

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICAPORTARIA SECTICS/MS
Nº 49 DE 23 DE JULHO DE 2025

INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

- Doença crônica de causa multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), geralmente não associada a sintomas.
- Frequentemente associada às alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com maior risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.
- Causa direta de cardiopatia e nefropatia hipertensivas
- A HAS é fator de risco para:
 - doenças decorrentes de aterosclerose e trombose (doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, e morte prematura);
 - insuficiência cardíaca e fibrilação atrial;
 - Alzheimer e demência vascular (quando iniciada em fases precoces da vida).

A HAS é uma das causas relacionadas à maior redução da expectativa de vida e da qualidade de vida dos indivíduos.

Prevalência mundial: 33% da população entre 30 e 79 anos

Prevalência no Brasil: 23,9% da população ≥18 anos

Fatores de risco para HAS: genética, idade (quanto >idade, >risco), sexo masculino, etnia (preta), sobrepeso ou obesidade, hiperglicemia, ingestão elevada de sódio e reduzida de potássio, consumo elevado de bebidas alcoólicas, tabagismo, inatividade física e a apneia obstrutiva do sono, e determinantes sociais.

Estratégias de prevenção: adoção de uma alimentação adequada e saudável (redução do consumo de sódio e de alimentos ultraprocessados); controle do peso corporal; prática regular de atividade física; redução ou cessação da ingestão de bebidas alcoólicas; prevenção e cessação do tabagismo; redução e gerenciamento do estresse; maior qualidade do sono; medição regular da PA; gerenciamento de outras condições de saúde; e estratificação do risco cardiovascular (RCV). Adoção de metodologias para o autocuidado.

RASTREAMENTO

RASTREAMENTO EM 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.
 - **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.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR (RCV)

Deve ser realizada em todos os indivíduos com PA normal-alta ou HAS, sem doença cardiovascular pré-existente.

Recomenda-se a avaliação anual do RCV em pessoas entre 40 e 74 anos, independentemente da presença de HAS.

A avaliação deve ser feita com a calculadora da Iniciativa HEARTS/OPAS/OMS, baseada em parâmetros definidos pelo estudo *Global Burden of Disease*.

Consultar itens 5 e 6 do PCDT Hipertensão Arterial Sistêmica da PT Nº 49, DE 23/07/2025 (PCDT HAS).

CID 10

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**O10.9** Hipertensão pré-existente não especificada, 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

REGULAÇÃO E CONTROLE

O cuidado à HAS deve seguir critérios de inclusão, duração e monitoramento do tratamento, com revisão periódica das doses e acompanhamento contínuo da eficácia e possíveis toxicidades.

O manejo da HAS envolve ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), com encaminhamento à atenção especializada em casos de suspeita de hipertensão secundária, resistência ao tratamento, comorbidades, complicações ou alto RCV. Situações de urgência, como AVC, síndrome coronariana aguda ou edema agudo de pulmão, exigem atendimento imediato em serviços de emergência.

Os pacientes devem manter acompanhamento contínuo pela equipe da APS. É necessário observar a Renome para a dispensação dos medicamentos, priorizando o acesso pelo SUS ou pelo Programa Farmácia Popular. As gestões de saúde devem garantir estrutura física, exames e capacitação profissional adequados, além de registrar e reportar dados ao BNAFAR.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) visam o cuidado integral e o autocuidado, sem substituir o tratamento convencional. O Programa Academia da Saúde complementa o cuidado com ações de promoção da saúde, práticas corporais, alimentação saudável, PICS, atividades culturais e educação em saúde, conforme a Portaria de Consolidação nº 5/2017.

Procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser consultados no SIGTAP <http://sigtap.datasus.gov.br> atualizado mensalmente.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico HAS deve considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também os determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades.

DIAGNÓSTICO INICIAL

A medida da PA no consultório é a base do diagnóstico e acompanhamento da HAS. Devem ser feitas **2 a 3 medidas de PA**, com intervalos de **1 dia a 4 semanas**, variando conforme a gravidade e presença de DCV ou lesões em órgãos-alvo.

O diagnóstico é confirmado quando a PA $\geq 140/90$ mmHg em avaliações repetidas:

- HAS grau 1: PA entre 140–159/90–99 mmHg → requer confirmação com nova medição em 7 a 14 dias.
- PA $\geq 160/100$ mmHg: exige consulta médica imediata.
- PA $\geq 180/110$ mmHg ou presença de DCV/lesão em órgão-alvo: o diagnóstico pode ser feito em uma única consulta.

Durante o processo diagnóstico, devem ser avaliados o risco RCV e realizados testes de triagem de rotina. Confirmado o diagnóstico de HAS, após consulta médica, deve-se iniciar o tratamento, levando em conta o grau da hipertensão e o nível de RCV. O paciente deve ser orientado sobre o retorno periódico às consultas, a adesão ao tratamento e as medidas de autocuidado e prevenção.

Se a **PA não for $\geq 140/90$ mmHg**, o indivíduo deve receber orientações sobre mudanças no estilo de vida e realizar a estratificação do RCV, quando indicado.

Embora a medida da PA em consultório seja o método inicial, pode ser necessário o uso de **monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou monitorização residencial da pressão arterial (MRPA)** para confirmação diagnóstica, conforme as orientações descritas nos protocolos específicos.

Quadro I - Classificação da PA de adultos, de acordo com a medida em consultório.

Gradação da Pressão Arterial (mmHg)					
PA ótima	Normal	Normal alta	HAS		
			GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3
PAS < 120 PAD < 80	PAS 120-129 PAD 80-84	PAS ≥ 130 , ≤ 139 PAD ≥ 85 , ≤ 89	PAS ≥ 140 , ≤ 159 PAD ≥ 90 , ≤ 99	PAS ≥ 160 , ≤ 179 PAD ≥ 100 , ≤ 109	PAS ≥ 180 PAD ≥ 110

Hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada

Entre 10% e 30% dos pacientes com PA elevada em consultório apresentam hipertensão do **avental branco (PA alta apenas no consultório)**, e 10% a 15% têm **hipertensão mascarada (PA normal no consultório, mas elevada fora dele)**. A hipertensão do avental branco está associada RCV moderado, enquanto a hipertensão mascarada tem risco semelhante ao da HAS sustentada.

Pacientes com avental branco e baixo RCV, sem lesão em órgão-alvo, geralmente não necessitam tratamento medicamentoso, mas devem manter hábitos de vida saudáveis. Já os com hipertensão mascarada podem receber tratamento para normalizar a PA fora do consultório.

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. Veja o Quadro II.

Quadro II - 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.
Triade 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 Cushing, 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 hematuria glomerular (dismórfica), de albuminúria ou proteinúria, diminuição da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), aumento de creatinina sérica ou alterações de imagem renal.

Legenda: TFGe: taxa de filtração glomerular estimado; HAS: hipertensão arterial sistêmica, HAR: hipertensão arterial resistente, PA: Pressão Arterial

A anamnese detalhada, o exame físico completo (incluindo medida correta da PA e palpação dos pulsos) e os exames de rotina são fundamentais para identificar possíveis causas secundárias e orientar a investigação diagnóstica.

Consulte o **item III. Hipertensão arterial secundária** para mais informações sobre as principais causas não endócrinas e endócrinas de hipertensão arterial secundária, conforme achados clínicos e exames adicionais, e suspeita diagnóstica no PCDT HAS.

Hipertensão arterial resistente e refratária

A **hipertensão arterial resistente (HAR)** ocorre quando a PA permanece $\geq 140/90$ mmHg após seis meses de tratamento intensivo com três medicamentos de classes diferentes: um bloqueador do sistema renina-angiotensina (IECA ou BRA); um bloqueador dos canais de cálcio; e um diurético tiazídico, em doses máximas toleradas e com boa adesão.

Se o controle da PA exige quatro ou mais fármacos, o quadro é classificado como HAR controlada. A HAR afeta cerca de 10% a 20% dos hipertensos, sendo mais comum com o envelhecimento e o aumento da obesidade.

Essa condição está associada a maior RCV, lesão de órgãos-alvo e causas secundárias de hipertensão. A hipertensão refratária é o estágio mais grave, sem controle da PA mesmo com cinco classes terapêuticas.

Casos de baixa adesão ou doses inadequadas podem simular HAR; por isso, é essencial revisar o tratamento e otimizar a adesão antes de encaminhar o paciente à atenção especializada.

A **hipertensão arterial refratária** é um espectro extremo da HAR, em que não há controle da PA a despeito do uso regular e otimizado de medicamentos anti-hipertensivos de cinco classes terapêuticas distintas

Confirmação diagnóstica por MAPA ou MRPA

Recomenda-se que a confirmação diagnóstica seja realizada com MAPA ou, quando indisponível, com MRPA, em uma das seguintes situações:

- Suspeita de hipertensão do avental branco:
 - HAS grau 1 avaliada em consultório clínico;
 - Elevação significativa da PA no consultório, sem lesão de órgão-alvo e com baixo RCV total.
- Suspeita de hipertensão mascarada:
 - PA entre 130/85mmHg e 139/89mmHg em consultório clínico;
 - PA <140/90mmHg em consultório clínico, em indivíduos assintomáticos com lesão de órgão-alvo ou com alto RCV total.
- Confirmação diagnóstica de HAR:
- Resposta exacerbada da PA à atividade física e ao exercício físico;
- Presença de grande variabilidade da PA no consultório.

Recomenda-se que a confirmação diagnóstica seja realizada especificamente com o MAPA, quando:

- Há discordância importante entre os valores da PA avaliada em consultório clínico e residencial;
- Há necessidade de avaliação da PA durante o sono e descenso do sono; e
- Há necessidade de avaliar a existência de hipotensão postural e pós-prandial.

Consulte o **item V. Confirmação diagnóstica por MAPA ou MRPA** para mais informações sobre as Vantagens e desvantagens da avaliação da pressão arterial fora do consultório clínico no PCDT HAS.

AVALIAÇÃO CLÍNICA E AVALIAÇÃO DE LESÃO ORGÂNICA MEDIADA POR HAS

Histórico clínico

Pacientes HAS geralmente não apresentam sintomas, mas sinais específicos podem indicar causas secundárias ou complicações, exigindo investigação. A avaliação clínica deve incluir:

1. **Identificação pessoal** – informações socioeconômicas, ocupação, lazer, rede de apoio e capacidade de autocuidado.
2. **Histórico da HAS** – período de início recente, valor de PA usual, antes do diagnóstico da HAS, uso atual ou anterior de medicamentos anti-hipertensivos, uso de medicamentos com potencial de influenciar a PA, histórico de intolerância ou eventos adversos relacionados a medicamentos anti-hipertensivos, adesão ao tratamento anti-hipertensivo, hipertensão prévia relacionada ao uso de contraceptivos orais ou a gravidez.
3. **Fatores de risco** – presença de doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemia, doença renal crônica, tabagismo, alimentação inadequada, etilismo, sedentarismo, fatores psicossociais e histórico familiar de HAS ou DCV.
4. **Avaliação do RCV** – uso de calculadoras de risco (como calculadora da Iniciativa HEARTS/OPAS/OMS) conforme faixa etária.
5. **Sintomas ou sinais da HAS e doenças coexistentes** – dor torácica, falta de ar, palpitações, claudicação, edema periférico, dores de cabeça, visão turva, noctúria, hematuria, tontura.
6. **Sinais de hipertensão secundária** – fraqueza, câibras, arritmias, edema pulmonar súbito, sudorese, cefaleias intensas e sintomas de apneia do sono.

DIAGNÓSTICO (continuação)

Exame Físico

O exame físico em pacientes com hipertensão deve ser detalhado, visando identificar sinais de lesão de órgãos-alvo e possíveis causas secundárias. O exame de fundo de olho é essencial na avaliação inicial, especialmente em casos de HAS grau 3, presença de diabetes ou lesão de órgãos-alvo. As avaliações clínicas devem ser amplas e ajustadas conforme a gravidade da hipertensão, a presença de doença cardiovascular precoce e o contexto clínico do paciente.

Quadro III - Avaliações ao exame clínico.

Medidas corporais
Peso (medido em balança calibrada) e altura, cálculo do IMC, circunferência abdominal, frequência cardíaca
Sinais de lesão de órgão-alvo associada à hipertensão
Ausculta pulmonar; Exame neurológico e estado cognitivo; Exame fundoscópico para retinopatia hipertensiva Palpação e ausculta do coração e artérias carótidas; Palpação de artérias periféricas Comparação dos valores de PA em ambos os braços, medidos pelo menos uma vez, em cada um dos braços Realização do Índice Tornozelo- Braquial (ITB) Uso de hormônios exógenos, medicamentos ou outras substâncias que possam elevar a PA.
Hipertensão arterial secundária
Inspeção da pele: manchas café com leite de neurofibromatose (feocromocitoma) Palpação do rim para identificar sinais de aumento renal na doença renal policística Ausculta do coração e art. renais p/verificar a existência de sopros ou sopros indicativos de coarctação da aorta Auscultar e palpar o abdômen p/identificar frêmitos, sopros, massas indicativas de rins policísticos e tumores Comparação do pulso radial com o femoral Sinais de doença de Cushing ou acromegalia Avaliar sinais de doença da tireoide e realizar palpação da mesma.

Investigações laboratoriais e eletrocardiograma

Objetivos:

- Detectar lesões em órgãos-alvo;
- Permitir estratificação mais precisa do RCV;
- Contribuir para o diagnóstico da HAS.

Exames recomendados (conforme o caso clínico):

- Sangue: sódio, potássio, ácido úrico, creatinina sérica, TFGe, perfil lipídico e glicemia de jejum;
- Urina: teste de urina de vareta;
- Eletrocardiograma (12 derivações): avaliação de fibrilação atrial, hipertrofia ventricular esquerda e cardiopatia isquêmica.

TESTES DIAGNÓSTICOS ADICIONAIS

Quadro IV - Testes diagnósticos adicionais e suas indicações.

1. Técnicas de imagem
1.1. Exames adicionais para casos específicos: Ecocardiografia: hipertrofia ventricular esquerda, disfunção sistólica ou diastólica, dilatação atrial, coarctação da aorta. Ultrassonografia carotídea: placas (aterosclerose), estenose. Ultrassonografia renal com Doppler.
1.2. Exames de investigação clínica complementar de acordo com lesões em órgão-alvo das emergências hipertensivas: Angiografia por TC/RM: doença do parênquima renal, estenose da artéria renal, lesões adrenais, outra patologia abdominal. TC/RM do cérebro: lesão cerebral isquêmica ou hemorrágica devido à hipertensão.
2. Testes funcionais e investigações laboratoriais adicionais
Índice tornozelo-braquial: doença arterial periférica (extremidade inferior). Testes adicionais p/hipertensão arterial secundária, se houver suspeita: relação aldosterona-renina ou outros testes de triagem para excesso de cortisol. Relação albumina/creatinina urinária. Testes de função hepática, especialmente dosagem de enzimas hepáticas (TGO, TGP, Gama GT, fosfatase alcalina).

CRISE HIPERTENSIVA

Crises hipertensivas são elevações acentuadas da PA (≥ 180 mmHg PAS ou ≥ 120 mmHg PAD) e se dividem em urgências e emergências hipertensivas.

1 - Verificação inicial:

Deve-se confirmar a medida correta da PA para evitar diagnóstico de “falsa crise hipertensiva”.

2 - Classificação:

- **Urgência hipertensiva (UH):** elevação acentuada da PA sem lesão aguda de órgãos-alvo nem risco iminente de morte. Ocorre, geralmente, por tratamento inadequado ou baixa adesão.

Sintomas comuns: cefaleia, dispneia, epistaxe, palpitação e ansiedade.

Podem existir “pseudocrises hipertensivas”, relacionadas a estresse, dor, ansiedade ou erro de medição.

- **Emergência hipertensiva (EH):** elevação acentuada da PA com lesão aguda e progressiva de órgãos-alvo, com risco de vida. Manifestações frequentes:
 - Cerebrais: AVC isquêmico ou hemorrágico, encefalopatia hipertensiva;
 - Cardíacas: síndromes coronarianas agudas, edema agudo de pulmão;
 - Renais e oculares: insuficiência renal aguda, retinopatia;
 - Outras: dissecação de aorta, emergências da gestação (pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP).

3 - Causas precipitantes:

- Hiperatividade simpática (feocromocitoma, uso de cocaína, crack, anfetaminas, ecstasy);
- Suspensão abrupta de clonidina ou betabloqueadores;
- Uso de AINEs, esteroides ou imunossupressores.

4 - Avaliação clínica na EH:

- Considerar início e duração dos sintomas, fatores precipitantes e comorbidades.
- Realizar exame físico completo:
 - Cardíaco: taquicardia, arritmias;
 - Pulmonar: edema pulmonar, derrame pleural;
 - Neurológico: estado mental, fundoscopia, déficits focais;
 - Abdome: aneurisma de aorta, sopros renais;
 - Extremidades: pulsos periféricos, edema.

5 - Avaliação laboratorial e complementar:

- Hemograma, eletrólitos (Na^+ , K^+), creatinina, TFGe, proteinúria, albuminúria/creatinúria, troponina, ECG;
- Exames específicos conforme suspeita: LDH, fibrinogênio, haptoglobina, NT-proBNP (em IC), teste de gravidez e exames toxicológicos;
- Exames de imagem podem ser necessários para confirmação diagnóstica. A crise hipertensiva requer confirmação diagnóstica, diferenciação entre urgência e emergência e abordagem imediata nos casos com lesão de órgãos-alvo, com avaliação clínica e laboratorial completa para orientar o tratamento adequado.

Quadro V - Avaliação de imagem diagnóstica para pacientes com suspeita de EH.

Exame de imagem	Condições de saúde/Doenças
Raio-X de tórax	Congestão ou sobrecarga de volume
Ecocardiograma	Insuficiência cardíaca ou isquemia
Ecocardiograma transesofágico, TC tórax, RM de tórax ou angiografia	Dissecção de aorta
TC ou RM de crânio	Traumatismo craniano, sinais/sintomas neurológicos ou retinopatia hipertensiva
Ultrassonografia renal	Insuficiência renal, incluindo aquelas causadas por obstrução urinária
Ecodoppler de artéria renal	Estenose de artéria renal

DIAGNÓSTICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Recomendações

- Paciente com menos de 3 anos de idade: posição deitada;
- Paciente com idade a partir de 3 anos: sentado, com o braço na altura do coração;
- A bolsa inflável: comprimento de 80% da circunferência do braço (CB) e largura de pelo menos 40% CB;
- Deve-se medir a PA nos quatro membros na primeira consulta;
- A PA deve ser verificada anualmente, após os 3 anos de idade;

Quadro VI - Classificação dos valores de pressão arterial de acordo com a faixa etária de crianças e adolescentes.

Classificação	1 a 13 anos	A partir de 13 anos
PA normal	PA < P90 para idade, sexo e altura	PA < 120 mmHg / < 80 mmHg
PA elevada	PA \geq P90 e < P95 para idade, sexo e altura; ou PA 120/80 mmHg, mas < P95 (o que for menor)	PA 120/< 80mmHg a 129/< 80mmHg
Hipertensão arterial grau 1	PA \geq P95 para idade, sexo e altura, e < P95 + 12 mmHg a; ou PA entre 130/80mmHg até 139/89mmHg (o que for menor)	PA 120/< 80mmHg a 129/< 80mmHg
Hipertensão arterial grau 2	PA \geq P95 + 12 mmHg para idade, sexo e altura a; ou PA \geq 140/90 mmHg (o que for menor)	PA \geq 140/90mmHg

DIAGNÓSTICO (continuação)

DIAGNÓSTICO DE GESTANTES

A pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg devem ser consideradas para o diagnóstico, levando-se em conta o desaparecimento dos sons de *Korotkoff* (Fase V). Caso os valores de PAS sejam ≥ 160 mmHg ou de PAD ≥ 110 mmHg, a verificação deve ser repetida em 15 minutos, em vez de 4 horas.

Na **primeira metade da gestação**, considera-se HAS quando o diagnóstico é realizado antes da gravidez ou identificado até a 20ª semana gestacional.

Na **segunda metade da gestação**, pode ocorrer hipertensão gestacional, caracterizada pelo aumento da PA após a 20ª semana, em gestante previamente normotensa, sem presença de proteinúria ou disfunção de órgãos-alvo. Os casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, por sua vez, correspondem ao diagnóstico de HAS após a 20ª semana de gestação em mulher previamente normotensa, associada à proteinúria significativa ou à disfunção de órgãos-alvo, evidenciada por contagem de plaquetas inferior a $150.000/\text{mm}^3$, elevação das transaminases oxalacética ou pirúvica acima de 40 UI/L, creatinina sérica superior a 1,2 mg/dL, ou ocorrência de eclâmpsia. Também pode haver a forma de pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica.

A **eclâmpsia** caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em gestante com qualquer forma de hipertensão, não atribuíveis à epilepsia ou a outras doenças convulsivas, podendo ocorrer durante a gravidez, o parto ou o puerpério imediato. Entre os sinais premonitórios da eclâmpsia destacam-se escotomas cintilantes, cefaleia occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, com ou sem hipertensão arterial grave ou proteinúria.

A **síndrome HELLP** é definida pela presença de hemólise, com bilirrubina total superior a 1,2 mg/dL, alterações da função hepática (TGO ou TGP superiores a 70 UI/L), plaquetopenia inferior a $100.000/\text{mm}^3$ e elevação da desidrogenase láctica (DHL) acima de 600 U/L.

Consulte o **item 7 Diagnóstico** no PCDT HAS para informações adicionais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos nesse Protocolo indivíduos com suspeita ou diagnóstico confirmado de pressão normal alta ou HAS.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que inicialmente foram rastreados para HAS, mas cujo diagnóstico de pressão normal alta ou HAS foi descartado, devem ser excluídos do tratamento e monitoramento previstos neste Protocolo. Adicionalmente, serão excluídos deste Protocolo pacientes recém-nascidos.

Pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a qualquer procedimento preconizado por este Protocolo estão excluídos da recomendação de uso do respectivo medicamento ou procedimento.

TRATAMENTO

METAS terapêuticas da PA: PA <140/90mmHg; se tratamento bem tolerado: 130/80mmHg quando idade <65 anos.

METAS para crianças e adolescentes: manter a PAS ou PAD abaixo do percentil 95. Para aqueles com fatores de risco associados ou danos em órgãos-alvos, a PAS ou a PAD mantida abaixo do percentil 90, para sexo, idade e altura.

METAS para gestantes: principal objetivo é garantir o controle da PA para evitar complicações maternas. PAS entre > 120mmHg e < 160 mmHg e PAD, entre >80 mmHg e <110 mmHg.

PREPARO DO PACIENTE PARA VERIFICAR A PA

1. Verificar se o paciente está com a bexiga vazia; se não praticou exercícios físicos há, pelo menos, 30 minutos; se não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; ou fumou há 30 minutos e, em caso negativo, aguardar o tempo.

2. Manter o indivíduo em repouso, em ambiente calmo e confortável, por 3 minutos a 5 minutos.
3. Orientar não falar durante o procedimento, possíveis dúvidas devem ser sanadas antes ou depois.
4. Posicionar o paciente sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso relaxado e recostado na cadeira.
5. Posicionar o braço apoiado na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e sem garrotear o braço com roupas.
6. Usar braçadeira de tamanho apropriado. A largura da bolsa inflável deve corresponder a 40% da circunferência do braço, envolvendo pelo menos 80% do braço, e ser centralizada de acordo com a marcação.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

- Ações de autocuidado, alimentação adequada e saudável, com redução do consumo de sódio e da ingestão de alimentos ultraprocessados; controle do peso corporal; prática regular de atividade física; redução ou cessação da ingestão de bebidas alcoólicas; prevenção e cessação do tabagismo; redução e gerenciamento do estresse; e maior qualidade do sono.
- O PCDT do Tabagismo vigente apresenta as orientações sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso para cessação do tabagismo.
- Recomenda-se que todos os indivíduos adultos realizem pelo menos 150 minutos de atividades físicas moderadas por semana, mas diante de condições clínicas adequadas pode ser estimulado a atingir metas maiores de 300 minutos/semana.
- Indivíduos com HAS que apresentam valores de PAS/PAD acima de 180 mmHg/110 mmHg, dois fatores de RCV associados, lesão de órgão-alvo, doenças cardíacas associadas ou que pretendam realizar a prática de atividades físicas e exercícios físicos intensos, devem fazer um teste de esforço físico antes de iniciar as atividades, para excluir a presença de isquemias ou arritmias que necessitem de prescrição específica de programa de exercício físico.
- O controle do estresse emocional deve ser incluído como uma das ferramentas de prevenção primária da HAS, visando a redução da reatividade cardiovascular, redução da PA e sua variabilidade.
- Todos os profissionais de saúde devem orientar as pessoas com HAS a consultarem um cirurgião-dentista.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A maioria dos pacientes com HAS necessita combinar tratamento não medicamentoso com o uso de fármacos. Reduções moderadas da PA (10 mmHg na PAS ou 5 mmHg na PAD) estão associadas à diminuição significativa de eventos cardiovasculares e mortalidade. O acompanhamento farmacêutico é essencial para garantir a efetividade e segurança do tratamento.

Início da Terapia Medicamentosa

- O uso de medicamentos, isolados ou combinados, é a estratégia preferencial para a maioria dos pacientes.
- Em casos de HAS grau 1 com baixo RCV ou em idosos frágeis, recomenda-se monoterapia associada a mudanças no estilo de vida.
- Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: idade igual ou maior que 75 anos, vive em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – AVE, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica.
- Pacientes com HAS grau 1 e RCV moderado ou alto, com lesões em órgão-alvo, ou com HAS graus 2 e 3, devem iniciar combinação de dois anti-hipertensivos com mecanismos distintos, junto ao tratamento não medicamentoso.
- Indivíduos com PA normal alta (PAS 130–139 mmHg / PAD 85–89 mmHg) devem ter o RCV avaliado:
 - Se alto ou muito alto, iniciar monoterapia com anti-hipertensivo e estatina.
 - Se baixo ou moderado, iniciar apenas tratamento não medicamentoso e reavaliar em 3 a 6 meses.

Todos os pacientes, independentemente do grau de HAS ou RCV, devem ser reavaliados periodicamente para ajuste da meta pressórica, adesão e necessidade de intensificação terapêutica

Classes medicamentosas

O tratamento medicamentoso da HAS baseia-se em cinco classes principais:

1. IECA (inibidores da enzima conversora de angiotensina)
2. BRA (bloqueadores dos receptores da angiotensina II)
3. BCC (bloqueadores dos canais de cálcio)
4. Diuréticos (tiazídicos e similares)
5. Betabloqueadores (BB)

Os desfechos cardiovasculares e mortalidade são semelhantes entre essas classes; por isso, a escolha deve considerar comorbidades, raça/etnia, indicações e contraindicações, acesso e preferência do paciente.

- IECA/BRA: preferidos em pacientes com diabetes, proteinúria, insuficiência cardíaca ou doença renal.
- BB: indicados em casos de angina, pós-infarto, insuficiência cardíaca, cardiopatias isquêmicas.
- Diuréticos de alça: recomendados para doença renal ou insuficiência cardíaca.
- Efeitos adversos: IECA podem causar tosse persistente (10%) e angioedema, mais frequentes em pessoas afrodescendentes; BRA têm melhor tolerabilidade.

As diretrizes atuais orientam iniciar o tratamento com baixas doses e, se necessário, combinar classes diferentes para atingir o controle da PA, evitando aumentar doses isoladas em monoterapia.

O PCDT recomenda associações individualizadas — combinações fixas como benazepril + anlodipino e losartana + hidroclorotiazida não foram incorporadas ao SUS.

Se a meta pressórica não for atingida com duas classes, deve-se aumentar gradualmente as doses e, se necessário, adicionar uma terceira classe. Antes disso, é essencial avaliar a adesão do paciente e a adequação da combinação terapêutica, já que a baixa adesão é causa frequente de falha no controle.

Recomenda-se simplificar esquemas (menos comprimidos e doses diárias) para melhorar a adesão.

- HAS grau 2 ou 3 (adultos e idosos não frágeis): iniciar com duas classes combinadas, principalmente se a PA estiver $\geq 20/10$ mmHg acima da meta.
- HAS resistente: considerar espironolactona, agonistas alfa de ação central (metildopa), alfa-bloqueadores (doxazosina), vasodilatadores diretos ou betabloqueadores.
- Além disso, o uso de estatinas deve seguir as recomendações do PCDT de Dislipidemias, conforme o RCV do paciente.

Veja, respectivamente, nas páginas 9 e 10 deste resumo, a **Figura I – Algoritmo de tratamento medicamentoso anti-hipertensivo na ausência de comorbidades** e a **Figura II – Algoritmo de tratamento medicamentoso anti-hipertensivo na presença de comorbidades**.

Quadro VII - Medicamentos disponíveis no SUS para tratamento da HAS, segundo suas classes terapêuticas.

Classe Terapêutica	Medicamentos	
Alfa-agonista de ação central ^a	Metildopa	
Alfa-bloqueador ^a	Mesilato de doxazosina	
Betabloqueadores ^{b, e}	Atenolol; carvedilol; succinato de metoprolol; tartarato de metoprolol; cloridrato de propranolol	
Bloqueador do receptor de angiotensina II ^b	Losartana potássica	
Bloqueador do receptor de angiotensina II ^b	Dihidropiridínico	Besilato de anlodipino; nifedipino
	Não dihidropiridínico ^c	Cloridrato de verapamil
Diurético de alça ^d	Furosemida	
Diurético poupador de potássio ^a	Espironolactona	
Diuréticos tiazídicos e similares ^b	Hidroclorotiazida	
Inibidores da enzima conversora de angiotensina ^{b, e}	Maleato de enalapril; Captopril;	
Vasodilatador direto ^a	Cloridrato de hidralazina	

Notas: ^a – Opções a serem consideradas no caso de hipertensão resistente; ^b – Uma das cinco classes terapêuticas mais usuais no tratamento da hipertensão nos passos 1 a 3 no adulto segundo algoritmos de tratamento; ^c – Opção a ser considerada no caso de hipertensão e fibrilação atrial; ^d – Opção a ser considerada no caso de hipertensão e doença renal crônica ou insuficiência cardíaca; ^e – Opções a serem consideradas no caso de hipertensão e insuficiência cardíaca.

Outras classes, como agonistas alfa de ação central, alfa-bloqueadores e vasodilatadores diretos, são menos utilizadas no tratamento da hipertensão arterial, mas mantêm importância em casos de HAR ou durante a gestação.

Consulte o **Item 10 Abordagem Terapêutica iii. Classes terapêuticas** no PCDT HAS para informações adicionais.

TRATAMENTO EM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Indivíduos com Hipertensão Arterial Resistente

O controle da HAR exige ajuste da prescrição medicamentosa, reforço das medidas não medicamentosas e abordagem multidisciplinar. A espironolactona é o quarto fármaco preferencial, por sua ação antagonista da aldosterona, devendo-se ter cautela em pacientes com doença renal crônica (DRC) devido ao risco de hipercalemia. Outras opções incluem agonistas alfa-2 adrenérgicos, alfa-bloqueadores e betabloqueadores, conforme comorbidades e tolerância. Na APS, casos suspeitos de HAR devem ser encaminhados para investigação de causas secundárias de hipertensão. A APS também tem papel central na prevenção, detecção precoce e manejo inicial das crises hipertensivas. O encaminhamento para serviços de urgência é indicado quando há PAS ≥ 180 mmHg e/ou PAD ≥ 120 mmHg, necessidade de monitorização contínua ou lesão de órgão-alvo.

Indivíduos com Crise Hipertensiva

Nas emergências hipertensivas, o tratamento é imediato e intravenoso, preferencialmente em UTI, com redução gradual da PA para evitar isquemia:

- 1ª hora: redução $\leq 25\%$ da PA média;
- 2–6 h: PA $\approx 160/100$ –110 mmHg;
- 24–48 h: PA $\approx 135/85$ mmHg.

O tratamento e o alvo pressórico variam conforme o órgão afetado:

- AVE isquêmico: reduzir PA apenas em níveis muito elevados ($\geq 185/110$ mmHg com trombólise ou $\geq 220/120$ mmHg sem trombólise).
- AVE hemorrágico: manter PAS entre 140–180 mmHg.
- Encefalopatia hipertensiva: reduzir PAS $\leq 25\%$ na 1ª hora.
- Síndromes coronarianas: reduzir PA em 20% nas 2 primeiras horas.
- Insuficiência cardíaca aguda: usar diuréticos de alça e vasodilatadores.
- Dissecção aórtica: reduzir PAS rapidamente para 100–120 mmHg.
- Hipertividade simpática: evitar betabloqueadores isolados.
- Gestação: usar nifedipino oral ou hidralazina intravenosa (IV), com monitoramento materno e fetal.

Após o controle da PA, a terapia intravenosa é substituída por via oral, conforme estabilidade clínica.

Nas urgências hipertensivas, a conduta é identificar e remover o fator desencadeante, evitar reduções bruscas e reduzir a PA gradualmente (em 24–48h) com anti-hipertensivos orais, como captopril. Pacientes sem risco iminente podem permanecer em observação e, se assintomáticos, retornar ao domicílio. Todos os pacientes com emergência hipertensiva devem ter reavaliação ambulatorial em até 7 dias para ajuste terapêutico e reforço da adesão. Já os casos de urgência hipertensiva devem ser acompanhados pela APS, com cuidado contínuo e articulação com a atenção especializada.

Tratamento de crianças e adolescentes

O tratamento da HAS deve começar com a instituição de hábitos de vida saudáveis. O tratamento medicamentoso é indicado nos casos de:

- Manutenção da HAS grau 1 após mudanças no estilo de vida;
- HAS sintomática;
- HAS grau 2;
- Lesão de órgão-alvo;
- Doença renal crônica;
- Diabetes tipo 1 ou tipo 2.

A medicação deve iniciar com baixa dose, ajustada a cada 2–4 semanas até atingir o alvo terapêutico (PA abaixo do percentil 90). Os fármacos de primeira linha para monoterapia são:

- IECA, BRA e BCC. Betabloqueadores **não são** recomendados como primeira opção em pacientes com asma ou diabetes.

Se necessário, pode-se associar:

- Diurético tiazídico (segundo medicamento);
- Alfa-bloqueadores, betabloqueadores, simpaticolíticos centrais ou diuréticos poupadores de potássio (terceiro medicamento).

Nos casos de hipertensão secundária, o tratamento deve ser individualizado conforme a causa e comorbidades. Se não houver resposta à monoterapia por mais de seis meses, recomenda-se encaminhamento à atenção especializada.

Tratamento de gestantes

- Os distúrbios hipertensivos na gestação são uma das principais causas de mortalidade materna e perinatal. A hipertensão na gestação é definida por PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg, e considerada grave quando PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, confirmadas em duas medições com intervalo mínimo de quatro horas.

- A decisão de iniciar tratamento depende dos níveis pressóricos e da presença de sintomas. Todas as gestantes com hipertensão persistente (PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg) devem ser tratadas, visando manter a PAD em torno de 85 mmHg. O tratamento em casos com valores inferiores a 160/110 mmHg é controverso, sendo indicado principalmente quando há lesão de órgão-alvo.
- O início do tratamento em gestantes com níveis pressóricos abaixo de 160/110 mmHg ainda é discutido, sendo indicado principalmente quando há lesão em órgão-alvo. Evidências mostram que tratar casos leves a moderados de hipertensão não reduz de forma significativa a morbidade materna, fetal ou neonatal.
- Betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio mostraram-se mais eficazes do que a metildopa na prevenção da hipertensão grave, embora esta ainda seja uma opção de uso. Outros fármacos disponíveis no SUS incluem diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) e cloridrato de hidralazina.
- O sulfato de magnésio é o anti-convulsivante indicado para casos com risco de convulsão, como pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e síndrome HELLP, sendo recomendado também em pacientes com PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg, mesmo sem sintomas.
- São contraindicados na gestação os IECA, BRA, antagonistas dos receptores mineralocorticoides (por risco de malformação fetal) e o atenolol (por risco de restrição de crescimento fetal). O uso de diuréticos deve ser evitado em gestantes com hipertensão pré-existente, pois pode causar depleção do volume intravascular.
- A hipertensão no puerpério requer atenção para evitar complicações. Apesar de alguns anti-hipertensivos poderem afetar o bebê por meio do leite materno, os benefícios da amamentação superam os riscos. Medicamentos como nifedipino, IECA, hidroclorotiazida, espironolactona, metoprolol, propranolol, hidralazina e metildopa são considerados seguros. Já clonidina, atenolol e BRA são contraindicados durante a amamentação.

Consulte o **Item 10 Abordagem Terapêutica 1.1.1.4. Gestantes** no PCDT HAS para informações adicionais. Consulte também os **quadros 16 e 17** no PCDT HAS completo.

Tratamento da população preta

Priorizar outras classes de anti-hipertensivos em vez de IECA ou BRA como medicamentos de primeira escolha em monoterapia para esse grupo populacional. Nesses casos, os diuréticos tiazídicos são considerados a primeira opção terapêutica, podendo ser utilizados isoladamente ou em associação com bloqueadores dos canais de cálcio, especialmente em esquemas de terapia combinada.

Diversos fatores podem influenciar o controle da HAS, embora a falta de adesão ao tratamento seja o mais frequente, assim estratégias para adesão terapêutica devem ser implementadas para minimizar os efeitos do controle inadequado da PA.

MEDICAMENTOS DOSAGEM

Atenolol: comprimidos de 50 mg e 100 mg;
 Besilato de anlodipino: comprimidos de 5 mg e 10 mg;
 Captopril: comprimidos de 25 mg;
 Carvedilol: comprimidos de 3,125 mg, 6,25 mg, 12,5 mg e 25 mg;
 Cloridrato de hidralazina: comprimidos de 25 mg e 50 mg;
 Cloridrato de propranolol: comprimidos de 10 mg e 40 mg;
 Cloridrato de verapamil: comprimidos de 80 mg e 120 mg; solução injetável de 2,5 mg/mL.
 Espironolactona: comprimidos de 25 mg e 100 mg;
 Furosemida: comprimidos de 40 mg e solução injetável de 10 mg/mL;
 Hidroclorotiazida: comprimidos de 12,5 mg e 25 mg;
 Losartana potássica: comprimidos de 50 mg;
 Maleato de enalapril: comprimidos de 5 mg, 10 mg e 20 mg;
 Mesilato de doxazosina: comprimidos de 2 mg e 4 mg;
 Metildopa: comprimidos de 250 mg;
 Nifedipino: cápsulas ou comprimidos de 10 mg;
 Succinato de metoprolol: comprimidos de liberação prolongada de 25 mg, 50 mg e 100 mg;
 Tartarato de metoprolol: comprimidos de 100 mg.

Nota: Estão disponíveis por meio do Programa "Aqui Tem – Farmácia Popular" os seguintes medicamentos para o tratamento da HAS: atenolol: comprimidos de 25 mg; besilato de anlodipino: comprimidos de 5 mg; captopril: comprimidos de 25 mg; cloridrato de propranolol: comprimidos de 40mg; espironolactona: comprimidos de 25 mg; furosemida: comprimidos de 40 mg; hidroclorotiazida: comprimidos de 25mg; losartana potássica: comprimidos de 50mg; maleato de enalapril: comprimidos de 10mg; e succinato de metoprolol: comprimidos de liberação prolongada de 25 mg.

Quadro VIII - Esquemas de administração dos medicamentos disponíveis no SUS para tratamento da HAS em adultos.

Classe terapêutica	Medicamento	Dose diária habitual (mg)	Dose diária máxima (mg)	Frequência diária (a)
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Captopril	7,5–25 mg 1x/semana	250	2 a 3
	Maleato de enalapril	5 a 40	40	1 a 2
Bloqueador do receptor de angiotensina	Losartana potássica	50 a 100	100	1 a 2
Bloqueadores do Canal de Cálcio	Besilato de anlodipino	2,5 a 10	10	1
	Nifedipino	10	10 a 60	1 a 3
	Cloridrato de verapamil	120 a 360	480	1 a 2
Betabloqueadores não cardiosseletivos	Cloridrato de propranolol	80 a 320	640	2 a 3
	Atenolol	150 a 100	100	1 a 2
Betabloqueadores cardiosseletivos	Carvedilol	12,5 a 50	50	1 a 2
	Succinato ou tartarato de metoprolol	50 a 200	200	1 a 2
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	25 a 50	200	1 a 2
Diurético de alça	Furosemida	20 a 80	(b)	1 a 3
Diurético poupador de potássio	Espironolactona	25 a 100	200	1 a 2
Simpatolítico de ação central	Metildopa	500 a 2000	3 g	2 a 3
Alfabloqueador	Mesilato de doxazosina	1 a 16	16	1
Vasodilatador direto	Cloridrato de hidralazina	50 a 200	200	2 a 3

Nota: (a) - Quando houver múltiplas administrações ao dia, a dose habitual diária deve ser dividida pela quantidade de administrações. (b) – depende da resposta do paciente

Quadro IX - Esquemas de administração dos medicamentos disponíveis no SUS para tratamento da HAS em crianças e adolescentes.

Classe terapêutica	Medicamento	Frequência diária (a)
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Captopril	Inicial: 0,3 a 0,5 mg/kg/dose (três vezes/dia) - Máximo: 6 mg/kg/dia
	Maleato de enalapril	Inicial: 0,08 mg/kg/dia (duas vezes/dia) Máximo: 0,6 mg/kg/dia ou 40 mg/dia
Bloqueador do receptor de angiotensina	Losartana potássica	Inicial: 0,7 mg/kg/dia Máximo: 1,4 mg/kg/dia ou 100 mg/dia
Bloqueadores do Canal de Cálcio	Besilato de anlodipino	Inicial: 0,1 mg/kg/dia Máximo: 0,6 mg/kg/dia ou 10 mg/dia
	Nifedipino	Inicial: 0,04 a 0,25 mg/kg/dia Máximo: 1 a 2 mg/kg/dia
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	Inicial: 1 mg/kg/dia Máximo: 3 mg/kg/dia ou 50 mg/dia
Beta Bloqueadores	Atenolol*	Inicial: 0,5 a 1 mg/kg/dose Máximo: 2 mg/kg/dia ou 100 mg/dia
	Succinato de metoprolol*	Inicial: 1 a 2 mg/kg/dia Máximo: 6 mg/kg/dia ou 200 mg/dia
	Cloridrato de propranolol*	Inicial: 1 a 2 mg/kg/dia Máximo: 4 mg/kg/dia ou 640 mg/dia

Nota: *Aprovado para uso adulto, mas com relatos de uso pediátrico



CONTRAINDICAÇÕES

As contraindicações gerais incluem hipersensibilidade ao fármaco ou a componentes da fórmula, além de condições clínicas específicas para cada medicamento:

- Anlodipino e captopril: não devem ser usados na gravidez sem orientação médica.
- Nifedipino: contraindicado em choque cardiovascular, gestação antes da 20ª semana, lactação e uso com rifampicina.
- Betabloqueadores (atenolol, carvedilol, metoprolol – succinato e tartarato – e propranolol): contraindicações comuns incluem bradicardia, bloqueios cardíacos, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca descompensada, hipotensão e asma grave.
- Enalapril: contraindicado em pacientes com histórico de angioedema, uso concomitante de alisquireno (em diabéticos) ou sacubitril/valsartana.
- Doxazosina: evitar em casos de hipotensão ortostática, obstruções urinárias ou gastrointestinais e anúria.
- Espironolactona: não usar em insuficiência renal, hipercalemia, anúria ou doença de Addison.
- Furosemida: contraindicado em lactação, anúria, desequilíbrios graves de eletrólitos e desidratação.
- Hidralazina: não usar em lúpus, taquicardia grave, insuficiência cardíaca de alto débito ou obstruções mecânicas cardíacas.
- Hidroclorotiazida: evitar em insuficiência renal ou hepática grave, anúria e distúrbios eletrolíticos importantes.
- Losartana: não indicada em insuficiência hepática grave, uso de alisquireno (em diabéticos ou com TFG < 60) e gestação após o primeiro trimestre.
- Metildopa: contraindicado em hepatopatias ativas e uso concomitante de inibidores da MAO.
- Verapamil: não deve ser usado em choque cardiogênico, bloqueios AV avançados, insuficiência cardíaca grave e síndromes de pré-excitação (como *Wolff-Parkinson-White* e *Lown-Ganong-Levine*).

Para interrupção de uso de betabloqueadores, recomenda-se a retirada gradual (em duas a quatro semanas) para evitar taquicardia reflexa e mal-estar

Consulte o **Item 10 Abordagem Terapêutica vii. Contraindicações** no PCDT HAS para informações adicionais.



ADESÃO TERAPÊUTICA NA HAS

Apesar da eficácia dos tratamentos disponíveis, o controle da PA ainda é insatisfatório, variando de 10% a 50% no Brasil, com altas taxas de não adesão (8,2% a 74,9%).

A adesão terapêutica envolve três etapas:

1. Início – momento entre a prescrição e a primeira dose;
2. Implementação – correspondência entre uso e prescrição;
3. Descontinuação – interrupção do tratamento.

A persistência é o tempo total de continuidade do tratamento.

Estratégias para melhorar a adesão incluem:

- Autocuidado e suporte: educação em saúde, monitorização domiciliar da PA, telemonitoramento, lembretes, apoio familiar.
- Tratamento medicamentoso: esquemas simples, menos efeitos adversos, linguagem acessível e personalização conforme o perfil do paciente.
- Atuação das equipes de saúde: fortalecimento do vínculo, busca ativa, visitas domiciliares, trabalho multiprofissional e garantia de acesso aos medicamentos.
- A adesão terapêutica é essencial para o controle eficaz da hipertensão e depende de intervenções integradas e contínuas, com destaque para o papel do farmacêutico e do enfermeiro no acompanhamento e incentivo ao tratamento.



MONITORAMENTO

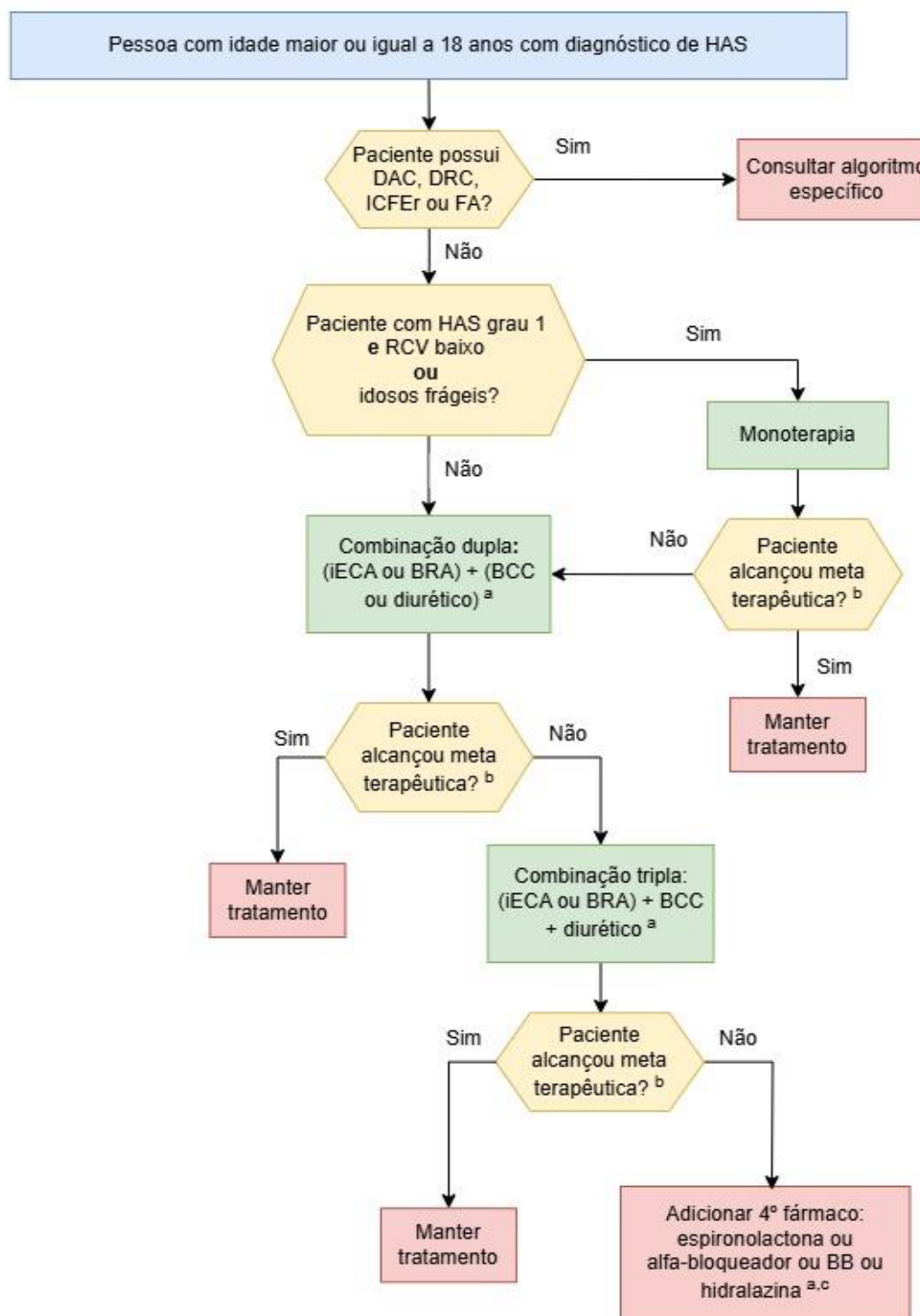
- Os pacientes com HAS devem ser acompanhados periodicamente ao longo de sua vida. Um sistema organizado de monitoramento regular dos pacientes, aliado à terapia medicamentosa anti-hipertensiva, mostrou redução da PA e da mortalidade por todas as causas em cinco anos de seguimento. Sistemas de recordação de data de retorno parecem reduzir o número de faltas às consultas clínicas (OR 0,41; IC 95%, 0,32-0,51) e levaram à melhora do controle da PA (OR 0,54; IC 95%, 0,41-0,73).

- Reavaliações mensais devem ser realizadas até que o alvo terapêutico seja alcançado. Durante o primeiro ano após o início do tratamento, as consultas devem ocorrer trimestralmente, idealmente em intervalos de 3 meses a 6 meses. Após atingir o alvo terapêutico, as reavaliações podem ser feitas semestralmente.
- O acompanhamento deve incluir a avaliação do controle da PA medida em consultório clínico, por apresentar as melhores evidências de impacto em desfechos de saúde importantes nos estudos iniciais sobre HAS, sendo considerada o padrão-ouro. Como a PA medida no consultório pode não representar a medida acurada da PA de um indivíduo, a MAPA pode ser uma estratégia importante, principalmente em pacientes com suspeita de hipertensão do avental branco ou hipertensão mascarada, para avaliação do controle da HAS, com ênfase aos indivíduos com alto RCV, e avaliação de sintomas sugestivos de hipotensão decorrente do tratamento. Ressalta-se que os pontos de corte dos valores de PA considerados normais são 5 mmHg inferiores com MAPA em relação aos valores de PA medida em consultório.
- A constatação de PA elevada na consulta clínica, com a técnica correta de medida, deve sempre suscitar a busca por sua causa. As causas mais comuns são a má adesão ao tratamento prescrito (medicamentoso e não medicamentoso), hipertensão do avental branco e ingestão de substâncias que elevam a PA, como sal, álcool e medicamentos, como por exemplo anti-inflamatórios não esteroidais. Essa investigação etiológica requer um questionamento cuidadoso e rigoroso do paciente e de seus familiares.
- Após a identificação da causa da elevação da PA, deve-se corrigi-la e reavaliar o paciente com medidas repetidas de PA nas semanas seguintes para verificar se a PA foi controlada. Se a PA persistir elevada e for necessário adição de tratamento medicamentoso ou uso associado de medicamentos, este deve ser realizado, conforme descrito no item Tratamento Medicamentoso, a fim de evitar a “inércia clínica”, um dos principais contribuintes para o controle inadequado da PA em todo o mundo.
- Além de avaliar o controle da PA, é fundamental investigar possíveis efeitos adversos dos medicamentos anti-hipertensivos, outros fatores de RCV e sinais de lesão em órgãos-alvo. A anamnese deve abranger a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como hábitos e fatores modificáveis, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, apneia do sono e uso de fármacos que elevam a PA (como contraceptivos hormonais). Também devem ser investigados sintomas sugestivos de lesões em órgãos, incluindo manifestações neurológicas e oculares (cefaleia, alterações visuais, déficits motores ou cognitivos), cardíacas (dor torácica, dispneia, palpitações, edema), renais (poliúria, noctúria, hematúria) e vasculares periféricas (extremidades frias, claudicação intermitente). Em relação aos exames complementares, devem ser solicitados perfil lipídico, glicemia jejum ou hemoglobina glicada, creatinina, K, Na (quando em uso de diuréticos tiazídicos), urinálise e ECG. Esses exames são importantes para avaliar a toxicidade dos medicamentos, garantindo a segurança e a adesão ao tratamento. Os exames laboratoriais devem ser solicitados anualmente ou pelo menos a cada 2 anos. Não foram encontradas evidências relativas à periodicidade de solicitação de ECG em hipertensos assintomáticos. As interações medicamentosas entre anti-hipertensivos em geral são mínimas, especialmente as farmacocinéticas, permitindo combinações terapêuticas seguras. No entanto, em pacientes idosos, a polifarmácia exige atenção, pois o uso de múltiplos medicamentos pode aumentar o risco de interações e efeitos adversos. Apesar do efeito na redução da PA da maioria dos anti-hipertensivos iniciar dentro de poucos minutos a uma hora, seu efeito pleno costuma se estabelecer apenas dentro de uma a duas semanas, podendo levar até dois meses. O Quadro abaixo descreve as principais ações de monitoramento dos pacientes com HAS.

Ações	Periodicidade
Reavaliação	um mês após o início do tratamento; um mês a cada modificação do tratamento, até que seja alcançado o alvo terapêutico;
Acompanhamento	2 a 4X p/ano no 1º ano após início do tratamento, idealmente, no intervalo de 3 a 6 meses

- O monitoramento da HAS gestacional é importante para a saúde da mulher e do bebê, já que pode estar associada à restrição do crescimento intrauterino, natimorto ou parto prematuro.

FIGURA I - ALGORITMO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ANTI-HIPERTENSIVO NA AUSÊNCIA DE COMORBIDADES.



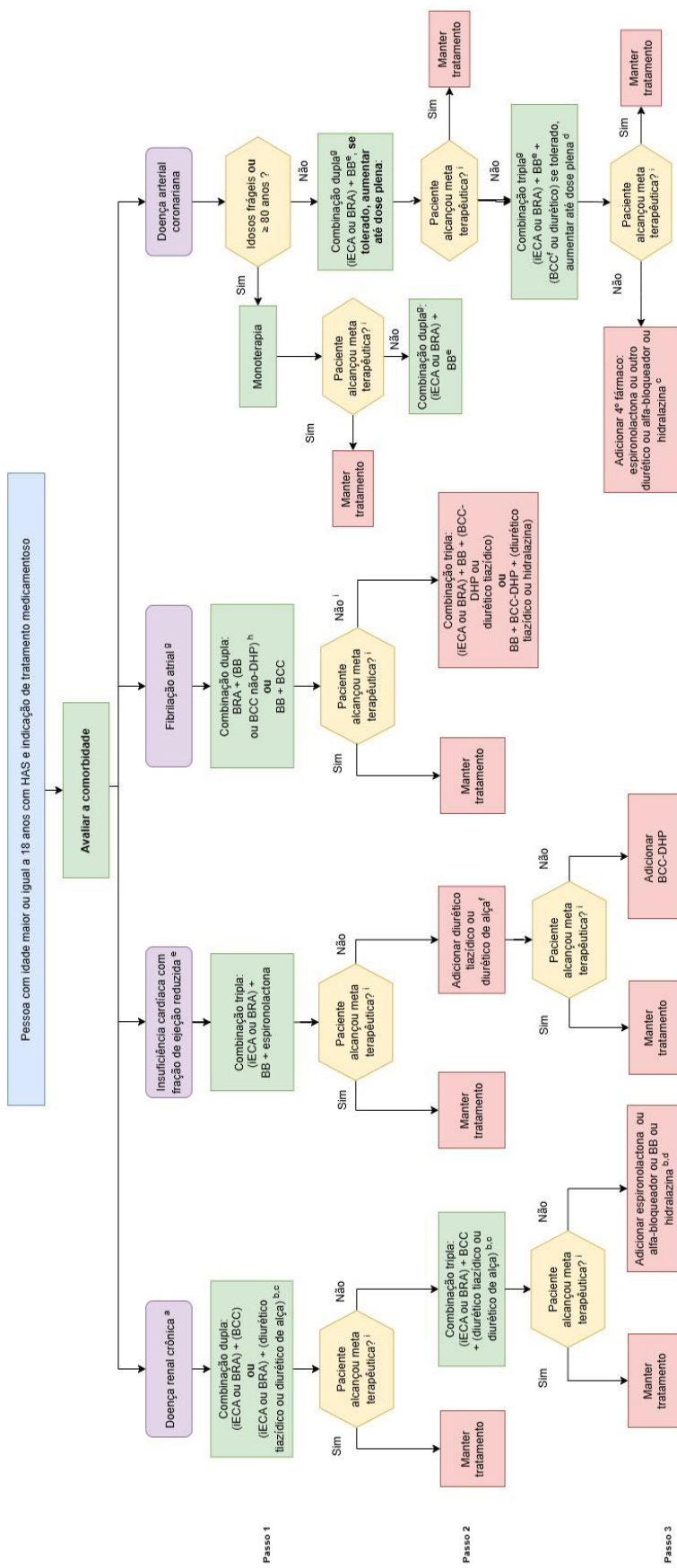
Legenda: BRA: bloqueador de receptor de angiotensina (losartana potássica); BB: betabloqueador (atenolol, carvedilol, metoprolol e cloridrato de propranolol); BCC: bloqueador de canal de cálcio (besilato de anlodipino, nifedipino e cloridrato de verapamil); Diurético (hidroclorotiazida); IECA: inibidor de enzima conversora de angiotensina (preferencialmente maleato de enalapril, exceto se indicado outro medicamento).

Notas: a – Considerar betabloqueadores em qualquer etapa, quando existir uma indicação específica (por exemplo, angina, pós-infarto agudo do miocárdio ou mulher em idade reprodutiva ou planejando gravidez).

b – A meta terapêutica é atingir pressão arterial inferior a 130 mmHg /80 mmHg. No caso de idosos frágeis, a meta deve ser flexível, idealmente, 140-149 mmHg /70-79 mmHg. Antes de definir a falha terapêutica e a necessidade de intensificação do tratamento, deve-se reforçar as orientações para adesão terapêutica e reavaliar o paciente após um mês de tratamento.

c - Considerar encaminhamento a um cardiologista para maiores investigações.

FIGURA II - ALGORITMO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ANTI-HIPERTENSIVO NA PRESENÇA DE COMORBIDADES.



Legenda: BRA: bloqueador de receptor de angiotensina (losartana potássica); BB: betabloqueador (atenolol, carvedilol, metoprolol e cloridrato de propranolol); BCC: bloqueador de canal de cálcio; BCC não-DHP: BCC não dihidropiridínicos (cloridrato de verapamil e diltiazem); BCC-DHP: BCC dihidropiridínicos (besilato de anlodipino e nifedipino); Diurético de alça (furosemida); IECA: inibidor de enzima conversora de angiotensina (captopril e maleato de enalapril).

Notas:

- a – Doença renal crônica é definida como taxa de filtração glomerular estimada abaixo de 60 mL/min/1,73 m² com ou sem proteinúria. Uma redução na taxa de filtração glomerular estimada e aumento na creatinina sérica é esperada em pacientes com doença renal crônica que recebem terapia anti-hipertensiva, especialmente naqueles tratados com um IECA ou BRA. Em caso de aumento da creatinina sérica maior que 30%, deve ser prontamente avaliada a possibilidade de doença renovascular;
- b – Considerar o uso de diuréticos de alça quando taxa de filtração glomerular estimada é menor que 30 mL/min/1,73 m², uma vez que diuréticos tiazídicos ou similares são muito menos efetivos ou inefetivos quando taxa de filtração glomerular planejando gravidez);
- c – Uso de diuréticos de alça quando taxa de filtração glomerular estimada é menor que 45 mL/min/1,73 m² ou o nível de potássio basal é igual ou maior que 4,5 mmol/L;
- d – Atenção: risco de hipercalcemia com espironolactona, especialmente quando a taxa de filtração glomerular estimada é menor que 45 mL/min/1,73 m² ou o nível de potássio basal é igual ou maior que 4,5 mmol/L;
- e – Quando a terapia anti-hipertensiva não é necessária, o tratamento deve ser prescrito de acordo com PCDT da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida Vigente;
- f – Diurético se refere a diurético tiazídico ou similar. Considerar diurético de alça como alternativa em pacientes com edema;
- g – Considerar o uso de anticoagulante oral quando indicado de acordo com o escore CHA2DS2-VASc*, a não ser quando o seu uso for contraindicado;
- h – Associação de betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio não dihidropiridínicos (por exemplo, cloridrato de verapamil) não é recomendada devido à potencial redução acentuada na frequência cardíaca;
- i - Avaliar adesão terapêutica em um mês de tratamento antes de definir falha terapêutica e necessidade de intensificação do tratamento.

Nota explicativa: *O escore CHA2DS2-VASc é usado para avaliar o risco de acidente vascular cerebral em pacientes com fibrilação atrial, ajudando a determinar a necessidade de anticoagulação para prevenir eventos tromboembólicos.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23 de julho de 2025 e pode ser acessada em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-hipertensao-arterial-sistematica.pdf>



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal