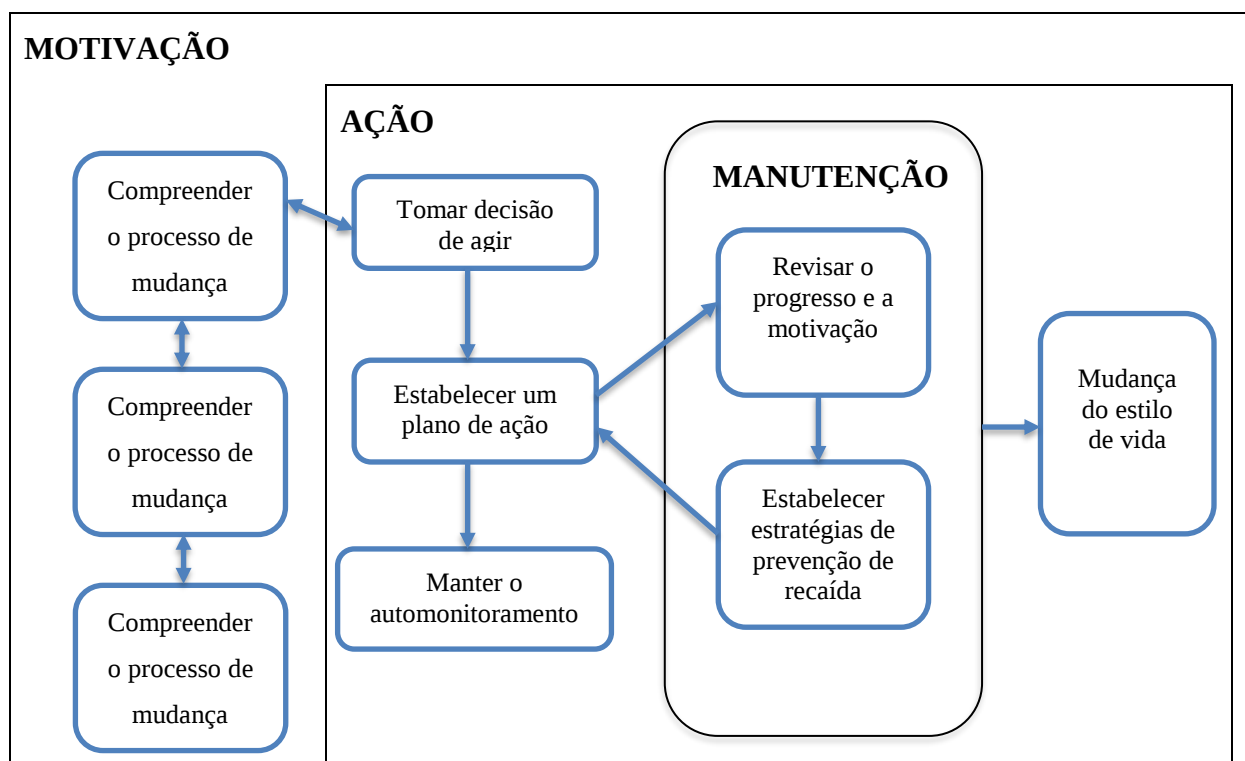
As Figuras 10 e 11 ilustram de forma objetiva a lógica fundamental da teoria cognitivo-comportamental e as etapas sequenciais do processo de mudança de comportamento necessárias à adoção e manutenção de um estilo de vida saudável.

Figura 10 – Formação dos pensamentos automáticos disfuncionais



Fonte: Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática. 2ª edição (2014).

Figura 11 – Fases para o processo de motivação de mudanças de hábitos



Fonte: Terapia Cognitivo-Comportamental Para Tratamento De Diabetes (2016).

Baseando-se nas evidências e estratégias apresentadas na [Figura 11](#), as fases descritas para o processo de motivação de mudança de hábitos podem ser detalhadas em seguida.

6.3.10.1 Motivação

A fase de motivação na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é composta por três etapas principais:

- compreensão da necessidade de mudança,
- busca do propósito que sustenta essa mudança, e
- organização da rede de apoio que auxiliará no processo de adaptação e manutenção de novos hábitos.

Nesta fase inicial, o esclarecimento de dúvidas e o apoio profissional qualificado são fundamentais para garantir a adesão e a eficácia do tratamento e/ou das estratégias de prevenção. Além disso, é essencial realizar, em conjunto com o usuário, o mapeamento de sua rede de apoio social, identificando pessoas de referência que possam estimular e sustentar o autocuidado ao longo do tempo.

Algumas técnicas da TCC podem ser aplicadas nesse momento inicial para favorecer o engajamento e a compreensão do processo de mudança:

- **Psicoeducação:** consiste em esclarecer de forma objetiva, acessível e empática sobre a doença, seus riscos e as razões que tornam necessária a mudança de comportamento. A psicoeducação pode ocorrer de maneira individual ou em grupo, conforme o contexto da APS.
- **Identificação precoce de recaídas e pensamentos disfuncionais:** orientar o paciente a reconhecer sinais de alerta, situações de risco e padrões automáticos de pensamento (Figura 11) que possam comprometer o tratamento.
- **Compreensão individual e relação terapêutica:** fortalecer o vínculo profissional-usuário, estimulando o protagonismo da pessoa no processo de mudança. Deve-se identificar pensamentos automáticos disfuncionais e crenças intrusivas (Quadro 15) que possam gerar autossabotagem, resistência ou abandono do tratamento.
- **Apoio social e familiar:** estimular o envolvimento de familiares, amigos e comunidade no fortalecimento das ações de autocuidado, ampliando o suporte emocional e prático ao paciente. O objetivo é potencializar a qualidade de vida e reforçar o engajamento subjetivo e coletivo no enfrentamento da doença crônica.

Quadro 17- Exemplos de pensamentos automáticos disfuncionais e subclassificações

Distorções cognitivas	
Pensamento do tipo tudo ou nada	Exemplo: "Se eu não for um sucesso total, sou um fracasso."
Catastrofização (adivinhação)	Exemplo: "Vou ficar tão perturbado que serei absolutamente incapaz de funcionar."

Desqualificação ou desconsideração do positivo	Exemplo: "Executei bem aquele projeto, mas isso não significa que sou competente; apenas tive sorte."
Raciocínio emocional	Exemplo: "Sei que faço bem muitas coisas no trabalho, mas ainda acho que sou um fracasso."
Rotulação	Exemplo: "Sou um perdedor"; "Ele não é bom."
Maximização/minimização	Exemplo: "Receber uma avaliação medíocre comprova o quanto sou inadequado. Receber notas altas não significa que sou inteligente."
Filtro mental	Exemplo: "Como recebi uma nota baixa na minha avaliação [que também continha várias notas altas], isso significa que estou fazendo um péssimo trabalho."
Leitura mental	Exemplo: "Ele está achando que eu não sei nada sobre este projeto."
Generalização excessiva	Exemplo: "Como me senti desconfortável na reunião, não tenho o que é necessário para fazer amigos."
Personalização	Exemplo: "O funcionário foi rude comigo porque fiz alguma coisa de errado."
Declarações do tipo "deveria" e "tenho que"	Exemplo: "É terrível que eu tenha cometido um erro. Eu deveria sempre dar o melhor de mim."
Visão em túnel	Exemplo: "O professor do meu filho não sabe fazer nada direito. Ele é crítico, insensível e péssimo para ensinar."

Fonte: Adaptado de Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática. 2ª edição (2014).

6.3.10.2 Ação

A fase de ação corresponde ao momento em que o paciente passa a executar as mudanças planejadas, aplicando as estratégias discutidas na fase anterior. Nessa etapa, o profissional de saúde e o usuário revisam os motivos que sustentam o desejo de mudança, identificam os principais desafios pessoais e contextuais e elaboram planos de ação de médio e longo prazo, com foco em promover melhoria da qualidade de vida, adesão terapêutica e redução de riscos cardiovasculares. (Anexo D)

As dificuldades individuais devem ser claramente reconhecidas e compreendidas pelo paciente, de modo que ele se engaje no processo de mudança, desenvolva autonomia decisória e pratique o automonitoramento contínuo.

Algumas técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) são especialmente indicadas para conduzir essa fase:

- *Manejo e estabelecimento de metas: elaborar estratégias e um plano terapêutico estruturado, com metas realistas, mensuráveis e alcançáveis (modelo SMART). Essas metas devem contemplar tanto o enfrentamento da doença quanto o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado. Recomenda-se que o processo seja compartilhado em grupos operativos, favorecendo o apoio mútuo, a troca de experiências e a reflexão coletiva sobre as estratégias de superação.*
- *Monitoramento e automonitoramento: ensinar o usuário a observar e registrar sinais, emoções e situações que antecedem comportamentos sabotadores ou recaídas. O paciente torna-se seu próprio observador e avaliador, reconhecendo padrões de sucesso e de dificuldade. Os grupos operativos podem apoiar essa prática, fortalecendo o sentimento de pertencimento, o reforço positivo e a manutenção dos comportamentos saudáveis.*

O êxito dessa fase depende da colaboração ativa entre paciente e equipe multiprofissional, do reforço contínuo das conquistas e da flexibilidade do plano terapêutico, que deve ser ajustado conforme as necessidades e o progresso do indivíduo.

6.3.10.3 Manutenção

A fase de manutenção tem como foco consolidar as mudanças já alcançadas e prevenir recaídas. O objetivo central é revisar as estratégias que se mostraram eficazes, identificar aquelas que não produziram resultados satisfatórios e ajustar o plano de cuidado, considerando as conquistas obtidas e os novos desafios a enfrentar. Reforçar os comportamentos positivos e valorizar as conquistas do paciente — por meio de elogios, parabenizações, feedbacks construtivos e compartilhamento de resultados em grupos — é uma estratégia eficaz para estimular o engajamento e consolidar o novo estilo de vida.

O automonitoramento contínuo permanece essencial, pois permite identificar o que é viável de ser mantido e o que precisa ser adaptado. O acompanhamento individual periódico possibilita ajustes personalizados no plano terapêutico, enquanto os grupos operativos favorecem o compartilhamento de experiências, a avaliação mútua e o suporte coletivo.

As seguintes ações são recomendadas para fortalecer o manejo nesta fase:

- Examinar o caminho percorrido: revisar as etapas do processo, reconhecendo os comportamentos disfuncionais e seus gatilhos, bem como as estratégias que favoreceram a mudança. Registrar e analisar os pensamentos sabotadores (Anexo E) e suas possíveis consequências, promovendo a conscientização sobre seus impactos.
- Replanejar estratégias eficazes e duradouras: demonstrar que recaídas fazem parte do processo, acolher conquistas e dificuldades e desenvolver novas formas motivadoras de manutenção dos hábitos saudáveis. O plano de ação deve ser compartilhado entre profissionais e paciente, com reforço positivo contínuo e ajustes graduais conforme a evolução clínica e comportamental.

A mudança de hábitos é um processo dinâmico e complexo, com períodos de instabilidade e possível resistência. O paciente deve ser reorientado sempre que necessário, reconhecendo que a repetição é parte natural do aprendizado e da teoria cognitivo-comportamental. Em casos de resistência, o profissional deve adotar uma abordagem acolhedora, auxiliando o paciente a reconhecer seus próprios padrões de pensamento e comportamento e a compreender o tempo individual de adaptação.

O reforço positivo — por meio de reconhecimento, acolhimento e validação das dificuldades — é fundamental para fortalecer o vínculo profissional-usuário e incentivar o engajamento no projeto terapêutico. É importante que o paciente reconheça a possibilidade de recaídas cognitivas ou comportamentais, compreendendo que pensamentos distorcidos podem influenciar negativamente o processo. Assim, a identificação e reestruturação cognitiva desses pensamentos tornam-se etapas cruciais da manutenção.

A discussão terapêutica de casos e situações vivenciadas auxilia o paciente a refletir sobre suas respostas e aprimorar suas estratégias de enfrentamento. O suporte psicológico contínuo permanece essencial, especialmente por meio dos grupos operativos, que oferecem espaço

seguro para compartilhar experiências, enfrentar dificuldades e reforçar as conquistas alcançadas.

Usuários que necessitem de acompanhamento individual devem ser incluídos nas atividades coletivas, de modo que a interação em grupo complemente o cuidado individualizado, favorecendo a manutenção dos hábitos saudáveis e a melhora da qualidade de vida.

Os membros dos grupos devem compreender que os resultados positivos exigem esforço individual e corresponsabilidade coletiva. O processo terapêutico não é unilateral: a colaboração ativa e o comprometimento de cada participante são fundamentais para alcançar resultados duradouros e sustentáveis no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

6.3.11 Abordagem psicológica no tratamento de doenças crônicas em crianças e adolescentes

O manejo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em crianças e adolescentes requer adaptação das estratégias psicológicas e educativas à faixa etária e ao estágio de desenvolvimento do usuário. É fundamental que o cuidado incorpore elementos lúdicos, explicações de linguagem acessível e o uso de recursos visuais e interativos, como jogos, histórias, imagens e brinquedos terapêuticos. Esses recursos fortalecem o vínculo profissional-paciente e favorecem a compreensão e aceitação gradual do diagnóstico, facilitando a adesão às mudanças necessárias no estilo de vida.

O processo de adaptação psicológica nessa faixa etária é mais complexo, pois a fase de negação da doença tende a ser mais intensa e prolongada. Fatores como o julgamento de colegas, a prática de bullying e o desejo de pertencimento podem dificultar a aceitação da condição e comprometer o autocuidado.

A seguir, são apresentados princípios fundamentais para o cuidado psicológico de crianças e adolescentes com DCNT:

- Acolhimento afetivo e respeito: o atendimento deve ser livre de imposições, baseado na escuta ativa e na construção de um ambiente seguro e de confiança. É essencial que a criança

ou o adolescente compreenda seu quadro de saúde e tenha espaço para esclarecer dúvidas, fortalecendo a autonomia emocional.

- Flexibilidade e paciência: o diálogo deve ser constante, acolhedor e adaptado ao nível de desenvolvimento cognitivo e emocional. A comunicação deve ser clara e encorajadora, reforçando a participação da criança como sujeito do processo terapêutico.
- Envolvimento familiar: a abordagem deve incluir pais, responsáveis e cuidadores, que exercem papel decisivo na manutenção de hábitos saudáveis e na adesão ao tratamento. O profissional deve estimular a corresponsabilização familiar e orientar os adultos a modelar comportamentos positivos, pois a mudança da criança está fortemente associada ao exemplo e à rotina do núcleo familiar.
- Educação e conscientização em múltiplos ambientes: escolas, unidades de saúde e espaços comunitários devem atuar de forma integrada, promovendo a educação em saúde de maneira clara, empática e inclusiva. Essas ações devem evitar exposição, estigmatização ou constrangimento, e promover empatia e apoio coletivo ao aluno ou paciente.
- Prevenção precoce: o aprendizado sobre riscos, comportamentos saudáveis e autocuidado desde a infância contribui para a formação de hábitos sustentáveis e a redução de riscos futuros de DCNT.

Essa abordagem integrada, afetiva e educativa favorece o engajamento ativo de crianças e adolescentes no autocuidado e promove mudanças duradouras nos hábitos de vida, fortalecendo a autonomia, a autoestima e o enfrentamento positivo da doença crônica.

6.3.12 Saúde Bucal

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta repercussões significativas sobre a saúde bucal. Da mesma forma, alterações orais, como a doença periodontal, podem interferir negativamente no controle pressórico, configurando uma relação bidirecional entre as condições sistêmica e bucal. Assim, a atenção odontológica deve integrar as estratégias de cuidado das pessoas com HAS, contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento e monitoramento das manifestações relacionadas à doença e aos medicamentos utilizados

6.3.12.1 Prevenção e promoção da saúde bucal

O controle adequado do biofilme dental contribui para melhorar a resposta ao tratamento anti-hipertensivo e reduzir complicações associadas. Por isso, os indivíduos com hipertensão devem ser orientados quanto à higiene oral rigorosa, à adoção de uma alimentação equilibrada — com redução do consumo de sal, açúcar e ultraprocessados —, à cessação do tabagismo e à moderação no consumo de álcool.

Essas medidas produzem benefícios simultâneos à saúde bucal e cardiovascular, reforçando a importância da abordagem integral do paciente.

Recomenda-se que pessoas com HAS realizem consultas odontológicas periódicas, preferencialmente a cada seis meses, para o monitoramento da saúde bucal, a prevenção de complicações e o acompanhamento de efeitos adversos decorrentes do uso contínuo de medicamentos.

A integração multiprofissional entre médicos, cirurgiões-dentistas e outros profissionais da equipe de saúde é essencial para o controle do biofilme oral, a prevenção de doenças sistêmicas e a melhoria global da qualidade de vida.

6.3.12.2 Condutas no atendimento odontológico

O atendimento odontológico ao paciente hipertenso deve ser conduzido com cautela, a fim de evitar descompensações durante o procedimento clínico. A anamnese detalhada deve incluir: data do diagnóstico, formas de tratamento, medicamentos em uso, adesão terapêutica, sintomas associados e nível de controle da doença. É imprescindível aferir a pressão arterial (PA) antes de cada atendimento, registrando os valores no prontuário do paciente.

O atendimento deve minimizar situações de estresse e dor, fatores que podem elevar a PA. Para isso, recomenda-se:

- Consultas curtas e em horários confortáveis;
- Controle eficaz da dor intraoperatória;
- Uso criterioso de ansiolíticos, quando necessário, conforme avaliação clínica.

Não existem limites pressóricos absolutos para contraindicar procedimentos odontológicos. No entanto, valores acima de 210/120 mmHg configuram urgência médica, e níveis $\geq 180/110$ mmHg requerem avaliação individualizada do risco-benefício do procedimento. Empiricamente, este último valor (180/110 mmHg) é considerado o limite seguro para realização de procedimentos eletivos, desde que o paciente esteja clinicamente estável e sem sintomas.

6.3.12.3 Uso de anestésicos locais

O uso de anestésicos locais com vasoconstritores é seguro em pacientes hipertensos controlados, pois reduz dor e estresse, diminuindo a liberação de catecolaminas endógenas.

- Até 2 tubetes de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 costumam ser bem tolerados.
- Felipressina (0,03 UI/ml) é opção preferencial para cardiopatas, até 5 tubetes (dose máxima de 0,27 UI).
- Adrenalina 1:100.000 ou 1:200.000 pode ser utilizada, desde que não ultrapasse 2 tubetes por sessão em pacientes hipertensos controlados.

A anestesia intraligamentar deve ser evitada, recomendando-se uso de seringa com aspiração para prevenir injeção intravascular.

6.3.12.4 Complicações possíveis

As complicações mais comuns durante o atendimento odontológico de pessoas hipertensas incluem:

- *Crises hipertensivas — elevação rápida e sintomática da PA, geralmente com PAD > 120 mmHg;*
- *Síncope e hipotensão ortostática, principalmente em pacientes em uso de anti-hipertensivos com efeito vasodilatador.*

O cirurgião-dentista deve estar preparado para reconhecer e intervir nessas situações, mantendo os protocolos de urgência atualizados.

6.3.12.5 Manifestações bucais relacionadas a medicamentos anti-hipertensivos

Os principais efeitos adversos orais decorrentes do uso de medicamentos anti-hipertensivos são xerostomia e hiperplasia gengival.

- Xerostomia: associada a diuréticos, inibidores adrenérgicos centrais e inibidores da enzima conversora de angiotensina. Pode causar dificuldade de mastigação, deglutição, fala, alteração do paladar, candidose, mucosite, cárie cervical e ulcerações. A conduta inclui hidratação frequente, uso de saliva artificial, flúor tópico, antifúngicos em casos de candidose e, em situações específicas, pilocarpina, com cautela pelo risco de elevação da PA.
- Hiperplasia gengival medicamentosa: frequentemente associada ao uso de bloqueadores de canais de cálcio, principalmente nifedipina, com incidência entre 30% e 40% dos pacientes. Caracteriza-se por crescimento gengival firme e, em geral, indolor, localizado principalmente na gengiva vestibular anterior. No entanto, pode tornar-se dolorosa e sangrante quando há inflamação secundária decorrente do acúmulo de biofilme, o que também compromete a mastigação e a estética. O tratamento envolve controle rigoroso do biofilme, ajuste medicamentoso (quando possível, em parceria com o médico) e, nos casos persistentes, remoção cirúrgica do tecido hiperplásico.

6.3.12.6 Uso de AINEs e interações medicamentosas

A prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) requer cautela, pois esses medicamentos podem reduzir a eficácia de drogas anti-hipertensivas, como β -bloqueadores, inibidores da ECA e diuréticos. Assim, recomenda-se que os AINEs sejam prescritos por períodos curtos, de até quatro dias. Em alternativa, podem ser substituídos por analgésicos, embora o efeito clínico dos AINEs seja superior em determinados quadros dolorosos. De modo prático, sugere-se uso máximo de três dias e orientação quanto à redução do consumo de sal durante o tratamento com AINEs.

Durante o atendimento odontológico, é essencial:

- Planejar sessões curtas, preferencialmente no final da manhã;
- Monitorar a PA antes, durante e após o procedimento, conforme o quadro clínico;

- Considerar valores de PA até 180/110 mmHg como limite empírico seguro para realização de procedimentos eletivos, respeitando sempre a avaliação clínica individual.

6.3.13 Imunizações

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil vem se aprimorando continuamente, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida à população por meio da prevenção de doenças imunopreveníveis.

O Calendário Nacional de Vacinação contempla não apenas crianças, mas também adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas, assegurando cobertura integral em todas as faixas etárias. Atualmente, dezenove (19) vacinas são disponibilizadas de forma rotineira na rede pública, com início da proteção ainda nos recém-nascidos e possibilidade de reforços ao longo da vida.

As vacinas são seguras e estimulam o sistema imunológico a proteger o indivíduo contra doenças preveníveis. Existem imunizantes destinados a todas as faixas etárias, e o PNI realiza campanhas anuais de atualização da caderneta de vacinação.

Para os portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), não há particularidades específicas, devendo ser seguido o Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e do Idoso (Quadro 15).

Recomenda-se, adicionalmente, a vacinação anual contra influenza, devido ao risco aumentado de complicações em portadores de doenças crônicas.

O PNI também é responsável pela aquisição, distribuição e normatização do uso dos imunobiológicos especiais, indicados para situações clínicas específicas ou grupos populacionais com condições diferenciadas, atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Os CRIE destinam-se ao atendimento de indivíduos portadores de quadros clínicos especiais, ou seja, aqueles com maior risco para doenças ou complicações, seja por motivos biológicos ou por impossibilidade de utilizar os imunobiológicos disponíveis na rede básica. Nesses casos, o paciente pode necessitar de vacinas, imunoglobulinas ou ambos. O atendimento é realizado por demanda espontânea, conforme ordem de chegada. Os pacientes encaminhados ao CRIE devem apresentar relatório médico completo, contendo a justificativa clínica (diagnóstico), a

indicação dos imunobiológicos solicitados — conforme o Manual dos CRIEs do Ministério da Saúde — e, quando necessário, exames laboratoriais ou de imagem. As solicitações serão avaliadas pela equipe médica do CRIE, e, estando em conformidade com as normas vigentes, os imunobiológicos serão dispensados.

Quadro 18 - Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e Idoso

Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e Idoso							
VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	NÚMERO DE DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES	
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO
Hepatite B (HB - recombinante)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 6 meses após 1ª dose.	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 4 meses após 1ª dose.
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves ou se contatos de difteria, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos	-	60 dias	30 dias
Febre Amarela (VFA - atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Dose única	Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	-	-	-
Sarampo, caxumba, rubéola (SCR - atenuada) (Tríplice viral)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	2 doses (20 a 29 anos) Uma dose (30 a 59 anos) (verificar situação vacinal anterior)	-	-	-	30 dias (Se duas doses)
Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 - recombinante)*	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Antígeno recombinante da proteína L1 os vírus 6, 11, 16 e 18 do HPV	3 doses para vítimas de abuso sexual (homens e mulheres)	-	Faixa etária de 15 a 45 anos	2ª dose: 2 meses após 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose	2ª dose: 2 meses após 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose
Difteria, Tétano, <i>Pertussis</i> (dTpa - acelular)**	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxoides diftérico (teor reduzido) + tetânico + <i>pertussis</i> (acelular) purificados	Uma dose	Uma dose a cada 10 anos	A partir dos 18 anos	10 anos	5 anos em caso de ferimentos graves e comunicantes de difteria

Legenda: * Pessoas vítimas de abuso sexual (homens e mulheres), na faixa etária de 9 a 45 anos de idade, possuem recomendação de vacinação contra HPV, nos seguintes esquemas: 02 doses para pessoas de 09 a 14 anos, 11 meses e 29 dias (2ª dose 2 meses após a 1ª); e 03 doses para pessoas de 15 a 45 anos (2ª dose 2 meses após a 1ª; e a 3ª dose 6 meses após a 1ª dose). Pessoas portadoras de papilomatose respiratória recorrente (PPR), deverão receber 03 doses da vacina HPV4 (0, 2 e 6 meses), para o uso da vacina HPV como tratamento adjuvante da PPR. Pessoas de 9 a 45 anos de idade, vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos, administrar 3 (três) doses da vacina com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses). Para a vacinação destes grupos, mantém-se a necessidade de prescrição médica. Usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) à HIV/Aids, de 15 a 45 anos, possui recomendação de esquema de 3 doses da vacina (0, 2 e 6 meses), mediante a apresentação de qualquer tipo de comprovação de que faz PrEP. Aqueles que possuem histórico vacinal contra HPV, se incompleto, deverão receber, caso necessário, doses subsequentes para completar o esquema recomendado, conforme a condição especial da indicação e a faixa etária especificada. ** A Vacina dTpa está recomendada para profissionais da saúde, parteiras tradicionais e estagiários da área, atendendo recém-nascidos). Pessoas portadoras de papilomatose respiratória recorrente (PPR), a partir de 1 anos de idade, deverão receber 03 doses da vacina HPV4 (0, 2 e 6 meses). Para a vacinação destes grupos, mantém-se a necessidade de prescrição médica. OBS: As recomendações de uso dos imunobiológicos para pessoas portadoras de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições clínicas especiais de morbidades ou exposição a situações de risco, independentemente da idade, encontram-se dispostas no Manual do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), 6ª edição – MS, 2023, disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/grupos-especiais>

Fonte: Ministério da Saúde. Vacinação. Portal do Governo Brasileiro. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>. Acesso em: 03 out. 2024.

Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)

- R. Domingos Vieira, 488, 2º andar (dentro do CEM IPSEMG) - Santa Efigênia, 3277-7726 / 3277-5301, crie@pbh.gov.br
- Horário de Funcionamento:
 - Segunda a sexta-feira: das 7h30 às 18h,
 - Sábados, domingos e feriados: das 8h às 12h e das 14h às 18h.

6.4 Manejo Farmacológico

6.4.1 Geral

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante fator de risco modificável para doenças cardiovasculares (DCV). O benefício da redução dos níveis pressóricos por meio da terapia farmacológica específica foi amplamente comprovado em estudos clínicos controlados.

Em pacientes hipertensos, o uso de anti-hipertensivos reduz significativamente o risco de eventos cardiovasculares, independentemente da presença prévia de DCV. Evidências mostram que cada redução de 10 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) resulta em:

- 20% de redução do risco de DCV,
- 17% de redução do risco de doença arterial coronariana (DAC),
- 27% de redução do risco de acidente vascular encefálico (AVE),
- 28% de redução do risco de insuficiência cardíaca (IC) e
- 13% de redução da mortalidade total.

Esses benefícios são ainda mais expressivos em indivíduos com doença cardiovascular prévia, diabetes mellitus (DM) e doença renal crônica (DRC). A maioria dos pacientes hipertensos necessita da associação entre mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico para atingir as metas pressóricas recomendadas.

6.4.2 Indicações para iniciar manejo farmacológico

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial recomendam o início imediato do tratamento medicamentoso em pacientes com pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg e risco cardiovascular moderado ou alto, bem como naqueles com doença cardiovascular preexistente.

Para indivíduos com PA $\geq 140/90$ mmHg e risco cardiovascular baixo, ou com PA $\geq 130/80$ mmHg e risco alto ou presença de DCV, recomenda-se inicialmente o tratamento não medicamentoso, com foco em mudanças no estilo de vida e reavaliação em três meses.

O uso de fármacos anti-hipertensivos é indicado para todos os pacientes que não apresentarem adesão adequada ou não atingirem controle pressórico satisfatório após três meses de medidas não farmacológicas.

O resumo das recomendações encontra-se no [Quadro 16](#).

Quadro 19 - Início de tratamento com intervenções no estilo de vida e tratamento farmacológico de acordo com a pressão arterial, idade e risco cardiovascular

Níveis pressóricos, classificação da HAS e risco cardiovascular	Início das intervenções no estilo de vida	Início da terapia farmacológica
Pré-hipertensão (130-139/85-89) E risco cardiovascular baixo ou moderado E sem DCV preexistente	Todos, ao diagnóstico.	Não recomendado.
Pré-hipertensão (130-139/85-89) E risco cardiovascular alto OU DCV preexistente	Todos, ao diagnóstico.	Aguardar 3 meses pelo efeito de intervenções no estilo de vida; Se houver falha de adesão ou adesão insuficiente para melhor níveis pressóricos, iniciar monoterapia.
HAS estágio 1 (140-159/90-99) E risco cardiovascular baixo		
HAS estágio 1 (140-159/90-99) E risco cardiovascular moderado ou alto	Todos, ao diagnóstico.	Iniciar terapia combinada com 2 fármacos.
HAS estágio 2 (160-179/100-109)		
HAS estágio 3 ($\geq 180/110$ mmHg)		

Legenda: HAS: hipertensão arterial sistêmica. PA: pressão arterial. PAS: pressão arterial sistólica. PAD: pressão arterial diastólica. DCV: doença cardiovascular

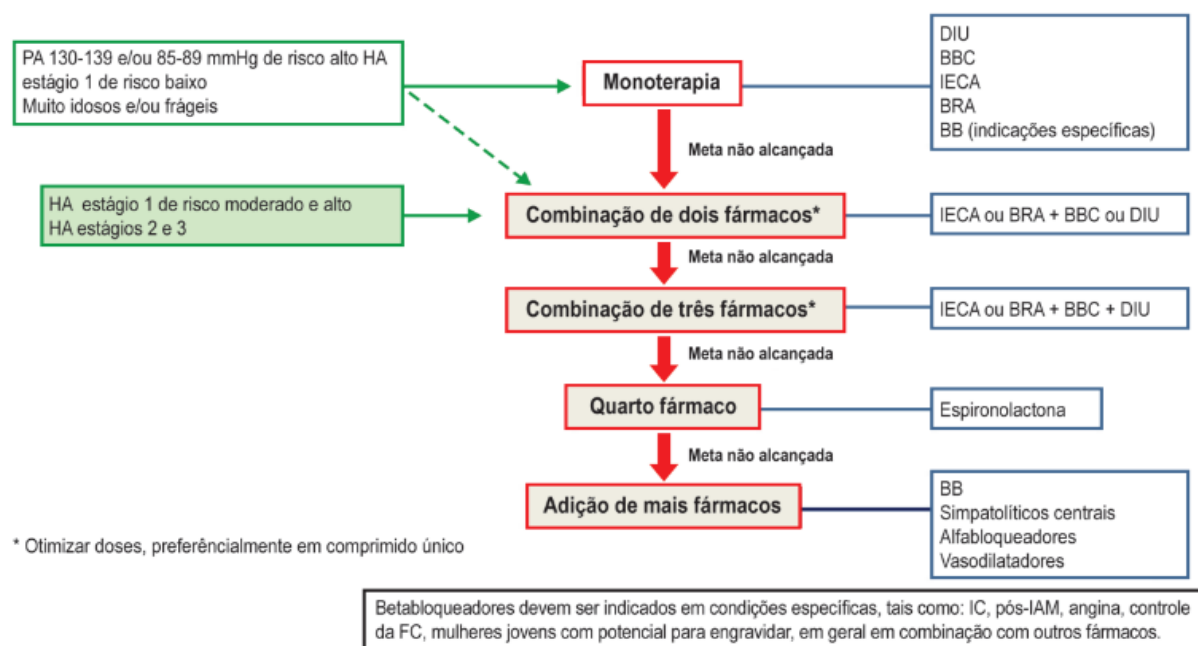
Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

6.4.3 Escolha farmacológica

A escolha do fármaco anti-hipertensivo deve ser orientada pela evidência de efetividade clínica, considerando também os aspectos farmacodinâmicos, o perfil de reações adversas, a presença de comorbidades e a possibilidade de adesão ao tratamento. Esses fatores norteiam a sequência de introdução e associação de medicamentos, conforme a resposta terapêutica e a tolerabilidade do paciente.

A Figura 12 apresenta uma proposta sistematizada de intervenções farmacológicas, de acordo com o estágio da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o nível de risco cardiovascular (RCV).

Figura 12 – Tratamento Medicamentoso

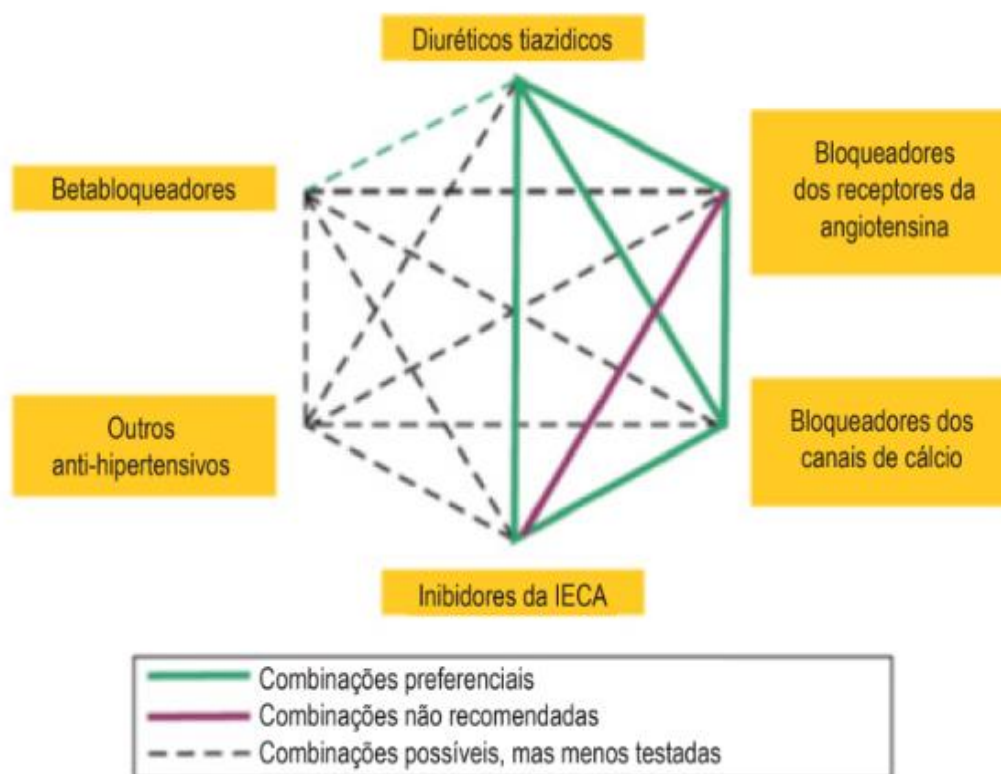


Legenda: linha verde cheia: preferencialmente; linha verde tracejada: pode ser feito.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

A escolha dos agentes farmacológicos anti-hipertensivos deve ser guiada pelos objetivos terapêuticos, definidos a partir da pressão arterial-alvo individual. O tratamento medicamentoso pode ser iniciado com monoterapia ou com associação de fármacos, conforme o estágio da hipertensão e o risco cardiovascular global. De modo geral, todas as classes de anti-hipertensivos podem ser utilizadas para atingir a meta pressórica, desde que não haja contraindicações específicas. As combinações entre os fármacos recomendados devem ser exploradas de forma racional, buscando otimizar a eficácia terapêutica, minimizar efeitos adversos e garantir a adesão ao tratamento. A Figura 13 ilustra as principais possibilidades de associação farmacológica, bem como sua aplicação de acordo com a meta terapêutica pressórica e a tolerabilidade individual do paciente.

Figura 13 - Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismos de ação e sinergia



Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020)

O polígono da Figura 13 ilustra as combinações preferenciais de fármacos anti-hipertensivos (indicadas em traço verde), as combinações contraindicadas (em tracejado vermelho) e as combinações possíveis, porém menos estudadas (em linha pontilhada).

Os agentes anti-hipertensivos apresentam, em geral, boa biodisponibilidade oral quando administrados corretamente. Apesar das meias-vidas plasmáticas variáveis, o intervalo entre doses costuma variar de 12 a 24 horas, devido à meia-vida biológica prolongada, que frequentemente excede a plasmática. Para fármacos sem efeito prolongado, existem apresentações de liberação lenta, que permitem espaçamento mínimo de 12 horas entre as doses.

O horário de administração é tradicionalmente pela manhã (para esquemas de dose única diária) ou a cada 12 horas (para fármacos de duas tomadas diárias). A dose deve ser ajustada conforme o efeito hipotensor obtido, e não apenas com base nos níveis plasmáticos.

O Anexo F apresenta os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis no SUS, organizados por classe farmacológica, com as respectivas doses e intervalos de administração. As principais recomendações para escolha e associação de fármacos, segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), incluem:

- Fármacos preferenciais: diuréticos tiazídicos ou similares (DIU), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA), por demonstrarem efetiva redução da PA e do risco de eventos cardiovasculares.
- Combinações fixas: favorecem maior adesão ao tratamento e simplificam o esquema terapêutico.
- Hipertensão estágio 2: recomenda-se iniciar tratamento com dois fármacos, preferencialmente IECA ou BRA associado a DIU tiazídico ou BCC.
- Controle insuficiente com dois fármacos: prescrever combinação tripla (IECA ou BRA + DIU tiazídico ou similar + BCC).
- Controle insuficiente com três fármacos: acrescentar, preferencialmente, espironolactona ao esquema terapêutico.
- Associação contraindicada: IECA + BRA, devido à ausência de benefício adicional e aumento do risco de eventos adversos renais.
- Betabloqueadores (BB): indicados em situações clínicas específicas (doença arterial coronariana – DAC, insuficiência cardíaca – IC, e controle da frequência cardíaca); não devem ser utilizados como primeira escolha em pacientes sem essas indicações.
- Pacientes com diabetes, insuficiência cardíaca ou cardiopatia isquêmica: indicação preferencial de IECA; BRA é opção alternativa em caso de intolerância (como tosse).
- Hipertensos com diabetes e albuminúria: devem utilizar IECA ou BRA nas doses máximas toleradas, para efeito nefroprotetor e redução do risco cardiovascular.

6.4.4 Efeitos colaterais

Os fármacos anti-hipertensivos são, em geral, bem tolerados, apresentando baixa incidência de efeitos adversos em ensaios clínicos randomizados comparativos com placebo. Entretanto, o efeito nocebo — quando o paciente atribui sintomas ao medicamento sem relação causal

comprovada — é relativamente comum. Estima-se que cerca de um terço dos pacientes relatam sintomas atribuídos ao uso de anti-hipertensivos durante tratamentos prolongados.

O reconhecimento precoce das queixas e a orientação adequada ao paciente são fundamentais, uma vez que os eventos indesejáveis representam uma das principais causas de baixa adesão ao tratamento. Um exemplo frequente é a tontura, muitas vezes atribuída ao excesso do efeito hipotensor. Nesses casos, deve-se investigar a presença de hipotensão postural e, se confirmada, ajustar as doses dos medicamentos em uso, evitando, entretanto, a perda do controle pressórico.

Os efeitos adversos mais comuns dos diferentes grupos farmacológicos anti-hipertensivos estão detalhados no Anexo F.

6.4.5 Metas terapêuticas, ajuste de dose e monitoramento de eficácia

Um dos principais objetivos do tratamento anti-hipertensivo é alcançar o controle adequado da pressão arterial (PA), atingindo a meta terapêutica individualmente definida e, assim, reduzir o risco de eventos cardiovasculares e mortalidade associados à HAS.

A meta pressórica deve ser estabelecida de forma individualizada, considerando idade, presença de doenças cardiovasculares (DCV) e fatores de risco associados.

De modo geral, o controle é monitorado pelos valores de PA aferidos, buscando-se:

- PA < 140/90 mmHg para pacientes com risco cardiovascular baixo a moderado, evitando reduções excessivas (não inferiores a 120/70 mmHg).
- PA < 130/80 mmHg para pacientes de alto risco cardiovascular, bem como indivíduos jovens e sem comorbidades significativas.

Pacientes em tratamento medicamentoso que mantêm PA acima da meta devem ser reavaliados semanalmente, conforme já descrito anteriormente, até a normalização dos níveis pressóricos e ajuste adequado do esquema terapêutico. Após o alcance da pressão-alvo, o intervalo entre as reavaliações pode ser gradualmente ampliado pela equipe de saúde. É indispensável verificar continuamente a adesão ao tratamento, aplicando as estratégias de adesão descritas no item 6.3.1.

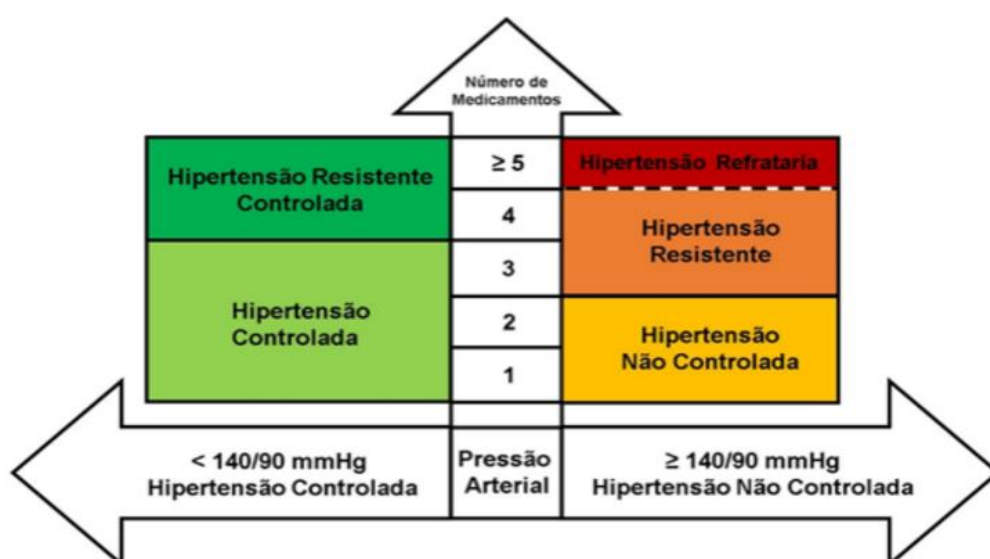
Pacientes com hipertensão não controlada devem ser avaliados para excluir causas de pseudoresistência, como não adesão e hipertensão do avental branco, distinguindo entre hipertensão resistente aparente e hipertensão resistente verdadeira (Figura 14).

São classificados como hipertensos resistentes os pacientes que:

- Mantêm PA acima da meta, apesar do uso de três fármacos de classes diferentes em doses otimizadas, ou
- Necessitam de quatro ou mais medicamentos para atingir o controle pressórico.

A prevalência estimada de hipertensão resistente situa-se entre 10% e 15%, embora menos de um terço desses casos representem resistência verdadeira. Pacientes com hipertensão resistente verdadeira ou aparente apresentam risco cerca de 40% maior de eventos cardiovasculares em comparação àqueles com PA controlada, evidenciando que o nível pressórico é o principal determinante do risco.

Figura 14 - Classificação de HAS de acordo com número de anti-hipertensivos e o controle da PA



Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

Na ausência de complicações clínicas relevantes, deve-se evitar a inércia terapêutica — isto é, a manutenção do tratamento sem ajustes, mesmo diante de níveis pressóricos persistentemente elevados. Em pacientes com hipertensão verdadeiramente resistente, é fundamental assegurar a

utilização efetiva e sistemática dos medicamentos prescritos, bem como realizar uma avaliação detalhada da adesão e da técnica de uso.

Quando confirmada a resistência verdadeira, recomenda-se a adição de espironolactona, fármaco mais estudado e com comprovada eficácia como quarta linha terapêutica. Evidências robustas, incluindo ensaios clínicos conduzidos no Brasil, demonstram que a espironolactona reduz significativamente os níveis pressóricos em pacientes com hipertensão resistente.

6.4.6 Condições especiais

6.4.6.1 Idosos

De modo geral, o diagnóstico de hipertensão arterial e a definição das metas terapêuticas em idosos devem seguir os mesmos critérios aplicados a adultos jovens — com alvo pressórico em torno de 130/80 mmHg. Entretanto, a flexibilização das metas pressóricas deve ser individualizada, considerando a avaliação clínico-funcional, o grau de vulnerabilidade, a presença de comorbidades e a capacidade de autonomia do paciente.

Em idosos robustos, sem comprometimento funcional relevante, as metas mais rígidas podem ser mantidas. Já em idosos frágeis ou com múltiplas comorbidades, valores de PA < 140/90 mmHg são aceitáveis e mais seguros, evitando eventos adversos decorrentes da redução excessiva da PA.

Uma etapa essencial na avaliação desse grupo é a pesquisa sistemática de hipotensão postural, condição frequente nessa faixa etária, que pode predispor a quedas, síncope e lesões. O procedimento para essa verificação encontra-se descrito na seção 5.4.2 – Monitoramento da PA dentro e fora do consultório.

6.4.6.2 Gestantes

Confira a versão atual do Protocolo de Assistência ao Pré-natal de baixo risco do município de Nova Lima: [**Protocolo Atenção ao Pré-Natal de baixo risco.**](#)

6.4.6.3 Crianças e adolescentes

Até o momento, não há estudos de coorte que definam com precisão os valores pressóricos em crianças e adolescentes associados a desfechos clínicos primários (como eventos cardiovasculares).

Dessa forma, o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) nessa faixa etária baseia-se no risco aumentado para o desenvolvimento futuro de HAS e na associação entre níveis pressóricos elevados e lesões de órgãos-alvo identificadas em estudos observacionais.

As diretrizes norte-americanas mais recentes (AAP, 2017) redefiniram os critérios diagnósticos de hipertensão pediátrica, alinhando-os aos conceitos aplicados aos adultos. Uma das mudanças mais relevantes foi a adoção dos valores diagnósticos de adultos para adolescentes com 13 anos ou mais, independentemente da estatura, o que simplificou o diagnóstico e facilitou a comparação entre faixas etárias.

A Tabela 5, adaptada a seguir, apresenta os critérios diagnósticos de classificação da PA em percentis, determinados pela correlação entre o valor da PA aferido e a estatura da criança para cada idade. Essa correlação pode ser consultada no documento oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) — Manual de Orientação do Departamento Científico de Nefrologia: Hipertensão Arterial na Infância e Adolescência (2023), disponível no link: [Hipertensão arterial na infância e adolescência](#).

Tabela 5 - Classificação de PA para crianças e adolescentes

Classificação	1 a 13 anos	≥ 13 anos
Normal	< percentil 90	< 120/80 mmHg
PA elevada	≥ percentil 90 a < 95 ou 120/80 mmHg a percentil < 95 (o que for menor)	120/< 80 a 129/< 80 mmHg
Hipertensão estágio 1	Percentil ≥ 95 a percentil ≥ 95 + 12 mmHg ou 130/80 a 139/89 (o que for menor)	130/80 a 139/89 mmHg

Hipertensão estágio 2	Percentil $\geq 95 + 12$ mmHg	$\geq 140/90$ mmHg
	ou	
	$\geq 140/90$ mmHg (o que for menor)	

Fonte: adaptado de Manual de Orientação do Departamento Científico de Nefrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2019).

A abordagem inicial do tratamento da hipertensão arterial em crianças e adolescentes deve priorizar intervenções não farmacológicas, semelhantes às recomendadas para adultos — incluindo mudanças no estilo de vida, alimentação equilibrada, redução do consumo de sal, prática regular de atividade física e controle do peso corporal.

Caso não haja controle pressórico adequado após a implementação dessas medidas, está indicada a terapia medicamentosa, conforme os seguintes critérios:

- pacientes com hipertensão estágio I ou II sem um fator claramente modificável (por exemplo, obesidade);
- pacientes com qualquer estágio de hipertensão associada à doença renal crônica (DRC) ou diabetes mellitus (DM).

Todas as classes de agentes anti-hipertensivos utilizadas em adultos podem ser empregadas em crianças e adolescentes, desde que o tratamento seja iniciado com monoterapia em dose baixa, com ajuste gradual conforme resposta clínica e tolerância.

O alvo terapêutico deve ser atingir pressão arterial abaixo do percentil 90 ou menor que 130/80 mmHg, prevalecendo o menor valor entre ambos.

6.4.6.4 Diabéticos

As diretrizes brasileiras recomendam que, para pacientes com diabetes mellitus (DM), o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) seja estabelecido quando a pressão arterial (PA) for igual ou superior a 130/80 mmHg, sendo esse também o valor de meta terapêutica para a maioria dos pacientes. Essa recomendação é semelhante à aplicada a pacientes sem diabetes,

uma vez que o controle rigoroso da PA está associado à redução significativa de eventos cardiovasculares e renais.

O tratamento não medicamentoso rigoroso deve ser instituído para todos os hipertensos diabéticos, incluindo modificações do estilo de vida, controle do peso, alimentação balanceada, redução da ingestão de sódio, prática regular de atividade física e cessação do tabagismo.

Para valores de PA de consultório $\geq 140/90$ mmHg, está indicada a introdução do tratamento farmacológico, devendo-se preferir agentes com comprovação de nefroproteção e cardioproteção, como inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA), nas doses máximas toleradas.

Maiores detalhes sobre o manejo clínico e farmacológico do paciente diabético encontram-se descritos no Volume 2 – Diabetes desta Linha de Cuidado.

6.4.6.5 População negra

Dados brasileiros do Ministério da Saúde demonstram uma maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre indivíduos negros.

O uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA) em monoterapia tem se mostrado menos eficaz nessa população. Por isso, os diuréticos tiazídicos são considerados a primeira escolha em monoterapia, ou em associação a bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) quando indicada terapia dupla.

A restrição de sal é particularmente importante em pacientes negros, pois apresenta maior impacto na redução da pressão arterial e potencializa a eficácia do tratamento medicamentoso.

Além disso, deve-se reforçar a adesão às medidas de estilo de vida, o monitoramento regular da PA e o acompanhamento multiprofissional contínuo, com enfoque em educação em saúde e controle de fatores de risco cardiovascular.

6.4.6.6 Doença Renal Crônica

Ensaio clínico conduzido com pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) apresentaram resultados heterogêneos: indivíduos tratados de forma mais intensiva apresentaram redução na taxa de filtração glomerular, embora sem aumento na incidência de insuficiência renal terminal e sem evidência clara de benefício cardiovascular adicional. Assim, a meta de pressão arterial recomendada para essa população é de 130/80 mmHg, valor que também se aplica a pacientes com DRC associada a outras comorbidades.

Nos casos de DRC, com ou sem albuminúria, os medicamentos das classes dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou dos bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA) devem ser preferidos no tratamento farmacológico da HAS, devido ao seu efeito nefroprotetor e potencial de redução de eventos cardiovasculares.

6.5 Prevenção secundária de doenças cardiovasculares (DCV)

A prevenção secundária de doenças cardiovasculares (DCV) consiste em um conjunto de estratégias destinadas a reduzir a ocorrência de novos eventos em indivíduos que já apresentam doença vascular estabelecida, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) ou doença arterial periférica (DAP).

O enfoque principal é diminuir a morbimortalidade, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida, por meio do controle rigoroso dos fatores de risco, intervenções farmacológicas e mudanças sustentáveis no estilo de vida.

6.5.1 Ácido acetilsalicílico (AAS)

O uso de antiplaquetários, especialmente o ácido acetilsalicílico (AAS) em baixas doses (75–150 mg/dia), está recomendado para pacientes hipertensos com doença cardiovascular estabelecida, uma vez que reduz a morbimortalidade cardiovascular em indivíduos com doença vascular oclusiva, como cardiopatia isquêmica (manifestações agudas e crônicas), AVE e DAP.

Em prevenção secundária, o uso de AAS demonstrou redução de 17% no risco de eventos combinados (infarto, AVE e mortalidade cardiovascular), com NNT = 67 em 1 ano, reforçando seu papel no manejo de pacientes com DCV.

Por outro lado, o uso de AAS é desaconselhado em indivíduos com idade superior a 70 anos ou com alto risco de sangramento gastrointestinal ou intracraniano, situações em que o risco supera o benefício.

6.5.2 Estatinas

O colesterol sérico apresenta relação direta com o risco de DCV e constitui um dos principais fatores de risco modificáveis.

As estatinas são os fármacos de escolha para a redução dos níveis de colesterol LDL em pacientes com DCV estabelecida, sendo consideradas fundamentais na prevenção secundária de eventos vasculares. De acordo com o efeito na redução do LDL-c, as estatinas são classificadas em três categorias de intensidade (Tabela 6):

- Alta intensidade – redução $\geq 50\%$;
- Moderada intensidade – redução entre 30% e 49%;
- Baixa intensidade – redução $< 30\%$.

A escolha da intensidade da terapia deve ser baseada no risco cardiovascular global, no perfil de comorbidades e na tolerância individual. Quanto maior o risco, maior será o benefício com uma redução mais acentuada do colesterol LDL, conforme demonstrado na Figura 15, que ilustra a relação entre níveis de LDL-c e redução do risco cardiovascular absoluto.

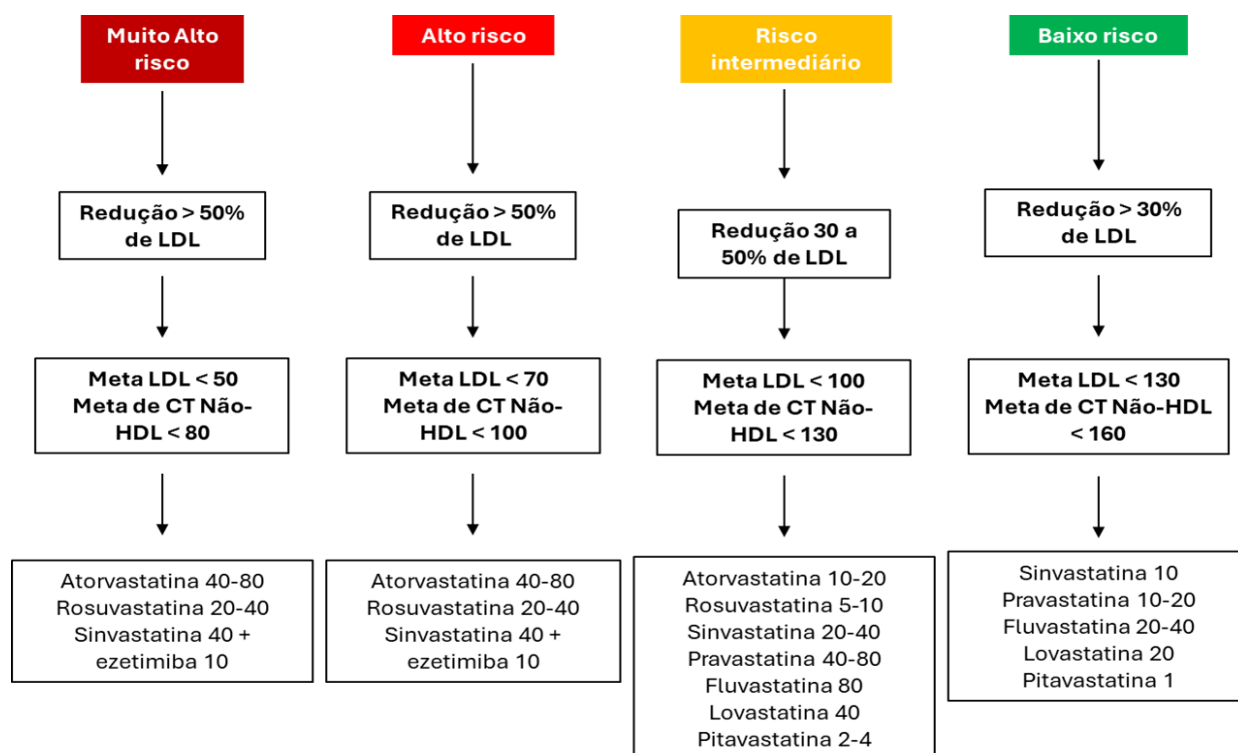
Tabela 6 - Intensidade do tratamento hipolipemiante e exemplos de doses

Redução de LDL-c	Baixa	Moderada	Alta
(%) esperada com dose diária	< 30	30 a 50	≥ 50
Exemplos de doses diárias	sinvastatina 10	sinvastatina 20-40	sinvastatina 40

(mg)		atorvastatina 10-20	atorvastatina 40-80
		rosuvastatina 5-10	rosuvastatina 20-40

Fonte: Adaptado da Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017).

Figura 15 - Objetivos do tratamento hipolipemiante baseado na estratificação de risco cardiovascular



Fonte: Adaptado da Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017).

O tratamento deve ser iniciado preferencialmente com estatina de alta potência, como a atorvastatina (20 mg, podendo chegar a 40–80 mg/dia), disponível pela Farmácia Especializada do Estado de Minas Gerais.

No portal do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) é possível consultar os medicamentos e respectivas dosagens disponíveis, (Obter Medicamentos | CEAF | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais), bem como o [formulário de solicitação](#) com as informações necessárias para a retirada gratuita da atorvastatina pela farmácia especializada.

O aumento da dose ou a substituição da estatina devem ser considerados se a meta de redução do colesterol não for alcançada ou se houver contraindicação. Uma alternativa disponível na REMUME do município de Nova Lima é a sinvastatina 40 mg (moderada potência).

Os medicamentos e doses disponíveis na REMUME podem ser consultados no link [“Assistência Farmacêutica”](#).

Além da prescrição adequada das estatinas para prevenção secundária de eventos cardiovasculares, não se pode esquecer da relevância das medidas de mudança de estilo de vida para obter melhor controle dos níveis de colesterol, como pode ser observado no [Quadro 17](#).

Quadro 20 - Impactos principais da mudança de estilo de vida nos lipídeos do plasma sanguíneo

Mudança no estilo de vida	Redução de LDL ou triglicerídeos*	Aumento de HDL**
Evitar gorduras trans	=++ LDL	=++ HDL
Reduzir gorduras saturadas	=++ LDL	
Aumento do consumo de fibras	=++ LDL	
Consumo de alimentos enriquecidos com fitoesteróis	=++ LDL	
Reduzir o consumo de álcool	=+++ TG	
Reduzir o consumo de carboidratos	=++ TG	=++ HDL
Atividade física regular	=++ TG	=+++ HDL
Perda de peso	=++ LDL	=++ HDL
Redução do consumo de Colesterol	=+ LDL	
Cessar tabagismo		=+ HDL

Legenda: *Redução (LDL e Triglicerídeos). **Aumento (HDL): +++ = >10%; ++ = 5 a 10%; + = <5%.

Fonte: Adaptado da Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017) e ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk (2019).

Embora não seja mandatório, o monitoramento anual dos níveis de colesterol desses pacientes é aconselhado como forma de controle da adesão e estímulo ao tratamento.

6.6 Encaminhamentos - Quem e quando devo encaminhar?

O encaminhamento de pacientes hipertensos para outros níveis de atenção deve ser pautado por critérios clínicos claros, garantindo que cada indivíduo receba o cuidado adequado no momento oportuno.

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na identificação precoce de sinais de alerta, na estabilização inicial do paciente e na decisão sobre a necessidade de encaminhamento para serviços especializados ou de urgência.

A definição de quando e para onde encaminhar o paciente depende do risco imediato à saúde, da gravidade da condição clínica e da presença de lesões em órgãos-alvo (LOA) ou complicações agudas. Protocolos estruturados e fluxos de referência e contrarreferência contribuem para a segurança do paciente, promovem a continuidade do cuidado e evitam atrasos na assistência de urgência ou especializada.

6.6.1 Da APS para serviços de Urgência e Emergência

Devem ser atendidos com urgência na Atenção Primária à Saúde (APS) e encaminhados imediatamente para serviço de urgência e emergência todos os pacientes com pressão arterial (PA) $\geq 180/120$ mmHg, acompanhada de uma ou mais das seguintes alterações clínicas:

- Alterações visuais;
- Tontura;
- Confusão mental;
- Cefaleia;
- Dor torácica;
- Falta de ar, especialmente ao deitar, ou presença de edema de membros inferiores (MMII);
- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna;
- Dificuldade na fala ou alteração visual.

Esses sinais são relevantes, pois podem indicar lesão em órgão-alvo (LOA) aguda ou progressão de LOA crônica.

Deve-se coletar rapidamente informações sobre a PA habitual, situações precipitantes (estresse, dor, uso de substâncias ou descontinuação de medicamentos), comorbidades e uso de fármacos anti-hipertensivos

Uma abordagem sistematizada, incluindo a avaliação de sinais e sintomas e o exame físico completo, é essencial para identificar a presença de LOA aguda ou progressiva e direcionar a investigação complementar apropriada, conforme ilustrado no [Quadro 18](#).

Quadro 2113 - Investigação clínico-complementar de acordo com as lesões de órgão-alvo das emergências hipertensivas

Principais lesões nas EH	Sintomas	Exame físico	Investigação complementar a critério clínico
Cardiovasculares	- 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 O₂, radiografia de tórax, marcadores de necrose miocárdica, BNP, desidrogenase láctica; - Ecocardiograma; - Angiotomografia, TC de tórax e RNM de tórax.
Neurológicas	- 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.
Renais	- 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⁺; K⁺; cloro; gasometria
Fundo de olho		- Papiledema; hemorragias; exsudatos. - Alterações nos vasos como espasmos, cruzamentos arteriovenosos patológicos, espessamento na parede arterial e aspecto em fio de prata ou cobre.	
Exames complementares mínimos	- ECG, radiografia de tórax, marcadores de necrose miocárdica, hemograma com plaquetas, creatinina, urina I e potássio.		

Legenda: EH: emergência hipertensiva; FC: frequência cardíaca; ECG: eletrocardiograma; BNP: peptídeo natriurético atrial; TC: tomografia computadorizada; RNM:ressonância nuclear magnética.

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

O encaminhamento desses casos da APS para os serviços de urgência e emergência possibilita ao paciente acessar a propedêutica complementar necessária de forma imediata, confirmando ou descartando lesões em órgãos-alvo (LOA) e permitindo o manejo adequado em ambiente hospitalar.

Situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da pressão arterial (PA) — definida arbitrariamente como PAS $\geq$ 180 mmHg e/ou PAD $\geq$ 120 mmHg — com LOA aguda e progressiva e risco iminente de morte são denominadas emergências hipertensivas (EH).

Enquanto aguarda o transporte desses pacientes, o profissional médico da APS deve discutir o caso com o regulador do SAMU ou plantonista responsável por receber o caso para considerar ou não o uso de medicamentos hipotensores, uma vez que a redução rápida da PA pode levar a dano isquêmico em leitos vasculares que se habituaram ao nível mais alto de pressão arterial (isto é, autorregulação), podendo causar, por exemplo, isquemia cerebral ou cardíaca.

Quanto à abordagem da EH no serviço hospitalar, baseando-se na experiência clínica e na evolução dos pacientes tratados, o tratamento anti-hipertensivo é benéfico e parece reduzir a mortalidade. O tratamento dos pacientes com EH visa 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. As EH devem ser abordadas considerando o sistema ou o órgão-alvo acometido, mas as recomendações gerais de redução da PA para EH devem ser:

- PA média $\leq$ 25% na 1ª hora;
- PA 160/100-110 mmHg nas próximas 2 a 6 h;
- PA 135/85 mmHg em um período de 24-48 h subsequentes.

Os casos de elevação acentuada de PA que não preencham as características de EH acima descritas não devem ser encaminhados para o serviço de urgência e emergência. Por isso, é fundamental que a equipe da APS saiba manejar os demais casos de crise hipertensiva. Um exemplo são as Urgências Hipertensivas (UH), situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada PA (definida arbitrariamente como PAS $\geq$ 180 e/ou PAD $\geq$ 120 mmHg), sem lesão aguda e progressiva em órgãos-alvo, e sem risco iminente de morte. Nesse caso, o tratamento deve ser iniciado apenas após medida da PA nos dois braços, de preferência em um

ambiente calmo, e repetidamente até a estabilização (no mínimo, três medidas) em um período de observação.

Esse manejo ajuda a afastar outro tipo de condição ainda mais comum na APS, que são os casos de pseudocrise hipertensiva (PCH), aumento de PA que ocorre quando não há LOA aguda ou risco imediato de morte, e que devem ser conduzidos somente com repouso ou uso de analgésicos ou tranquilizantes.

A PCH, ocorre geralmente em hipertensos tratados, porém não controlados, ou em hipertensos não tratados, apresentando PA muito elevada, mas com poucos ou nenhum sintoma. Também pode se manifestar diante de evento emocional, doloroso ou desconforto, como enxaqueca, tontura rotatória, cefaleias vasculares ou musculoesqueléticas, além de sintomas associados à síndrome do pânico.

Para o tratamento agudo das UH, indica-se o captopril, na dose de 25-50mg, que tem seu pico máximo de ação em 60 a 90 minutos. Feito isso, está indicada reavaliação do paciente na APS em até 7 dias.

É importante reforçar que a diferença entre uma EH e uma UH não se baseia apenas no valor da PA, mas no status clínico do paciente ([Quadro 19](#)). A EH pode se manifestar como evento cardiovascular, cerebrovascular, renal ou multissistêmico, incluindo casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou eclâmpsia. Por isso, história clínica direcionada e exame físico detalhado são essenciais para identificar a causa e definir o manejo adequado.

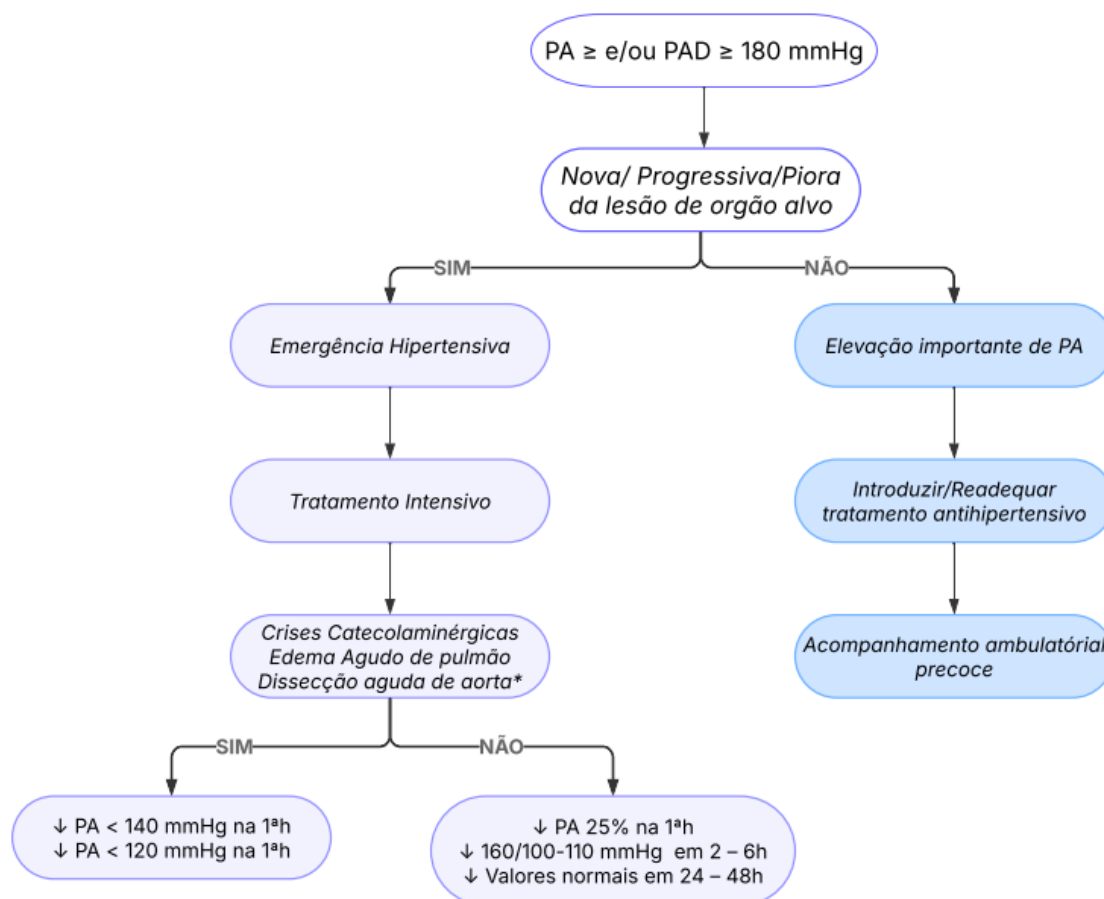
Quadro 22 - Diagnóstico, prognóstico e conduta nas urgências e emergências hipertensivas

Urgência hipertensiva (UH)	Emergência hipertensiva (EH)
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

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

Resumidamente, pode-se entender o fluxo de atendimento a pessoas com crise hipertensiva na APS conforme a figura 16:

Figura 16: Fluxograma de atendimento a pessoas com crise hipertensiva



Fonte: Adaptação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

6.6.2 Da APS para a atenção especializada ambulatorial

Pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) raramente necessitam de encaminhamento direto para o especialista focal. Entretanto, há situações em que essa conduta é pertinente e estratégica, visando otimizar o tratamento e melhorar o controle das condições crônicas do paciente.

Nesse contexto, foi idealizado o Ambulatório de DCNT do município de Nova Lima, um serviço multiprofissional de cuidado especializado, referência para pacientes que atendam aos critérios clínicos de encaminhamento descritos a seguir. O serviço conta com uma equipe multiprofissional especializada, composta por profissionais das seguintes áreas: medicina (cardiologia, endocrinologia, nefrologia), enfermagem, nutrição, psicologia, farmácia e assistente social.

O encaminhamento não será direcionado a uma especialidade específica — ou seja, não será possível encaminhar o paciente diretamente à cardiologia, por exemplo.

Os usuários que atenderem aos critérios estabelecidos serão referenciados ao Ambulatório de DCNT, onde, com base na descrição da necessidade de encaminhamento e na avaliação multiprofissional inicial, será definido o conjunto de profissionais que comporá o plano de cuidados individual de cada pessoa.

O encaminhamento para o Ambulatório de DCNT deverá ocorrer exclusivamente por meio da APS, que é a ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). As equipes da Atenção Secundária poderão atuar de forma articulada com a APS, por meio de apoio matricial ou contrarreferência qualificada, mas não realizam encaminhamento direto para o ambulatório.

A Regulação Municipal é responsável por verificar o cumprimento dos critérios e fluxos estabelecidos, garantindo a integralidade e a coordenação do cuidado.

Serão encaminhadas para o Ambulatório de DCNT as pessoas com HAS que, por motivos clínicos de maior gravidade ou risco aumentado de descompensação, preencherem um ou mais dos critérios abaixo:

- Muito alto risco cardiovascular
 - Critério: todos os casos.
 - Observação: o acompanhamento será compartilhado entre APS e AE, com o paciente permanentemente vinculado a ambos os níveis de atenção. A coordenação do cuidado permanece sob responsabilidade da APS.
- Alto cardiovascular
 - Critério: situação em que o profissional apresenta dificuldade ou dúvidas no manejo, ou quando seja necessário algum procedimento ou conduta pelo especialista focal.

- Observação: APS e AE podem compartilhar o cuidado com certa frequência, sendo o papel da AE predominantemente de matriciamento ou apoio pontual. O paciente nem sempre precisará estar permanentemente vinculado à AE.
- Independente do risco cardiovascular
 - Critério: todas as crianças e adolescentes com HAS, em qualquer estágio e nível de controle.
 - Critério: suspeita de HAS secundária de todas as causas.
 - SAOS: caso haja suspeita clínica, a avaliação e propedêutica devem seguir o protocolo de polissonografia. Se diagnosticada SAOS e houver suspeita persistente de HAS secundária, encaminhar com descrição do laudo do exame.
 - Etiologia renal em menores de 30 anos: solicitar ultrassonografia doppler arterial renal e encaminhar com laudo do exame.
 - Outras etiologias de HAS secundária: explicitá-las no encaminhamento; a propedêutica específica será realizada pelo ambulatório.
- HAS não controlada resistente verdadeira
 - Definição: pacientes que, após exclusão de não adesão e hipertensão do avental branco, não atingiram controle da PA com 3 medicamentos de classes diferentes.
 - Conduta na APS: introduzir espironolactona como 4º anti-hipertensivo, acompanhar a resposta e efeito no controle da PA.
 - Encaminhamento: caso a PA continue não controlada, encaminhar ao Ambulatório de DCNT.
- Identificação de lesão de órgão-alvo (LOA)
 - Doença cardiovascular estabelecida: por exemplo, cardiopatia estrutural de base descompensada e/ou disfunção sistólica moderada a grave (graus II e III) do ventrículo esquerdo no ecocardiograma de repouso.

- Doença renal crônica: perda progressiva de função renal ou DRC a partir do estágio 3 (TFGe < 60 mL/min/1,73 m²) ou albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina entre 30 e 300 mg/g.
- Para mais detalhes sobre DRC, consultar Volume 3 – DRC, da Linha de Cuidados das DCNT do município de Nova Lima/MG.

Além disso, deverão ser encaminhados para avaliação de especialidades focais isoladas:

- Oftalmologia: todos os pacientes devem ser encaminhados pelo menos 1 vez ao ano, para a realização do exame de fundoscopia como parte da rotina propedêutica mínima de acompanhamento clínico.

6.6.3 Dados mínimos nos encaminhamentos

Assim como todas as solicitações de vagas para exames ou consultas especializadas, via regulação, o profissional solicitante que encaminha um paciente hipertenso tem o dever de redigir sua solicitação com os dados clínicos que justifiquem o seu encaminhamento e que estejam de acordo com os critérios preconizados por este protocolo.

No caso de encaminhamento para o ambulatório de doenças crônicas, o texto do encaminhamento registrado no prontuário eletrônico deve conter os seguintes descritivos mínimos:

- sexo, idade, tempo de diagnóstico de HAS, nível de controle da patologia, risco cardiovascular calculado;
- história clínica detalhada, com descrição das comorbidades, de sintomatologias e complicações crônicas associadas;
- dados relevantes do exame físico direcionado, contendo pelo menos, peso/IMC, o valor da última PA aferida e exame do aparelho cardiovascular;
- laudos de exames laboratoriais realizados (mais recentes) e pertinentes;
- medicamentos em uso, com dose e posologia;

- motivo do encaminhamento para outro nível de atenção, seja ele uma dúvida clínica (deve estar descrita detalhadamente), uma necessidade de compartilhamento do cuidado pelo risco cardiovascular, presença de complicações e/ou pelo nível de complexidade do caso (descrever os critérios do protocolo que são preenchidos pelo paciente).

6.6.4 Da atenção especializada ambulatorial para APS

A contrarreferência adequada é fundamental para assegurar a coordenação do cuidado, a integralidade da atenção, a melhoria da qualidade assistencial e a otimização dos recursos humanos e financeiros do SUS, além de contribuir para a segurança do paciente, reduzindo o risco de iatrogenias.

Além do registro em prontuário, que permite o acesso e a comunicação entre os profissionais da rede, ao conceder alta de pacientes acompanhados no Ambulatório de DCNT, deverá ser enviado um relatório de contrarreferência junto com o paciente e uma cópia encaminhada ao e-mail da UBS de adscrição.

A alta do serviço especializado deverá considerar as condições descritas a seguir:

- Pacientes previamente acompanhados na Policlínica por HAS, DM2, DRC ou obesidade
 - Se atenderem aos critérios para o Ambulatório de DCNT: contrarreferenciar à UBS de origem, para que esta realize o encaminhamento formal ao Ambulatório de DCNT.
 - Se não atenderem aos critérios: conceder alta da atenção secundária para a APS, com contrarreferência detalhada e orientações para continuidade do cuidado na UBS.
- Pacientes sem acompanhamento prévio na Policlínica e encaminhados ao Ambulatório de DCNT
 - O encaminhamento deverá sempre partir da APS, que avaliará o caso, verificará o cumprimento dos critérios clínicos e fará o encaminhamento via regulação ao Ambulatório de DCNT.
 - Após o acompanhamento no Ambulatório de DCNT, caso o paciente alcance estabilidade clínica e não haja necessidade de seguimento especializado contínuo, deverá receber alta do Ambulatório com contrarreferência à APS para continuidade do cuidado longitudinal.

- Pacientes em acompanhamento no Ambulatório de DCNT
 - Vinculação definitiva: nos casos de maior complexidade clínica, o paciente poderá permanecer vinculado ao Ambulatório, mantendo o plano de cuidados compartilhado com a APS.
 - Vinculação temporária: pacientes acompanhados por tempo determinado, para avaliação ou apoio matricial, deverão ser contrarreferenciados à APS após atingidos os objetivos terapêuticos estabelecidos no plano de cuidados.

Dados mínimos obrigatórios nos relatórios de contrarreferência:

- História clínica detalhada, incluindo comorbidades, sintomas e complicações crônicas associadas;
- Dados relevantes do exame físico direcionado;
- Laudos de exames laboratoriais recentes e pertinentes;
- Lista de medicamentos em uso, com dose e posologia;
- Plano de cuidados proposto para continuidade na APS, com motivo da alta e informações adicionais relevantes.

A Regulação Municipal é responsável por garantir a observância desses fluxos, assegurando que:

- todos os encaminhamentos ao Ambulatório de DCNT sejam originados pela APS;
- e que todas as altas da AE e do Ambulatório resultem em contrarreferência efetiva à UBS, preservando a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção.

7 INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

O itinerário de um paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é composto pelos diferentes pontos de atenção (unidades e serviços que recebem o usuário) e pelo processo de cuidado, estruturado em macroatividades assistenciais conforme as Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde (2020).

As macroatividades organizam o percurso do usuário e garantem a integralidade do cuidado, conforme segue:

- Hipótese diagnóstica: realizada no primeiro ponto de atenção em que o paciente se apresenta (porta de entrada), preferencialmente na APS.
- Confirmação diagnóstica: realizada no ponto que dispõe de capacidade técnica e estrutural para confirmar o diagnóstico.
- Regulação/transferência: situações nas quais o cuidado é referenciado a outro ponto da rede, com acompanhamento da Regulação Municipal.
- Planejamento terapêutico: definição e execução integral das intervenções necessárias no ponto assistencial responsável, articulado com a APS.
- Prevenção secundária: responsabilidade da APS, assegurando seguimento longitudinal e adesão ao plano.

O processo assistencial ocorre de forma multidirecional (Figura 17), orientado por critérios clínicos, protocolos de encaminhamento e pela capacidade técnica de cada serviço, mantendo sempre o vínculo do paciente com sua UBS de referência.

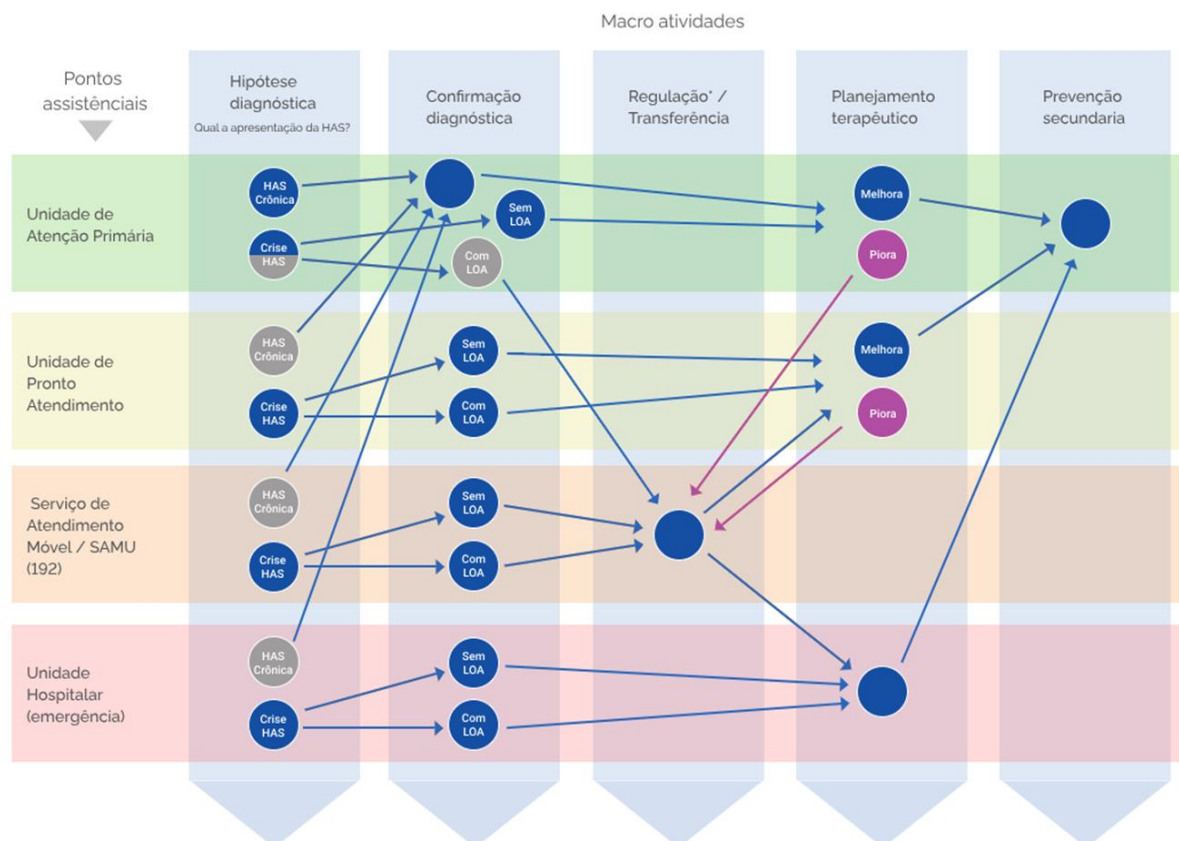
As Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) são as gestoras dos fluxos assistenciais e assumem a coordenação do cuidado e o ordenamento da RAS para pessoas com condições crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Cabe à equipe da APS:

- Articular as ações de cuidado propostas nos diversos pontos da RAS;
- Acompanhar a execução e a coerência das condutas clínicas;
- Monitorar a resposta terapêutica e a adesão ao plano;
- Atuar como referência

Figura 17 - Processo Completo da Linha de Cuidado do adulto com HAS

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



*A regulação será realizada pela Central de Regulação, quando aplicável
OBS.: LOA = Lesão de Órgão-Alvo, Crise HAS = Crise hipertensiva

Fonte: Linha de Cuidado HAS - Site do ministério da saúde.

8 REGISTRO E MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

O registro eletrônico no prontuário de pacientes hipertensos deve seguir o protocolo de registro do município de Nova Lima, contendo sempre o CID/CIAP correspondentes e a anotação da pressão arterial (PA) aferida, registrada no campo específico em todas as consultas em que o procedimento for realizado pela equipe de saúde

Nos atendimentos relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o registro profissional no prontuário deve conter, obrigatoriamente o diagnóstico clínico, o status de controle da PA obtido na consulta, a presença e descrição de complicações, quando houver, o plano terapêutico vigente, com metas em curso ou pendentes, e a previsão de retorno com a equipe da ESF e/ou atenção secundária.

Um registro clínico qualificado e organizado otimiza o cuidado em todos os pontos da rede que utilizam o mesmo sistema eletrônico, facilitando a elaboração de relatórios, contrarreferências e guias de referência, além de favorecer a comunicação entre profissionais e níveis de atenção. Esses registros, quando analisados de forma sistemática pela equipe, servem também como base para o monitoramento e a vigilância clínica, permitindo à Estratégia Saúde da Família (ESF) acompanhar a população hipertensa do território, melhorar os indicadores de saúde e realizar ações de busca ativa sempre que necessário.

A gestão da clínica desses pacientes deve ser guiada:

- pelo risco cardiovascular;
- pelo nível de controle pressórico;
- pela presença de complicações;
- e pela frequência mínima de consultas prevista neste protocolo.

Essas atividades devem ser incorporadas à rotina da equipe, com momentos específicos para revisão dos casos e acompanhamento dos indicadores, preferencialmente durante as reuniões semanais da ESF. Para apoiar esse processo de acompanhamento contínuo e facilitar a análise dos dados produzidos, o prontuário eletrônico deve idealmente integrar os diferentes pontos da RAS, permitindo análise automatizada e alertas clínicos. Enquanto essa tecnologia não estiver disponível, o monitoramento deve ser feito manualmente pelas equipes, com planilhas atualizadas de Gestão da Clínica.

REFERÊNCIAS

- ASSUMPCAO, Alessandra Almeida; NEUFELD, Carmem Beatriz; TEODORO, Maycoln Leoni Martins. Terapia cognitivo-comportamental para tratamento de diabetes. *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 105-115, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 out. 2023.
- BARROSO, W. K. S. et al. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial* – 2020. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.
- BASILE, Jan; BLOCH, Michael J. *Overview of hypertension in adults*. In: UpToDate. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer, c2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults>. Acesso em: out. 2023.
- BECK, Judith S. *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Artmed Editora Ltda., 2014.
- BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. *Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos*. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 46, n. 2, p. 279-289, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102012005000013>.
- BERTOLIN, D. C. et al. *Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2*. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 5, p. 440-446, set. 2015.
- BRADT, J.; DILEO, C.; POTVIN, N. *Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients*. *Cochrane Database Syst. Rev.*, n. 12, CD006577, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. Brasília: 5. ed. Rev. atual. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 26 set. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS*. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais – Brasília, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Gestão do cuidado farmacêutico na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)*. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-da-populacao/dados-e-estatisticas/sistema-de-informacao-sobre-mortalidade>. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vacinação. Portal do Governo Brasileiro*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>. Acesso em: 03 out. 2024.

BROOK, R. D. et al. *Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the American Heart Association*. Hypertension, v. 61, n. 6, p. 1360-1363, 2013.

BRAWLEY, Lawrence R.; CULOS-REED, S. Nicole. *Studying adherence to therapeutic regimens*. Controlled Clinical Trials, v. 21, n. 5, p. 156-163, out. 2000.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. Public Health Rep., v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CAO, L. et al. *The effectiveness of aerobic exercise for hypertensive population: A systematic review and meta-analysis*. J. Clin. Hypertens., v. 21, n. 7, p. 868-876, 2019.

CLEMENTI, M. A.; ZIMMERMAN, C. T. *Psychosocial considerations and recommendations for care of pediatric patients on dialysis*. Pediatric Nephrology, v. 35, n. 5, p. 767-775, mar. 2019.

COSTA, E. C. et al. *Effects of High-Intensity Interval Training Versus Moderate-Intensity Continuous Training on Blood Pressure in Adults with Pre- to Established Hypertension: a Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials*. Sports Med., v. 48, n. 9, p. 2127-2142, 2018.

CRAMER, H. et al. *Yoga for metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis*. Eur. J. Prev. Cardiol., v. 23, n. 18, p. 1982-1993, 2016.

DO AMARAL, M. A. S. et al. *Effect of music therapy on blood pressure of individuals with hypertension: A systematic review and meta-analysis*. Int. J. Cardiol., v. 214, p. 461-464, 2016.

DUARTE, Ricardo Luiz de Menezes et al. *Consenso em Distúrbios Respiratórios do Sono da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 48, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20220106>.

DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências* [recurso eletrônico]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

DYNAMED. *Hypertension*. EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/hypertension>. Acesso em: 30 set. 2023.

EKELUND, U. et al. *Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants*. Br. J. Sports Med., v. 53, n. 14, p. 886-894, 2019.

EKELUND, U.; STEENE-JOHANNESSEN, J.; BROWN, W. J. *Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality?* Lancet, v. 388, n. 10051, p. 1302-1310, 2016.

FALUDI, A. A. et al. *Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose* – 2017. Arq. Bras. Cardiol., v. 109, n. 2 Supl. 1, p. 1-76, 2017.

FEITOSA, A. D. M. et al. *Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório* – 2023. Arq. Bras. Cardiol., v. 121, n. 4, p. e20240113, 2024.

FERREIRA, T. et al. *A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: visão dos profissionais*. Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde, v. 21, n. 3, p. 228-236, 2016.

FONSECA, Lorena Barbosa de Moraes et al. Tradução e adaptação transcultural do questionário STOP-Bang para a língua portuguesa falada no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 42, n. 4, p. 266-272, jul./ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000243>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. *Practical Approach to Care Kit. Kit de cuidados em Atenção Primária: ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde*. Florianópolis: Fiocruz; ENSP; Clinical Management Tool in Primary Health Care; The Health Foundation; Knowledge Translation Unit, 2023.

GN, M. et al. Meditation and cardiovascular risk reduction: a scientific statement from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, v. 6, n. 10, e002218, 2017.

GOYAL, M. et al. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern. Med.*, v. 174, n. 3, p. 357-369, 2014.

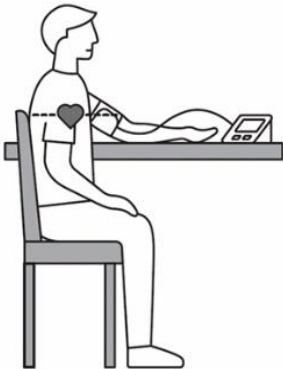
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Procedimento Operacional Padrão Unidade de Atenção Psicossocial 01/2019. Uberaba: Ebserh, v. 1, p. 1-31, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/procedimentos-e-rotinas-operacionais-padrao/pops/pop-unidade-de-atencao-psicossocial-01-2019-atendimento-do-profissional-de-psicologia-no-servico-de-cirurgia-bariatrica.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.

IGARASHI, Y.; NOGAMI, Y. The effects of regular aquatic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur. J. Prev. Cardiol.*, v. 25, n. 2, p. 190-199, 2018.

- IZAR, M. et al. Manejo da hipertensão arterial no diabetes: diretriz oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-16. ISBN: 978-85-5722-906-8.
- KIM, S. Y.; SHIN, I. S.; PARK, Y. J. Effect of acupuncture and intervention types on weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, v. 19, n. 11, p. 1585-1596, 2018.
- KNAPP, P.; BECK, A. T. *Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- KÜHLMANN, A. Y. R. et al. Systematic review and meta-analysis of music interventions in hypertension treatment: a quest for answers. *BMC Cardiovasc. Disord.*, v. 16, p. 69, 2016.
- LEMES, Carina Belomé; ONDERE NETO, Jorge. *Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde*. Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2023.
- LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.
- LIU, X. et al. Dose-response associations between physical activity and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Hypertension*, v. 69, n. 5, p. 813-820, 2017.
- MAHTANI, K. R.; NUNAN, D.; HENEGHAN, C. J. Device-guided breathing exercises in the control of human blood pressure: systematic review and meta-analysis. *J. Hypertens.*, v. 30, n. 5, p. 852-860, 2012.
- MACH, F. et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.*, v. 41, n. 1, p. 111-188, 2020.
- MAYNARD, B. R. et al. Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students. *Campbell Systematic Reviews*, 2017. DOI: 10.4073/CSR.2017.5.
- MENEGUELO, R. S. et al. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 95, n. 5, supl. 1, p. 1-26, 2010.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. (org.). *Fundamentos de farmacoe epidemiologia*. [S.l.]: AG Editora, 2000.
- MORISKY, Donald E.; GREEN, Lawrence W.; LEVINE, David M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, v. 24, n. 1, p. 67-74, jan. 1986.

- OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. *Arq. Brasil. Cardiol.*, v. 121, n. 2, e20240079, mar. 2024.
- OOI, S. L.; GIOVINO, M.; PAK, S. C. Transcendental meditation for lowering blood pressure: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Complement. Ther. Med.*, v. 34, p. 26-34, 2017.
- PESSOA, J. H. L. et al. Não-adesão à prescrição após atendimento em pronto-socorro pediátrico. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 14, n. 2, p. 73-77, 1996.
- PRÉCOMA, D. B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2019.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist*, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992.
- RESENDE, M. C. DE et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, v. 19, n. 2, p. 87–99, dez. 2007.
- RIEBE, D. et al. Updating ACSM's Recommendations for Exercise Preparticipation Health Screening. *Med. Sci. Sports Exerc.*, v. 47, n. 11, p. 2473-2479, 2015.
- SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Nefrologia. Hipertensão arterial na infância e adolescência. Manual de Orientação Nº 2, abr. 2019. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Physical Activity Guidelines for Americans 2018*. [Cited in 2020 Apr 12]. Disponível em: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf.
- VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. DE F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 114, p. 949–962, set. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Genebra: WHO, 2003a.
- ZHONG, D. et al. Tai Chi for Essential Hypertension: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Curr. Hypertens. Rep.*, v. 22, n. 3, p. 25, 2020.
- ZOU, Y. et al. Meta-Analysis of Effects of Voluntary Slow Breathing Exercises for Control of Heart Rate and Blood Pressure in Patients with Cardiovascular Diseases. *Am. J. Cardiol.*, v. 120, n. 1, p. 148-153, 2017.

ANEXO A - Diário de monitoração residencial da pressão arterial (MRPA)

Diário de monitoração residencial da pressão arterial (MRPA)					
Profissional solicitante:				Data:	
Paciente:					
Peso:		Estatura:		Idade:	
Indicação:					
			1) Faça repouso de 5 minutos, em ambiente calmo e confortável. 2) Não fale e não se mexa durante o procedimento. 3) Braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima. 4) Escolha e use o tamanho correto do manguito. 5) Coloque a braçadeira no braço despido. 6) Pés apoiados no chão. 7) Pernas descruzadas. 8) Estar com a bexiga vazia. 9) Sentar com dorso relaxado e recostado na cadeira. 10) Não pratique exercícios 90 minutos antes. 11) Não fumar, alimentar ou ingerir bebida alcoólica ou café a pelo menos 30 minutos		
DIA DE ORIENTAÇÃO NA UBS			NOITE EM CASA		
HORA:	HORA:	HORA:	HORA:		
PA:	PA:	PA:	PA:		
1º DIA DE MEDIDAS EM CASA					
MANHÃ			NOITE		
HORA:	HORA:	HORA:	HORA:		

PA:	PA:	PA:		PA:	PA:	PA:
2º DIA DE MEDIDAS EM CASA						
MANHÃ				NOITE		
HORA:	HORA:	HORA:		HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:		PA:	PA:	PA:
3º DIA DE MEDIDAS EM CASA						
MANHÃ				NOITE		
HORA:	HORA:	HORA:		HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:		PA:	PA:	PA:
4º DIA DE MEDIDAS EM CASA						
MANHÃ				NOITE		
HORA:	HORA:	HORA:		HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:		PA:	PA:	PA:
5º DIA DE MEDIDAS EM CASA						
MANHÃ				NOITE		
HORA:	HORA:	HORA:		HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:		PA:	PA:	PA:
6º DIA DE MEDIDAS EM CASA						
MANHÃ				NOITE		
HORA:	HORA:	HORA:		HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:		PA:	PA:	PA:

Fonte: Adaptado de Feitosa et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023

ANEXO B - Questionário *STOP-Bang* (síndrome da apneia obstrutiva do sono)

QUESTIONÁRIO <i>STOP-Bang</i>	
• roncoS? Você ronca alto (alto o bastante para ser ouvido através de portas fechadas ou seu parceiro cutuca você por roncar à noite)? (☐) Sim (☐) Não • faTigado? Você frequentemente sente-se cansado, fatigado ou sonolento durante o dia (por exemplo, adormecendo enquanto dirige)? (☐) Sim (☐) Não • Observado? Alguém já observou você parar de respirar ou engasgando/sufocando durante o sono? (☐) Sim (☐) Não • Pressão? Você tem ou está sendo tratado por pressão alta? (☐) Sim (☐) Não	• oBesidade com índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m²? Índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m²? (☐) Sim (☐) Não • IdAde Idade maior que 50 anos? (☐) Sim (☐) Não • circuNferência de Pescoço (medida na altura do "pomo-de-adão") Para homens: circunferência cervical, maior ou igual a 43 cm. Para mulheres: circunferência cervical maior ou igual a 41 cm. (☐) Sim (☐) Não • Gênero Sexo masculino? (☐) Sim (☐) Não
Critérios de pontuação para a população geral: - Baixo risco de apneia obstrutiva do sono (AOS): Sim para 0-2 questões - Intermediário risco de AOS: Sim para 3-4 questões - Alto risco de AOS: Sim para 5-8 questões ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + gênero masculino ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + IMC > 35 kg/m² ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + circunferência cervical ≥ 43 cm para homens ou ≥ 41 cm para mulheres	

Fonte: Jornal Brasileiro de Pneumologia (2016).

ANEXO C - Instrumento Medtake

CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS				
AUTONOMIA				
No que diz respeito ao uso dos medicamentos:				
☐ Toma medicamentos sem assistência ☐ Necessita de lembretes ou de assistência ☐ Incapaz de tomar sozinho				
OBS.: se o paciente for incapaz de tomar sozinho, o próximo MedTake (teste) deve ser aplicado ao cuidador.				
MEDTAKE				
Avaliar a execução das seguintes atividades para cada medicamento: 0 – Incorreta / 1 – Correta	Identificação do medicamento e da dose	Descrição da indicação	Coingestão com alimentos e líquidos	Descrição do regime posológico
Med 1:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 2:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 3:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 4:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 5:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 6:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 7:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 8:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 9:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 10:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 11:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 12:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 13:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 14:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 15:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Número de medicamentos utilizados pelo paciente:	Somatória total dos pontos:			
	Conversão para escore de 100 pontos:			

Legenda: O escore é de 100 e para cada medicamento são avaliados 4 tópicos, sendo 1 para respostas corretas e 0 para incorretas. A pontuação é, então, convertida para um resultado percentual, em que cada resposta correta vale 25%. O escore composto é a pontuação média global. Por ser um escore dependente do número de medicamentos utilizados, considera-se o valor relativo (%), onde 100% é a melhor pontuação.

Fonte: Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (2019).

ANEXO D - Exemplo de quadro de atividades para organização da rotina

			SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
MANHÃ	06:00- 07:00	<i>Dormir</i>							
	07:00- 08:00								
	08:00- 09:00								
	09:00- 10:00	<i>Tirar cochilos</i>							
	10:00- 11:00	<i>Levantar/ tomar banho/ vestir-se</i>							
	11:00- 12:00	<i>Café da manhã/ limpar cozinha(10min)</i>							
TARDE	12:00- 13:00	<i>Tv / computador/ videogame</i>							
	13:00- 14:00	<i>Tv / computador/ videogame</i>							
	14:00- 15:00	<i>Cochilo</i>							

Fonte: Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática. 2ª edição (2014).

ANEXO E - Exemplo para registro de pensamentos automáticos disfuncionais

Data/Hora	Situação	Pensamento Disfuncional	Emoção	Resposta Adaptativa
<i>Data e hora do pensamento</i>	<i>Que acontecimento evocou o pensamento automático? Que comportamento inadequado você reforçou?</i>	<i>Qual foi o pensamento que passou pela sua mente antes, durante ou depois da situação? Quanto você acreditou nesse pensamento?</i> <i>Exemplo: Eu não vou conseguir, eu não dou conta.</i>	<i>O que senti antes, durante e depois desse momento? Qual a intensidade dessa emoção?</i> <i>Exemplo: medo, raiva, tristeza</i>	<i>Esse pensamento é verdadeiro? De qual maneira funcional eu poderia pensar? O que eu deveria fazer? Se o pior/melhor acontecesse, como eu reagiria? Qual resultado é mais realista e provável de ocorrer?</i>

Fonte: Adaptado de Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática. 2ª edição (2014).

ANEXO F - Lista de medicamentos disponíveis na REMUME do município Nova Lima e/ou no Programa Farmácia Popular do Brasil

Classe	Nome do medicamento (na DCB)	Dose diária habitual (mg)	Frequência de tomadas por dia	Efeitos colaterais mais comuns	Efeitos colaterais raros	Cuidados com função renal	Comentários gerais e recomendações
Diuréticos tiazídicos	hidroclorotiazida	25	1	Hipocalcemia; hiperuricemia, aumento de crises de gota.	Intolerância a carboidratos	Sem ajustes necessários	Doses mais elevadas dos tiazídicos e similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva.
Diuréticos de alça	furosemida	20-240	1-3	Hipopotassemia, hipovolemia.		—	Utilizada em insuficiência renal crônica (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e estados de retenção de líquido (edema).
Diuréticos poupadores de potássio	espironolactona	25-100	1-2	Hiperpotassemia	Ginecomastia, redução da libido.	Em caso de IR (TFG = 30 a 50 mL/min/1,73m ²) na ICC considerar 25mg por via oral a cada dois dias devido risco de hipercalemia.	Pode provocar hiperpotassemia, particularmente na DRC e quando associada a iECA ou BRA.

Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) di-hidropiridínicos	anlodipino	2,5-10	1	Pode provocar edema de membros inferiores relacionado com a dose utilizada. Palpitações, hipotensão, cefaleia, eritema, rubor facial.		Sem ajustes necessários	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
	nifedipino liberação prolongada	20-60	1			Sem recomendações específicas - farmacocinética não afetada pela IR.	
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA)	captopril	25-150	2-3			Reduzir dosagem diária inicial. O captopril é removido da circulação geral por diálise	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.
	enalapril	5-40	1-2	Tosse, risco de hiperpotassemia em pacientes com DRC ou que estejam recebendo suplementação de potássio.	Angioedema, proteinúria, eczemas de hiperssensibilida de	IR moderada a grave (TFG<30 mL/min1,73m ²) na HAS: 2,5mg VO 1 vez ao dia, no máx 40mg/dia. IR (CR>1,6mg/dL) na ICC iniciar 2,5 VO 1	

						vez ao dia, no máx 40mg/dia.	
Bloqueadores dos receptores AT1 da Angiotensina II (BRA)	losartana	50-100	1-2	Hiperpotassemia		Sem ajustes necessários	Mesmas recomendações feitas aos IECA.
Betabloqueadores não cardiosseletivos (BB)	propranolol	80-320	2-3	Em pacientes predispostos: bradicardia, broncoespasmo, mascaramento da hipoglicemia em diabéticos.	Rebote em pacientes com cardiopatia isquêmica.	Sem ajustes necessários	A retirada abrupta dos BB deve ser evitada, pois pode provocar taquicardia reflexa e mal-estar.
Betabloqueadores cardiosseletivos (BB)	atenolol	50-100	1-2			IR (TFG de 15 a 35 mL/min/1,73m ²): dose máx. 50mg/dia VO IR (TFG<15 a 35 mL/min/1,73m ²): dose máx. 25mg/dia VO. Hemodiálise: 25 a 50	

						mg VO após cada sessão de diálise .	
	succinato de metoprolol	50-200	1-2			Sem ajustes necessários. Realizar dose de manutenção após a hemodiálise	
	carvedilol	12,50-50	1-2			Reduza a dosagem ou suspenda o uso se ocorrer piora da função renal durante o uso. Não necessário ajustes ou doses de manutenção na hemodiálise.	Efeito alfabloqueador produz menor bradicardia.

Legenda: DCB: Denominação Comum Brasileira, é o nome do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovado pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária.

VO: Via oral. TFG: Taxa de filtração Glomerular.

Fonte: Adaptado de VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 Barroso et al; Adaptado de Micromedex <disponível em micromedexsolutions.com

