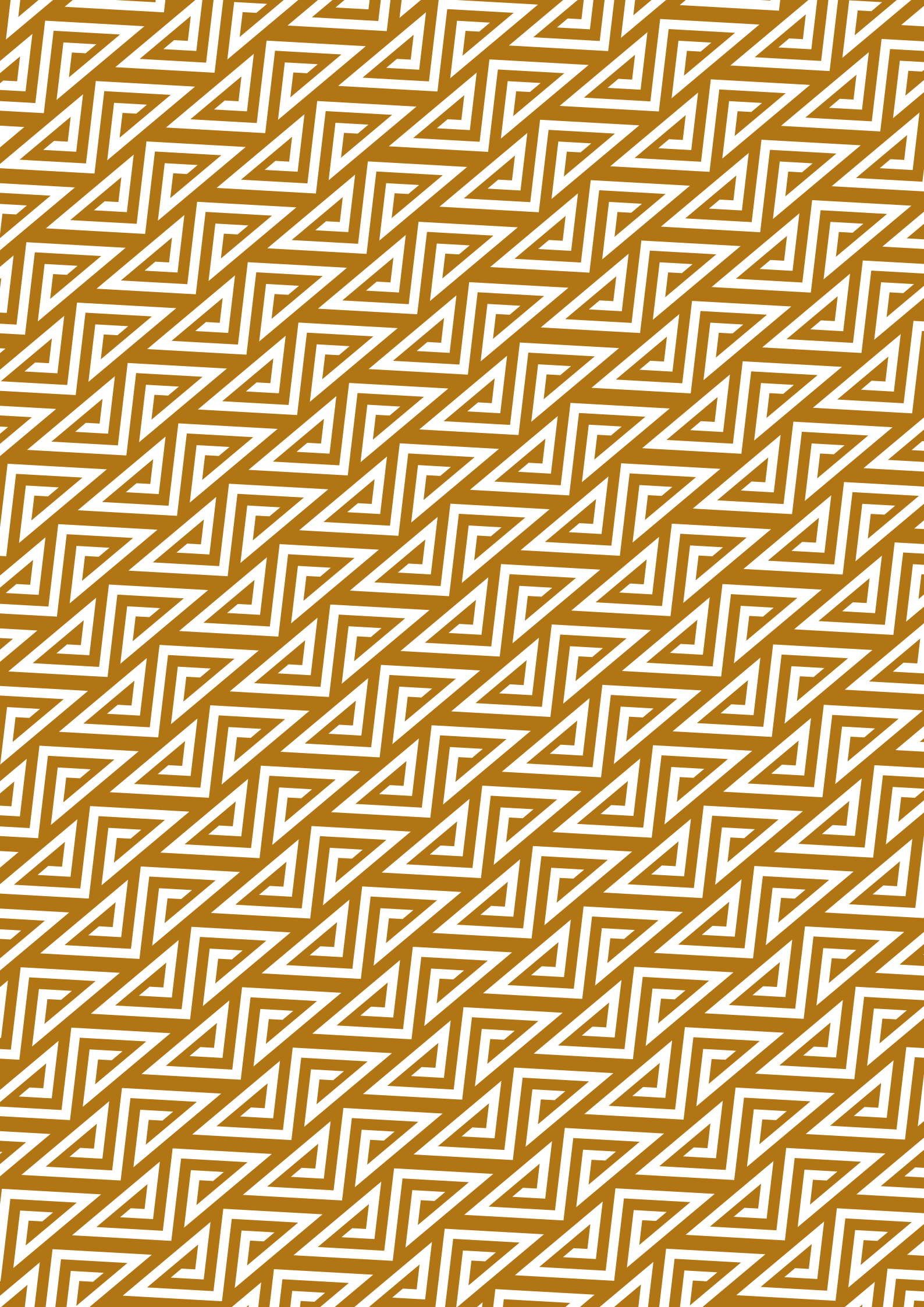




projeto afluentes

Guia Prático

**Ações para apoio ao cuidado
às pessoas com Hipertensão Arterial
Sistêmica na Atenção Primária
à Saúde em municípios
do oeste do Pará**



Ficha técnica

Este Guia Prático integra a segunda etapa do Projeto Afluentes e apresenta ações efetivas para o aprimoramento da rotina de cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial. O guia está fundamentado na prática de saúde baseada no território para fortalecer a resposta assistencial do município e o cuidado oferecido à população da região.

REALIZAÇÃO

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

PARCEIROS

Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)

Umane

Instituto Arapyáú

Concertação pela Amazônia

GESTÃO DA PARCERIA

Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS)

APOIO TÉCNICO

Projeto Saúde e Alegria (PSA)

ImpulsoGov

ELABORAÇÃO DO GUIA PRÁTICO

Lena Peres

Isabela Ramos

Leanna Aquino

REVISÃO TÉCNICA

Arthur Aguillar

Maria Letícia Machado

Marcela Acioli

Marcela Brasil (PSA)

Gleyciane Cristina da Silva

Rodrigues Barroso (SEMSA)

REVISÃO ESTILÍSTICA

E NORMATIZAÇÃO

Natasha Mastrangelo (IEPS)

Letícia Pires (IEPS)

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Victória Sacagami

AGRADECIMENTOS

O Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) agradece às Secretarias Municipais de Saúde de Santarém, Aveiro, Belterra, Oriximiná, Itaituba e Curuá pelo comprometimento, pela disponibilidade e pela parceria na construção coletiva deste Guia Prático. **Nosso reconhecimento especial vai às equipes de saúde das UBS Mauricia Colaço (Belterra) e UBS Conquista e Curuái (Santarém), que atuaram como unidades-piloto desta iniciativa.**

CREATIVE COMMONS

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) como instituição responsável: ieps.org.br.

Lista de quadros

Nº	TÍTULO	PÁGINA
QUADRO 1	Rastreamento da HAS em Crianças e Adolescentes	23
QUADRO 2	Classificação simplificada de risco cardiovascular (PCDT/MS 2022–2025)	39
QUADRO 3	Metas pressóricas por perfil clínico (PCDT/MS 2022–2025)	40
QUADRO 4	Fator Amazônia	42
QUADRO 5	Algoritmo simplificado de tratamento inicial	49
QUADRO 6	Condutas por perfil clínico	50
QUADRO 7	Efeitos adversos comuns e conduta	60
QUADRO 8	Frequência de consultas por nível de risco	63
QUADRO 9	Diferenciando urgência, emergência e pseudocrise	68
QUADRO 10	Critérios de encaminhamento prioritário	75

Lista de siglas

SIGLA	SIGNIFICADO
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCC	Bloqueador de Canal de Cálcio
BRA	Bloqueador do Receptor de Angiotensina II
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DO	Documento Oficial
DRC	Doença Renal Crônica
EH	Emergência Hipertensiva
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Insuficiência Cardíaca
IECA	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
LOA	Lesão de Órgão-Alvo
MAPA/ABPM	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Ambulatory Blood Pressure Monitoring)
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PTS	Plano Terapêutico Singular
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
UBS	Unidade Básica de Saúde
UH	Urgência Hipertensiva

Sumário

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DEFINIÇÃO E CONDIÇÕES	13
HAS Crônica	15
Crise Hipertensiva	16
Pseudocrise Hipertensiva	17
2. RASTREAMENTO	19
O profissional precisa saber	21
Na Prática	22
Quadro Prático – Rastreamento da HAS em Crianças e Adolescentes	23
Caixa de ferramentas	25
3. AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO	27
O profissional da saúde precisa saber	29
Na prática	30
Caixa de ferramentas	32
4. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR	35
O profissional da saúde precisa saber	37
Na prática	38
Quadro prático – Classificação simplificada de risco cardiovascular (PCDT/MS 2022–2025)	39
Quadro prático – Metas pressóricas por perfil clínico (PCDT/MS 2022–2025)	39
Caixa de ferramentas	40
4.1 Calculadora HEARTS	41
O que fazer	41
Quadro Prático – Fator Amazônia	42
5. MANEJO CLÍNICO NA APS	45
O profissional precisa saber	47
Na prática	48
Quadro prático – Algoritmo simplificado de tratamento inicial	49
Caixa de ferramentas	52


5.1 Intervenções não medicamentosas (DASH, redução de sal, atividade física, álcool, cessação do tabagismo)	55
O que fazer	55
5.2 Tratamento farmacológico inicial e sequências de intensificação	57
O que fazer	58
5.3 Combinações de fármacos, ajustes e efeitos adversos	59
O que fazer	59
Quadro prático – Efeitos adversos comuns e conduta	60
5.4 Seguimento, Adesão e Plano de Cuidado	61
O que fazer	61
Quadro prático – Frequência de consultas por nível de risco	63
6. CONDIÇÕES AGUDAS E HIPERTENSÃO GRAVE	65
O profissional precisa saber	67
Na prática	68
Quadro prático – Diferenciando urgência, emergência e pseudocrise	68
Caixa de ferramentas	69
7. ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO E DA REDE	71
O profissional precisa saber	73
Na prática	74
Quadro prático – Critérios de encaminhamento prioritário	75
Caixa de ferramentas	76
QUIZ	78
Teste seus conhecimentos!	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

Sumário Executivo

○ Guia Prático de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma iniciativa do Projeto Afluentes para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios de Aveiro, Belterra, Curuá, Itaituba, Oriximiná e Santarém, no oeste do Pará. Assim como no material de pré-natal, este guia organiza orientações operacionais, fluxos decisórios, checklists, caixas de ferramentas para apoiar o trabalho diário nas UBSs.

A HAS é uma das principais causas evitáveis de adoecimento e morte, muitas vezes silenciosa, associada a desfechos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Em territórios com desigualdades de acesso, equipes incompletas, dificuldades para acesso a exames, especialistas e fragilidades de informação clínica, qualificar a linha de cuidado significa traduzir diretrizes em passos práticos que a APS possa executar e coordenar.


No Afluentes, revisitar a linha de cuidado implica adaptar o cuidado à Amazônia, reconhecendo a sazonalidade das águas, rotas fluviais, arranjos itinerantes e a pluralidade sociocultural dos territórios. O guia propõe fluxos adaptados com esses contextos, priorizando a continuidade do cuidado, equidade e resolutividade.



A elaboração deste documento resultou de um processo participativo, combinando diagnóstico da rede, imersão com atores estratégicos de saúde, entrevistas com gestoras(es) e profissionais e visitas às unidades. Esse percurso possibilitou a identificação de gargalos e potencialidades que fundamentaram ferramentas objetivas para rastrear, diagnosticar, estratificar risco, tratar e acompanhar pessoas com HAS na APS.

O Afluentes é financiado pelo programa Juntos pela Saúde, uma iniciativa idealizada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), gerida pelo Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS), em parceria com a Umane. O projeto é realizado com o apoio técnico do Projeto Saúde e Alegria (PSA) e da ONG ImpulsoGov e também recebe apoio do Instituto Arapyaú e Uma Concertação pela Amazônia.

Mais do que conceitualizações, este guia organiza um passo a passo aplicável e oferece aprofundamentos via QR codes, para que cada pessoa vivendo com HAS tenha acesso integral, contínuo e seguro ao cuidado, com a APS no centro da coordenação da linha de cuidado.



Seções do Guia Prático



1 **hipertensão arterial sistêmica**

Definições e condições



2 **rastreamento** Identificação precoce



3 **avaliação clínica e diagnóstico** Técnica, confirmação e critérios diagnósticos



4 **estratificação de risco e condições associadas** Critérios para avaliação e manejo adequado



5 **manejo clínico na APS** Conduitas e tratamento



6 **condições agudas e hipertensão grave** Reconhecer, estabilizar, encaminhar



7 **organização da linha de cuidado e da rede**

Fluxos, registros e pactos

O que você vai encontrar neste guia



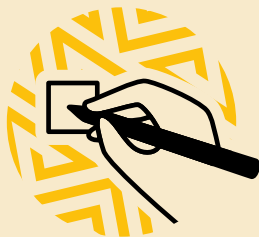
o profissional de saúde precisa saber

Informações essenciais e atualizadas para uma prática segura e humanizada



caixa de ferramentas

Instrumentos e materiais de apoio que auxiliam o trabalho do profissional de saúde



na prática

Check list do que não pode faltar



quadro prático

Orientações para aplicar no atendimento



quiz

Teste seus conhecimentos



hipertensão arterial sistêmica

Definição e condições

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é quando a pressão do sangue nas artérias está consistentemente alta. Isso é determinado quando a pressão arterial sistólica (PAS) é igual ou maior que 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) é igual ou maior que 90 mmHg, medida em pelo menos duas ocasiões diferentes, com a técnica correta.

É uma das principais causas evitáveis de morbimortalidade no Brasil e no mundo, associando-se diretamente ao aumento do risco de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca e morte prematura. Essas complicações são responsáveis por um gasto em saúde exorbitante com internações e sequelas que poderiam ser evitadas com medidas de prevenção relacionados à alimentação, atividade física e com tratamento adequado para HAS.

HAS Crônica

A HAS crônica é uma condição multifatorial, geralmente sem sintomas evidentes, que pode causar danos silenciosos a órgãos-alvo ao longo do tempo. É um problema comum na população adulta e requer acompanhamento contínuo e tratamento para evitar complicações.

Exemplo prático: Conceição tem 52 anos, é sedentária, tem excesso de peso e histórico familiar de hipertensão. Em suas últimas três consultas na UBS, suas pressões arteriais foram: 148/94 mmHg, 150/92 mmHg e 147/95 mmHg, sempre aferidas com técnica correta e em ambientes adequados.

Ela não sente sintomas como dor no peito ou tontura, mas apresenta aumento do peso corporal e queixa-se de cansaço fácil. Conceição nunca fez tratamento para pressão alta. Depois da avaliação, foi diagnosticada com HAS crônica

O que isso significa para Conceição?

- ▶ Ela tem pressão arterial elevada persistente que pode danificar seu coração, rins e vasos sanguíneos se não tratada. No entanto, não sente nada no momento e tem dificuldade de entender porque precisa de tomar medicação e fazer dieta
- ▶ Precisa ser sensibilizada para iniciar mudanças no estilo de vida (ex.: atividade física regular, dieta com redução de sal) e acompanhamento regular na UBS.
- ▶ Pode precisar de medicação para controlar a pressão e evitar complicações futuras.

Situação comum na APS: Muitas pessoas vivem com HAS crônica sem sintomas, mas o acompanhamento e o tratamento são fundamentais para evitar doenças graves e melhorar a qualidade de vida. Orientar medidas não medicamentosas para evitar progressão da doença devem ser estimuladas por toda equipe de saúde.

Crise Hipertensiva

Crise hipertensiva significa que a pressão está muito alta, de forma súbita, e pode ser perigos e trazer danos permanentes e sequelas.

Emergência hipertensiva: pressão muito alta (>180/120 mmHg) com sinais de lesão em órgãos, como confusão mental, dor no peito, falta de ar ou inchaço. Exige atendimento imediato e encaminhamento ao hospital.

Urgência hipertensiva: pressão muito alta, mas sem sintomas graves ou lesão orgânica. Precisa de ajuste rápido do tratamento na APS, com acompanhamento próximo.

Exemplo prático: Fernanda chegou à UBS com pressão de 190/130 mmHg, queixa de dor no peito e tontura — deve ser encaminhada à emergência (emergência hipertensiva). Já Carlos, que está com 185/120 mmHg mas sem sintomas, pode ter seu tratamento ajustado e ser monitorado na UBS (urgência hipertensiva).

Pseudocrise Hipertensiva

Às vezes a pressão pode estar alta momentaneamente, sem representar crise real. Pode ser causada por ansiedade, dor ou erro na medição.

Exemplo prático: Durante uma consulta, Ana, nervosa, teve a pressão de 150/95 mmHg. Após 5 minutos de descanso e nova aferição, a pressão baixou para 130/80 mmHg. Não houve crise, só um pico temporário causado pelo nervosismo.

Sugestão de Manejo: é muito importante nestes casos, acolher a pessoa sob cuidado, conversar com ela e orientar a esvaziar a bexiga (caso esteja cheia). Após com ela sentada e encostada e os dois pés no chão, iniciar **técnica de respiração 4-7-8**. Pede-se para esvaziar os pulmões com um sopro e em seguida iniciar inspirações e expirações suaves — o profissional da APS pode até fazer junto para exemplificar e então: após soltar o ar com um sopro, a pessoa deve puxar o ar (inspira com a abdômen subindo) em 4 segundos, prende 7 segundos e solta (expira — abdômen baixa) em 8 segundos; faz-se 4 ciclos assim e após com técnica adequada (os dois pés no chão, bexiga vazia) afere-se novamente a pressão que muitas vezes os valores baixam.

Estas explicações com exemplos reforçam o entendimento e otimizam a tomada de decisão rápida e correta pelos profissionais no atendimento diário da APS.



rastreamento

Identificação precoce

O rastreamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é essencial para identificar precocemente casos, **prevenir complicações cardiovasculares e fortalecer o cuidado integral**. Ele deve ser realizado de forma contínua e acessível em todos os pontos de contato do usuário com o sistema de saúde, incluindo visitas domiciliares, ações comunitárias e estratégias itinerantes.



O profissional da saúde precisa saber

O rastreamento é recomendado para todos os **adultos ≥ 18 anos**, mesmo sem sintomas.

Frequência do rastreamento:

- ▶ **PA normal ($<130/85$ mmHg):** reavaliar a cada 2 anos. No entanto, uma nova diretriz classificou a PA 120×80 mmHg como “pré-hipertensão”, sendo necessário incentivar medidas de prevenção.
- ▶ **PA limítrofe ($130-139/85-89$ mmHg):** reavaliar anualmente.
- ▶ **PA $\geq 140/90$ mmHg:** repetir em outras ocasiões e seguir protocolo diagnóstico preconizado pelo SUS.

Grupos de maior risco: ≥ 40 anos, histórico familiar, obesidade, tabagismo, sedentarismo, diabetes, dislipidemia, uso excessivo de álcool ou de medicamentos que elevam a PA.

O ACS é **agente-chave** no rastreamento comunitário, especialmente em áreas de difícil acesso.



Na Prática

Faça sua lista de checagem

VIGILÂNCIA ATIVA PELA EQUIPE

pergunte, em qualquer atendimento, se o usuário já aferiu a pressão arterial recentemente e se apresenta sintomas como dor de cabeça, tontura ou palpitação.

BUSCA ATIVA NOS TERRITÓRIOS

ACS devem aferir a PA em visitas domiciliares e registrar resultados, com atenção especial a adultos acima de 40 anos e pessoas com fatores de risco.

AFERIÇÃO SISTEMÁTICA NA UBS

incorpore a medição de PA em todos os pontos de contato (acolhimento, sala de vacina, farmácia, curativos).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

utilize rádios, igrejas, escolas e eventos locais para reforçar que todos os adultos devem medir a pressão regularmente, mesmo sem sintomas.

REGISTRO E ACOMPANHAMENTO

use prontuário, fichas simplificadas ou caderneta para garantir continuidade do cuidado, mesmo em locais de acesso intermitente.



Para o roteiro completo da
avaliação diagnóstica, acesse [link](#)
ou QR Code ao lado.



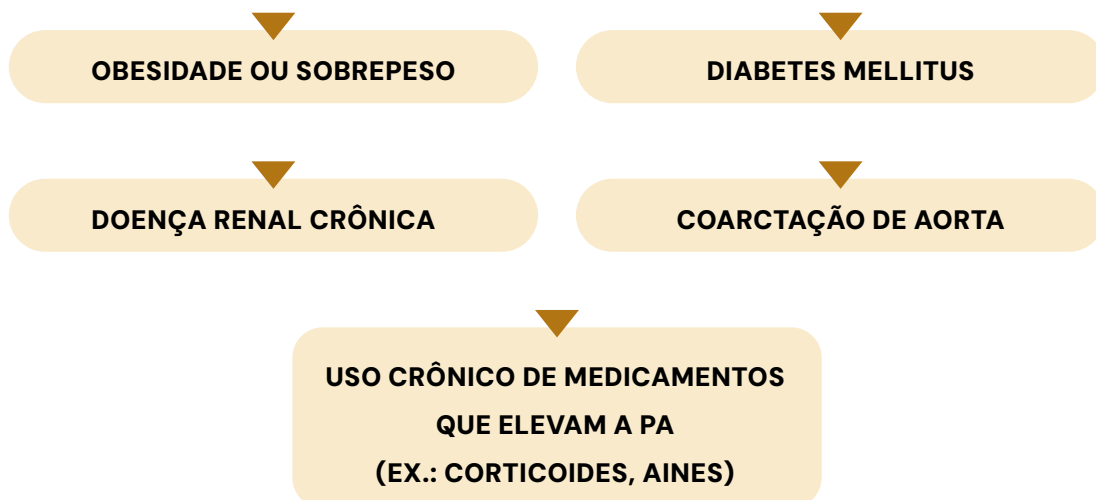
Quadro Prático

Rastreamento da HAS em Crianças e Adolescentes

Idade para início do rastreamento

- ▶ **A partir dos 3 anos de idade:** aferição anual da PA.
- ▶ **Antes dos 3 anos:** somente em casos com condições clínicas específicas (ver abaixo).

Fatores de risco que exigem rastreamento em qualquer consulta



Condições clínicas em menores de 3 anos (indicam rastreamento)

História perinatal: prematuridade, muito baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, internação em UTI neonatal ou cateterização umbilical.

Doenças cardíacas: cardiopatias congênitas (como coarctação da aorta).

Doenças renais: doença renal crônica, malformações, infecções urinárias de repetição, hematúria/proteinúria, transplante renal.

Doenças endócrinas/ metabólicas: hiperplasia adrenal congênita, hiperaldosteronismo, hipertireoidismo, feocromocitoma.

Doenças sistêmicas e genéticas: neurofibromatose, síndrome de Williams, arterite de Takayasu, esclerose tuberosa.

Exposição/uso de medicamentos: metais tóxicos (ex.: mercúrio), corticoides, anti-inflamatórios não esteroidais.

Histórico familiar: hipertensão arterial ou doença renal. Diabetes mellitus.

Parâmetros para considerar rastreamento positivo

CRIANÇAS (1 A 13 ANOS):

- ▶ PA normal: abaixo do percentil 90 (P90) para idade, altura e sexo.
- ▶ Rastreamento positivo: $PA \geq P90$.

ADOLESCENTES (≥ 13 ANOS):

- ▶ PA normal: $< 120/80$ mmHg.
- ▶ Rastreamento positivo: $PA \geq 120/80$ mmHg.



Caixa de ferramentas

Parceria com escolas e associações comunitárias para aferição de PA em adultos

1

Organizar ações de rastreamento em locais de encontro comunitário (escolas em dias de reunião de pais, igrejas, associações de moradores, feiras locais).

2

Profissionais de saúde ou técnicos treinados montam um ponto de aferição de pressão e registro rápido.

3

A cada aferição, entregar um cartão simples com o resultado e a recomendação: “voltar à UBS para nova medida” se PA \geq 140/90 mmHg.

4

As listas de pessoas com PA elevada são levadas para a UBS polo para agendamento de consulta.

Essa estratégia amplia o alcance do rastreamento, alcançando principalmente adultos que não frequentam regularmente a UBS. Ao ocorrer em espaços coletivos, reduz o estigma de procurar o serviço apenas quando se está doente, transformando a aferição da pressão em uma atividade comunitária e de promoção da saúde. Além disso, facilita a captação precoce de pessoas com hipertensão não diagnosticada, especialmente em áreas ribeirinhas e rurais.

Mensagem-Chave

Rastrear a pressão arterial em todos os adultos é a porta de entrada para o cuidado: medir cedo, medir sempre e medir certo permite identificar a hipertensão antes que cause complicações.



avaliação clínica e diagnóstico

Técnica, confirmação
e critérios diagnósticos

A hipertensão arterial é frequentemente silenciosa. O diagnóstico depende de uma boa escuta clínica, exame físico adequado e, principalmente, da aferição correta da pressão arterial. Na região amazônica, onde o acesso a exames e especialistas pode ser limitado, a UBS é o espaço decisivo para identificar precocemente e acompanhar as pessoas com hipertensão.



O profissional da saúde precisa saber

A hipertensão é, na maioria das vezes, assintomática e o diagnóstico depende de medida confiável.

O diagnóstico deve ser confirmado em mais de uma ocasião, salvo em casos de PA muito elevada.

A técnica correta na aferição da pressão arterial é essencial para evitar erros diagnósticos.

A monitorização por MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) e MRPA (Monitoramento Residencial da Pressão Arterial) são importantes para confirmar o diagnóstico e detectar fenômenos como a hipertensão do avental branco.

Exames básicos da APS ajudam a estratificar risco cardiovascular, mas não substituem a avaliação clínica.

A anamnese dirigida e o exame físico básico são fundamentais para identificar fatores de risco e sinais de gravidade.



Na prática

Faça sua lista de checagem!

☐ REALIZAR ANAMNESE:

- ▶ Hábitos de vida: sal, álcool, tabaco, atividade física
- ▶ Uso de medicamentos ou drogas que aumentam PA

☐ EXAMINAR

peso, altura, IMC, circunferência abdominal, frequência cardíaca, sinais de lesão de órgão-alvo, PA em ambos os braços (primeira consulta), pesquisa de LOA (edema, fundoscopia quando possível, sopros, déficit neurológico).

☐ AFERIÇÃO

aferir PA em condições padronizadas, com a técnica correta de medida:

- ▶ Paciente sentado, repouso de 5 minutos, sem café/cigarro/exercício na última meia hora
- ▶ Pés apoiados no chão sem cruzar as pernas
- ▶ Braço apoiado na altura do coração
- ▶ Manguito adequado ao braço (pelo menos 40% da circunferência).
- ▶ Certifique-se de que a borda inferior do manguito fique 2,5 cm acima da dobra do cotovelo.
- ▶ Duas medidas, intervalo de 1 minuto; se diferença >5 mmHg, repetir
- ▶ Registrar valores exatos (não arredondar)

☐ FREQUÊNCIA

Repetir a consulta em 7 a 14 dias se valores limítrofes.

☐ SOLICITAR EXAMES BÁSICOS

glicemia de jejum, perfil lipídico, creatinina, potássio, urina tipo I, hemograma, ECG (se disponível).

☐ CLASSIFICAR A PA CONFORME A TABELA:

- ▶ **Normal Ótima:** <120/<80 mmHg
- ▶ **Normal - pré hipertensão:** 120-129 / 80-84 mmHg
- ▶ **Normal alta:** 130-139 / 85-89 mmHg
- ▶ **HAS grau 1:** 140-159 / 90-99 mmHg
- ▶ **HAS grau 2:** 160-179 / 100-109 mmHg
- ▶ **HAS grau 3:** ≥180 / ≥110 mmHg

Circunstâncias especiais incluem:

- ▶ **Avental branco:** PA alta na UBS, normal fora dela;
- ▶ **Mascarada:** PA normal na UBS, elevada em casa ou trabalho;
- ▶ **Secundária:** 5-10% dos casos, associada a doenças renais, endócrinas ou uso de fármacos;
- ▶ **Resistente e refratária:** não controladas com múltiplos fármacos, exigem encaminhamento especializado.

☐ CONFIRMAR DIAGNÓSTICO

duas consultas diferentes ou uma se
PA \geq 160/100 mmHg.

☐ INCERTEZA DIAGNÓSTICA

Considerar MRPA/MAPA nos casos de dú-
vida diagnóstica.

- ▶ **MAPA/ABPM (24h):** indicado quando suspeita de hipertensão do avental branco, mascarada, resistência ao tratamento, sintomas desproporcionais.
- ▶ **MRPA (domiciliar):** útil para acompanhamento da adesão, ajuste de medicação, exclusão de efeito do avental.

! Na Amazônia, a limitação de aparelhos pode exigir priorização para casos selecionados e apoio de centros de referência.

☐ REGISTRO

E-SUS/PEC (digital ou físico) e orientar seguimento na própria UBS, conforme calendário de consultas e exames, encaminhando para outros níveis de atenção apenas quando houver indicação clínica.



Para o roteiro completo da avaliação diagnóstica, acesse o [\[link\]](#) ou QR Code ao lado.



Caixa de ferramentas

1

Pressão em dia

Mutirões comunitários de aferição e rastreamento aumentam a detecção precoce, especialmente em áreas ribeirinhas e comunidades rurais. Aproveite as festividades da comunidade ou eventos de bairro para montar um ponto de aferição de pressão arterial. O espaço pode ser sinalizado de forma acolhedora, com cartazes educativos. Enquanto aguardam a aferição, os participantes podem receber informações rápidas sobre alimentação saudável, atividade física e os riscos do consumo excessivo de álcool. Essa abordagem aproxima o serviço de saúde da comunidade.

2

Planilha para monitoramento de calibragem de aparelhos

manter controle periódico da validade e ajuste técnico dos esfigmomanômetros para garantir medidas confiáveis.

3

Integração com ACS

treinamentos específicos para que ACS façam aferição padronizada durante visitas domiciliares. Essa medida já é utilizada em diversos municípios amazônicos, com resultados positivos na ampliação do rastreamento.

Mensagem-chave

Diagnosticar corretamente a hipertensão começa por medir bem e confirmar o resultado. Esse é o passo decisivo para organizar toda a linha de cuidado.



estratificação do risco cardiovascular

Risco global e metas

A estratificação de risco é essencial para orientar a conduta clínica da pessoa com hipertensão arterial sistêmica. Ela permite identificar quem está em maior risco cardiovascular, definir metas pressóricas individualizadas e decidir sobre a intensidade do tratamento e necessidade de encaminhamento. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de HAS (MS, 2022–2025), a avaliação deve considerar fatores de risco, presença de comorbidades e lesão de órgãos-alvo.



O profissional da saúde precisa saber

A estratificação deve ser feita logo após a confirmação diagnóstica.

São avaliados: nível da pressão arterial, fatores de risco cardiovasculares, comorbidades e lesão de órgãos-alvo (LOA).

Os fatores de risco mais relevantes incluem: idade >55 anos (homens) ou >65 anos (mulheres), tabagismo, dislipidemia, obesidade, diabetes mellitus, histórico familiar de doença cardiovascular precoce e sedentarismo.

As principais LOA: hipertrofia ventricular esquerda (ECG), doença renal crônica (TFG <60 ml/min/1,73 m² ou albuminúria), retinopatia hipertensiva e doença arterial periférica.

A presença de diabetes, DRC ou doença cardiovascular prévia já define alto risco cardiovascular independentemente do nível pressórico.

Em áreas amazônicas com menor acesso a exames, a estratificação deve ser feita com as informações disponíveis na APS, sendo atualizada quando novos resultados chegarem.



Na prática

Faça sua lista de checagem para a estratificação de risco

CONFIRME O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO

utilize medidas repetidas em duas consultas diferentes ou em uma única visita se a PA for $\geq 160/100$ mmHg (PCDT HAS, MS 2022–2025).

AVALIE FATORES DE RISCO

idade: homens ≥ 55 anos, mulheres ≥ 65 anos, histórico familiar de doenças cardiovasculares precoces, tabagismo, álcool, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, dislipidemia, diabetes, estresse crônico e condições socioambientais adversas.

REALIZE EXAME FÍSICO COMPLETO

aferição da pressão arterial, cálculo do IMC, medida da circunferência abdominal e busca por sinais indiretos de lesão de órgão-alvo (LOA).

SOLICITE EXAMES LABORATORIAIS E COMPLEMENTARES

glicemia, creatinina, perfil lipídico, potássio, urina tipo I (EAS) e eletrocardiograma.

❑ INVESTIGUE SINAIS DE LESÃO DE ÓRGÃOS-ALVO (LOA)

alteração renal, hipertrofia ventricular esquerda no ECG, retinopatia, déficit neurológico ou sinais clínicos de insuficiência cardíaca.

❑ CLASSIFIQUE O RISCO CARDIOVASCULAR

categorize em baixo, moderado ou alto risco, conforme nível pressórico, fatores de risco, presença de LOA ou comorbidades.

Defina a meta pressórica adequada:

- ▶ Baixo a moderado risco: <140/90 mmHg.
- ▶ Alto risco (DCV – Doença Cardiovascular, DM – Diabetes Mellitus, DRC – Doença Renal Crônica ou LOA – Lesão de Órgão-Alvo: <130/80 mmHg, se tolerado.

❑ REGISTRE A ESTRATIFICAÇÃO NO PRONTUÁRIO

documente o nível de risco e as metas acordadas, discutindo o plano terapêutico com a pessoa e sua família.



Quadro prático

Classificação simplificada de risco cardiovascular (PCDT/MS 2022–2025)

BAIXO RISCO

HAS grau 1, sem fatores de risco, sem comorbidades, sem LOA.

MODERADO RISCO

HAS grau 1–2, com 1 a 2 fatores de risco.

ALTO RISCO

HAS grau 2–3, presença de LOA, diabetes mellitus, DRC, doença cardiovascular prévia, múltiplos fatores de risco.

Metas pressóricas por perfil clínico (PCDT/MS 2022–2025)

HIPERTENSÃO SEM COMORBIDADES

<140/90 mmHg.

DIABETES MELLITUS

<130/80 mmHg, se tolerado.

DOENÇA RENAL CRÔNICA

(TFG <60 ou albuminúria ≥30 mg/g)
<130/80 mmHg, se tolerado.

DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDADA

(DAC, AVC prévio, IC)
<130/80 mmHg, se tolerado.

IDOSOS FRÁGEIS

alvo individualizado, evitando
sintomas de hipotensão.



Caixa de ferramentas

1

Uso de calculadoras de risco cardiovascular global: recomendadas no PCDT (ex.: Escore de Risco Global – MS), acessíveis por aplicativos e úteis mesmo em consultas rápidas.

2

Roteiro simplificado para ACS em áreas ribeirinhas: em áreas ribeirinhas e de difícil acesso, ACS podem aplicar roteiros simplificados de identificação de risco e sintomas, registrando achados para discussão com a equipe na UBS polo.



Acesse neste [link](#) o roteiro simplificado.

Mensagem-chave

“Estratificar é antecipar cuidado:
conheça o risco, proteja o coração.”



Calculadora HEARTS

A calculadora HEARTS (OPAS/OMS, 2020) estima o risco cardiovascular em indivíduos de 40 a 74 anos, classificando-o como baixo, moderado, alto, muito alto ou crítico. Permite decisões clínicas mais precisas, mesmo quando nem todos os exames laboratoriais estão disponíveis, e orienta a prevenção, acompanhamento e tratamento da HAS.

O que fazer

- ▶ Avaliar todos os adultos de 40 a 74 anos, independentemente de já apresentarem HAS.

- ▶ Coletar informações essenciais: sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica, presença de diabetes, doença renal crônica ou doença cardiovascular prévia.
- ▶ Incluir valores de colesterol total se disponíveis; caso não, usar peso e altura como substitutos para estimativa.
- ▶ Inserir os dados na calculadora HEARTS e registrar o resultado no prontuário ou plano terapêutico.
- ▶ Orientar o paciente sobre medidas de autocuidado, alimentação saudável, atividade física regular, cessação de tabagismo e redução de álcool conforme o risco identificado.
- ▶ Para indivíduos fora da faixa etária 40–74 anos, aplicar outras ferramentas apropriadas e reforçar a prevenção de fatores modificáveis.



Quadro Prático

Fator Amazônia

DIFICULDADE DE EXAMES

quando não houver acesso regular a laboratório, priorizar critérios clínicos, sinais indiretos e uso da calculadora HEARTS sem colesterol.

TERRITÓRIOS RIBEIRINHOS

E ÁREAS REMOTAS

ajustar a periodicidade da reavaliação para coincidir com as visitas das unidades fluviais ou ações itinerantes.

REGISTRO

utilizar cadernetas ou fichas simplificadas quando não houver internet para o e-SUS.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

usar rádios comunitárias, igrejas e festas locais para divulgar fatores de risco e importância da estratificação.

ESCUITA AMPLIADA

valorizar relatos de familiares e observações de ACS, que conhecem o cotidiano das comunidades.



manejo clínico na APS

Consultas e tratamento

O manejo clínico da hipertensão arterial sistêmica combina intervenções não farmacológicas e tratamento medicamentoso, organizados de acordo com o risco cardiovascular e a resposta clínica. Na APS, o cuidado precisa ser contínuo, individualizado e realista, considerando desde a mudança de hábitos até o uso correto de medicamentos. No contexto amazônico, o desafio é aliar condutas baseadas em evidência com estratégias viáveis, respeitando a cultura alimentar, condições de trabalho e dificuldades de acesso.



O profissional da saúde precisa saber

Mudanças de estilo de vida são indicadas para **todas as pessoas com PA elevada**, independentemente do uso de medicamentos.

A farmacoterapia deve ser iniciada de acordo com o nível da pressão arterial e o risco cardiovascular global.

O tratamento deve seguir um **algoritmo escalonado**: monoterapia inicial em casos selecionados, associação de duas drogas na maioria dos pacientes, e intensificação progressiva até atingir a meta.

Classes preferenciais no SUS: diuréticos tiazídicos, inibidores da ECA (ou BRA), bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores (em situações específicas).

O controle adequado da pressão reduz em até 40% o risco de AVC e em até 20% o risco de infarto (PCDT/MS 2022–2025).

Idosos frágeis e pessoas com comorbidades (DRC, DM, doença cardiovascular estabelecida) requerem metas e cuidados individualizados.



Na prática

Faça sua lista de checagem

ORIENTE MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA

incentive alimentação saudável (modelo DASH adaptado à região), redução do consumo de sal, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e consumo moderado de álcool.

INICIE TRATAMENTO

FARMACOLÓGICO CONFORME RISCO:

- ▶ **HAS estágio 2 ou 3** → iniciar imediatamente com medicamentos.
- ▶ **HAS estágio 1 sem fatores de risco** → iniciar com mudanças de estilo de vida e reavaliar em até 3 meses.
- ▶ **HAS estágio 1 com fatores de risco, diabetes, DRC ou DCV** → iniciar medicamentos de imediato.

ESCOLHA A CLASSE INICIAL ADEQUADA

prefira associações de dois fármacos de classes diferentes (tiazídico + IECA/BRA ou BCC), sempre que possível.

ACOMPANHE A RESPOSTA TERAPÊUTICA

reavalie em 4 a 12 semanas para ajustar doses ou associar nova medicação até atingir a meta pressórica.

ADAPTE METAS PRESSÓRICAS

AO PERFIL CLÍNICO:

Geral: <140/90 mmHg.

DM, DRC, DCV ou LOA: <130/80

mmHg, se tolerado.

Idosos frágeis: metas individualizadas.

REGISTRE TODAS AS

CONDUTAS NO PRONTUÁRIO

inclua plano terapêutico e orientações para adesão.



Quadro prático

Algoritmo simplificado de tratamento inicial

1. Confirmar diagnóstico e estratificação de risco.

2. Definir início do tratamento:

- ▶ Sem risco adicional, PA 140–159/90–99 → iniciar mudanças de estilo de vida.
- ▶ Com risco adicional, PA \geq 140/90 → iniciar medicamentos.
- ▶ PA \geq 160/100 → iniciar medicamentos de imediato.

3. Iniciar terapia preferencial:

- ▶ Dupla associação (tiazídico + IECA/BRA ou BCC).
- ▶ Monoterapia apenas em casos leves, idosos frágeis ou intolerância.

4. Reavaliar e intensificar até atingir a meta.

Conduas por perfil clínico

Hipertensão sem comorbidades

- ▶ Meta pressórica: <140/90 mmHg.
- ▶ Terapia inicial: associação de duas classes (tiazídico + IECA/BRA ou BCC).

! OBSERVAÇÃO: monoterapia pode ser considerada em casos leves ou idosos frágeis.

Diabetes mellitus

- ▶ Meta pressórica: <130/80 mmHg, se tolerado.
- ▶ Terapia preferencial: incluir IECA ou BRA (proteção renal e cardiovascular).

! ATENÇÃO: evitar hipercalemia se associar com diurético poupador de potássio.

Doença renal crônica

(TFG <60 ml/min/1,73 m² ou albuminúria ≥30 mg/g)

- ▶ Meta pressórica: <130/80 mmHg, se tolerado.
- ▶ Terapia preferencial: IECA ou BRA como base; associar diurético (tiazídico ou de alça, conforme TFG).

! OBSERVAÇÃO: monitorar função renal e potássio periodicamente.

Doença cardiovascular estabelecida (DAC, AVC prévio, IC)

- ▶ Meta pressórica: <130/80 mmHg, se tolerado.
- ▶ Terapia preferencial:
 - ▶ DAC/IC: betabloqueador + IECA ou BRA.
 - ▶ Pós-AVC: tiazídico + IECA (benefício comprovado na redução de recorrência).

! **ATENÇÃO:** ajustar combinações conforme tolerância clínica.

Idosos frágeis

- ▶ Meta pressórica: individualizada, evitando sintomas de hipotensão.
- ▶ Terapia inicial: iniciar com monoterapia em baixa dose; ajustar lentamente.

! **OBSERVAÇÃO:** monitorar quedas, tonturas e hipotensão ortostática.

Gestantes com HAS prévia

- ▶ Meta pressórica: alvo definido em protocolo específico (ver Guia de Pré-Natal).
- ▶ Terapia preferencial: metildopa, hidralazina ou nifedipino.

! **OBSERVAÇÃO:** IECA e BRA são contraindicados.



Caixa de ferramentas

Uso de combinações fixas de anti-hipertensivos no SUS

Verifique na REMUME municipal quais combinações fixas (ex.: IECA + diurético, BRA + diurético) estão disponíveis nas UBS e no programa Farmácia Popular.

Sempre que indicado, prefira prescrever a formulação combinada em um único comprimido.

Oriente a pessoa e a família sobre a vantagem de tomar apenas um comprimido por dia.

Reduz o número de comprimidos, melhora a adesão, simplifica a rotina terapêutica e diminui o risco de abandono, especialmente em pessoas que vivem longe da UBS e têm dificuldade de retornar com frequência.

Oficinas comunitárias de alimentação com ingredientes locais

Realizar encontros mensais nas UBSs ou escolas comunitárias, conduzidos pela equipe de saúde e apoiados por lideranças locais.

Nas oficinas, cozinhar receitas regionais (com peixe, frutas, mandioca, feijão) demonstrando formas de reduzir o uso de sal, óleo e ultraprocessados.

Incentivar substituições viáveis no território, como temperos naturais (alho, coentro, chicória, pimenta-do-reino) em lugar de temperos industrializados ricos em sódio.

Fortalece a adesão ao tratamento não farmacológico de forma prática, respeitando a cultura alimentar amazônica e mostrando que a mudança é possível sem abandonar os sabores locais. Além disso, envolve a comunidade, reforça o vínculo com a UBS e amplia o impacto coletivo no controle da hipertensão.

Acompanhamento de adesão com apoio dos ACS



Incentive o ACS para perguntar, em visitas domiciliares, se a pessoa tomou a medicação nos últimos dias e se houve efeitos adversos.



Crie uma ficha simplificada ou use um caderno comunitário para registrar as informações.



Compartilhe os registros em reunião de equipe ou durante visitas da UBS polo.

O contato próximo dos ACS aumenta a detecção precoce de falhas na adesão e permite ajustes rápidos, evitando descompensações e reduzindo a necessidade de atendimentos de urgência.

Telemonitoramento estruturado por WhatsApp



Criar listas de transmissão com usuários hipertensos acompanhados pela UBS.



Enviar mensagens curtas lembrando horário da medicação, datas de consultas e reforçando orientações de estilo de vida.



Adaptar a linguagem para o contexto local, com exemplos regionais (ex.: trocar o tempero pronto por alho, chicória e coentro).

Estudos mostram que lembretes digitais aumentam a adesão ao tratamento e reduzem faltas nas consultas. Na Amazônia, o WhatsApp é amplamente utilizado mesmo em comunidades ribeirinhas, tornando essa estratégia acessível e de baixo custo.

Caderno da Pressão



Entregar a cada usuário um caderno simples ou ficha impressa com colunas para registrar medidas de PA (quando disponíveis), uso diário da medicação e sintomas.



Revisar esse material em cada consulta ou mutirão, discutindo junto com a pessoa e a família.



Quando houver telemonitoramento, pedir que a pessoa fotografe a página e envie pelo WhatsApp da UBS.

Favorece o autocuidado, aumenta a corresponsabilização da pessoa e gera um registro contínuo que apoia decisões da equipe. Em áreas com dificuldade de acesso, o caderno funciona como ponte entre as visitas presenciais, reduzindo a perda de informação.



Acesse o [link](#) do Caderno de Pressão.

Mensagem-chave

O manejo clínico da hipertensão combina mudanças de estilo de vida e tratamento medicamentoso escalonado, ajustado ao risco cardiovascular e às condições de cada pessoa.



Intervenções não medicamentosas

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial é essencial e deve ser iniciado em todos os pacientes, em qualquer estágio da doença. Envolve mudanças de estilo de vida que impactam diretamente na redução da pressão arterial e na prevenção de complicações cardiovasculares.

O que fazer

▶ ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

- ▶ Incentivar uma alimentação baseada em alimentos naturais locais e minimamente processados.
- ▶ Valorizar frutas e hortaliças da região, leguminosas, raízes e tubérculos (macaxeira, cará, batata-doce), além de oleaginosas (castanha-do-pará, castanha de caju). Para pessoas com problemas renais a ingestão de Carambola é proibida, pois, caramboxina, quando metabolizada, pode desencadear efeitos nefrotóxicos, prejudicando a função renal. Em pacientes com doença renal crônica, onde os rins já enfrentam dificuldades para realizar suas funções normais, a ingestão de carambola pode agravar esses desafios.
- ▶ Priorizar proteínas magras como peixes, aves e ovos.
- ▶ Reduzir sal no preparo dos alimentos, evitando temperos prontos, embutidos e enlatados.
- ▶ Incentivar modos de preparo saudáveis (grelhar, cozinhar, assar), evitando frituras em excesso.

▶ **ÁLCOOL**

- ▶ Reduzir ou cessar o consumo. Em casos de adição (vício) encaminhar para grupos de apoio (AA) e tratamento especializado.
- ▶ Dialogar sobre bebidas locais como cachaça, vinho de açaí e cerveja, adequando as recomendações ao contexto cultural local.

▶ **TABAGISMO**

- ▶ Estimular a cessação com apoio multiprofissional.
- ▶ Encaminhar para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, quando disponível.

▶ **ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO**

- ▶ Recomendar pelo menos 150 minutos/semana de atividade aeróbica moderada.
- ▶ Estimular o uso de grupos comunitários, caminhadas orientadas, parcerias com escolas e espaços públicos, como academia da saúde.
- ▶ Quando possível, incluir exercícios de força e adaptar a recomendação à realidade local (trabalho rural, rotina doméstica, deslocamentos ativos);

▶ **ESTRESSE**

- ▶ Investigar fatores de estresse crônico e oferecer acolhimento.
- ▶ Incluir no plano de cuidado práticas integrativas de e que auxiliem a saúde mental (auriculoterapia, grupos de escuta, rodas de conversa, acupuntura).

AUTOUIDADO

- ▶ Ensinar aferição domiciliar da PA e sinais de alerta.
- ▶ Incentivar registro dos valores em cadernetas ou aplicativos simples.
- ▶ Utilizar lembretes por mensagens de celular e apoio dos ACS para acompanhamento.

SAÚDE BUCAL

- ▶ Realizar avaliação odontológica periódica.
- ▶ Orientar sobre a relação entre saúde periodontal e controle da pressão arterial.
- ▶ A equipe de saúde bucal deve reforçar o cuidado com alimentação, tabagismo e adesão ao tratamento.



Tratamento farmacológico inicial e sequências de intensificação

O tratamento medicamentoso é indicado quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial (PA) ou quando o risco cardiovascular é elevado. Deve ser sempre associado a intervenções no estilo de vida e individualizado conforme idade, comorbidades, risco cardiovascular e tolerância. Populações vulneráveis ou com acesso irregular ao cuidado, pode ser necessário iniciar terapia medicamentosa mais precocemente.

O que fazer

▶ INÍCIO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA

- ▶ Iniciar imediatamente se:
 - PA \geq 160/100 mmHg (qualquer risco).
 - PA \geq 140/90 mmHg com risco alto ou muito alto.
- ▶ Iniciar após 3 meses de mudança no estilo de vida se:
 - PA \geq 140/90 mmHg persistente.
- ▶ Em HAS estágio 1 com baixo risco: pode-se tentar intervenção não farmacológica antes.

▶ DEFINIÇÃO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

- ▶ Monoterapia: HAS estágio 1 com baixo risco.
- ▶ Combinação de dois fármacos: HAS estágio 2 ou risco alto/muito alto.
- ▶ Sempre iniciar em baixas doses, avaliando resposta clínica e tolerância.

▶ CLASSES TERAPÊUTICAS DE 1ª LINHA DISPONÍVEIS NO SUS

- ▶ Diuréticos tiazídicos ou semelhantes (hidroclorotiazida, clortalidona).
- ▶ Inibidores da ECA (enalapril, captopril).
- ▶ Bloqueadores de canais de cálcio (anlodipino).
- ▶ Betabloqueadores (atenolol) – apenas em indicações específicas (pós-infarto, arritmias).



Combinações de fármacos, ajustes e efeitos adversos

A maioria das pessoas com hipertensão precisará de mais de um medicamento para atingir a meta de pressão arterial. Combinações corretas aumentam a eficácia, reduzem eventos adversos e favorecem a adesão. Na APS, é essencial conhecer quais classes associar, quando ajustar doses e como manejar os efeitos adversos mais comuns.

O que fazer

▶ INICIE COM ASSOCIAÇÃO EM BAIXA DOSE:

prefira combinações como tiazídico + IECA/BRA ou tiazídico + BCC.

▶ REAVALIE A CADA 4 A 12 SEMANAS:

ajuste doses ou associe nova classe se a meta não for atingida.

▶ EVITE IECA + BRA:

essa combinação aumenta risco de insuficiência renal e hipercalemia.

▶ ADAPTE AO PERFIL CLÍNICO:

- ▶ DM/DRC → incluir IECA ou BRA.
- ▶ Pós-AVC → usar IECA + tiazídico.
- ▶ DAC/IC → considerar betabloqueador.

▶ MONITORE EFEITOS ADVERSOS

se surgirem, substitua a classe ou reduza a dose.

▶ CONSIDERE COMBINAÇÕES FIXAS (QUANDO DISPONÍVEIS)

aumentam a adesão e simplificam o esquema.



Quadro prático

Efeitos adversos comuns e conduta

CLASSE DE FÁRMACO	EFEITO ADVERSO FREQUENTE	CONDUTA PRÁTICA NA APS
IECA	Tosse seca	Trocar por BRA se sintoma persistente
BRA	Hipercalemia, alteração da função renal	Monitorar creatinina e potássio
Diurético tiazídico	Hipocalemia, câimbras, ácido úrico elevado	Estimular alimentos ricos em potássio; cuidado em gota
BCC (ex.: anlodipino)	Edema maleolar, rubor, cefaleia	Ajustar dose ou trocar classe
Betabloqueador	Bradicardia, fadiga, broncoespasmo	Evitar em asma grave; avaliar substituição



Seguimento, Adesão e Plano de Cuidado

O seguimento das pessoas com hipertensão arterial sistêmica deve ser contínuo e organizado, garantindo que as metas pressóricas sejam alcançadas e mantidas. O sucesso do tratamento depende tanto da adesão medicamentosa quanto do engajamento no autocuidado. Para a APS, isso significa planejar consultas regulares, usar ferramentas de acompanhamento (inclusive digitais) e envolver a família e a comunidade no cuidado.

O que fazer

DEFINA A FREQUÊNCIA DE CONSULTAS:

- ▶ PA controlada e baixo risco → retorno em até 6 meses.
- ▶ PA não controlada ou alto risco → retorno em 1 a 3 meses.
- ▶ Situações agudas ou ajustes de medicação → retorno em 2 a 4 semanas.

USE TELEMONITORAMENTO SEMPRE QUE POSSÍVEL

contatos por telefone ou WhatsApp ajudam a reforçar uso correto da medicação, lembrar consultas e identificar sinais de alerta.

REALIZE BUSCA ATIVA DOS FALTOSOS

ACS e equipe devem acionar pessoas que não comparecem às consultas, organizando visitas domiciliares ou encaixes em mutirões.

▶ **IDENTIFIQUE BARREIRAS À ADESÃO**

pergunte sobre dificuldade de acesso ao medicamento, efeitos adversos, esquecimento de doses, custos ou crenças culturais.

▶ **IMPLEMENTE ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO**

simplifique esquemas terapêuticos, valorize combinações fixas, adapte orientações à realidade alimentar e cultural da pessoa.

▶ **PROMOVA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AUTOCUIDADO**

incentive aferição domiciliar (quando possível), registro da PA em caderno ou aplicativo e redução de fatores de risco.

▶ **ENVOLVA A FAMÍLIA E REDE DE APOIO**

familiares podem ajudar a lembrar horários, estimular alimentação adequada e acompanhar consultas.

▶ **CONSTRUA E REGISTRE O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)**

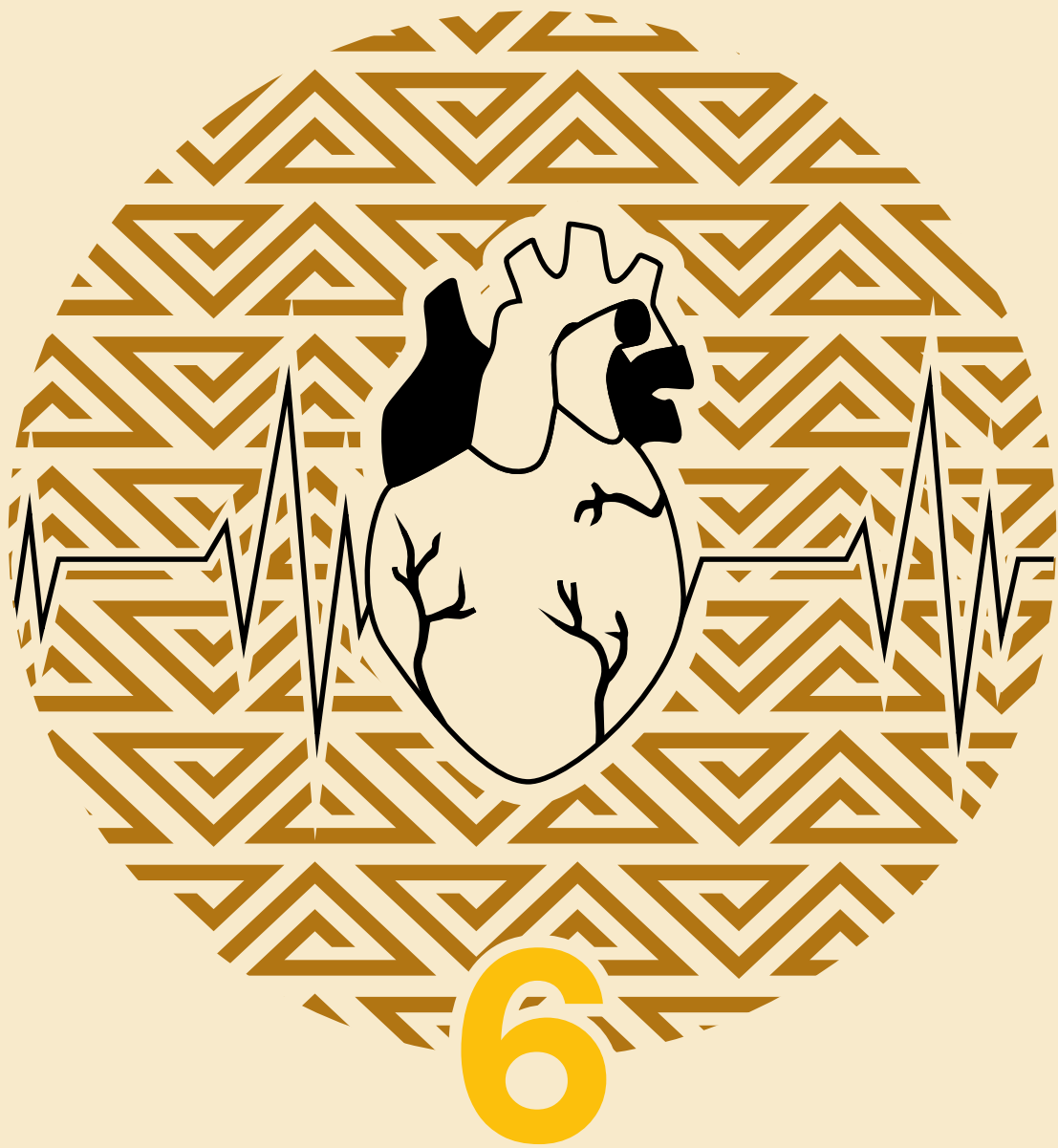
documente metas pressóricas, condutas clínicas, acordos de autocuidado e estratégias de seguimento, garantindo que seja compartilhado com toda a equipe da UBS.



Quadro prático

Frequência de consultas por nível de risco

SITUAÇÃO CLÍNICA	FREQUÊNCIA DE SEGUIMENTO SUGERIDA
PA controlada, baixo risco	A cada 6 meses
PA não controlada, moderado risco	A cada 1 a 3 meses
Ajuste de medicação / início de tratamento	A cada 2 a 4 semanas
Alto risco (DM, DRC, DCV, LOA)	A cada 1 a 2 meses



condições agudas e hipertensão grave

Reconhecer, estabilizar,
encaminhar

A hipertensão arterial pode se manifestar de forma súbita e grave. Diferenciar **urgência**, **emergência** e **pseudocrise** hipertensiva é fundamental para decidir o que fazer na APS. A conduta correta evita tanto o risco de agravar o quadro quanto encaminhamentos desnecessários.



O profissional da saúde precisa saber

Emergência hipertensiva: elevação da PA acompanhada de **lesão aguda de órgão-alvo (LOA)** (ex.: AVC, IAM, edema agudo de pulmão, dissecação de aorta, eclâmpsia).

Pseudocrise: aumento transitório da PA, sem LOA, geralmente ligado a dor, ansiedade, estresse ou técnica incorreta.

Urgência hipertensiva: PA $\geq 180/120$ mmHg, sem LOA aguda.

Na APS, **nunca reduzir a PA de forma abrupta**. O foco é reconhecer sinais de alarme, estabilizar a pessoa e organizar a referência com segurança.

A boa comunicação com a retaguarda (UPA/hospital) reduz tempo de espera e melhora os desfechos.



Na prática

Faça sua lista de checagem

DIFERENCIE O QUADRO CLÍNICO:

- ▶ Emergência → PA elevada + LOA aguda → encaminhamento imediato.
- ▶ Urgência → PA elevada, sem LOA → ajuste de tratamento, observação e seguimento próximo.
- ▶ Pseudocrise → repetir medida após repouso, identificar gatilho (dor/ansiedade) e agendar retorno em 24–48h.

AVALIE SINAIS DE ALARME

dor torácica, falta de ar, déficit neurológico, convulsão, rebaixamento de consciência, alterações visuais súbitas.

INICIE CONDUTAS DE

ESTABILIZAÇÃO NA UBS

repouso, oxigênio se disponível, acesso venoso, monitorização básica de sinais vitais.

ENCAMINHE DE

IMEDIATO QUANDO INDICADO

entre em contato com a regulação, organize transporte seguro, prepare documentação clínica (PA, sinais vitais, medicações em uso, condutas já realizadas).



Quadro prático

Diferenciando urgência, emergência e pseudocrise

SITUAÇÃO	PRESSÃO ARTERIAL	LOA PRESENTE?	CONDUTA PRINCIPAL NA APS
Emergência	Geralmente ≥180/120 mmHg	Sim	Encaminhar imediatamente
Urgência	≥180/120 mmHg	Não	Ajustar esquema, observar, seguimento próximo
Pseudocrise	Variável	Não	Repetir medida, identificar gatilho, retorno em 24–48h



Caixa de ferramentas

Checklist padronizado de estabilização rápida

1

Elaborar uma lista impressa ou em cartaz na sala de atendimento da UBS, com passos claros: medir PA e sinais vitais, manter repouso, ofertar oxigênio se disponível, providenciar acesso venoso, registrar medicações em uso e preparar documentação mínima.

2

Utilizar o checklist sempre que uma pessoa chegar com PA muito elevada e sintomas de alarme, garantindo que nenhum passo seja esquecido antes da transferência.

O uso de checklists em emergências reduz erros, organiza a equipe sob pressão e assegura que a pessoa chegue ao serviço de referência já com informações essenciais registradas.

Protocolos de comunicação rápida com a retaguarda



Definir, junto com a regulação e hospitais de referência, um canal preferencial de contato (WhatsApp institucional, telefone direto ou rádio comunitária).



Manter, em cada UBS, uma lista atualizada com números de contato e critérios de encaminhamento.



Padronizar o envio de informações: nome, idade, valores de PA, sinais de alarme, condutas realizadas e necessidade de vaga imediata.

Melhora a articulação entre APS e retaguarda hospitalar, reduz tempo de espera para internação e garante que a pessoa seja recebida com informações completas, otimizando o cuidado desde a porta de entrada do hospital.

Mensagem-chave

O papel da APS diante de uma crise hipertensiva é reconhecer rapidamente a gravidade, estabilizar o que for possível e encaminhar com segurança para a retaguarda adequada.



organização da linha de cuidado e da rede

Fluxos, registros e pactos

O cuidado da hipertensão arterial sistêmica não se limita à consulta individual. A qualidade do seguimento depende da forma como a rede de saúde está organizada, garantindo acesso a exames, retaguarda especializada, medicamentos e fluxos de referência e contrarreferência. Na região amazônica, marcada por longas distâncias, sazonalidade dos rios e dificuldade logística, organizar a rede significa aproximar a APS do usuário e articular com os demais pontos de atenção.



O profissional da saúde precisa saber

A APS é a **porta de entrada e coordenadora do cuidado**, responsável por organizar o fluxo das pessoas com HAS.

O **matriciamento e a teleconsultoria** são ferramentas fundamentais para apoiar casos complexos sem depender apenas do encaminhamento.

Fluxos de referência claros permitem que a pessoa chegue ao especialista ou exame no tempo adequado e retorne com contrarreferência estruturada.

A **gestão adequada de medicamentos e insumos** garante continuidade do tratamento e reduz risco de abandono.

A **conciliação medicamentosa e a segurança do paciente** evitam interações, duplicidade e erros comuns no uso crônico de fármacos.



Na prática

Faça sua lista de checagem

DEFINA FLUXOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

pactue com a regulação os critérios de encaminhamento para cardiologia, nefrologia e exames especializados.

IMPLEMENTE O MATRICIAMENTO MULTIPROFISSIONAL

organize reuniões periódicas da APS com especialistas (presenciais ou virtuais) para discussão de casos e atualização clínica.

USE TELECONSULTORIA COMO APOIO

acione canais de Telessaúde para discutir condutas antes de encaminhar, reduzindo deslocamentos desnecessários.

GARANTA A GESTÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

monitore estoque, priorize combinações fixas quando disponíveis e verifique o abastecimento regular de diuréticos, IECA/BRA e BCC.

APLIQUE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

revise periodicamente a lista de medicamentos da pessoa, evitando duplicidades, interações e uso incorreto.

REGISTRE TODAS AS AÇÕES NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO (E-SUS/PEC)

assegure que informações sobre encaminhamentos, retornos e medicamentos estejam acessíveis para toda a equipe.



Quadro prático

Critérios de encaminhamento prioritário

SITUAÇÃO CLÍNICA	ENCAMINHAMENTO RECOMENDADO
Suspeita de hipertensão secundária	Nefrologia ou endocrinologia
Hipertensão resistente (3 ou mais drogas sem controle)	Cardiologia/Nefrologia
Lesão de órgão-alvo significativa (AVC, DAC, DRC avançada)	Especialista de referência
Necessidade de exames não disponíveis na APS	UBS polo / serviço de apoio diagnóstico
Gestante com HAS crônica	Pré-natal de alto risco



Caixa de ferramentas

Teleconsultoria estruturada para casos complexos

1

Utilizar a plataforma de Telessaúde para discutir casos antes do encaminhamento.

2

Enviar resumo clínico, valores de PA, exames realizados e medicações em uso.

Evita deslocamentos desnecessários, reduz sobrecarga de especialistas e fortalece a APS como coordenadora do cuidado.

Planilha de rastreamento de abastecimento de medicamentos

1

Criar planilha simples (mensal ou trimestral) com registro de entrada, saída e estoque mínimo de medicamentos essenciais.

2

Revisar em reunião de equipe, garantindo reposição antecipada.

Previne desabastecimento, assegura continuidade do tratamento e evita abandono por falta de medicamentos — um problema frequente em áreas ribeirinhas.

Mensagem-chave

Uma linha de cuidado organizada depende de fluxos claros, retaguarda acessível, abastecimento regular e uso de ferramentas de apoio como teleconsultoria e matriciamento. Assim, a APS cumpre seu papel de coordenadora do cuidado em hipertensão.



quiz

Teste seus conhecimentos!

1. O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PODE SER CONFIRMADO EM APENAS UMA CONSULTA QUANDO:

- a) A pressão está $\geq 140/90$ mmHg em uma aferição.
- b) A pressão está $\geq 160/100$ mmHg em uma única consulta.
- c) O paciente apresenta fatores de risco associados.
- d) A pressão está limítrofe ($130-139/85-89$ mmHg).

2. VERDADEIRO OU FALSO:

A aferição da pressão arterial deve ser feita após 5 minutos de repouso, com o braço apoiado na altura do coração e utilizando manguito adequado ao braço.

- a) Verdadeiro
- b) Falso

3. QUAIS EXAMES FAZEM PARTE DA AVALIAÇÃO INICIAL NA APS SEGUNDO O PCDT 2022-2025?

- a) Hemograma, glicemia, perfil lipídico, creatinina, potássio, urina tipo I, ECG (quando disponível).
- b) Apenas glicemia e perfil lipídico.
- c) Somente ECG.
- d) Nenhum exame é necessário na APS.

4. COMPLETE A FRASE:

A meta pressórica geral para pessoas com hipertensão sem comorbidades é

_____.

- a) $<150/90$ mmHg
- b) $<140/90$ mmHg
- c) $<130/80$ mmHg
- d) $<120/80$ mmHg

5. QUAL DAS SEGUINTE COMBINAÇÕES DEVE SER EVITADA?

- a) IECA + diurético tiazídico
- b) BRA + bloqueador de canal de cálcio
- c) IECA + BRA
- d) Tiazídico + BCC

6. NO CASO DE UMA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA, A CONDUTA CORRETA NA APS É:

- a) Reduzir imediatamente a PA com medicação sublingual.
- b) Encaminhar imediatamente para retaguarda após estabilização mínima.
- c) Observar por 24 horas e ajustar medicação oral.
- d) Liberar para casa com orientação de retorno em 48 horas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

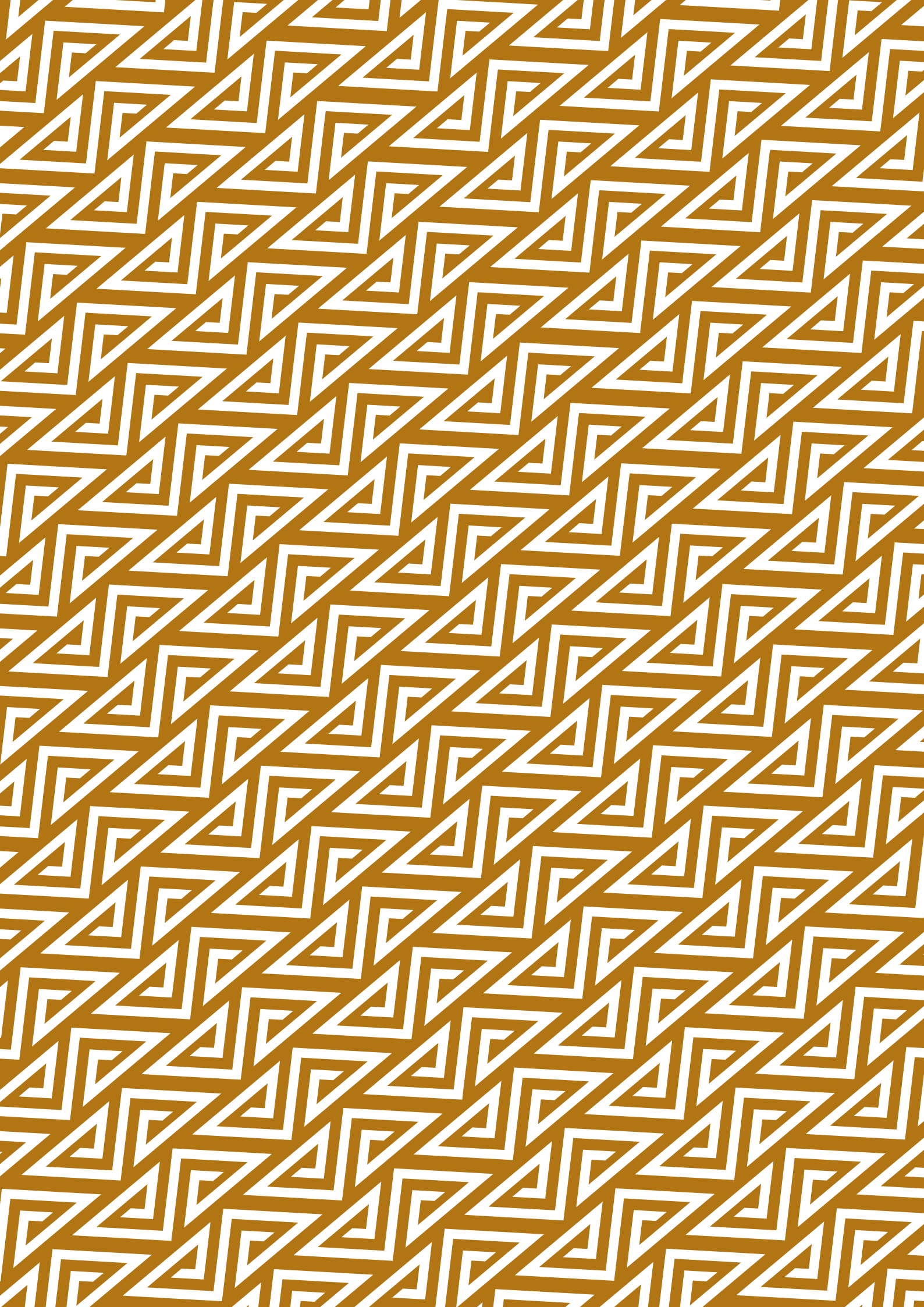
BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

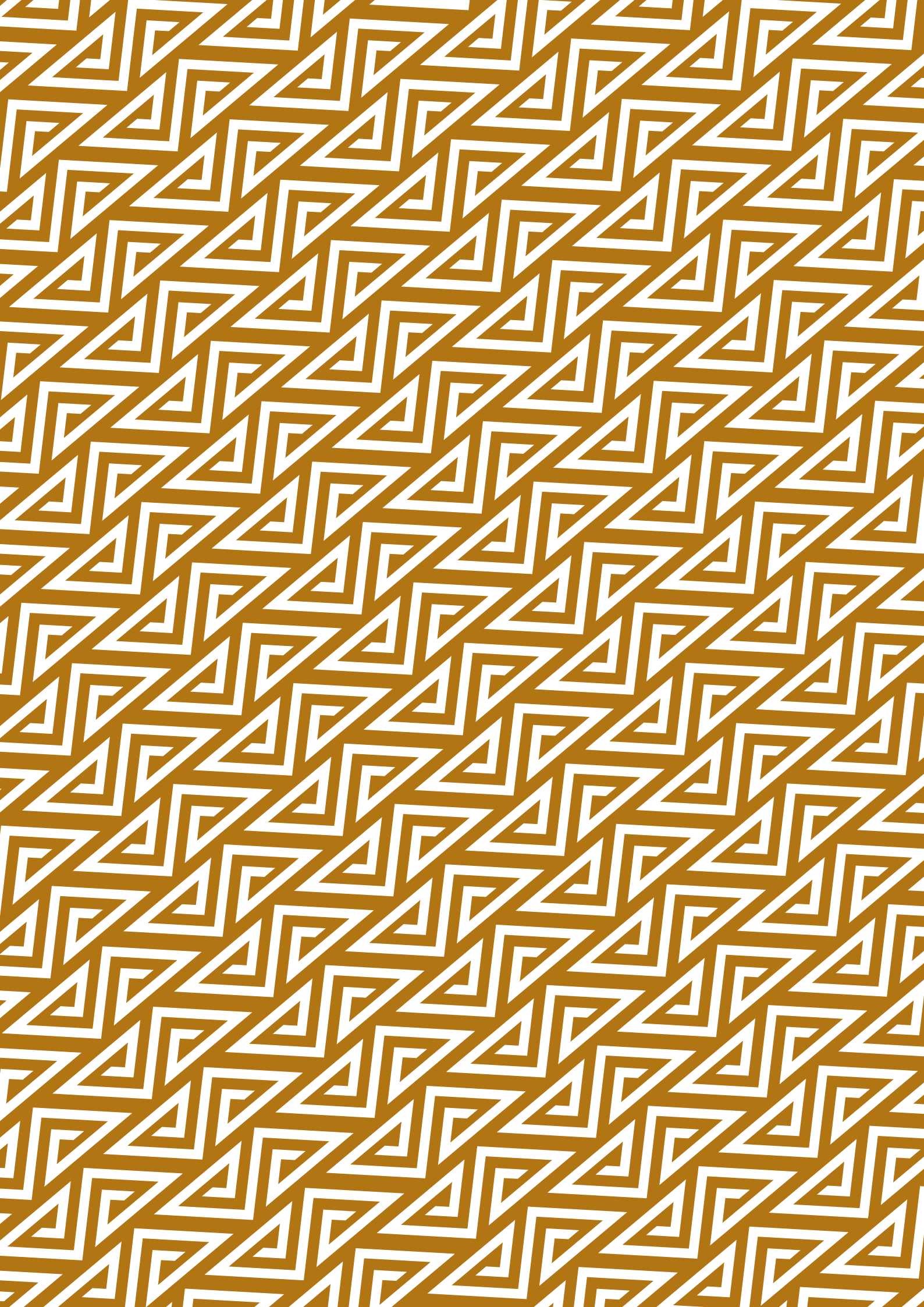
BARROSO, W. K. S. et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **HEARTS: ferramenta de cálculo de risco cardiovascular**. Washington, DC: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/heart>s. Acesso em: 22 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Rápido de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.







afluentes



REALIZAÇÃO



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

PARCEIROS



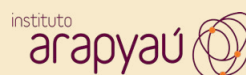
GESTÃO DA PARCERIA



PARCEIROS TÉCNICOS



APOIO



UMA CONCERTAÇÃO PELA
AMAZÔNIA