Superintendência de Atenção Saúde

Diretoria de Atenção Primária

Núcleo de Governança Clínica

Tipo do documento	Protocolo Clinico e Organizacional	**PAPHAP**	**Versão: 01**
		Pág.: 1/22	
Título do documento	**Protocolo de Assistência ao paciente com Hipertensão na Atenção Primária**	**Data de emissão: 08/05/2024**	
		Revisão: Sob demanda	

Introdução

A morte por doenças cardiovasculares (DC) é a principal causa de morte no mundo de acordo com a estatística Heart *Disease and Stroke Statistics* (estatística de doenças cardíacas e derrames) publicada em 2021 pela American Heart Association (AHA) .O estudo ressalta os principais fatores de risco de vidas perdidas (hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo) e o impacto econômico gerado por custo diretos e internações hospitalares que ultrapassam US$ 96,2 bilhões de dólares em todo mundo, porém o relatório ainda não considerou número de morte por COVID- 19 (AHA, 2021).

No Brasil a doenças cardiovascular (DCV) ocupa o primeiro lugar em causa de morte de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia-SBP (2019). E no ano de 2020 houve um aumento da taxa de mortalidade por DCV em todo o Brasil o que pode ser sido agravado pelo início da pandemia da COVID-19. (ARMSTRONG et al 2022).

Diante desse cenário, com intuito de prevenir e mitigar complicações com DCV e mortes evitáveis a Secretária Municipal de Saúde institui o protocolo para padronizar assistência do paciente com hipertensão e diminuir variabilidade da assistência,

subsidiando uso das tecnologias existente, melhorando da saúde vascular da população.

1. Diagnóstico

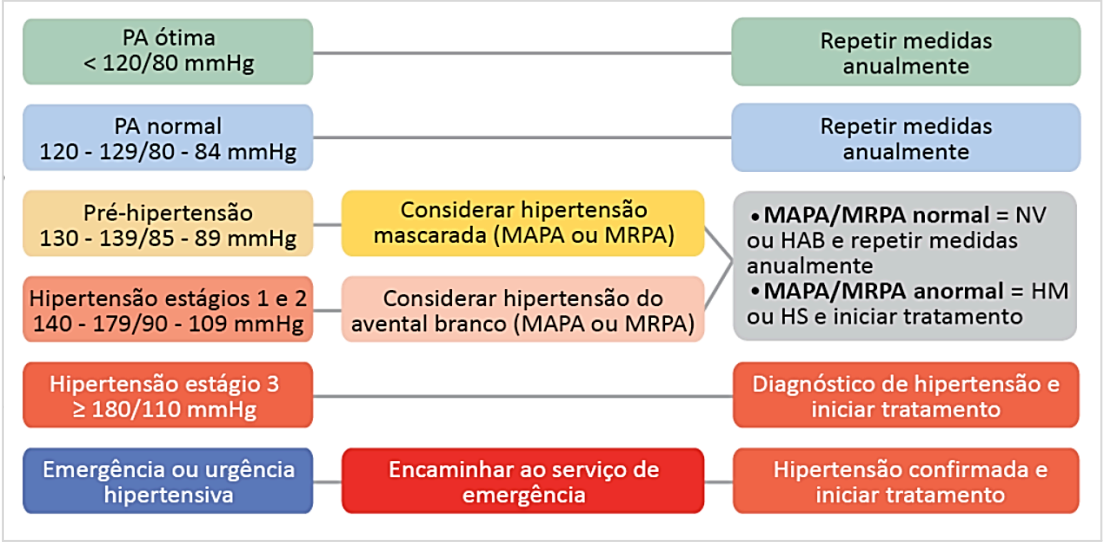
De acordo com Hearts (2019) e BARROSO et al (2020) o diagnóstico de hipertensão (HAS) em adultos deverá ser confirmado de 1 a 4 semanas de intervalo da primeira medição com os seguintes parâmetros.

Tabela 1- Classificação de pressão arterial

Classificação da pressão arterial de acordo com a medicação no consultório a partir de 18 anos de idade			
Classificação	**PAS(mHg)**		**PAD(mmHg)**
PA ótimo	<120	e	<80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-Hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥180	e/ou	≥110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

Tabela 2- Medidas da pressão arterial no consultório



Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

2. Abordagem multiprofissional para tratamento

A abordagem multiprofissional na unidade de saúde é um fator importante e essencial para adesão do paciente ao tratamento, ações de acolhimento, orientação, entre outras são fatores que influenciam positivamente no controle de HAS (BARROSO et al 2021).

a) Responsabilidade do médico

- Realizar anamnese (história clínica, Lesão Órgão Alvo);
- Diagnóstico;
- Realizar aconselhamento relacionado aos modos de vida do paciente (encorajar a atividade física, alimentação saudável e uso nocivo do tabaco)
- Solicitar exame complementares;
- Realizar encaminhamento para paciente que necessitem de acompanhamento nutricional com equipe multiprofissional conforme protocolo de obesidade nº
- Prescrever medicamento conforme **item 6** em dose apropriada;/
- Orientar o paciente sobre uso das medicações, importância dos horários;
- Orientar sobre possíveis complicações da HAS;
- Investigar multimorbidade e histórico familiar de infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral;
- Encaminhar para referência conforme **item 10** e ou quando julgar necessário pela condição clinica;
- Responsável por diagnóstico, estratificação de risco e orientação das condutas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas;
- Avaliação clínica dos pacientes, pelo menos, duas vezes por ano;
- Referência e contra referência dentro do sistema de saúde;

b) Responsabilidade da equipe de enfermagem

- Realizar acolhimento do paciente na unidade;
- Realizar consulta de enfermagem e procedimento exames complementares conforme portaria municipal estabelecida;
- Aferir pressão arterial em todas as consultas;
- Orientar sobre uso correto das medicações;
- Elaborar plano de cuidado de estilo de vida saudável;
- Orientação sobre autocuidado;
- Realizar atividades em grupo e encaminhar para equipe multidisciplinar quando julgar necessário;

c) Consulta do Nutricionista

- Anamnese alimentar com avaliação da rotina de consumo, número de refeições, horários, alimentos ingeridos e quantidades, além da frequência de consumo de alimentos cardioprotetores;
- Avaliação antropométrica: medida de peso e altura, medida da circunferência abdominal e cálculo do índice de massa corporal;
- Prescrição e orientação da dieta com base no diagnóstico médico e exames laboratoriais;
- Acompanhamento das mudanças dietéticas e evolução antropométrica

d) Avaliação odontológica

- Consulta odontológica com aferição de pressão arterial em hipertensos e idosos antes de iniciar o procedimento;
- Realização de atividades educativas individuais e junto a grupos específicos acompanhados pela ESF;
- Atendimento odontológico a grupos vulneráveis: Idosos, Acamados e portadores de lesões suspeitas de CA bucal.
- Encaminhamento de casos ao centro de especialidades odontológicas de Aracaju (CEO)

- O paciente deve estar compensado e de posse de relatório médico que informe a condição atual do mesmo, bem como medicação em uso;
- Interação constante com demais membros da equipe de saúde com objetivo de intensificar busca ativa, bem como de referenciar os pacientes em tratamento odontológico, mas que se encontram descompensados, para que sejam avaliados pelo médico assistente

4. Exames laboratoriais para rastreio

É de grande importância a anamnese e o exame físico que devem ser completos buscando sempre a medida correta da PA, a análise dos parâmetros antropométricos e a detecção de sintomas e sinais de comprometimento em órgãos-alvo e de indícios de causas secundárias de hipertensão. No paciente hipertenso, é importante a pesquisa de comorbidades (diabetes mellitus, dislipidemias e doenças renais e da tireoide, entre outras), para melhor tratamento e estratificação do risco CV. O profissional deverá solicitar exames de monitoramento do paciente pelo menos uma vez ao ano ou em uma primeira consulta.

Os exames necessários para rotina de todos os pacientes hipertensos são:

- Potássio plasmático;
- Creatinina plasmática;?
- Colesterol total e suas frações (HDLc e triglicerídeos plasmático, calculando o LDL)
- Ácido Úrico;
- Estimativa do ritmo de filtração glomerular; ??
- HbA1c;
- Glicemia em jejum;
- Eletrocardiograma;

- MAPA pode ser pedida pelo médico generalista, desde que não haja dúvidas em sua interpretação para melhor seguimento do paciente (Tabela 5);

Tabela 4- Definicação de hipertensão arterial de acordo com a pressão arterial de consultório, monitorização ambulatorial da pressão arterial e monitorização residencial da pressão arterial.

CATEGORIA	PAS (MMHG)		PAD (MMHG)
PA no consultório	≥140	e/ou	≥90
MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) 24 horas	≥130	e/ou	≥80
Vigilia	≥135	e/ou	≥70
Sono	≥120	e/ou	≥70
MRPA (monitorização residencial de pressão arterial)	≥130	e/ou	≥80

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

Tabela -5 Indicações para solicitar MAPA ou MRPA

Indicações	Exmplos;
A pesquisa de HA do avental é mais comum, particurlamente das seguintes situações;	• HA estágio 1 no cunsultório; • Elevação acentuada da PA no consultório, com ausência de LOA;
A pesquisa de HA mascarada é mais comum, particularmente nas seguintes situações:	• Pré-hipertensão no consultório;

	• PA normal no consultório em pacientes com LOA ou com alto risco CV;
Confirmação do diagnóstico de HA resistente;	
Avaliação do controle de HA, especialmente em pacientes de alto risco CV;	
Individuos com resposta exacerbada da PA ao exercicios;	
Presença de variabilidade da PA no consultório;	
Avaliação de sintomas sugestivos de hipotensão durante o tratamento;	
Indicações especificas para MAPA;	
Avaliação da PA durante o sono e/o descenso vigilia	• suspeita de HA noturno, apnéia obstrutiva do sono, doença renal crônica, diabetes, HA endócrina ou disfunção autonômica;
Investigação de hipotensão postural e pós-prandial em pacientes não tratados e tratados;	
Investigação de hipotensão postural e pós-prandial em pacientes não tratados e tratados	

Fonte: adpatada da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

5. Estratificação de Risco cardiovascular

Com intuito de evitar evento coronariano agudo, deve ser avaliado fatores de riscos de doenças cardiovasculares (DCV) no início do tratamento. O escore de risco global de Framingham (ERG) foi modelo adotado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, é usado para estimar risco do paciente em desenvolver eventos coronarianos, cerebrovascular, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca em 10 anos.

Na tabela abaixo encontra-se alguns fatores de risco que devem ser questionados.

Tabela-6 Fatores de risco coexistente para hipertensão arterial

- Sexo Masculino
- Idade >55 anos no homem e >65 anos na mulher;
- Tabagismo;
- Dislipidemia:LDL-colesterol ≥100mg/dL e/ou não HDL-colesterol 130 mg/dL e/ou HDL-colesterol ≤40mg/dL no homem e ≤mg/dL na mulher e/ou TG>150 mg/dL;
- Diabetes Melito;
- Obesidade (IMC);

Fonte: Adptada da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

Após analisarmos os fatores de risco, devemos classificar o paciente quanto ao seu risco, dividido em baixo, moderado ou alto conforma a tabela a seguir:

Tabela 8-Classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível de PA, presença de FRCV, LOA ou comorbidades

FR presença de LOA Ou doença	**Pré-Hipertensão**	**Estágio 1**	**Estágio**
	PAS 130-139 PAD 85-89	PAS 140-159 PAD 90-99	PAS-160-179 PAD-100-109
Sem FR	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco moderado
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
≥FR	Risco moderado	Rsico alto	Risco alto

LOA. DRC estágio, 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

Além disso, temos a estratificação de risco CV global que não é específica para o paciente hipertenso, mas muito é muito importante que ela seja estimada na consulta e tem como objetivo determinar o risco global de um indivíduo entre 30 e 74 anos de desenvolver doença cardiovascular, em geral nos próximos 10 anos. Uma forma prática e ágil de calcular o risco CV global é utilizar a Calculadora para Estratificação de Risco Cardiovascular recomendada e disponibilizada pelo Departamento de Aterosclerose da SBC em seu site e disponível para os sistemas Android e IOS. Pode ser encontrada no endereço a seguir: 3http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/index.html ou baixar aplicativo nas versões IOS e ANDROID no próprio celular.

Avaliação de risco global de Framingham (ERG)

RISCO BAIXO	ERG < 5% em homens ou mulheres
RISCO INTERMEDIÁRIO	ERG 5 a < 20% em homens ERG 5 a < 10% em mulheres Pacientes com diabetes sem DASC ou ER
RISCO ALTO	ERG > 20% em homens ERG > 10% em mulheres Aterosclerose subclínica Aneurisma de aorta abdominal; DRC LDL elevado; diabetes tipo 1 e 2 com LDL entre 70 e 189 ; ultrassonografia de carótidas com presença de placa
RISCO MUITO ALTO	Aterosclerose significativa (> 50% obstrução) Com ou sem sintomas clínicos coronária cerebrovascular Vascular periférica em terriório: Coronário; cerebro vascular, vascular periférico

Estratificação do risco cardiovascular. DASC: doença aterosclerótica subclínica; DRC: doença renal crônica (taxa de filtração glomerular < 60 ml/mn/m2, não dialítica); ER: estratificadores de risco; ERG: escore de risco global.

6. Tratamento farmacológico

Bloqueadores dos receptores AT1 da Angiotensina II (BRA)	Losartana	50-100	1-2	Mesmas recomendações feitas aos IECA.
	Valsartana	80-320	1	
	Irbesartana	150-300	1	
	Candesartana	8-32	1	
	Olmesartana	20-40	1	
	Telmisartana	20-80	1	
Betabloqueadores (BB) não cardiosseletivos	Propranolol	80-320	2-3	A retirada abrupta dos BB deve ser evitada, pois pode provocar taquicardia reflexa e mal-estar.
	Nadolol	40-160	1	
	Pindolol	10-60	1	Possui atividade simpatomimética intrínseca que proporciona menor bradicardia.
Betabloqueadores cardiosseletivos	Atenolol	50-100	1-2	
	Metoprolol	50-200	1	
	Bisoprolol	5-20	1	
	Nebivolol	2,5-10	1	Ação vasodilatadora via óxido nítrico.
	Carvedilol	12,5-50	1-2	Efeito alfabloqueador produz menor bradicardia.
In de ar	Captoprila	25-150	2-3	Evite o uso em mulheres em idade fértil, pois há grande risco de malformações fetais e outras complicações na gestação. raindicada em associação a outros inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, exceto espironolactona na ICC. Risco de hiperpotassemia em pacientes com insuficiência renal ou que estejam recebendo suplementação de potássio.
	Enalaprila	5-40	1-2	
	Benazeprila	10-40	1-2	
	Fosinoprila	10-40	1	
	Ramiprila	2,5-20	1-2	
	Perindoprila	2,5-10	1	

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

Para iniciarmos tratamento farmacológico anti-hipertensivo, existe as recomendações a depender da classificação do estágio do nosso paciente, conforme tabela abaixo.

As opções de medicações disponíveis no Brasil são:

Tabela 10- Medicações disponíveis no Brasil

Quadro 9.2 – Lista de medicamentos anti-hipertensivos disponíveis no Brasil

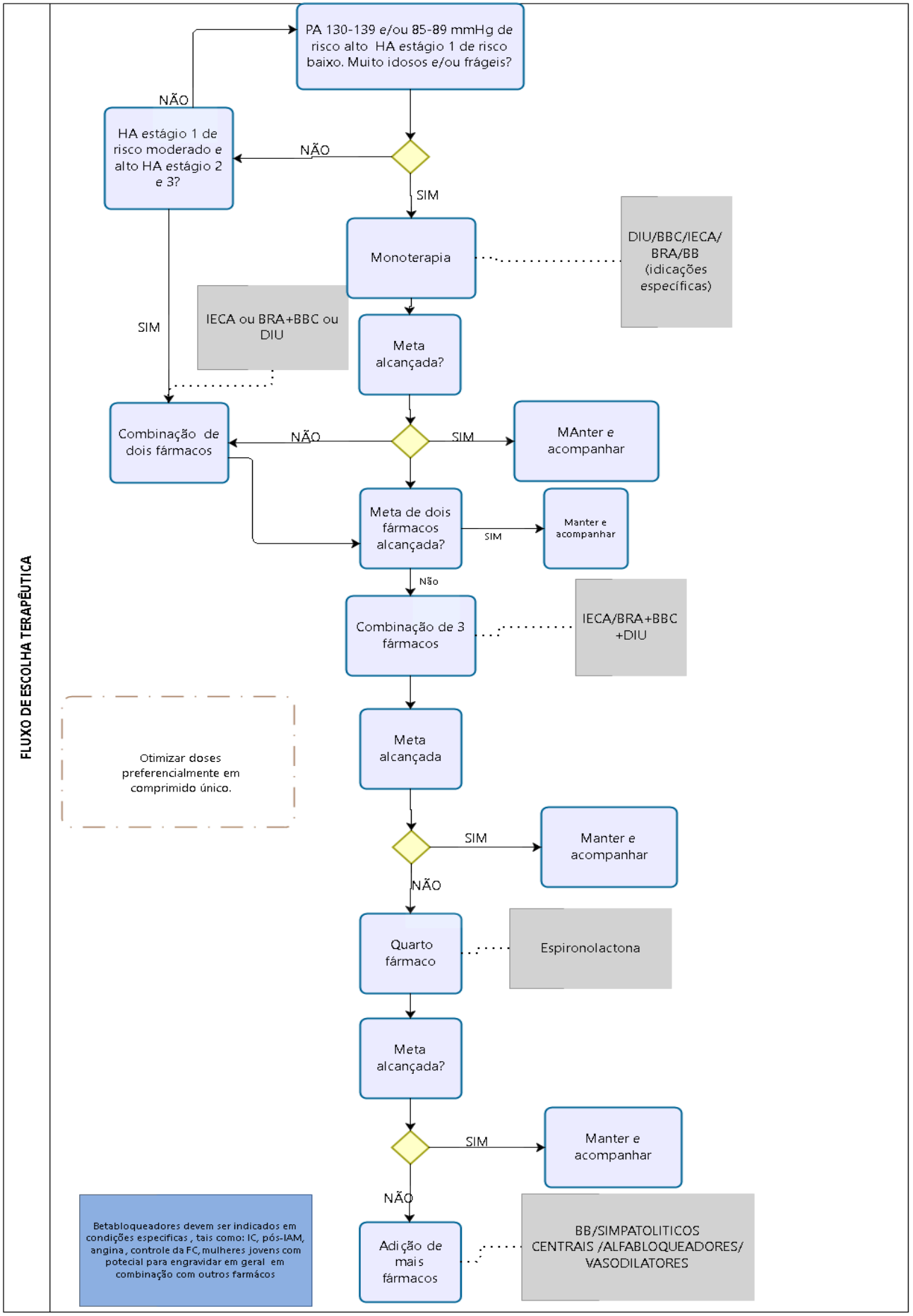
Classe	Classe e Medicamento	Dose diária habitual (mg)	Freq.*	Comentários e recomendações
Diuréticos tiazídicos e similares	Hidroclorotiazida	25-50	1	Doses mais elevadas dos tiazídicos e similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva.
	Clortalidona	12,5-25	1	
	Indapamida	1,5	1	
Diuréticos de alça	Furosemida	20-240	1-3	Utilizada em insuficiência renal crônica (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e estados de retenção de líquidos (edema).
	Bumetanida	1-4	1-3	
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona	25-100	1-2	Pode provocar hiperpotassemia, particularmente na IRC e quando associada a inibidores da ECA ou BRA.
	Amilorida	2,5-5	1	Disponível unicamente associada à hidroclorotiazida ou à clortalidona.
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) di-hidropiridínicos	Anlodipino	2,5-10	1	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Pode provocar edema de membros inferiores relacionado com a dose utilizada.
	Felodipino	2,5-10	1	
	Nifedipino	10-60	1-3	
	Nitrendipino	10-30	1	
	Manidipino	10-30	1	
	Lacidipino	2-6	1	
	Lercanidipino	10-20	1	

A escolha para monoterapia pode ser feita com as seguintes classes de medicamentos:

- IECA OU BRA
- BCC
- Diuréticos tiazídicos ou similares
- Betabloqueador em situações específicas como por exemplo IAM, angina, ICFer, controle de FC em arritmias, mulheres com potencial de engravidar)

Além do tratamento não medicamentoso, se o paciente não consegue atingir a meta pressórica estimada em monoterapia ou apresenta HA estágio 1 com risco moderado/alto e HA estágio 2 ou 3, deve-se fazer a combinação de dois fármacos.

O racional para a associação de fármacos baseia-se no incremento do efeito anti-hipertensivo quando se atua em mecanismos fisiopatológicos distintos por ações sinérgicas e pela inibição da ativação dos mecanismos contrarregulatórios. Além disso, a combinação de fármacos pode reduzir potencialmente a ocorrência de efeitos colaterais, pelo uso de menor dose de cada um dos fármacos envolvidos na combinação ou pela capacidade que um dos fármacos pode ter de antagonizar os efeitos adversos do outro. Ao iniciar a segunda droga, deve-se priorizar IECA OU BRA + BCC OU Diuréticos (não associar com poupadores de potássio). Quando for necessário três fármacos IECA OU BRA + BCC + Diuréticos. Quando um quarta droga for necessária, esta sempre será a Espironolactona, conforme mostrado no fluxograma a seguir:


FLUXO DE ESCOLHA TERAPÊUTICA
PA 130-139 e/ou 85-89 mmHg de risco alto HA estágio 1 de risco baixo. Muito idosos e/ou frágeis?
NÃO
HA estágio 1 de risco moderado e alto HA estágio 2 e 3?
NÃO
SIM
Monoterapia
DIU/BBC/IECA/ BRA/BB (idicações específicas)
IECA ou BRA+BBC ou DIU
SIM
Meta alcançada?
Combinação de dois fármacos
NÃO
SIM
MAnter e acompanhar
Meta de dois fármacos alcançada?
SIM
Manter e acompanhar
Não
Combinação de 3 fármacos
IECA/BRA+BBC +DIU
Otimizar doses preferencialmente em comprimido único.
Meta alcançada
SIM
Manter e acompanhar
NÃO
Quarto fármaco
Espironolactona
Meta alcançada?
SIM
Manter e acompanhar
NÃO
Adição de mais fármacos
BB/SIMPATOLITICOS CENTRAIS /ALFABLOQUEADORES/ VASODILATORES
Betabloqueadores devem ser indicados em condições especificas , tais como: IC, pós-IAM, angina , controle da FC, mulheres jovens com potecial para engravidar em geral em combinação com outros farmácos

O Tratamento ideal para uma paciente hipertenso seria com medicamento que tenha uma meia vida longa, com uma única tomada diária e que tenha uma boa potência. Por este motivo surgiram-se as combinações fixas das medicações com dois e até três princípios ativos. Existem diversas opções no mercado. Aqui está alguns exemplos de combinações duplas:

Tabela 11- Proposta de tratamento Terapeutico

Medicamentos + BRA Diuréticos
Olmesartana + Hidroclorotiazida nas doses: 20/12,5mg; 20/25mg'40/12,5mg e 40/25mg)
Valsartana + Hidroclorotiazida nas doses: 80 mg + 12,5 mg; 160 mg + 12,5 mg; 160 mg + 25 mg; 320 mg + 12,5 mg; 320 mg + 25 mg.
- Telmisartana + Hidroclorotiazida nas doses: 40 mg + 12,5 mg; 80 mg + 12,5 mg; 80 mg + 25 mg.
BRA +BCC
Valsartana + anlodipino nas doses: 80/5mg, 80 mg + 5 mg; 160 mg + 5 mg; 160 mg + 10 mg; 320 mg + 5 mg; 320 mg + 10 mg.
- Telmisartana + Anlodipino nas doses: 40 mg + 5 mg; 80 mg + 5 mg; 80 mg + 10 mg. IECA + Diurético;
Ramipril + Hidrocloratiazida nas doses: 5 mg + 12,5 mg; 5 mg + 25 mg;
- Perindopril + Indapamida nas doses 5 mg + 1,25 mg e 10 mg + 2,5 mg. IECA + BCC
- Perindopril + Indapamida nas doses 5 mg + 1,25 mg e 10 mg + 2,5 mg. IECA + BCC
- Ramipril + Anlodipino nas doses: 2,5 mg + 5 mg; 5 mg + 5 mg; 10 mg + 5 mg; 10 mg + 10 mg.
- Perindopri + Anlodipino nas doses:3,5 mg + 2,5 mg, 7 mg + 5 mg e 14 mg + 10 mg. -
Alguns exemplos de combinações triplas são:
Perindopril + Indapamida + anlodipino nas doses 5/1,25/5mg; 5/1,25/10mg; 10/2,5/5mg e 10/2,5/10mg

Olmesartana + Hidroclorotiazida + Anlodipino nas doses 20/12,5/5mg; 40/12,5/5mg; 40/12,5/10mg; 40/25/10mg.

Sugerimos sempre individualizar a conduta para cada paciente. De maneira geral, orientamos que o início de tratamento seja preferencialmente com os medicamentos disponibilizados pela Rede Pública e optar pelas combinações fixas em caso de má adesão medicamentosa (devido dificuldade posológica das outras medicações) e em caso de não atingir a meta terapêutica aumentando assim a potência do tratamento anti-hipertensivo. Outra recomendação também é discutir as opções terapêuticas com o paciente e avaliar qual ele opta, seja medicações disponibilizadas gratuitamente ou as demais opções.

Segue uma listagem das medições disponíveis na Secretaria Municipal de Aparecida de Goiânia no ano de 2024:

- BRA: Losartana 50mg;
- IECA: Enalapril 10mg e 20mg; Captopril 25mg;
- Diurético Tiazídico: Hidroclorotiazida 25mg;
- BCC: Besilato de Anlodipino 5mg; Nifedipino 10mg;
- Antagonista Mineralocorticóide: Espironolactona 25mg;
- Beta-bloqueadores: Succinato de Metoprolol 25mg e 50mg; Carvedilol;3,125mg e 12,5mg; Atenolol 50mg; Cloridrato de Propanolol 40mg;
- Diurético de Alça: Furosemida 40mg.

8. Metas terapêuticas

As metas terapêuticas precisam ser uma obsessão do médico em serem atingidas. Para a manutenção e otimização do tratamento, de maneira geral dividiremos os pacientes conforme seu risco cardiovascular (Como já discutido anteriormente neste material), seguindo as seguintes metas:

Uma grande excessão são os idosos com moderada a severa fragilidade, os quais podemos tolerar níveis pressóricos mais elevados, segue as metas conforme tabela 12 e 13.

Tabela-12 pressóricas gerais a serem obtidas com o tratamento anti-hipertensivo

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

Fonte: Adpatada da Sociedade Brasileira de cardiologia (2020)

Tabela 13- Metas de tratamento para idosos considerando a condição global e a medida da pressão arterial no consultório.

	PAS de consultório		PAD de consultório	
Condição global	Limiar tratamento	Meta pressórica	Limiar tratamento	Meta
Hígidos	≥140(I, A)	130-139 (I, A)6	≥90	70-79
Idoso Frágeis	≥160 (I, C)	140-149	≥90	70-79

Fonte: Adpatada da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)

9. Monitoramento e acompanhamento

O paciente deve ser avaliado uma vez por ano ou quando perceber sinais e sintomas novos ou que necessite de avaliação médica. Assim como, deve manter o acompanhamento proposto pela unidade de saúde (como exemplo o grupo de hipertensão e outras atividades propostas) comparecer as consultas e relatar todas intercorrências na Cartilha de Cuidados com a Hipertensão (ANEXO 1).

10. Encaminhamento para emergência

Os casos de paciente que comparecem para consulta, e apresentarem complicações e/ou chegar nas unidades com sinais agudos de doenças cardiovasculares, os profissionais de saúde (equipe médica e de enfermagem) deverão prestar primeiro atendimento, caso o paciente tenha condições referenciar a unidade de pronto atendimento mais próxima e/ou ligar para serviço de atendimento móvel (SAMU (192). Alguns sinais agudos de intervenção imediata:

- Dor torácica de início recente, dor torácica no momento da avaliação ou mudança de intensidade ou frequência da dor torácica.
- Sinais/sintomas de ataque isquêmico transitório (AIT) ou acidente vascular cerebral.
- Sinais/sintomas de insuficiência cardíaca (dispneia, dificuldade respiratória, edema de membros inferiores) ou impulso apical sustentado.

- Dor intensa em membros inferiores com sintomas de claudicação.
- Pressão arterial > 180/110 mmHg com cefaleia intensa, dor torácica, dispneia, visão turva, alteração do estado mental, débito urinário reduzido, náusea, vômitos, letargia, convulsões, papiledema, sinais neurológicos focais ou sinais de insuficiência cardíaca.
- Pressão arterial > 200/> 120 mmHg y Glicose plasmática > 18mmoI/l (325mg/dl) e cetonas urinárias 2+ ou sinais e sintomas.
- Hipoglicemia que não responde à glicose intravenosa.
- Suspeita de diabetes tipo 1 em paciente com diagnóstico recente.
- Qualquer infecção grave ou úlcera infectada.
- Deterioração recente da visão.
- Anúria;
- Taquicardia sintomática;

11. Encaminhamento para atenção especializada

De acordo com América Hearts (2018) o encaminhamento para especialidades se dará a partir de alguns critérios, uma vez que a condução de HAS sem complicações deve contar com a resolutidade dos profissionais da atenção primária. Dessa forma o encaminhamento para Centro de Especialidades médicas se dará por:

a) Cardiologia

- História conhecida de cardiopatia, acidente vascular cerebral, AIT, diabetes, doença renal (se o paciente não foi submetido a avaliação inicial) e sopros cardíacos.
- Hipertensão severa ou resistente com no mínimo 3 medicações anti-hipertensivas em dose máxima tolerável (incluindo 1 diurético), após avaliar adesão ao tratamento
- Suspeita de Lesão funcional de Órgão-Alvo - disfunção sistólica de ventrículo esquerdo, diastólica grave, doença cardiovascular estabelecida

- Pulso irregular;
- Idade inferior a 40 anos com PA ≥ 140/90 mmHg (para descartar causas secundárias de hipertensão);
- Persistência de pressão arterial ≥ 140/90 mmHg (no diabetes ≥ 130/80 mmHg) durante tratamento com dois ou três anti-hipertensivos;
- Colesterol total > 8 mmol/l (310 mg/dl);
- Qualquer quantidade de proteína na urina (proteinúria) ou creatinina elevada.
- Sinais/sintomas de problemas renais;
- Sinais de vasculopatia periférica;

b) Oftalmologista:

É indicada ao menos uma avaliação com oftalmologista ou Retinografia colorida avaliada por teleoftalmologia em pacientes com hipertensão estágio 2 ou maior.

c) Nefrologista:

- Suspeita de Hipertensão Secundária;
- Suspeita de Lesão funcional de Órgão-Alvo - perda progressiva de função renal ou insuficiência renal a partir do estágio 3 (TFG < 60 mL/min./1,73m²);

d) Endocrinologista:

Suspeita de Hipertensão Secundária de causa endocrinológica;

- Hiperaldosteronismo primário;
- Hipertireoidismo;
- Síndrome de Cushing;
- Acromegalia;
- Hiperparatireoidismo;
- Feocromocitoma;

e) Pneumologia:

- Diagnóstico de Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) moderada/grave (Índice de apneia-hipopneia (IAH) maior ou igual a 15 eventos/hora) em polissonografia
- Suspeita clínica de síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) (presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa) e avaliação complementar indisponível na APS, na ausência de potencial fator obstrutivo de via aérea superior (como desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros)

f) Otorrinolaringologia:

- Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de síndrome da apneia;
- Hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) associado a fator obstrutivo de via aérea superior (como desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de amigdalas)

NGC

Referências

BARROSO et al. **Diretrizes Brasileira de Hipertensão 2020.**Sociedade Brasileira de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20201238

AHA. America Heart Associantion. Volume 143, Number 8, February 23, **A Heart Disease and Stroke Statistics.**2021. Disponivel em: https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950

SBP. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Revista Bras Cardiol. 2019; 113(4):787-891. I: 10.5935/abc.20190204

ARMSTRONG, A et al. **Excesso de Mortalidade Hospitalar por Doenças Cardiovasculares no Brasil Durante o primeiro ano da Pandemia de COVID-19.** Arqui. Bras. Bras. Cardiologia, v119, n119, p.37-45, maio de 2022**.**

HEARTS NAS AMERICAS: **Guia e Fundamentos para Implementação.** Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275125281.

	NOME	**CARGO**	**ÁREA DE ATUAÇÃO**
ELABORAÇÃO	Renato Faria Lobo	Médico	Cardiologista
REVISÃO	Gabriela de Souza Castro Vieira	Coordenadora Médica	SAS
APROVAÇÃO	Gustavo Amoury	Superintendente	SAS
	Colaboradores		
NOME	Hérica Souza Leguizamon	Coordenadora	NGC

ANEXO 1

CARTILHA DE CUIDADOS COM A HIPERTENSÃO

PREFEITURA DE APARECIDA
TRABALHO EFICIENTE, CIDADE INTELIGENTE
SECRETARIA DE SAÚDE