



PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PROTOCOLO (2026)

PREFEITURA DE
Rio CLARO
AMOR PELA CIDADE

Fundação Municipal
de Saúde



GUSTAVO RAMOS PERISSINOTTO
Prefeito Municipal

MARIA DO CARMO GUILHERME
Vice-Prefeito Municipal

MARCO AURELIO MESTRINEL
Secretário Municipal de Saúde
Presidente da FMSRC

RAFAEL PAVEZI GARCIA
Diretor de Departamento de Atenção à Saúde

Elaboração:

KARLA SANTANA AZEVEDO DAMASCENO

Seção de Educação em saúde

KELEN CRISTINA GUEDES MACHADO
Médica cardiologista

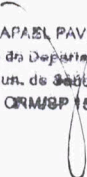
Colaboradores:

Camila Carrocini Fontana

Débora Mota

Vânia Cristina Molke

FMSRC
JULHO/ 2026

  	NR: Páginas:37
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Data de Emissão: 29/07/2026
	Revisão nº 0
	Data desta revisão:
Esse documento fará parte da estratégia de atendimento as pessoas com Hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária a Saúde.	
Elaborado por: Kelen Cristina Guedes Machado (médica cardiologista) e Karla Damasceno (seção de educação em saúde)	
Aprovação – Diretor Médico:  DR. RAFAEL PAVEZI GARCIA Diretor Geral Médico do Departamento de Atenção à Saúde Fundação Mun. de Saúde de Rio Claro CRM/SP 158267	Aprovação – Secretário da Saúde:  DR. MARCO AURELIO MESTRINEL Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

SIGLAS

ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
APS.....	Atenção Primária à Saúde
ASB/TSB.....	Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal
AVC.....	Acidente Vascular Cerebral
BB.....	Betabloqueadores
BCC.....	Bloqueadores de Canal de Cálcio
BRA.....	Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina
DCV.....	Doença Cardiovascular
DM.....	Diabetes Mellitus
DRC.....	Doença Renal Crônica
EAS.....	Exame de Urina Tipo 1 (Urina 1)
ECG.....	Eletrocardiograma
HAR.....	Hipertensão Arterial Resistente
HAS.....	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM.....	Infarto Agudo do Miocárdio
IC.....	Insuficiência Cardíaca
ICFE-R.....	Insuficiência Cardíaca de Fração de Ejeção Reduzida
IECA.....	Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
IMC.....	Índice de Massa Corporal
LOA.....	Lesão de Órgão-Alvo
MAPA.....	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA.....	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
PAD.....	Pressão arterial diastólica
PAS.....	Pressão arterial sistólica
PCDT.....	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
RAC.....	Relação Albumina/Creatinina
RCV.....	Risco Cardiovascular
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TFGe.....	Taxa de Filtração Glomerular Estimada

SUMÁRIO

1. FINALIDADE	6
2. BASE LEGAL E REFERENCIAL TÉCNICO	6
3. OBJETIVOS.....	6
3.1 Objetivo Geral	6
3.2 Objetivos Específicos	6
4. DEFINIÇÃO	6
5. CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.....	7
6. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS	8
Médico da Estratégia Saúde da Família	8
Enfermeiro	8
Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	9
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	9
Cirurgião-Dentista	9
Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal (ASB/TSB).....	9
Farmacêutico (quando houver).....	10
Nutricionista (quando houver).....	10
Profissional de Educação Física (quando houver).....	10
Psicólogo (quando houver)	10
Assistente Social (quando houver)	11
Equipe Multiprofissional	11
7. FLUXO ASSISTENCIAL	11
7.1 Entrada do usuário	11
8. RASTREAMENTO	11
8.1 Adultos	11
8.2 Situações prioritárias (Realizar aferição em toda consulta):.....	11
8.3 Crianças e adolescentes	12
9. TÉCNICA DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	12
10. CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA	13
• Resposta exacerbada da PA à atividade física e ao exercício físico.....	13
11. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV).....	15
12. AVALIAÇÃO CLÍNICA	17
12.1 Anamnese	17
12.2 Exame físico.....	17
13. EXAMES COMPLEMENTARES	18

14. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	19
15. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	19
16. ACOMPANHAMENTO	23
17. ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM	23
18. HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA.....	23
19. HIPERTENSÃO RESISTENTE.....	24
20. CRISE HIPERTENSIVA.....	24
21. HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO	25
22. HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO NEGRA	26
23. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	26
24. ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	26
25. REGISTRO EM PRONTUÁRIO	27
26. INDICADORES DE MONITORAMENTO	27
REFERÊNCIAS	27
Apêndice I - Fluxograma da Linha de cuidado da Hipertensão na APS	29
Apêndice II- Monitorização Ambulatorial e Residencial da Pressão Arterial.....	30
Apêndice III - Modelo de tabela para utilizar na MRPA.....	31
Apêndice IV - Hipertensão Arterial Secundária (5 a 10% dos indivíduos com HAS) 32	
Apêndice V - Fluxograma do Diagnóstico da Hipertensão.....	33
Apêndice VI - Fluxograma do Tratamento da Hipertensão.	34
Apêndice VII – Dieta DASH	35

1. FINALIDADE

Estabelecer diretrizes assistenciais padronizadas para o rastreamento, diagnóstico, estratificação de risco cardiovascular, tratamento, acompanhamento e encaminhamento da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), visando cuidado integral, longitudinal, resolutivo e baseado em evidências científicas.

2. BASE LEGAL E REFERENCIAL TÉCNICO

Este protocolo fundamenta-se em:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica — Ministério da Saúde, aprovado pela Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23 de julho de 2025;
- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial;
- Estratégias da Atenção Primária à Saúde e Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do SUS.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Organizar o cuidado à pessoa com HAS na APS.

3.2 Objetivos Específicos

- Padronizar fluxos assistenciais; promover diagnóstico precoce;
- Reduzir morbimortalidade cardiovascular; melhorar controle pressórico;
- Prevenir lesões de órgãos-alvo; fortalecer educação em saúde e autocuidado;
- Garantir acompanhamento longitudinal;
- Qualificar os encaminhamentos para atenção especializada.

4. DEFINIÇÃO

Considera-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a elevação sustentada da pressão arterial em consultório ≥ 140 mmHg de pressão arterial sistólica e/ou ≥ 90 mmHg de pressão arterial diastólica, confirmada por medidas repetidas ou por

métodos complementares (MAPA ou MRPA), conforme critérios diagnósticos vigentes. Na classificação internacional de doença (CID- 10) temos os seguintes códigos:

- I10 - Hipertensão essencial (primária)
- I15 - Hipertensão secundária
- O10.0 - Hipertensão essencial pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O10.4 - Hipertensão secundária pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O13 - Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa
- O14 - Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa
- O16 - Hipertensão materna não especificada

5. CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Quadro 1- Classificação da pressão arterial de adultos, de acordo com a medida em consultório.

Graduação da Pressão arterial (mmHg)		
Classificação	PAS	PAD
Ótima	<120	<80
Pré hipertensão	120-139	80-89
HAS estágio 1	140-159	90-99
HAS estágio 2	160-179	100-109
HAS estágio 3	≥180	≥110

PAS: pressão arterial sistólica. PAD: pressão arterial diastólica

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2025).

6. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

A assistência à pessoa com HAS deve ser multiprofissional, interdisciplinar e longitudinal, considerando os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), do cuidado centrado na pessoa e da coordenação do cuidado. A seguir o que compete a cada profissional envolvido.

Médico da Estratégia Saúde da Família

- Realizar consulta médica, confirmação diagnóstica da HAS, estratificação do risco cardiovascular e investigação de hipertensão secundária;
- Solicitar e interpretar exames complementares, bem como avaliar lesões de órgão-alvo;
- Instituir, ajustar e monitorar o tratamento farmacológico, definindo metas terapêuticas e manejando efeitos adversos e crises hipertensivas;
- Avaliar adesão terapêutica e necessidade de encaminhamento para atenção especializada;
- Desenvolver ações educativas, apoiar tecnicamente a equipe e realizar visitas domiciliares quando indicado.

Enfermeiro

- Realizar acolhimento, classificação de risco, consulta de enfermagem e aferição da pressão arterial conforme técnica padronizada;
- Monitorar adesão terapêutica, identificar sinais de gravidade e realizar acompanhamento longitudinal dos usuários;
- Desenvolver ações de educação em saúde e orientações sobre mudanças no estilo de vida;
- Supervisionar equipe técnica e ACS, coordenar busca ativa e organizar o cuidado da condição crônica;
- Realizar visitas domiciliares, encaminhar ao médico quando necessário e monitorar indicadores assistenciais.

Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

- Realizar aferição da pressão arterial, altura e peso;
- Identificar sinais de alerta e comunicar a equipe responsável;
- Auxiliar em consultas, procedimentos e organização do fluxo assistencial;
- Participar de ações coletivas, busca ativa, acompanhamento dos usuários e visitas domiciliares;
- Realizar registros em prontuário conforme atribuições profissionais.

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- Identificar pessoas com fatores de risco cardiovascular e usuários em acompanhamento irregular;
- Realizar busca ativa, incentivar o acompanhamento contínuo e fortalecer o vínculo entre equipe e comunidade;
- Orientar sobre adesão medicamentosa, alimentação saudável, atividade física e cessação do tabagismo;
- Identificar sinais de agravamento e comunicar à equipe;
- Apoiar monitoramento domiciliar, atualização cadastral, ações coletivas e intersetoriais de promoção da saúde.

Cirurgião-Dentista

- Identificar alterações pressóricas e sinais de descompensação clínica durante o atendimento odontológico;
- Encaminhar usuários com suspeita ou descontrole da HAS para avaliação da equipe de saúde;
- Adequar o planejamento odontológico conforme a condição cardiovascular do usuário;
- Participar das ações de promoção da saúde, educação em saúde e educação permanente;
- Registrar informações clínicas relevantes em prontuário.

Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal (ASB/TSB)

- Auxiliar nas ações educativas e coletivas da unidade;

- Identificar usuários em acompanhamento irregular e orientar sobre comparecimento às consultas;
- Apoiar a organização do cuidado integrado e das atividades de promoção da saúde.

Farmacêutico (quando houver)

- Promover o uso racional de medicamentos e orientar quanto à posologia, armazenamento e efeitos adversos;
- Identificar interações medicamentosas e problemas relacionados aos medicamentos;
- Apoiar adesão terapêutica, conciliação medicamentosa e qualificação das prescrições;
- Monitorar a disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos;
- Participar das ações de educação em saúde.

Nutricionista (quando houver)

- Realizar avaliação nutricional e elaborar plano alimentar individualizado;
- Orientar alimentação cardioprotetora, redução do consumo de sódio e controle do peso corporal;
- Desenvolver atividades coletivas e participar do cuidado multiprofissional.

Profissional de Educação Física (quando houver)

- Orientar prática segura de atividade física e hábitos de vida ativos;
- Elaborar planos de exercícios adequados às condições clínicas do usuário;
- Desenvolver grupos e ações de promoção da saúde.

Psicólogo (quando houver)

- Apoiar o manejo do sofrimento psíquico relacionado à doença crônica;
- Trabalhar adesão terapêutica, autocuidado e enfrentamento de ansiedade, depressão e estresse;
- Desenvolver grupos terapêuticos e ações de apoio psicossocial.

Assistente Social (quando houver)

- Identificar vulnerabilidades sociais e barreiras de acesso ao cuidado;
- Orientar sobre direitos sociais e apoiar acesso aos serviços de saúde;
- Articular a rede intersetorial e apoiar usuários com dificuldades socioeconômicas relacionadas à adesão terapêutica.

Equipe Multiprofissional

- Atuar de forma integrada e compartilhada no cuidado à pessoa com HAS;
- Desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e educação permanente;
- Garantir cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade e autocuidado apoiado;
- Participar de reuniões de equipe e monitorar indicadores assistenciais relacionados à hipertensão arterial.

7. FLUXO ASSISTENCIAL

7.1 Entrada do usuário

O usuário poderá acessar a unidade por: demanda espontânea, consulta agendada, busca ativa, acompanhamento de condição crônica, ações coletivas e rastreamento (vide apêndice).

8. RASTREAMENTO

8.1 Adultos

Toda pessoa ≥ 18 anos deve ter a pressão arterial aferida ao menos anualmente.

8.2 Situações prioritárias (Realizar aferição em toda consulta):

- | | |
|-------------------|--|
| • obesidade; | • idosos; |
| • diabetes; | • gestantes; |
| • doença renal; | • doença cardiovascular; |
| • tabagismo; | • uso de medicamentos que elevem a PA. |
| • População negra | |

8.3 Crianças e adolescentes

Deve incluir anamnese, exame físico, cálculo do índice de massa corporal (IMC) e medida da PA. Deve ser realizado anualmente a partir dos 3 anos de idade ou em qualquer consulta, quando houver um ou mais fatores de risco.

Considera-se normal: até 13 anos, PA abaixo do percentil 90; a partir de 13 anos, PA menor que 120/80 mmHg.

RASTREAMENTO EM ADULTOS

Deve ser realizado anualmente, com duas medidas de PA no consultório.

- Quando a PA for menor que 130/85 mmHg, orientar medidas de prevenção primária e repetir a aferição em 1 ano.
- Quando a PA estiver entre 130/85 mmHg e 139/89 mmHg, considera-se pressão normal-alta e deve passar por consulta para identificar a presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV).
 - Na presença de fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), a PA deve ser verificada em mais duas ocasiões, com intervalo de 7 a 14 dias.
 - Na ausência de fatores de risco, o indivíduo deve ser encaminhado para orientações sobre mudanças no estilo de vida.
- Quando a PA for maior ou igual a 140/90 mmHg, devem ser seguidos os critérios para confirmação diagnóstica de hipertensão arterial.

9. TÉCNICA DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Recomendações obrigatórias

- repouso mínimo de 5 minutos;
- evitar café, cigarro e exercício 90 minutos antes;
- esvaziar a bexiga
- paciente sentado;

- pés apoiados no chão;
- braço na altura do coração;
- manguito adequado;
- verificar nos dois braços.

10. CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

O diagnóstico deverá ser confirmado por medidas repetidas da pressão arterial em 2 a 3 consultas, com intervalo entre 1 dia e 4 semanas.

Apesar da medida da PA durante a consulta clínica ser o método de escolha inicial para a confirmação diagnóstica da HAS, há situações em que é necessário avaliar a PA pelo método de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) (vide apêndice)

Situações que indicam MAPA ou MRPA:

- Resposta exacerbada da PA à atividade física e ao exercício físico;
- Presença de grande variabilidade da PA no consultório;
- Suspeita de hipertensão do avental branco (a PA se eleva apenas em consultório clínico enquanto a PA ambulatorial ou residencial estar dentro da normalidade).
- Suspeita de hipertensão mascarada (a PA se apresenta dentro dos limites de normalidade quando medida no consultório clínico, mas elevadas em avaliação ambulatorial ou residencial)
- Confirmação diagnóstica de Hipertensão Arterial Resistente (HAR).

Hipertensão arterial resistente é caracterizada pela persistência da PA acima da meta apesar do uso concomitante de três classes anti-hipertensivas, incluindo obrigatoriamente um diurético, em doses máximas toleradas e com adesão comprovada.

Situações de diagnóstico imediato

Pode-se confirmar HAS em uma única consulta quando:

- PA $\geq 180 \times 110$ mmHg;

- PA $\geq 160 \times 100$ mmHg com:
 - presença de lesão de órgão-alvo;
 - doença cardiovascular estabelecida.

Quadro 2- Vantagens e desvantagens da MAPA e da MRPA, em comparação à medida da PA em consultório clínico.

Considerações	Método	
	MAPA	MRPA
Vantagens	Leituras durante o sono	Maior disponibilidade
	Permite medidas durante atividades cotidianas	Medida da PA em ambiente domiciliar, que pode representar maior tranquilidade para o paciente do que o ambiente do consultório clínico.
	Utilizado em pacientes com déficits cognitivos e nos raros casos de comportamento obsessivo	Permite avaliar a variabilidade da PA no dia a dia
	Permite avaliar a variabilidade da PA em períodos curtos	Envolvimento do paciente na medida da PA
	Evidência prognóstica mais robusta	Maior adesão ao tratamento
Desvantagens	Custo elevado	Somente PA em vigília
	Disponibilidade, por vezes, limitada	Potencial de erro nos resultados
	Pode ser desconfortável	Medida apenas em repouso

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

Fonte: Barroso et al. (2021)

Quadro 3- Conduta conforme PA encontrada

PA encontrada	Conduta
<130x85	Reavaliar em 1 ano
130-139 / 85-89	Avaliar fatores de risco
≥140/90	Confirmar diagnóstico
≥180/110	Diagnóstico imediato
≥160/100 + LOA/DCV	Diagnóstico imediato

LOA: lesão de órgão-alvo; DCV: doença cardiovascular

Fonte: própria autora

11. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV)

Deve ser realizada em todos os pacientes com HAS ou pressão arterial normal alta.

Quadro 4- Estratificação de risco cardiovascular

Estratificação de risco	Situações
Risco Muito Alto	DCV (AVC; IAM); DRC avançada; DM com lesão de órgão-alvo
Risco Alto	DM sem lesão de órgão-alvo; HAS estágio 3; múltiplos fatores de risco.
Risco Moderado	HAS estágio 1 ou 2 sem LOA.
Risco Baixo	ausência de fatores adicionais.

DVC: doença cardiovascular; AVC: acidente vascular cerebral; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes; LOA: lesão de órgão alvo

Ferramenta recomendada

Calculadora PREVENT (Para uso em prevenção **primária** — pacientes sem DCV estabelecida (infarto, AVC, IC prévia), com idade entre 30 e 79 anos.) *The American Heart Association PREVENT™ Online Calculator - Professional Heart Daily | American Heart Association* ou *Calculadora PREVENT | Ferramenta Gratuita AHA 2023 de Risco Cardiovascular*

Fatores de risco cardiovasculares

Tabagismo; Diabetes mellitus; Dislipidemia; Obesidade; Sedentarismo; História familiar de DCV precoce; Doença renal crônica.

Quadro 5- Metas terapêuticas lipídicas conforme risco cardiovascular

Risco	Meta LDL
Risco cardiovascular muito alto	LDL-c < 50 mg/dL
Risco cardiovascular alto	LDL-c < 70 mg/dL
Risco cardiovascular intermediário	LDL-c < 100 mg/dL
Risco cardiovascular baixo	LDL-c < 115 mg/dL

Fonte: Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025

As estatinas constituem a terapia farmacológica de primeira linha para o tratamento das dislipidemias, em razão de sua eficácia na redução dos níveis de colesterol LDL e na prevenção de eventos cardiovasculares. A intensidade da redução do LDL-colesterol depende da potência da estatina e da dose utilizada, sendo classificadas em:

- Estatinas de alta intensidade: promovem redução de 50% dos níveis de LDL-colesterol.
- Estatinas de intensidade moderada: promovem redução entre 30% e 49% dos níveis de LDL-colesterol.

Após o início do tratamento ou após qualquer ajuste de dose, recomenda-se a realização de novo perfil lipídico em aproximadamente 4 semanas para avaliação da resposta terapêutica, da adesão ao tratamento e da necessidade de intensificação ou ajuste da terapia. Uma vez atingida a meta terapêutica e mantida a estabilidade clínica, o monitoramento do perfil lipídico pode ser realizado anualmente.

Os efeitos adversos mais frequentemente associados ao uso de estatinas incluem sintomas musculares, especialmente mialgia, com incidência aproximada de 9% dos usuários, e elevação das transaminases hepáticas (TGP/ALT), observada em menos de 2% dos pacientes. Na ocorrência de efeitos adversos clinicamente relevantes, deve-se investigar outras possíveis causas e

considerar redução da dose, substituição por outra estatina ou suspensão temporária ou definitiva do medicamento, conforme avaliação clínica individual.

Quadro 6- Estatinas conforme potência

Estatina (mg)	Média potência	Alta potência
Sinvastatina	20-40mg	-----
Atorvastatina	10-20mg	40-80mg
Rosuvastatina	5-10mg	20-40mg

Fonte: Adaptado de MACH et al., 2020

12. AVALIAÇÃO CLÍNICA

12.1 Anamnese

Avaliar: sintomas cardiovasculares; hábitos de vida; antecedentes familiares; uso de medicamentos; adesão terapêutica; sintomas de hipertensão secundária. Pacientes com HAS são frequentemente assintomáticos.

12.2 Exame físico

Realizar:

- peso;
- altura;
- IMC;
- circunferência abdominal;
- frequência cardíaca;
- ausculta cardíaca e pulmonar;
- avaliação vascular periférica;
- exame neurológico;
- fundoscopia quando indicada.

Quadro 7 Parâmetros antropométricos.

IMC (kg/m ²)
Normal <24,9
Sobrepeso 25 a 29,9
Obesidade ≥30
Circunferência da cintura (cm)
Normal: mulher <88cm; homem <102cm

IMC: índice de massa corporal; a circunferência cintura deve ser calculada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral

Fonte: Brandão et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025

13. EXAMES COMPLEMENTARES

A avaliação laboratorial visa a detectar lesões em órgão-alvo, proporcionando uma estratificação mais precisa do RCV e para o diagnóstico preciso da HAS. Esta avaliação inclui as seguintes investigações a serem realizadas, conforme o caso clínico de cada indivíduo.

Exames iniciais recomendados

- glicemia de jejum;
- perfil lipídico;
- creatinina e TFGe;
- sódio e potássio;
- EAS (Urina1);
- Microalbuminúria (RAC);
- ECG.

Exames conforme indicação:

- Ecocardiograma- se fração de ejeção ≤ 40 (Insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida) ICFE-R. A medicações escolhidas devem ser: IEAC ou BRA (se intolerância a IECA) + BB + espironolactona + dapagliflozina.
- MAPA ou MRPA
- Ultrassonografia renal
- Fundoscopia
- Ultrassom de carótida

14. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Deve ser recomendado a todos os pacientes.

Orientações

Alimentação saudável (Apêndice dieta DASH)

- redução do sódio;
- redução de ultraprocessados;
- aumento de frutas e vegetais.

Atividade física

Mínimo de 150 minutos semanais.

Controle de peso

Objetivar IMC adequado.

Outras medidas

- cessação do tabagismo;
- redução do álcool;
- melhora do sono;
- Prática de espiritualidade;
- manejo do estresse.

15. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Indicações

- HAS estágio 2 ou 3;
- HAS estágio 1 com risco cardiovascular moderado e levado;
- Persistência de PA elevada após mudanças do estilo de vida.

15.1 Classes preferenciais

- 1° escolha: Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA);
- Ou: Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA)- se tosse ou angioedema com IECA;
- 2° escolha: diuréticos tiazídicos;

- 3° escolha: Bloqueadores de canal de cálcio (BCC).
- 4° escolha: espironolactona
- Betabloqueadores (BB)– indicações específicas (Infarto Agudo Miocárdio e Insuficiência Cardíaca Congestiva)

Etapa 1

Monoterapia (casos selecionados) ou associação de 2 drogas:

- Enalapril + Hidroclorotiazida
- Enalapril + Anlodipino
- Losartana + Hidroclorotiazida
- Losartana + Anlodipino

Etapa 2

Persistência de PA elevada:

Tripla terapia:

- BRA/IECA + BCC + Diurético tiazídico

Etapa 3

Persistência da PA:

- Confirmar adesão
- Solicitar MRPA
- Investigar hipertensão secundária
- Considerar hipertensão resistente
-

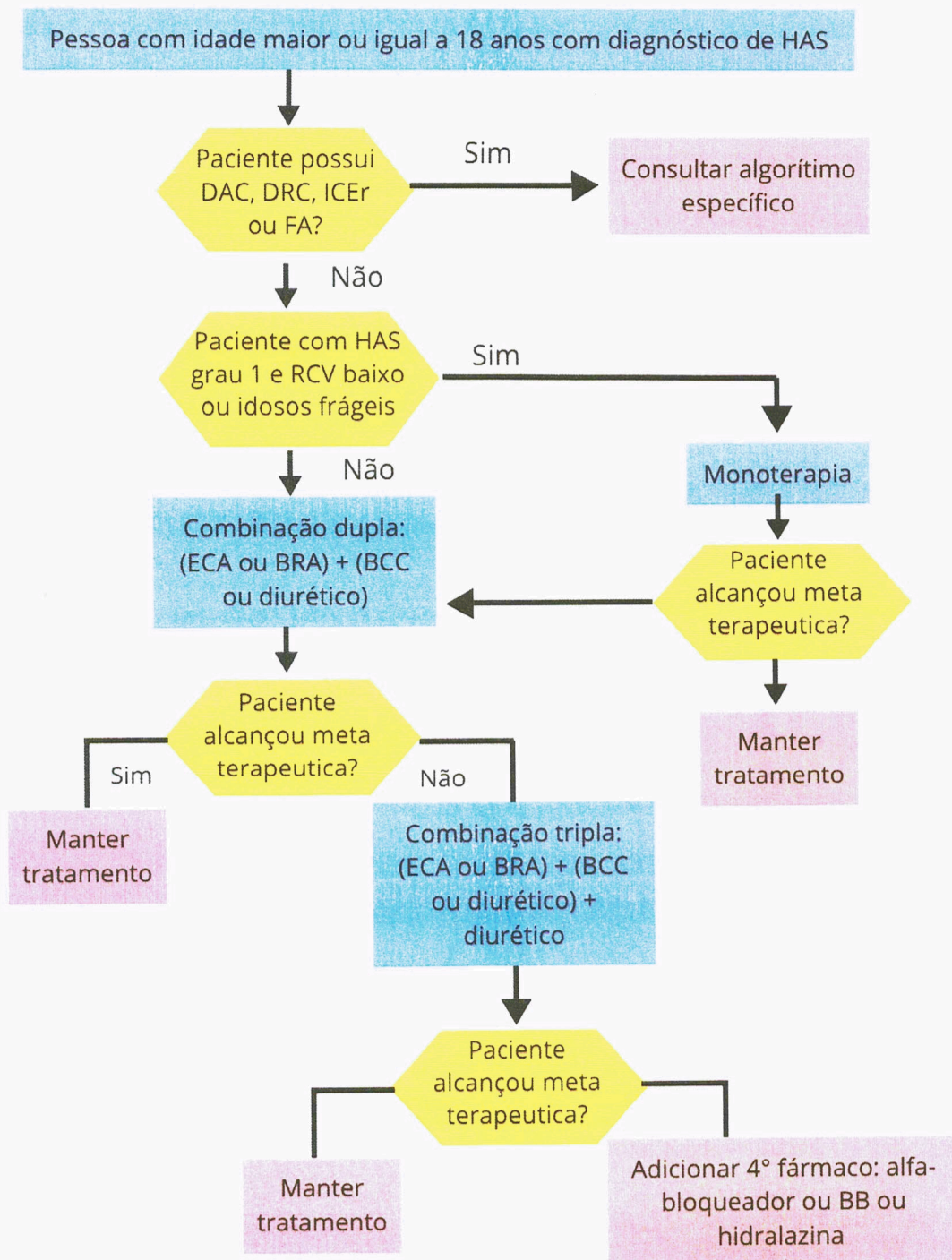
Quadro 8 – Medicamentos disponíveis no SUS para tratamento da HAS em adultos (exceto gestantes), segundo classe terapêutica, posologia, efeitos adversos.

Classe terapêutica	Medicamento e posologia	Efeito adverso ou contraindicações
Diuréticos de alça	Furosemida (20 a 80mg)	Cãibras Preferível em pacientes com TFG _e <30ml/min/1,73m ²
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida (25 a 50mg)	Hiponatremia Hipopotassemia em pacientes com insuficiência renal

Diurético poupador de potássio	Espiro lactona (50mg)	Ginecomastia, hipercalcemia
IECA	Enalapril (5 a 40mg) Captopril (25 a 150mg)	Tosse seca Gestantes Evitar em monoterapia para população negra. Gestantes
BRA	Losartana (50 a 100mg)	Hipercalcemia Gestantes Evitar em monoterapia para população negra. Gestantes
BCC Dihidropiridínico	Anlodipino (2,5 a 10mg) Nifedipino (10 a 60mg)	Edema maleolar (dose-dependente)
Betabloqueador	Atenolol (50 a 100mg) Metoprolol (50 a 200mg) Propranolol (80 a 320mg)	Broncoespasmo (não seletivos, ex: propranolol) Usar em casos específicos: angina, pós infarto agudo, insuficiência cardíaca, arritmias, enxaqueca (propranolol) Em altas doses todos perdem seletividade

Fonte: própria autora

Figura 1- Algoritmo de tratamento medicamentoso anti-hipertensivo na ausência de comorbidades



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2025).

15.2 Metas terapêuticas

Quadro 9- Meta terapêutica conforme a população

População	Meta
Adultos	<130/85 mmHg se tolerado
Idosos ≥80 anos	PAS entre 130-139 mmHg
Diabetes, DRC, alto risco cardiovascular	<130/85 mmHg

16. ACOMPANHAMENTO

Paciente controlado

Consulta a cada 3 a 6 meses.

Paciente descontrolado

Reavaliação em até 30 dias.

17. ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

Em todas as consultas avaliar:

- PA;
- adesão;
- peso;
- IMC;
- efeitos adversos;
- medidas não farmacológicas;
- sinais de agravamento;
- necessidade de avaliação médica.

18. HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

Suspeitar em casos de (vide apêndice):

- início antes dos 30 anos;
- HAS resistente;
- hipocalcemia;
- piora abrupta;
- crises hipertensivas;
- lesão de órgão-alvo desproporcional.

19. HIPERTENSÃO RESISTENTE

Considerar quando PA permanece elevada apesar do uso de três anti-hipertensivos, incluindo diurético, em doses adequadas.

Quadro 10- Cuidados para o diagnóstico da hipertensão arterial resistente.

Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso, uma das causas mais comuns de pseudo resistência.

Otimizar o tratamento não medicamentoso e medicamentoso antes de diagnosticar o paciente com hipertensão arterial resistente.

Medir corretamente a pressão arterial, usando técnica e manguito apropriado ao tamanho da circunferência de braço do paciente.

Medir a PA de forma padronizada, fora do ambiente do consultório clínico, para descartar o efeito do “jaleco ou avental branco”.

Fonte: Barroso et al. 2021

20. CRISE HIPERTENSIVA

Definição

Elevação acentuada da PA, geralmente $\geq 180/120$ mmHg, associada ou não à lesão aguda de órgão-alvo.

20.1 Urgência hipertensiva

Elevação importante da PA **sem** lesão aguda de órgão-alvo.

Conduta

- observação;
- ajuste medicamentoso;
- reavaliação precoce;
- orientação.

20.2 Emergência hipertensiva

PA elevada com lesão aguda de órgão-alvo e risco iminente de morte.

Sinais de alerta

- dor torácica (Sd. Coronariana aguda ou dissecção de aorta);
- dispneia;
- rebaixamento do nível de consciência.
- déficit neurológico;
- edema agudo de pulmão;
- alteração visual;
- convulsões;

Conduta

- estabilização inicial;
- encaminhamento imediato para serviço de urgência/emergência.
- Captopril 25mg de 1 a 2 comprimidos Via Oral associado ou não com furosemida 20mg/2mL (em bolus Endovenoso)

21. HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

Toda gestante com HAS deve ser avaliada conforme protocolo de pré-natal.

Encaminhar imediatamente a maternidade:

- PA $\geq 160 \times 110$ mmHg;
- cefaleia intensa;
- escotomas;
- epigastralgia;
- convulsões;
- suspeita de pré-eclâmpsia.

Medicamentos preferenciais:

- metildopa;
- nifedipino;
- hidralazina.

Contraindicados:

- IECA;
- BRA;
- Inibidores diretos da renina.
- Espironolactona

22. HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO NEGRA

Em pessoas negras, diuréticos tiazídicos e bloqueadores dos canais de cálcio apresentam maior efetividade como terapia inicial. IECA e BRA permanecem indicados especialmente quando coexistem diabetes mellitus, doença renal crônica ou insuficiência cardíaca.

23. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As unidades devem promover:

- grupos educativos;
- incentivo ao autocuidado;
- orientação alimentar;
- estímulo à atividade física;
- ações coletivas para adesão terapêutica.

24. ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Encaminhar quando:

- HAS resistente confirmada por MAPA/MRPA;
- suspeita de HAS secundária (cardiologista, endocrinologista e nefrologista);
- lesão importante de órgão-alvo (coração, rim e cérebro);
- AVC ou demência sem investigação prévia (neurologista e geriatra)
- DRC avançada (nefrologista);
- Hipertensão de difícil controle;
- Complicações cardiovasculares;
- Gestação de alto risco.
- Obesidade mórbida IMC ≥ 35 . (endocrinologista)
- DM 2 com retinopatia, neuropatia, Hb glicada ≥ 9

- Claudicação intermitente, massa palpável sugestiva de aneurisma de aorta, sopro carotídeo (cirurgião vascular).

25. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Registrar obrigatoriamente:

- PA;
- classificação da HAS;
- risco cardiovascular;
- medicações;
- adesão;
- orientações;
- exames;
- encaminhamentos;
- plano terapêutico.

26. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- percentual de hipertensos cadastrados;
- percentual com PA controlada;
- cobertura de estratificação de risco;
- percentual com exames anuais atualizados;
- taxa de abandono de seguimento.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, [s.l.], v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

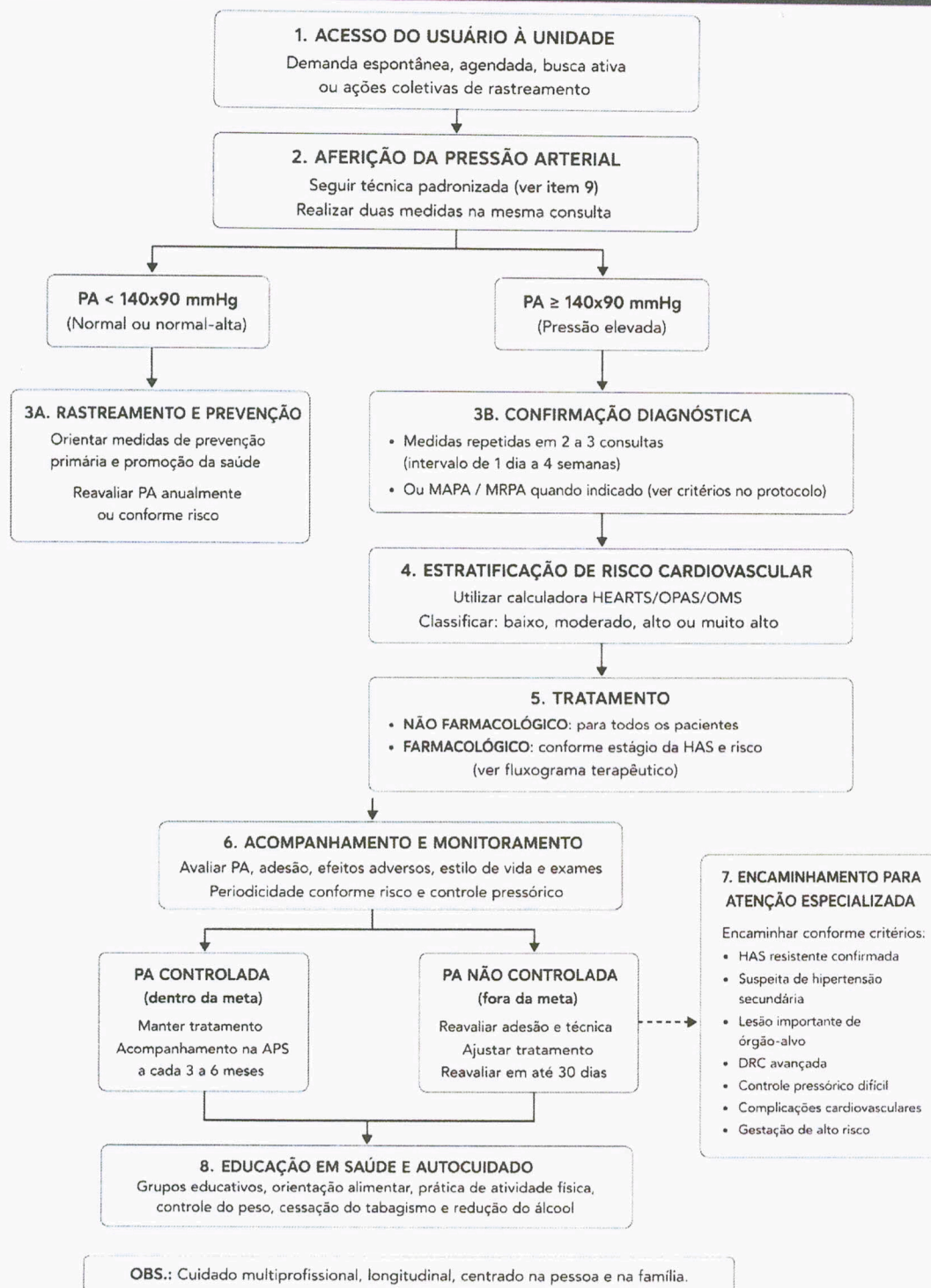
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica:** Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23 de julho de 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 122, n. 9, e20250624, 2025. Disponível em: <https://abccardiol.org/>. Acesso em: 29 jul. 2026.

RACHED, Fabiana Hanna *et al.* **Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 9, e20250640, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250640. Disponível em: [ABC Cardiol](#)

Apêndice I - Fluxograma da Linha de cuidado da Hipertensão na APS

FLUXOGRAMA 1 – LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)



PA: pressão arterial HAS: hipertensão arterial sistêmica MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial
MRPA: monitorização residencial da pressão arterial APS: atenção primária à saúde

Apêndice II- Monitorização Ambulatorial e Residencial da Pressão Arterial

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) consiste no registro automático e contínuo da pressão arterial (PA) por 24 horas, durante os períodos de vigília e sono. Já a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) corresponde à aferição domiciliar da PA, realizada por cinco dias consecutivos, duas vezes ao dia.

A MAPA e a MRPA apresentam maior precisão diagnóstica quando comparadas à medida isolada em consultório, permitindo identificar hipertensão do avental branco, hipertensão mascarada e maior variabilidade pressórica.

A realização da MAPA é especialmente indicada quando houver:

- discordância entre medidas de consultório e domiciliares;
- necessidade de avaliação da PA durante o sono;
- investigação de hipotensão postural ou pós-prandial.

Considera-se diagnóstico de HAS:

- MAPA:
 - média de 24h $\geq 130/80$ mmHg;
 - vigília $\geq 135/85$ mmHg;
 - sono $\geq 120/70$ mmHg.
- MRPA:
 - média $\geq 130/80$ mmHg.

Os pontos de corte da MAPA e MRPA diferem dos utilizados para aferição em consultório.

Apêndice III - Modelo de tabela para utilizar na MRPA

Dia	Horário	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Observações
1° dia	Manhã			
	Noite			
2° dia	Manhã			
	noite			
3° dia	Manhã			
	Noite			
4° dia	Manhã			
	Noite			
5° dia	Manhã			
	Noite			

Orientações para realização da MRPA:

- Realizar as aferições em ambiente tranquilo, após pelo menos 5 minutos de repouso.
- Evitar consumo de café, álcool, tabaco e atividade física 30 minutos antes da medida.
- Permanecer sentado, com costas apoiadas, pés no chão e braço apoiado na altura do coração.
- Registrar os valores obtidos pela manhã e à noite, preferencialmente nos mesmos horários.
- Considera-se alterada MRPA com média $\geq 130/80$ mmHg.

Apêndice IV - Hipertensão Arterial Secundária (5 a 10% dos indivíduos com HAS)

Ocorre quando há uma causa identificável e tratável, cuja correção pode levar à remissão ou melhora da PA. Ela deve ser suspeitada em pacientes com características clínicas específicas.

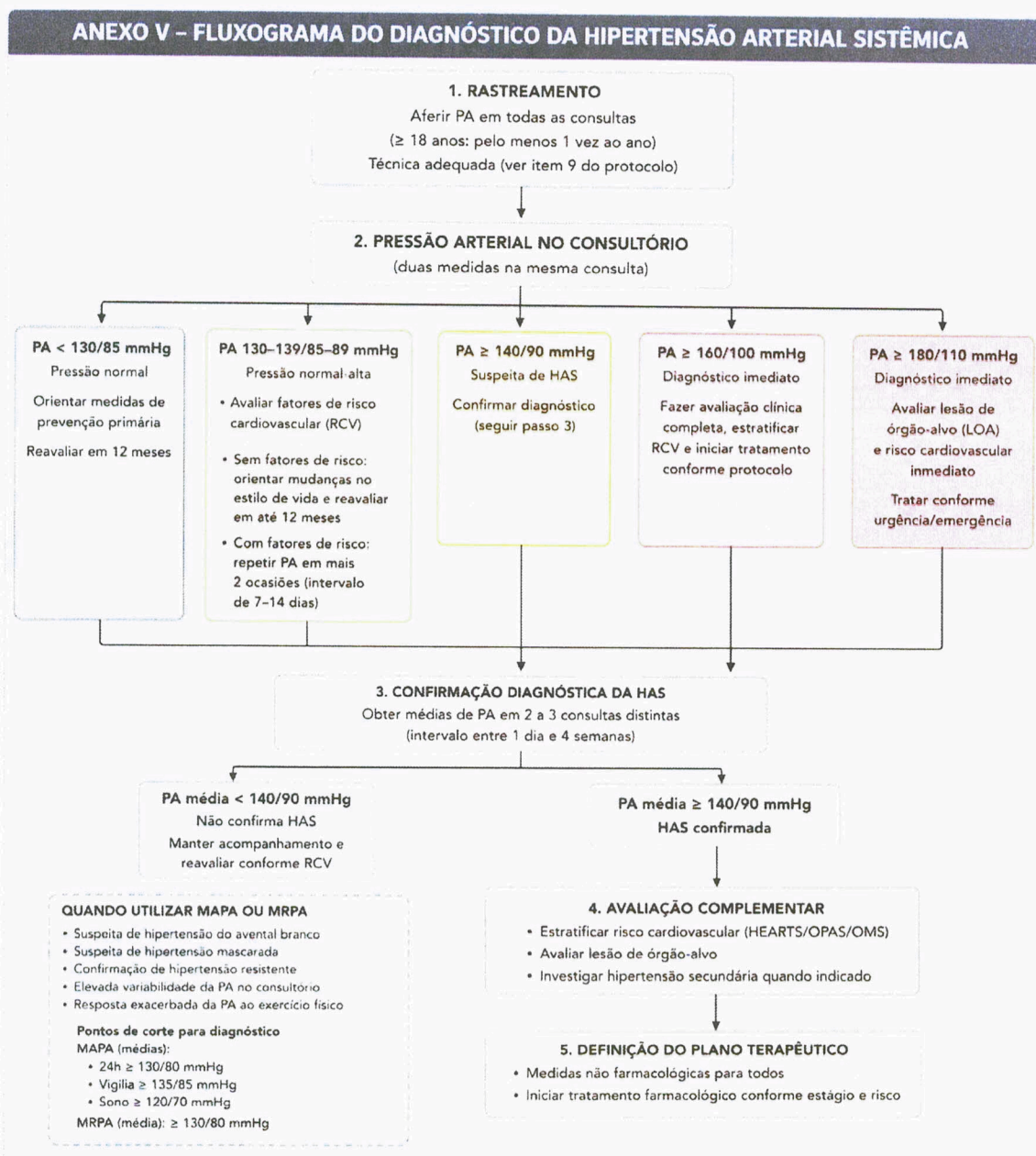
Quadro 2- Características para suspeita de hipertensão arterial secundária

Indícios	Características
HAS de início precoce e tardio	Presença de lesões em órgãos-alvo e diagnóstico antes dos 30 anos ou após os 50 anos de idade.
HAR ou refratária	HAR (PA que permanece $\geq 140/90$ mmHg, apesar do uso de três ou mais classes de medicamentos anti-hipertensivos em doses máximas;); ou HAR controlada: (PA < 140/90 mmHg, em uso de quatro ou mais medicamentos anti-hipertensivos para alcançar o controle da PA); ou Refratária (PA não controlada $\geq 140/90$ mmHg, mesmo em uso de cinco ou mais medicamentos anti-hipertensivos).
Uso de substâncias	Uso de hormônios exógenos, medicamentos ou outras substâncias que possam elevar a PA.
Tríade do feocromocitoma	Presença de crises de palpitações, sudorese e cefaleia.
Indícios apneia obstrutiva do sono	Presença de sintomas ou diagnóstico confirmado.
Características físicas ou condições associadas a HAS	Biótipo de doenças como hipertireoidismo, Síndrome de <i>Cushing</i> , acromegalia, doença renal crônica.
Presença de sinais físicos	Presença de sopros em territórios arteriais ou massas abdominais.
Assimetria ou ausência de pulsos	Pulsos assimétricos ou ausentes em membros inferiores.
Hipopotassemia	Espontânea ou severa, induzida por diuréticos.
Anormalidade em exames de urina e função renal	Presença de hematúria glomerular (dismórfica), de albuminúria ou proteinúria, diminuição da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), aumento de creatinina sérica ou alterações de imagem renal.

Legenda: TGFe= taxa de filtração glomerular estimado.

Fonte: Barroso et al. 2021

Apêndice V - Fluxograma do Diagnóstico da Hipertensão



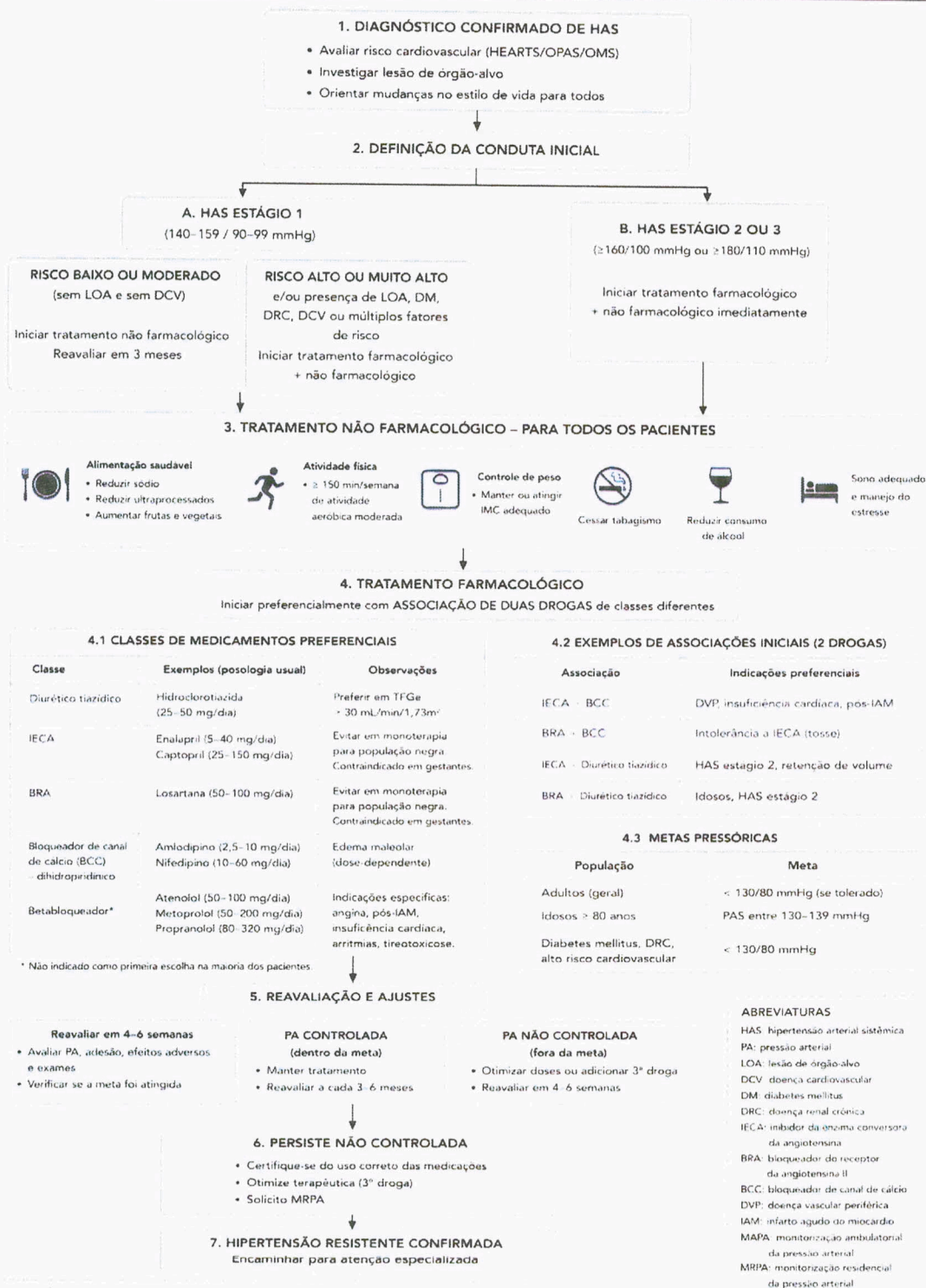
REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica. Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23 de julho de 2025.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624.
- Barroso, WKS et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021.

PA: pressão arterial; HAS: hipertensão arterial sistêmica; RCV: risco cardiovascular; LOA: lesão de órgão-alvo; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.

Apêndice VI - Fluxograma do Tratamento da Hipertensão.

ANEXO VI – FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) ADULTOS (EXCETO GESTANTES) – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



REFERÊNCIAS:

- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica. Portaria SECTHS-M5 nº 49, de 23 de julho de 2025.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e202506/4.
- Barroso, WKS et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021

Apêndice VII – Dieta DASH

Orientações sobre a Dieta DASH para Pessoas com Hipertensão

A Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) é um padrão alimentar recomendado para auxiliar no controle da pressão arterial e reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Deve ser adotada como parte do tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

Orientações principais:

- Consumir diariamente frutas, verduras, legumes e cereais integrais.
- Preferir leite e derivados desnatados ou com baixo teor de gordura.
- Incluir leguminosas (feijão, lentilha, ervilha e grão-de-bico) na alimentação regular.
- Priorizar carnes magras, aves e peixes, preparados assados, cozidos ou grelhados.
- Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, salgadinhos, temperos prontos e refeições industrializadas.
- Evitar alimentos ricos em gorduras saturadas, frituras, doces e bebidas açucaradas.
- Limitar a ingestão de sal a, no máximo, **5 g por dia** (equivalente a uma colher de chá rasa), considerando o sal utilizado no preparo dos alimentos e o presente nos produtos industrializados.
- Utilizar temperos naturais, como alho, cebola, ervas frescas, limão e especiarias, em substituição ao sal.
- Manter hidratação adequada e limitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Benefícios esperados:

- Redução da pressão arterial.
- Melhor controle do colesterol e do peso corporal.
- Diminuição do risco de infarto, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e doença renal.
- Maior proteção cardiovascular quando associada à prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e uso correto das medicações prescritas.

Orientações Alimentares (Dieta DASH) para Pessoas com Hipertensão

A alimentação saudável é uma das principais medidas para controlar a pressão arterial. Oriente o paciente a fazer pequenas mudanças no dia a dia, priorizando alimentos naturais e reduzindo o consumo de sal e produtos industrializados.

Prefira consumir diariamente:

- **Frutas:** banana, maçã, laranja, mamão, manga, melancia, abacaxi e outras frutas da estação.
- **Verduras e legumes:** alface, couve, rúcula, repolho, tomate, cenoura, abobrinha, chuchu, abóbora, beterraba, quiabo e brócolis.
- **Feijões e leguminosas:** feijão carioca, preto, fradinho, lentilha, ervilha e grão-de-bico.
- **Cereais integrais:** arroz integral, aveia, pão integral e macarrão integral, sempre que possível.
- **Leite e derivados com baixo teor de gordura:** leite desnatado, iogurte natural e queijos brancos com menor teor de sal.
- **Proteínas magras:** peixes, frango sem pele, ovos e carnes magras (patinho, coxão mole, lagarto).

Reduza o consumo de:

- Sal de cozinha, temperos prontos (caldos em cubo, sachês e temperos industrializados).
- Embutidos, como linguiça, salsicha, presunto, mortadela, salame e peito de peru.
- Alimentos industrializados, como macarrão instantâneo, salgadinhos, biscoitos recheados, pizzas congeladas, enlatados e refeições prontas.
- Refrigerantes, sucos artificiais, doces, bolos recheados e alimentos ricos em açúcar.
- Carnes gordurosas, frituras, pele de frango e alimentos preparados com excesso de óleo.

Use menos sal e mais temperos naturais:

Substitua parte do sal por alho, cebola, cheiro-verde, salsinha, cebolinha, coentro, manjerição, orégano, alecrim, açafrão, páprica, pimenta, limão e vinagre.

Meta diária de sal:

- Consumir no máximo **1 colher de chá rasa de sal por dia (5 g)**, considerando todo o sal utilizado nas refeições da família.

Exemplo de um dia de alimentação saudável:

- **Café da manhã:** café ou leite desnatado, pão integral com queijo branco e uma banana.
- **Lanche:** uma maçã ou uma fatia de mamão.
- **Almoço:** arroz, feijão, peito de frango grelhado, salada de alface e tomate, cenoura ralada e uma fruta de sobremesa.
- **Lanche da tarde:** iogurte natural ou uma fruta.
- **Jantar:** sopa de legumes com frango desfiado ou arroz, feijão, legumes cozidos e omelete.
- **Ceia (se necessário):** uma fruta ou leite desnatado.

Lembretes importantes ao paciente:

- Encha metade do prato com verduras e legumes.
- Consuma frutas diariamente.
- Evite colocar o saleiro à mesa.
- Leia os rótulos e prefira alimentos com menor quantidade de sódio.
- Beba água regularmente e pratique atividade física conforme orientação da equipe de saúde.

Mensagem-chave ao paciente:

"Quanto mais natural for o alimento, melhor para controlar a pressão. Quanto mais industrializado, maior a chance de conter excesso de sal, gordura e açúcar."