

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 1 de 59

LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Atenção Primária à Saúde e Rede de Atenção

Documento matricial

Elenco da REMUME municipal vigente

Versão 2.2 — agosto de 2026

Base normativa primária

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica, aprovado pela Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23 de julho de 2025.

Todo o conteúdo clínico deste documento é rastreável ao PCDT vigente ou às fontes por ele adotadas. Onde o PCDT é omissivo ou internamente divergente, o ponto está declarado no Capítulo 19 — Deliberações de gestão, com a decisão homologada, e não foi preenchido por inferência.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 2 de 59

Sumário

1. Escopo, objetivo e base normativa.....	5
1.1 Objetivo	5
1.2 O que mudou em relação à versão 1.0.....	5
1.3 Base normativa verificada	6
1.4 Escopo etário.....	7
1.5 Arquitetura documental — o que é este documento e o que ele não é.....	7
2. Resumo da condição	8
2.1 Magnitude no Brasil	8
2.2 Fatores de risco e determinantes.....	8
2.3 Códigos da CID-10	8
3. População-alvo, critérios de inclusão e de exclusão.....	9
3.1 Critérios de inclusão	9
3.2 Critérios de exclusão	9
3.3 Grupos com atenção reforçada.....	9
4. Prevenção e promoção da saúde	9
5. Rastreamento	10
5.1 Adultos	10
5.2 Crianças e adolescentes — gatilhos que a APS precisa reconhecer	10
5.3 Gestantes.....	11
6. Diagnóstico	12
6.1 Técnica de medida da pressão arterial.....	12
6.2 Classificação da pressão arterial em adultos.....	13
6.3 Confirmação por MAPA ou MRPA.....	13
6.4 Hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.....	14
6.5 Quando suspeitar de hipertensão arterial secundária.....	14
6.6 Hipertensão arterial resistente e refratária	16
6.7 Avaliação clínica inicial e exames	17
7. Estratificação do risco cardiovascular.....	19
7.1 Ferramenta adotada.....	19
7.2 Categorias de risco	19
7.3 Lesões de órgão-alvo consideradas.....	19
8. Perfis clínicos	21
9. Metas terapêuticas	23
10. Tratamento não medicamentoso	24
11. Tratamento medicamentoso.....	25
11.1 Elenco da REMUME confrontado com o elenco do SUS.....	25
11.2 Início e intensificação	26
11.3 Esquemas de administração em adultos.....	27

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica			Página 3 de 59

11.4	Contraindicações e situações de uso cauteloso	28
11.5	Gestação, puerpério e lactação	29
11.6	Crianças e adolescentes — quando tratar	31
11.7	Segurança e monitorização laboratorial	31
12.	Urgência e emergência hipertensiva	32
12.1	Quando encaminhar da APS ao serviço de urgência	32
12.2	Principais emergências hipertensivas	32
12.3	Alvos de redução da pressão arterial	33
12.4	Conduta na urgência hipertensiva	34
12.5	Retorno obrigatório	34
13.	Jornada mínima esperada por ponto de atenção	35
13.1	Atenção Primária à Saúde	35
13.2	Apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)	35
13.3	Atenção ambulatorial especializada	37
13.4	Urgência, emergência e hospital	38
14.	Protocolo de regulação do acesso	39
14.1	Critérios de encaminhamento à atenção especializada	39
14.2	Antes de regular — afastar a pseudorresistência	39
14.3	Conjunto mínimo de informações no encaminhamento	40
14.4	Critérios de contrarreferência	40
14.5	Periodicidade da reavaliação especializada e dos exames complementares	40
15.	Monitoramento e seguimento	42
15.1	O que avaliar em cada retorno	42
16.	Adesão terapêutica	44
16.1	Dimensões que influenciam a adesão	44
16.2	Intervenções com evidência	44
17.	Papéis da equipe	45
18.	Indicadores e monitoramento da linha de cuidado	46
18.1	Indicador oficial vigente	46
18.2	Indicadores locais complementares — APS	46
18.3	Indicadores locais complementares — SADT	47
18.4	Indicadores locais complementares — atenção especializada	48
18.5	Indicadores locais complementares — urgência e emergência	48
19.	Deliberações de gestão	50
20.	Catálogo de protocolos	52
20.1	Protocolos derivados desta Linha de Cuidado	52
20.2	Protocolos externos referenciados	52
20.3	Regra de emissão e de subordinação	53
21.	Referências	54
21.1	Base normativa e fontes primárias	54
21.2	Diretrizes e fontes técnicas adotadas pelo PCDT	54

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 4 de 59

21.3 Referências históricas — não utilizar isoladamente.....	54
Anexo — Fluxogramas	56
Fluxo 1 — Rastreamento e diagnóstico na APS.....	57
Fluxo 2 — Tratamento e intensificação (elenco da REMUME).....	58
Fluxo 3 — Apoio diagnóstico e terapêutico	59
Fluxo 4 — Regulação do acesso e contrarreferência	60
Fluxo 5 — Urgência e emergência hipertensiva	61
Elaboração e ciência	62



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 5 de 59

1. Escopo, objetivo e base normativa

1.1 Objetivo

Organizar o cuidado integral da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), definindo a jornada mínima esperada em cada ponto de atenção, os critérios de acesso à atenção especializada e ao apoio diagnóstico, as metas terapêuticas e os indicadores de acompanhamento, em conformidade com o PCDT vigente.

1.2 O que mudou em relação à versão 1.0

Item	Versão 1.0	Versão 2.0 — o que passa a valer
Indicador oficial	Indicador do Previnde Brasil (consulta e PA aferida no semestre)	C5 — Cuidado da pessoa com hipertensão, por pontuação de 4 boas práticas. O Previnde Brasil foi revogado pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10/04/2024 (art. 7º)
Equipe multiprofissional	NASF-AB	eMulti — Equipes Multiprofissionais na APS (Portaria GM/MS nº 635, de 22/05/2023)
Meta pressórica	Meta única de < 130/80 mmHg	Meta escalonada: < 140/90 mmHg como primeiro degrau, intensificação para < 130/80 mmHg se bem tolerado, com metas próprias para 65–79 anos, idoso frágil e gestante
Estratificação de risco	Menção genérica a “risco global”	Calculadora HEARTS/OPAS/OMS, anual, dos 40 aos 74 anos — ferramenta indicada pelo PCDT por melhor calibração à população brasileira (ELSA-Brasil)
Álcool	“Moderação de álcool”	Não há nível seguro para o consumo de álcool — redação do próprio PCDT
Gestação	“Preferir metildopa ou BCC”	Betabloqueador e BCC foram mais eficazes que a metildopa na prevenção da HAS grave; a metildopa é a terceira escolha
Escopo	Somente adultos	Adulto e gestante; criança e adolescente com gatilhos de rastreio e remissão à linha própria
MAPA e MRPA	Citados sem parâmetros	Pontos de corte diagnósticos explicitados
Perfis clínicos	Ausentes	Capítulo próprio com os perfis validados no PCDT
Regulação do acesso	Tabela por especialidade	Protocolo de regulação com critérios do PCDT, conjunto mínimo de informações, critérios de contrarreferência e periodicidade por estrato de risco
Deliberações de gestão	Inexistentes	Nove questões submetidas ao gestor e homologadas — Capítulo 19
Arquitetura documental	Documento único	Três níveis: Manual (apartado, com o elenco pleno do SUS), Linha de Cuidado (esta peça, sempre REMUME) e protocolos apartados — Capítulos 1.5 e 21

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 6 de 59

1.3 Base normativa verificada

Cada item abaixo foi conferido em fonte primária na data desta revisão.

Assunto	Norma ou fonte	Situação
PCDT da HAS	Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23 de julho de 2025	Vigente — base primária desta linha de cuidado
MRPA no SUS	Portaria SECTICS/MS nº 22, de 10 de maio de 2023	Vigente — incorporou a MRPA ao SUS
Financiamento e indicadores da APS	Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024	Vigente. O art. 7º revoga as Portarias GM/MS nº 2.979 e nº 2.983, de 2019 (Previne Brasil)
Indicador de HAS	C5 — Cuidado da pessoa com hipertensão (nota metodológica da SAPS/MS)	Vigente — apuração por pontuação de boas práticas
Equipes multiprofissionais	Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023	Instituiu as eMulti. O NASF-AB perdeu o cofinanciamento federal em 2019
Diretriz de referência do PCDT	BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. <i>Arq Bras Cardiol</i> , 2021;116(3):516–658	Fonte secundária adotada pelo PCDT
Diretriz europeia adotada nos algoritmos	MANCIA, G. et al. 2023 ESH Guidelines. <i>J Hypertens</i> , 2023;41(12):1874–2071	Fonte dos fluxogramas de tratamento do PCDT
Estratificação de risco	Calculadora HEARTS — OPAS/OMS	Ferramenta indicada pelo PCDT
Gestação	BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco, 2022	Fonte do PCDT para o capítulo de gestantes
Elenco e componentes da Assistência Farmacêutica	RENAME 2024 — Portaria GM/MS nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024	Vigente. Losartana, doxazosina e verapamil estão no Componente Básico
Linha de Cuidado do adulto com HAS (MS, 2020)	Publicação da SAPS anterior ao PCDT	Referência histórica — não utilizar isoladamente
Caderno de Atenção Básica nº 37 (2013)	Série descontinuada, sem sucessor localizado	Referência histórica

1.4 Escopo etário

- **Adultos com 18 anos ou mais** — escopo integral deste documento.
- **Gestantes e puérperas** — capítulo próprio, articulado ao pré-natal e ao pós-natal de alto risco.
- **Crianças e adolescentes** — este documento traz apenas os gatilhos de rastreio e o critério de encaminhamento. O manejo segue linha de cuidado própria, sustentada nos Quadros 9 e 19 e no Material Suplementar 1 do PCDT.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 7 de 59

1.5 Arquitetura documental — o que é este documento e o que ele não é

A rede opera com três níveis de documento, que **não são intercambiáveis**. A distinção não é formal: cada nível responde a uma pergunta diferente e é lido por quem precisa daquela resposta.

Nível	Natureza	Responde a	Peça correspondente nesta condição
Manual	Institucional e de fundamentação	Por que a linha é assim: fundamentação, elenco pleno do SUS, alternativas terapêuticas fora do elenco municipal e material de consulta aprofundada	Manual da Linha de Cuidado em HAS — documento apartado
Linha de Cuidado	Matricial	O que precisa acontecer com a pessoa ao longo de toda a trajetória, em cada ponto de atenção — escopo, critérios, perfis, metas, jornada mínima e indicadores	Este documento — sempre no elenco da REMUME
Protocolo (e POP)	Processo	Como se executa uma etapa: quem faz, em que ordem, com qual registro e em qual prazo — fluxo e descritivo de processo	Seis protocolos derivados — Capítulo 21

Duas consequências práticas. A primeira: esta Linha de Cuidado não substitui os protocolos e não descreve execução passo a passo — ela estabelece a matriz, e os protocolos derivam dela e a ela se subordinam. Havendo conflito entre um protocolo e esta Linha de Cuidado, prevalece esta, salvo se o protocolo decorrer de norma superveniente. A segunda: **esta Linha de Cuidado opera sempre no elenco da REMUME**. O elenco pleno do SUS, as alternativas hoje indisponíveis no município e a fundamentação ampliada estão no **Manual apartado**, que não é documento de prescrição.

O **Capítulo 21** traz o catálogo completo dos protocolos que derivam desta Linha de Cuidado e dos protocolos externos por ela referenciados, com o objeto de cada um e o capítulo de origem.

Regra de uso deste documento

Nenhuma recomendação clínica aqui apresentada substitui o julgamento do profissional diante do caso concreto. Onde este documento se afasta do PCDT, o afastamento está declarado e justificado. Onde o PCDT é silente e a conduta decorre de pactuação local, o texto diz “**pactuação local**” de forma expressa — esses pontos exigem homologação do gestor antes da implantação.

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 8 de 59

2. Resumo da condição

A HAS é doença crônica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), em geral assintomática. Associa-se a alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo — coração, encéfalo, rins e vasos — e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É fator de risco linear e contínuo para doença isquêmica cardíaca, doença cerebrovascular, doença arterial periférica e renal, e fator etiológico de insuficiência cardíaca e fibrilação atrial. Quando instalada em fases precoces da vida, é também fator de risco para doença de Alzheimer e demência vascular.

2.1 Magnitude no Brasil

- Pesquisa Nacional de Saúde de 2019: **23,9%** das pessoas com 18 anos ou mais relataram diagnóstico de HAS — cerca de **38,1 milhões** de pessoas.
- Maior entre mulheres (26,4%) do que entre homens (21,1%); sobe para 56,6% entre 65 e 74 anos e 62,1% a partir dos 75 anos.
- Em 2021 foram notificados **39.966 óbitos** atribuíveis à HAS no país.
- O custo estimado do tratamento e do acompanhamento de adultos com HAS para o SUS foi de aproximadamente **R\$ 2 bilhões em 2018**.

2.2 Fatores de risco e determinantes

- **Não modificáveis e demográficos:** características genéticas, idade, sexo masculino, etnia preta.
- **Modificáveis:** sobrepeso e obesidade, hiperglicemia, ingestão elevada de sódio e reduzida de potássio, consumo elevado de álcool, tabagismo, inatividade física e apneia obstrutiva do sono.
- **Determinantes sociais:** urbanização, baixa renda familiar, baixa escolaridade, residir em bairro desfavorecido ou em área com escassez de profissionais de saúde, e condições de moradia.
- **Fármacos e substâncias que elevam a PA ou dificultam seu controle:** inibidores da monoaminoxidase, simpaticomiméticos (descongestionantes nasais como a fenilefrina), antidepressivos tricíclicos, hormônios tireoidianos, contraceptivos orais, anti-inflamatórios não esteroides, carbenoxolona e alcaçuz, glicocorticoides, ciclosporina, eritropoietina, cocaína, *Cannabis sativa*, anfetamina e MDMA.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 9 de 59

2.3 Códigos da CID-10

Código	Descrição
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

3. População-alvo, critérios de inclusão e de exclusão

3.1 Critérios de inclusão

Indivíduos com **suspeita ou diagnóstico confirmado de pressão arterial normal alta ou de HAS**. A inclusão da PA normal alta é determinação expressa do PCDT e tem consequência prática: essa população entra na linha de cuidado, é estratificada quanto ao risco cardiovascular e pode ter indicação de tratamento medicamentoso.

3.2 Critérios de exclusão

- Pessoas rastreadas cujo diagnóstico de PA normal alta ou de HAS foi descartado.
- Recém-nascidos.
- Quanto a cada medicamento ou procedimento isoladamente: pessoas com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação àquele item específico — a exclusão é do item, não da linha de cuidado.

3.3 Grupos com atenção reforçada

- Diabetes melito, doença renal crônica, doença cardiovascular estabelecida.
- História familiar de HAS ou de doença cardiovascular prematura.
- Sobrepeso e obesidade; apneia obstrutiva do sono.
- Uso crônico de fármacos ou substâncias que elevam a PA.
- Gestantes e puérperas.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica			Página 10 de 59

4. Prevenção e promoção da saúde

As estratégias de prevenção da HAS incluem alimentação adequada e saudável com 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; controle de outras condições de saúde; e estratificação do risco cardiovascular.

O PCDT é explícito quanto ao método: é fundamental a adoção de **metodologias dialógicas e participativas** que estimulem o autocuidado, com identificação dos determinantes sociais — educação, renda e ambiente — de modo que as ações de promoção sejam culturalmente factíveis, de fácil compreensão e apoiadas nos espaços e recursos disponíveis na comunidade.

Ponto de atenção na APS

A abordagem centrada apenas na prescrição de mudança de hábitos, sem leitura do território e das condições materiais de vida, é a causa mais comum de insucesso das ações de promoção. O Programa Academia da Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos formalmente previstos no PCDT para esse fim.

5. Rastreamento

5.1 Adultos

Todas as pessoas com **18 anos ou mais** sem diagnóstico de HAS devem ser rastreadas por meio da medida da PA. Como a condição é geralmente assintomática, o rastreamento deve ser **anual**, com **duas medidas de PA em consultório**.

PA de consultório	Conduta
< 130 / 85 mmHg	Orientar prevenção primária e realizar nova medida de rastreio no intervalo de 1 ano
≥ 130/85 e < 139/89 mmHg (pressão arterial normal alta)	Consulta para identificar a presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular. Com fatores de risco: verificar a PA em mais duas ocasiões, com intervalo de 7 a 14 dias. Sem fatores de risco: consulta com profissional de saúde para orientações sobre mudança dos modos de vida
≥ 140 / 90 mmHg	Seguir os critérios de confirmação diagnóstica (Capítulo 6)

Para pessoas entre **40 e 74 anos sem doença cardiovascular pré-estabelecida**, deve ser realizada a estratificação do risco cardiovascular visando à prevenção primária, independentemente de já apresentarem HAS.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 11 de 59

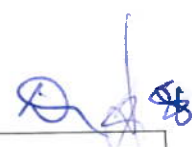
5.2 Crianças e adolescentes — gatilhos que a APS precisa reconhecer

O rastreamento da HAS em crianças e adolescentes deve ser realizado a **partir dos 3 anos de idade, anualmente**. Crianças e adolescentes com um ou mais fatores de risco — obesidade, uso crônico de medicamentos que elevam a PA, doença renal, coarctação de aorta e diabetes melito — devem ser rastreados **em qualquer consulta clínica**.

Crianças **menores de 3 anos** devem ter a PA medida na presença de pelo menos uma das seguintes condições:

- Restrição de crescimento intrauterino; prematuridade; muito baixo peso ao nascer.
- Cardiopatia congênita operada ou não, como coarctação da aorta.
- História de internação em UTI neonatal; antecedente de cateterização umbilical pós-natal.
- Doença renal crônica, infecções urinárias de repetição, malformações renais, estenose da artéria renal, hematúria e proteinúria, história familiar de doença renal.
- Transplante de órgãos sólidos, câncer e transplante de medula óssea.
- Hipertensão intracraniana.
- Obstruções da aorta abdominal (neurofibromatose, síndrome de Williams, síndrome de Alagille, arterite de Takayasu).
- Distúrbios endocrinológicos: excesso de catecolaminas, mineralocorticoides, hiperplasia adrenal congênita, hiperaldosteronismo familiar, hipertireoidismo, feocromocitoma.
- Exposição a metais tóxicos, como mercúrio.
- Doenças sistêmicas que levam à HAS, como esclerose tuberosa.
- Uso de corticoides e de anti-inflamatórios não esteroides.
- Sobrepeso ou obesidade; história familiar de HAS.

Rastreio positivo: em crianças de 1 a 13 anos, PA $\geq$ percentil 90 para idade, altura e sexo. Em adolescentes a partir de 13 anos, PA $\geq$ 120/80 mmHg. Nesses casos, encaminhar conforme a linha de cuidado pediátrica.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 12 de 59

5.3 Gestantes

A HAS na gestação é definida por PAS $\geq$ 140 mmHg ou PAD $\geq$ 90 mmHg, considerando o desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff). As medidas devem ser realizadas preferencialmente na posição sentada, com intervalo entre quatro e seis horas e manguito de tamanho adequado. Se PAS $\geq$ 160 mmHg ou PAD $\geq$ 110 mmHg, **a verificação deve ser repetida em 15 minutos — e não em quatro horas —** pois, mantidos ou elevados os valores, o tratamento deve ser administrado de imediato. O método **manual auscultatório é o mais indicado**, uma vez que os dispositivos automatizados podem subestimar a PA nesses casos.

6. Diagnóstico

A avaliação diagnóstica deve ser realizada em consulta clínica, com **duas a três medidas de PA, com intervalos de 1 dia a 4 semanas**. O número de visitas e o intervalo entre elas variam conforme a gravidade da HAS, a evidência de doença cardiovascular e a presença de lesão de órgão-alvo. O diagnóstico por medida em consultório ocorre se os valores permanecerem $\geq$ 140 mmHg de PAS ou $\geq$ 90 mmHg de PAD.

Situação na primeira medida	Conduta diagnóstica
HAS grau 1 — PA entre 140/90 e 159/99 mmHg	Confirmação com duas medições, com intervalo de 7 a 14 dias entre elas
PA $\geq$ 160/100 mmHg	Consulta médica imediata, seguindo para confirmação
PA $\geq$ 180/110 mmHg, ou evidência de doença cardiovascular ou de lesão de órgão-alvo	Diagnóstico definido em uma única consulta. Avaliar simultaneamente urgência ou emergência hipertensiva

Não confirmada a PA $\geq$ 140/90 mmHg, a pessoa deve passar por consulta para orientações sobre mudança dos modos de vida e para estratificação do risco cardiovascular, se estiver na faixa etária preconizada e ainda não a tiver realizado.

6.1 Técnica de medida da pressão arterial

A técnica incorreta é a causa mais frequente de diagnóstico equivocado e de falsa crise hipertensiva. O procedimento abaixo reproduz o Material Suplementar 2 do PCDT.

Preparo

- Verificar se a pessoa está com a bexiga vazia; se não praticou exercício físico há pelo menos 60 minutos; se não ingeriu bebida alcoólica, café ou alimentos, e se não fumou nos 30 minutos anteriores.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 13 de 59

- Manter a pessoa em repouso, em ambiente calmo e confortável, por **3 a 5 minutos**.
- Orientar a não falar durante o procedimento; as dúvidas devem ser sanadas antes.
- Posicionar a pessoa **sentada**, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado e relaxado.
- Apoiar o braço na **altura do coração**, com a palma da mão voltada para cima.
- Usar braçadeira de tamanho apropriado à circunferência do braço.
- Colocar o manguito sem folgas, de 2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizando a bolsa sobre a artéria braquial.

Medida com equipamento automático validado

- Realizar **pelo menos duas medidas**, com intervalo em torno de um minuto.
- Aguardar 1 a 2 minutos entre as medidas no mesmo braço.
- **Considerar a média das duas últimas medidas.**
- Registrar em prontuário os valores exatos, **sem arredondamentos**, e o braço em que a PA foi medida.
- Informar à pessoa o valor obtido.

Medida auscultatória

- Estimar o nível da PAS pela palpação da artéria radial.
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e posicionar a campânula ou o diafragma do estetoscópio.
- Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS.
- Realizar a deflação lentamente, cerca de **2 mmHg por segundo**.
- Identificar a PAS na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
- Continuar a auscultar por mais 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmação.

Medidas obrigatórias na primeira avaliação

Medir a PA **nos dois braços** pelo menos uma vez, em cada um deles, e adotar o braço de maior valor nas medidas subsequentes.

Palpar os pulsos em membros superiores e inferiores — pulsos assimétricos ou ausentes em membros inferiores levantam suspeita de coarctação de aorta.

Realizar ou solicitar **exame de fundo de olho** na primeira avaliação, em especial em HAS grau 3, diabetes ou lesão

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 14 de 59

de órgão-alvo.

6.2 Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
Normal	120 – 129	e	80 – 84
Normal alta	130 – 139	e/ou	85 – 89
HAS grau 1	140 – 159	e/ou	90 – 99
HAS grau 2	160 – 179	e/ou	100 – 109
HAS grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Quadro 1 do PCDT, adaptado de Barroso et al., 2021. A classificação refere-se à medida em consultório.

6.3 Confirmação por MAPA ou MRPA

A MAPA registra a PA de forma contínua, geralmente por 24 horas, durante as atividades diárias e nos períodos de vigília e sono; é melhor preditora de dano em órgãos-alvo do que a PA de consultório. A MRPA, incorporada ao SUS pela Portaria SECTICS/MS nº 22, de 10 de maio de 2023, consiste na média de medidas realizadas em domicílio durante cinco dias consecutivos, duas vezes ao dia — uma pela manhã e uma à noite.

Quando indicar MAPA (preferencial) ou, se indisponível, MRPA

- Suspeita de **hipertensão do avental branco**, particularmente em HAS grau 1 avaliada em consultório, ou elevação significativa da PA no consultório sem lesão de órgão-alvo e com baixo risco cardiovascular total.
- Suspeita de **hipertensão mascarada**: PA entre 130/85 e 139/89 mmHg em consultório; ou PA menor que 140/90 mmHg em consultório, em pessoas assintomáticas com lesão de órgão-alvo ou alto risco cardiovascular total.
- Confirmação diagnóstica de **hipertensão arterial resistente**.
- Resposta exacerbada da PA à atividade física e ao exercício físico.
- Presença de grande variabilidade da PA no consultório.

Quando indicar especificamente a MAPA

- Discordância importante entre os valores medidos em consultório e em domicílio.
- Necessidade de avaliar a PA durante o sono e o despertar do sono.
- Necessidade de avaliar hipotensão postural e pós-prandial.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 15 de 59

Pontos de corte diagnósticos

Método	Limiar para diagnóstico de HAS
MAPA — média de 24 horas	≥ 130 / 80 mmHg
MAPA — média de vigília (dia)	≥ 135 / 85 mmHg
MAPA — média de sono (noite)	≥ 120 / 70 mmHg
MRPA — média dos valores observados	≥ 130 / 80 mmHg

Esses pontos de corte são específicos para MAPA e MRPA e **diferem** dos critérios de consultório, nos quais valores entre 130 e 139 mmHg de PAS e entre 85 e 89 mmHg de PAD são classificados como PA normal alta.

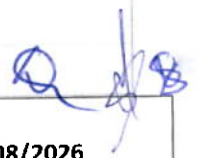
6.4 Hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada

Condição	Definição e frequência	Conduta
Hipertensão do avental branco	PA elevada apenas no consultório, com PA ambulatorial ou residencial dentro da normalidade. Ocorre em 10% a 30% das pessoas com PA elevada em consultório. Risco cardiovascular moderado	Pode não receber tratamento medicamentoso se o risco cardiovascular total for baixo e não houver lesão de órgão-alvo associada à hipertensão. Orientar modos de vida saudáveis e manter vigilância — pode evoluir para HAS
Hipertensão mascarada	PA dentro da normalidade no consultório, porém elevada na avaliação ambulatorial ou residencial. Ocorre em 10% a 15%. Risco de eventos cardiovasculares semelhante ao da HAS sustentada	Pode receber tratamento com o objetivo de normalizar a PA fora do consultório

6.5 Quando suspeitar de hipertensão arterial secundária

Entre **5% e 10%** das pessoas com HAS têm hipertensão secundária, o que indica causa subjacente e potencialmente reversível.

Indício	Característica
HAS de início precoce ou tardio	Presença de lesões em órgãos-alvo e diagnóstico antes dos 30 ou após os 50 anos de idade
Hipertensão resistente ou refratária	PA ≥ 140/90 mmHg apesar de três ou mais classes em doses máximas; HAR controlada com quatro ou mais fármacos; refratária quando não controlada mesmo com cinco ou mais
Uso de substâncias	Hormônios exógenos, medicamentos ou outras substâncias que elevam a PA
Tríade do feocromocitoma	Crises de palpitações, sudorese e cefaleia
Apneia obstrutiva do sono	Sintomas ou diagnóstico confirmado
Fácies ou biótipo típicos	Hipertireoidismo, síndrome de Cushing, acromegalia, doença renal crônica
Sinais físicos	Sopros em territórios arteriais ou massas abdominais



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 16 de 59

Indício	Característica
Assimetria ou ausência de pulsos	Pulsos assimétricos ou ausentes em membros inferiores
Hipopotassemia	Espontânea ou grave, induzida por diuréticos
Alterações de urina e função renal	Hematuria glomerular (dismórfica), albuminúria ou proteinúria, queda da TFGe, aumento da creatinina sérica ou alterações de imagem renal

Quadro 2 do PCDT, adaptado de Barroso et al., 2021.

Regra do PCDT que a APS não pode deixar passar

Deve-se suspeitar de causa secundária em todos os indivíduos com diagnóstico de HAS antes dos 40 anos de idade — este é, por si só, um critério de encaminhamento à atenção especializada (Capítulo 14).

Roteiro de investigação por suspeita

Achado clínico	Suspeita	Exames de investigação
Edema, anemia, anorexia, fadiga, creatinina e ureia elevadas, alterações do sedimento urinário ou de imagem	Doença renal parenquimatosa	Cálculo da TFGe a partir da creatinina sérica, ultrassom renal, pesquisa de albuminúria, proteinúria e hematuria dismórfica
HAS de aparecimento súbito ou piora sem causa aparente antes dos 30 ou após os 50 anos; refratária; sopro abdominal; edema agudo de pulmão; alteração inexplicada da função renal ou após bloqueio do sistema renina-angiotensina; assimetria renal maior que 1,5 cm	Estenose de artéria renal	Ultrassom com Doppler renal (rastreamento, observador-dependente) ou cintilografia renal com captopril, angiografia por ressonância ou tomografia. A arteriografia renal convencional é o exame de escolha quando há potencial de tratamento no mesmo procedimento
Pós-menopausa, ronco na maioria das noites, pausas ou engasgos, sonolência diurna, sono não reparador, noctúria, cefaleia matinal, obesidade ou síndrome metabólica	Apneia obstrutiva do sono	Polissonografia em ambiente hospitalar ou domiciliar com monitor portátil. IAH < 5: sem AOS; 5–14,9: leve; 15–29,9: moderada; ≥ 30: importante ou grave
Pulsos em membros inferiores ausentes ou diminuídos, PAS 10 mmHg maior nos membros superiores, sopro sistólico interescapular e no tórax	Coarctação de aorta	Radiografia de tórax e ecocardiograma para rastreamento; tomografia ou, preferencialmente, ressonância de aorta
HAS resistente ou refratária, com hipopotassemia (não obrigatória) ou nódulo adrenal	Hiperaldosteronismo primário	Aldosterona (> 15 ng/dL) e renina plasmática ou atividade plasmática de renina; relação aldosterona/APR > 30. Testes confirmatórios quando a relação estiver entre 30 e 100. Tomografia com cortes finos ou ressonância
HAS paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações	Feocromocitoma e paragangliomas	Cintilografia, tomografia e ressonância
Fadiga, ganho de peso, perda de	Hipotireoidismo	TSH e T4 livre

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 17 de 59

Achado clínico	Suspeita	Exames de investigação
cabelo, HAS diastólica, fraqueza muscular, sonolência		
Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, exoftalmia, hipertermia, reflexos exaltados, tremores, bócio, taquicardia	Hipertireoidismo	TSH e T4 livre
Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza ou espasmos musculares, sede, poliúria, polidipsia, constipação	Hiperparatireoidismo	Cálcio total ou ionizável, fósforo, PTH, calciúria de 24 horas e dosagem de vitamina D
Ganho de peso, diminuição da libido, fadiga, hirsutismo, amenorreia, “face em lua cheia”, “giba dorsal”, estrias purpúreas, obesidade central, hipopotassemia	Síndrome de Cushing	Dosagem de cortisol e teste de supressão após dexametasona 1 mg às 23 h ou à meia-noite, com cortisol entre 7 h e 8 h do dia seguinte. Tomografia e ressonância
HAS em até 30% dos casos, além de diabetes, hipertrofia ventricular esquerda e AOS; defeitos visuais, paralisia de nervos cranianos, cefaleia, macrognatia, crescimento de pés e mãos, macroglossia	Acromegalia	IGF-1, GH sérico, teste de supressão do GH após sobrecarga oral de glicose. Ressonância de sela túrcica (preferencial) ou tomografia

Quadro 3 do PCDT, adaptado de Barroso et al., 2021.

6.6 Hipertensão arterial resistente e refratária

Condição	Definição segundo o PCDT
Hipertensão arterial resistente (HAR)	PA que permanece $\geq 140/90$ mmHg após seis meses de tratamento intensivo adequado com três classes de anti-hipertensivos, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência apropriada e com boa adesão. O esquema deve incluir um bloqueador do sistema renina-angiotensina (IECA ou BRA), um BCC de ação prolongada e um diurético tiazídico de longa ação
HAR controlada	PA $< 140/90$ mmHg obtida com o uso de quatro ou mais anti-hipertensivos
Hipertensão refratária	Espectro extremo da HAR: PA não controlada a despeito do uso regular e otimizado de anti-hipertensivos de cinco classes terapêuticas distintas

Estima-se que 10% a 20% das pessoas com hipertensão apresentem HAR. Antes de firmar o diagnóstico, é obrigatório afastar a **pseudorresistência**:

- Verificar a **adesão** ao tratamento medicamentoso — a causa mais comum de pseudorresistência.
- Otimizar o tratamento **não medicamentoso e medicamentoso** antes de rotular a pessoa como resistente.
- Medir corretamente a PA, com técnica e manguito apropriados à circunferência do braço.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 18 de 59

- Medir a PA de forma padronizada **fora do consultório**, para descartar o efeito do avental branco.

6.7 Avaliação clínica inicial e exames

Histórico clínico

- **Identificação pessoal:** dados socioeconômicos, ocupação, escolaridade, atividades de lazer, rede de apoio e potencial para desenvolvimento de autocuidado.
- **Histórico relacionado à HAS:** período de início, valor de PA usual antes do diagnóstico, uso atual ou anterior de anti-hipertensivos, uso de medicamentos com potencial de influenciar a PA, intolerâncias ou eventos adversos prévios, adesão, hipertensão prévia relacionada a contraceptivos orais ou à gravidez.
- **Fatores de risco:** infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, AVE, ataques isquêmicos transitórios, diabetes melito, dislipidemia, hipercolesterolemia familiar, DRC, tabagismo, alimentação inadequada, ingestão de bebidas alcoólicas, inatividade física, aspectos psicossociais prejudiciais, histórico de depressão, histórico familiar de HAS ou de doença cardiovascular.
- **Sintomas de HAS e doenças coexistentes:** dor torácica, falta de ar, palpitações, claudicação, edema periférico, dores de cabeça, visão turva, noctúria, hematúria, tontura.
- **Sintomas sugestivos de HAS secundária:** fraqueza muscular ou tetania, câibras, arritmias, edema pulmonar instantâneo, sudorese, palpitações, dores de cabeça frequentes, ronco, sonolência diurna, sintomas de doença da tireoide.

Exame físico

Domínio	Avaliações
Medidas corporais	Peso em balança calibrada e altura; cálculo do índice de massa corporal; circunferência abdominal; frequência cardíaca
Sinais de lesão de órgão-alvo	Ausulta pulmonar; exame neurológico e estado cognitivo; exame fundoscópico para retinopatia hipertensiva; palpação e ausculta do coração e das artérias carótidas; palpação de artérias periféricas; comparação da PA em ambos os braços; índice tornozelo-braquial
Pesquisa de HAS secundária	Inspeção da pele para manchas café com leite (neurofibromatose); palpação do rim para doença renal policística; ausculta do coração e das artérias renais em busca de sopros; ausculta e palpação do abdômen para frêmitos, sopros e massas; comparação do pulso radial com o femoral; sinais de Cushing ou acromegalia; avaliação e palpação da tireoide

Quadro 6 do PCDT, traduzido e adaptado de Mancia et al. (2023) e Barroso et al. (2021). O índice tornozelo-braquial é a razão entre a pressão sistólica no tornozelo e no braço, e é marcador de rigidez arterial em pessoas sem doença arterial periférica.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 19 de 59

Investigação laboratorial e eletrocardiograma

- **Exames de sangue:** sódio, potássio, ácido úrico, albuminúria, creatinina sérica e TFG_e, perfil lipídico e glicemia de jejum.
- **Análise de urina:** teste de urina de vareta.
- **Eletrocardiograma de 12 derivações:** detecção de fibrilação atrial, hipertrofia ventricular esquerda e cardiopatia isquêmica.

Testes diagnósticos adicionais, quando indicados

- **Ecocardiografia** — hipertrofia ventricular esquerda, disfunção sistólica ou diastólica, dilatação atrial, coarctação da aorta.
- **Ultrassonografia carotídea** — placas de aterosclerose, estenose.
- **Ultrassonografia renal com Doppler.**
- **Índice tornozelo-braquial** — doença arterial periférica de extremidade inferior.
- **Relação albumina/creatinina urinária.**
- **Testes de função hepática** — TGO, TGP, gama-GT e fosfatase alcalina.
- **Triagem para HAS secundária** conforme a suspeita — relação aldosterona/renina, triagem para excesso de cortisol e demais exames do roteiro do item 6.5.

7. Estratificação do risco cardiovascular

O risco cardiovascular (RCV) deve ser estimado em **todas as pessoas com PA normal alta ou HAS sem doença cardiovascular pré-estabelecida**. Quem já tem doença cardiovascular identificada **não** precisa ser estratificado — já é considerado de RCV muito alto. A avaliação deve ser realizada **antes e durante o tratamento medicamentoso, anualmente**. A impossibilidade de realizar a estratificação não deve impedir o início do tratamento da HAS.

7.1 Ferramenta adotada

O PCDT determina o uso da **calculadora da Iniciativa HEARTS/OPAS/OMS** para pessoas entre **40 e 74 anos**, independentemente de já apresentarem HAS. Após o exame do desempenho de escores internacionais no país, os resultados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) apontaram essa calculadora como a ferramenta com **melhor calibração para a população brasileira**. Para pessoas com até 39 anos e a partir de 75 anos, a avaliação deve ser feita com calculadoras apropriadas à faixa etária.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 20 de 59

Dados necessários

- Presença ou ausência de doença cardiovascular, doença renal crônica e diabetes melito tipo 2 já estabelecidos.
- Se a resposta às três perguntas for negativa, informar se o valor de colesterol total está disponível.
- **Com colesterol total disponível:** sexo, idade, tabagismo, diabetes, colesterol total e PAS.
- **Sem colesterol total:** sexo, idade, tabagismo, PAS, peso e altura.

A ausência de dados laboratoriais **não é impeditivo** para o uso da calculadora. Ainda assim, para confirmação precisa, recomenda-se o cálculo com o valor do colesterol total.

7.2 Categorias de risco

A calculadora HEARTS estratifica em **baixo, moderado, alto, muito alto e crítico**. Para fins deste protocolo, pessoas estratificadas com **RCV crítico seguem as condutas descritas para o RCV muito alto**.

Situações já consideradas de risco elevado, independentemente da calculadora

- HAS com lesão de órgão-alvo;
- LDL-colesterol ≥ 190 mg/dL;
- DRC em estágio ≥ 3 ;
- Diabetes melito com idade ≥ 40 anos;
- Pessoas com DM2 até 39 anos que também apresentem nefropatia ou retinopatia;
- Nas pessoas que vivem com DM tipo 1, a avaliação do RCV deve ser individualizada, preferencialmente em conjunto com o serviço de atenção especializada.

Essas pessoas requerem tratamento preventivo com estatinas conforme o PCDT das Dislipidemias vigente. Ainda assim, a estratificação do RCV é preconizada para auxiliar a decisão sobre as demais comorbidades.

7.3 Lesões de órgão-alvo consideradas

- **Doença cerebrovascular** — AVE isquêmico ou hemorrágico, acidente isquêmico transitório.
- **Doença arterial coronariana** — angina, infarto agudo do miocárdio, isquemia miocárdica silenciosa, cirurgia de revascularização miocárdica ou intervenção coronariana prévias.
- **Insuficiência cardíaca e fibrilação atrial.**
- **Doença arterial obstrutiva periférica.**
- **Aneurismas, hematomas ou ulcerações aórticas.**



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 21 de 59

- **DRC estágio 3** — TFGe entre 30 e 60 mL/min/1,73 m².
- **Albuminúria** entre 30 e 300 mg/24 h, ou relação albumina/creatinina urinária de 30 a 300 mg/g.
- **Retinopatia hipertensiva** — hemorragias, exsudatos ou papiledema.

8. Perfis clínicos

Os perfis abaixo são os que o PCDT sustenta de forma explícita. Não foram criados perfis por analogia: onde o protocolo não define um subgrupo, este documento não o inventa.

Perfil	Definição	Conduta que o define
PA normal alta, RCV baixo ou moderado	PAS 130–139 ou PAD 85–89 mmHg	Tratamento não medicamentoso. Reavaliar RCV e controle pressórico em 3 a 6 meses para decisão sobre tratamento
PA normal alta, RCV alto ou muito alto	Mesma faixa pressórica, com RCV elevado	Iniciar anti-hipertensivo em monoterapia + estatina (conforme PCDT das Dislipidemias). Justifica-se pelo efeito protetor e pela redução de eventos cardiovasculares maiores
HAS grau 1, RCV baixo, ou idoso frágil	PA 140–159 / 90–99 mmHg	Monoterapia associada à alteração dos modos de vida. A classe é definida conforme avaliação da equipe e preferência da pessoa. A evidência para este perfil é fraca — estes pacientes raramente entram nos estudos
HAS grau 1 com RCV moderado ou alto, ou com lesão de órgão-alvo	PA 140–159 / 90–99 mmHg com risco ou LOA	Combinação inicial de dois anti-hipertensivos de mecanismos de ação distintos, associada ao tratamento não medicamentoso
HAS graus 2 e 3	PA ≥ 160/100 mmHg	Combinação inicial de dois fármacos, independentemente do RCV. A terapia combinada é especialmente valiosa quando a PA basal está ≥ 20/10 mmHg acima da meta
Idoso frágil	Ver definição abaixo	Monoterapia; meta pressórica flexível, idealmente 140–149 / 70–79 mmHg; priorizar adesão e reavaliação clínica antes de intensificar
Hipertensão arterial resistente	PA ≥ 140/90 mmHg após 6 meses com 3 classes otimizadas e boa adesão	Espironolactona como quarta classe preferencial; investigação de causa secundária; encaminhamento à atenção especializada
Suspeita de HAS secundária	Ver critérios do item 6.5	Investigação dirigida e encaminhamento à especialidade correspondente
Hipertensão do avental branco	PA elevada apenas em consultório	Pode não receber tratamento medicamentoso se RCV total baixo e sem LOA; manter vigilância e modos de vida saudáveis
Hipertensão mascarada	PA normal em consultório e elevada fora dele	Pode receber tratamento com o objetivo de normalizar a PA fora do consultório
Gestante e puerpéra	PAS ≥ 140 ou PAD ≥ 90 mmHg na gestação	Ver Capítulo 11.5 — metas, fármacos permitidos e vedações

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 22 de 59

Perfil	Definição	Conduta que o define
População preta	Adultos pretos com HAS	Menor resposta à monoterapia com IECA ou BRA. Diurético tiazídico é a primeira opção, isolado ou associado a BCC. Maior risco de tosse e de angioedema com IECA

Definição de idoso frágil adotada pelo PCDT

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 instituição de longa permanência para idosos; 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 vive situações de violência doméstica.

9. Metas terapêuticas

Como ler este capítulo

O PCDT apresenta a meta pressórica de duas formas que não coincidem: o texto do item 10.a descreve uma **meta escalonada**, enquanto a nota (b) da figura do algoritmo afirma diretamente que “a meta terapêutica é atingir pressão arterial inferior a 130/80 mmHg”. Esta linha de cuidado adota a **redação escalonada do corpo normativo**, por preservar o piso de segurança do idoso e a etapa intermediária de 140/90 mmHg. A divergência está registrada no Capítulo 19 (decisão D1).

População	Meta de pressão arterial
Meta inicial — todos os adultos	PA de consultório < 140 / 90 mmHg, independentemente das comorbidades e do nível do RCV
Adultos com menos de 65 anos, se o tratamento for bem tolerado	Intensificar para < 130 / 80 mmHg
Adultos com menos de 65 anos e comorbidades — diabetes, DRC, doença arterial coronariana, pós-AVE ou pós-ataque isquêmico transitório	< 130 / 80 mmHg — grupo em que a intensificação é especialmente indicada
Pessoas com HAS de 65 a 79 anos	Reduzir inicialmente a PAS para valores entre 140 e 130 mmHg, balanceando proteção cardiovascular e eventos adversos. Se tolerar e não apresentar sinais de hipoperfusão, considerar PAS < 130 mmHg. PAD < 80 mmHg. Não tentar reduzir abaixo de 120 / 70 mmHg
Idoso frágil	Meta flexível e individualizada, idealmente 140–149 / 70–79 mmHg, considerando heterogeneidade, vitalidade e resposta aos eventos adversos
Gestantes	PAS mantida entre > 120 e < 160 mmHg e PAD entre > 80 e < 110 mmHg. Em hipertensão persistente com indicação de tratamento, objetivo de PAD em torno de 85 mmHg. Tanto a hipertensão quanto a hipotensão induzida

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 23 de 59

População	Meta de pressão arterial
Crianças e adolescentes	prejudicam a perfusão placentária Manter PAS ou PAD abaixo do percentil 95. Com fatores de risco associados ou lesão de órgão-alvo, abaixo do percentil 90 para sexo, idade e altura

Magnitude do benefício: a redução de 10 mmHg na PAS ou de 5 mmHg na PAD está associada a decréscimo de 20% em eventos cardiovasculares maiores, 10% a 15% na mortalidade por todas as causas, 35% em AVE, 20% em eventos coronarianos e 40% em insuficiência cardíaca.

10. Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso é indicado para **todas** as pessoas incluídas nesta linha de cuidado, inclusive as que já usam anti-hipertensivos. Envolve autocuidado, alcance ou manutenção de peso corporal adequado, alimentação adequada e saudável, prática regular de atividade física, redução ou cessação do álcool, prevenção e cessação do tabagismo, gerenciamento do estresse e qualidade do sono.

Domínio	Recomendação
Alimentação	Adotar padrão alimentar saudável, com predominância de alimentos de origem vegetal <i>in natura</i> ou minimamente processados, laticínios de baixo teor de gordura, aves e peixes, e consumo restrito de carnes vermelhas e processadas (padrão DASH). Reduzir o consumo de sódio para até 2 g/dia — equivalente a 5 g de sal/dia. Aumentar a ingestão de potássio com frutas, hortaliças, cereais integrais e laticínios com baixo teor de gordura, exceto na condição de hipercalcemia. Para redução de massa corporal, consultar o PCDT de sobrepeso e obesidade em adultos
Bebida alcoólica	Não há nível seguro para o consumo de álcool — mesmo em pequenas doses causa prejuízos
Tabagismo	Cessar o tabagismo. Os profissionais devem oferecer suporte contínuo para a cessação e considerar prescrição de medicamentos quando necessário, conforme o PCDT do Tabagismo
Atividade física	Qualquer aumento no nível de atividade física é benéfico. Atingir pelo menos 150 min/semana de atividade física moderada; maiores benefícios com 300 min/semana. Aeróbicos: caminhada, corrida, natação, dança, ciclismo; pelo menos 3 vezes por semana, 30 min por sessão, intensidade moderada (40% a 60% da frequência cardíaca de reserva). Resistidos, complementares aos aeróbicos: 8 a 10 exercícios, 1 a 3 séries de 8 a 12 repetições, evitando fadiga total, com pausas de 90 segundos
Controle do estresse	Realizar técnicas de controle do estresse, como a meditação
Autocuidado	Realizar intervenções educacionais de autocuidado que promovam mudança de comportamento
Saúde bucal	Realizar avaliação prévia a procedimentos invasivos com risco de sangramento — exodontias, intervenções periodontais, implantes, endodontia, ortodontia e limpeza profilática
Qualidade do sono	Manter horário regular de dormir e acordar; respeitar a duração do sono, habitualmente entre 7 e 8 horas para adultos; evitar uso de telas e luz azul antes de dormir; reduzir cafeína e álcool à noite; avaliar a presença de distúrbios do sono, como insônia e apneia

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 24 de 59

Quadro 10 do PCDT (elaboração própria do Ministério da Saúde).

Restrição específica na gestação

O tratamento não medicamentoso **não deve ser utilizado isoladamente** quando a PAS estiver acima de 160 mmHg persistente por mais de 15 minutos. A internação hospitalar é indicada nas gestantes com hipertensão grave, uma vez que valores de PAS acima de 155 mmHg são detectados imediatamente antes da ocorrência de AVE em gestantes com pré-eclâmpsia grave.

11. Tratamento medicamentoso

A maioria das pessoas com HAS precisará associar o tratamento não medicamentoso ao medicamentoso. O tratamento se baseia em **cinco classes terapêuticas principais**: IECA, BRA, BCC, diuréticos (tiazídicos e similares) e betabloqueadores. Como os desfechos cardiovasculares maiores e a mortalidade são semelhantes entre essas cinco classes no tratamento inicial, a escolha deve considerar comorbidades, raça e etnia, indicações e contraindicações conhecidas, acesso, acessibilidade e preferências da pessoa.

11.1 Elenco da REMUME confrontado com o elenco do SUS

Esta Linha de Cuidado opera **no elenco municipal vigente**. A coluna de situação registra, item a item, onde a REMUME diverge do elenco previsto no **Quadro 13 do PCDT** — informação necessária tanto para a prescrição quanto para a pactuação com a Assistência Farmacêutica. O elenco pleno do SUS, com apresentações e indicações de cada item ausente, está no **Manual apartado**.

Classe terapêutica	Item do elenco	Situação na REMUME
Alfa-agonista de ação central	Metildopa 250 mg	Disponível
Alfa-bloqueador	Mesilato de doxazosina	Ausente da REMUME — perda da opção de 4ª/5ª linha na hipertensão resistente
Betabloqueadores	Atenolol 50 mg; carvedilol 3,125 / 6,25 / 12,5 mg; succinato de metoprolol LP 25 e 50 mg; propranolol 40 mg	Disponível
Bloqueador do receptor de angiotensina II (BRA)	Losartana potássica 50 mg	Ausente da REMUME — sem alternativa de classe para tosse ou angioedema por IECA. Ver mitigação abaixo
BCC di-hidropiridínicos	Besilato de anlodipino 5 mg; nifedipino 10 mg e 20 mg	Disponível. A apresentação de 10 mg foi confirmada pela Assistência Farmacêutica (decisão D7) e é a que o PCDT emprega, inclusive no protocolo de crise hipertensiva da gestante. A de 20 mg não a substitui nessa indicação

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 25 de 59

Classe terapêutica	Item do elenco	Situação na REMUME
BCC não di-hidropiridínico	Cloridrato de verapamil	Ausente da REMUME — perda da opção preferencial na hipertensão associada a fibrilação atrial
Diurético de alça	Furosemida 40 mg	Disponível
Diurético poupador de potássio	Espironolactona 25 e 50 mg	Disponível
Diurético tiazídico	Hidroclorotiazida 25 mg	Disponível. O PCDT prevê também a apresentação de 12,5 mg, útil na titulação
Inibidores da ECA (IECA)	Captopril 25 mg; maleato de enalapril 5, 10 e 20 mg	Disponível
Vasodilatador direto	Cloridrato de hidralazina 25 mg	Disponível. O PCDT prevê também a apresentação de 50 mg

Via de acesso aos três itens ausentes — decisão D2 homologada

Os três itens ausentes da REMUME — **losartana potássica, mesilato de doxazosina e cloridrato de verapamil** — constam do **Componente Básico** da Assistência Farmacêutica na RENAME 2024 (Portaria GM/MS nº 6.324, de 26/12/2024). **Não pertencem ao Componente Especializado (CEAF)**: processo de alto custo para qualquer um deles não tem amparo no elenco daquele componente.

Via própria: incorporação à REMUME pela Comissão de Farmácia e Terapêutica municipal. O custeio do Componente Básico é tripartite e o elenco municipal é de autonomia da gestão.

Via imediata, enquanto a incorporação não ocorre: Programa “Aqui Tem — Farmácia Popular”, que alcança a **losartana potássica 50 mg** — e apenas ela, entre os três. Também estão no programa: atenolol 25 mg, besilato de anlodipino 5 mg, captopril 25 mg, cloridrato de propranolol 40 mg, espironolactona 25 mg, furosemida 40 mg, hidroclorotiazida 25 mg, maleato de enalapril 10 mg e succinato de metoprolol LP 25 mg.

Doxazosina e verapamil não têm via alternativa. Enquanto não incorporados, a hipertensão resistente perde a opção de 4ª e 5ª linha por alfa-bloqueador, e a HAS associada a fibrilação atrial perde o BCC não di-hidropiridínico de preferência.

11.2 Início e intensificação

Regras de decisão

- **Monoterapia:** HAS grau 1 com baixo RCV, idoso frágil, e PA normal alta com indicação de tratamento. A classe é definida conforme avaliação da equipe e preferência da pessoa.
- **Combinação inicial de duas classes:** HAS grau 1 com RCV moderado ou alto, HAS grau 1 com lesão de órgão-alvo, e HAS graus 2 e 3, independentemente do RCV.
- Iniciar as classes **na menor dose** e, se necessário, associar outras classes até o controle da PA. Esta estratégia é recomendada **em detrimento** do aumento da dose em monoterapia ou da troca por outra monoterapia.

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 26 de 59

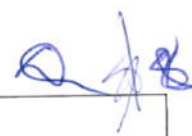
- Se a combinação de duas classes não alcançar a meta, **aumentar gradualmente as doses** até a dose máxima recomendada. Persistindo o descontrole, **incluir uma terceira classe** na dose mínima e titular.
- Antes de acrescentar dose ou classe, **sempre avaliar a adesão** e a adequação da combinação. Sugere-se avaliar a adesão em **um mês** de tratamento antes de definir falha terapêutica.
- Preferir esquemas menos complexos, com menor número de comprimidos por dia e menor frequência de administração.
- **Betabloqueadores** podem ser considerados em qualquer etapa quando houver indicação específica: angina, pós-infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, controle da frequência cardíaca, cardiopatia isquêmica, ou mulher em idade reprodutiva ou planejando gravidez.
- **Hipertensão resistente:** a espironolactona, por antagonizar a aldosterona, deve ser a **quarta classe terapêutica preferencial**. Atenção ao risco de hipercalemia na DRC. Outras opções: agonista alfa de ação central (metildopa), alfa-bloqueador (doxazosina), vasodilatador direto (hidralazina) e betabloqueador.
- Observar o **PCDT das Dislipidemias vigente** para o uso de estatinas conforme o RCV.

Combinações em dose fixa não incorporadas ao SUS

O PCDT recomenda a associação entre classes de forma **individualizada**, uma vez que a combinação fixa de benazepril + anlodipino (Portaria SECTICS/MS nº 31, de 28/06/2023) e a de losartana + hidroclorotiazida (Portaria SECTICS/MS nº 32, de 28/06/2023) foram avaliadas e, conforme recomendações desfavoráveis da Conitec, **não foram incorporadas ao SUS**.

Particularidades das classes que alteram a escolha

- Até **10% das pessoas tratadas com IECA** apresentam tosse persistente, com risco maior em pessoas afrodescendentes.
- Os IECA apresentam pequeno risco de **angioedema**, também maior em pessoas afrodescendentes.
- **IECA e BRA** são mais indicados na presença de proteinúria, diabetes melito, insuficiência cardíaca ou doença renal.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 27 de 59

- **Diuréticos de alça** são preferíveis na doença renal ou na insuficiência cardíaca; devem ser usados quando a TFGe for $< 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, pois os tiazídicos são muito menos efetivos ou inefetivos nesse nível.
- Os eventos adversos dos **BRA** (hipercalemia) são incomuns e melhor tolerados que os dos IECA por pessoas afrodescendentes.
- Os **BCC não di-hidropiridínicos** são preferíveis na HAS associada a **fibrilação atrial**; devem ser evitados na disfunção miocárdica ou insuficiência cardíaca. A associação de betabloqueador com BCC não di-hidropiridínico **não é recomendada**, pela potencial redução acentuada da frequência cardíaca.
- Em pessoas com **doença renal crônica** que recebem IECA ou BRA, é esperada queda da TFGe e aumento da creatinina. Aumento da creatinina sérica **maior que 30%** exige avaliação imediata da possibilidade de doença renovascular.
- Atenção ao risco de **hipercalemia com espironolactona**, especialmente quando a TFGe for $< 45 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ou o potássio basal for $\geq 4,5 \text{ mmol/L}$.

11.3 Esquemas de administração em adultos

Classe terapêutica	Medicamento	Dose diária habitual (mg)	Dose diária máxima (mg)	Frequência diária
Inibidores da ECA	Captopril	25 a 150	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 a 60	60	1 a 3
	Cloridrato de verapamil *	120 a 360	480	1 a 2
Betabloqueador não cardiosseletivo	Cloridrato de propranolol	80 a 320	640	2 a 3
Betabloqueadores cardiosseletivos	Atenolol	50 a 100	100	1 a 2
	Carvedilol	12,5 a 50	50	1 a 2
	Succinato ou tartarato de metoprolol	50 a 200	200	1 a 2
Diurético tiazídico	Hidroclorotiazida	25 a 50	200	1 a 2

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 28 de 59

Classe terapêutica	Medicamento	Dose diária habitual (mg)	Dose diária máxima (mg)	Frequência diária
Diurético de alça	Furosemida	20 a 80	Conforme a resposta	1 a 3
Diurético poupador de potássio	Espironolactona	25 a 100	200	1 a 2
Simpatolítico de ação central	Metildopa	500 a 2.000	3.000	2 a 3
Alfa-bloqueador	Mesilato de doxazosina *	1 a 16	16	1
Vasodilatador direto	Cloridrato de hidralazina	50 a 200	200	2 a 3

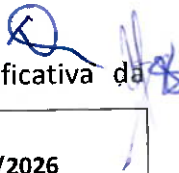
Quadro 18 do PCDT, adaptado de Barroso et al., 2021. Quando houver múltiplas administrações ao dia, a dose habitual diária deve ser dividida pela quantidade de administrações. (*) Item do elenco do SUS que não consta da REMUME* — a posologia é mantida aqui porque a losartana é acessível pelo Programa Farmácia Popular e porque os três podem vir prescritos da atenção especializada. Ver item 11.1 e o Manual apartado.

11.4 Contraindicações e situações de uso cauteloso

Classe terapêutica	Contraindicação	Uso cauteloso
BCC di-hidropiridínicos (besilato de anlodipino, nifedipino)	—	Taquiarritmia; insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, classe III ou IV; edema de perna grave prévio
BCC não di-hidropiridínicos (cloridrato de verapamil)	Bloqueio sinoatrial ou atrioventricular de alto grau; disfunção grave de ventrículo esquerdo (FEVE < 40%); bradicardia (FC < 60 bpm)	Constipação
Betabloqueadores (atenolol, carvedilol, succinato ou tartarato de metoprolol, cloridrato de propranolol)	Asma grave; bloqueio sinoatrial ou atrioventricular de alto grau	Síndrome metabólica; intolerância à glicose; atletas e pessoas fisicamente ativas
BRA (losartana potássica)	Gravidez; hipercalemia (K > 5,5 mmol/L); estenose arterial renal bilateral	Mulher em idade reprodutiva sem uso de contracepção confiável
Diuréticos tiazídicos e similares (hidroclorotiazida)	Gota	Síndrome metabólica; intolerância à glicose; gravidez; hipercalemia; hipocalcemia
IECA (captopril, maleato de enalapril)	Gravidez; edema angioneurótico prévio; hipercalemia (K > 5,5 mmol/L); estenose arterial renal bilateral	Mulher em idade reprodutiva sem uso de contracepção confiável

Quadro 12 do PCDT, traduzido e adaptado de Mancia et al. (2023).

Contraindicações específicas de maior impacto na APS

- **Espironolactona** — insuficiência renal aguda, diminuição significativa da 

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 29 de 59

função renal, anúria; doença de Addison; hipercalemia; uso concomitante de eplerenona.

- **Furosemida** — lactantes; insuficiência renal com anúria; pré-coma e coma associados à encefalopatia hepática; hipopotassemia grave; hiponatremia grave; hipovolemia ou desidratação; hipersensibilidade às sulfonamidas.
- **Hidroclorotiazida** — comprometimento grave da função renal (depuração de creatinina abaixo de 30 mL/min); distúrbio hepático grave; distúrbio grave do equilíbrio de eletrólitos; anúria.
- **Cloridrato de hidralazina** — lúpus eritematoso sistêmico idiopático; taquicardia grave e insuficiência cardíaca de alto débito; insuficiência do miocárdio por obstrução mecânica; insuficiência cardíaca isolada de ventrículo direito por hipertensão pulmonar; aneurisma dissecante da aorta.
- **Metildopa** — hepatopatias ativas, como hepatite aguda e cirrose ativa; tratamento com inibidores da monoaminoxidase.
- **Losartana potássica** — insuficiência hepática grave; uso concomitante com alisquireno em pessoas com diabetes e TFG < 60 mL/min/1,73 m²; **não administrar no segundo ou terceiro trimestre de gestação.**
- **Maleato de enalapril** — histórico de edema angioneurótico por IECA; angioedema hereditário ou idiopático; contraindicado em combinação com inibidor de neprilisina (sacubitril) — respeitar intervalo de 36 horas.

Critério de interrupção

O tratamento medicamentoso pode ser interrompido em situações específicas, a critério médico, considerando efetividade ou segurança subótima. Para a interrupção de **betabloqueadores**, a retirada deve ser **gradual, em duas a quatro semanas**, para evitar taquicardia reflexa e mal-estar.

11.5 Gestação, puerpério e lactação

Todas as gestantes que manifestarem hipertensão arterial persistente — PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg — devem receber tratamento anti-hipertensivo, com objetivo de manter a PAD em torno de 85 mmHg. O início do tratamento em gestantes com PA abaixo de 160/110 mmHg **ainda é controverso**, exceto quando houver lesão de órgão-alvo: revisão sistemática mostrou que tratar a HAS leve a moderada não reduz significativamente a morbidade materna, fetal e do recém-nascido.

Correção em relação à versão 1.0

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 30 de 59

A versão anterior orientava “preferir metildopa ou BCC”. O PCDT registra o oposto: o uso de **betabloqueador e de BCC foi mais eficaz do que o de metildopa** para a prevenção da HAS grave, **em que pese a metildopa ter sido o terceiro medicamento de escolha** a ser utilizado. A metildopa permanece no elenco, mas não como preferência automática.

Classe terapêutica	Medicamento e apresentação	Posologia
Agonista alfa de ação central	Metildopa — comprimido de 250 mg	750 mg a 2.000 mg/dia, divididos em 2 a 4 administrações
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino — comprimidos de 10 mg	20 mg a 60 mg/dia, divididos em 2 a 3 administrações; ou 20 mg a 120 mg/dia, divididos em 1 a 3 administrações
	Besilato de anlodipino — comprimidos de 5 mg e 10 mg	5 mg a 20 mg/dia, divididos em 1 a 2 administrações; ou 20 mg a 60 mg/dia, divididos em 2 a 3 administrações
Vasodilatador periférico	Cloridrato de hidralazina — comprimidos de 25 mg e 50 mg	50 mg a 150 mg/dia, divididos em 2 a 3 administrações
Betabloqueadores	Metoprolol — comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg	100 mg a 200 mg/dia, divididos em 1 a 2 administrações
	Carvedilol — comprimidos de 6,25 mg e 12,5 mg	12,5 mg a 50 mg/dia, divididos em 1 a 2 administrações. Iniciar com 12,5 mg/dia por 2 dias e então aumentar a dose

Quadro 16 do PCDT, adaptado de Peraçoli, 2020, e do Manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde, 2022. O diurético tiazídico (hidroclorotiazida) também é indicado para gestantes segundo o PCDT.

Vedações absolutas

IECA e BRA são contraindicados na gestação pelo risco de complicações fetais. A losartana não deve ser administrada no segundo ou terceiro trimestre.

Em **puérperas**, priorizar nifedipino — ou besilato de anlodipino para mulheres que já faziam seu uso. São **contraindicados na lactação**: clonidina e atenolol, pela grande excreção no leite, e os **BRA**, pela ausência de estudos suficientes.

Definições obstétricas que a APS precisa reconhecer

- **Hipertensão gestacional** — alteração da PA após a 20ª semana, em gestante previamente normotensa, sem proteinúria ou disfunção de órgãos-alvo.
- **Pré-eclâmpsia** — hipertensão após a 20ª semana, em gestante previamente normotensa, associada a proteinúria significativa ou disfunção de órgãos-alvo: plaquetas < 150.000/mm³, transaminases oxalacética ou pirúvica > 40 UI/L, creatinina > 1,2 mg/dL, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia (cefaleia,

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 31 de 59

epigastria, escotomas) ou eclâmpsia. **Restrição de crescimento fetal** ou alterações dopplervelocimétricas fetais devem chamar atenção para o diagnóstico mesmo na ausência de proteinúria.

- **Pré-eclâmpsia sobreposta à HAS** — após a 20ª semana, surgimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gravidez; ou piora do controle pressórico com necessidade de aumento de doses ou associação de fármacos; ou ocorrência de disfunção de órgãos-alvo.
- **Sinais premonitórios de eclâmpsia** — escotomas cintilantes; cefaleia occipital; epigastria ou dor intensa no hipocôndrio direito, com ou sem hipertensão grave ou proteinúria.
- **Síndrome HELLP** — suspeitar na presença de trombocitopenia em gestante com pré-eclâmpsia. Desenvolve-se em 10% a 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia. Diagnóstico: bilirrubinas acima de 1,2 mg/dL, TGO ou TGP acima de 70 UI, plaquetas abaixo de 100.000/mm³ e DHL acima de 600 U/L.

11.6 Crianças e adolescentes — quando tratar

O tratamento medicamentoso é indicado nas seguintes situações: manutenção da HAS grau 1 apesar de mudanças dos modos de vida; HAS sintomática; HAS grau 2; lesão em órgão-alvo; presença de doença renal crônica; presença de diabetes melito tipo 1 ou tipo 2.

- Iniciar com a **menor dose**; aumentar a cada **duas a quatro semanas** até o alvo terapêutico (por exemplo, abaixo do percentil 90).
- Monoterapia recomendada, na ausência de HAS secundária: **IECA, BRA e BCC**. Betabloqueador **não** é recomendado como primeira linha em crianças e adolescentes com asma ou diabetes.
- Segundo fármaco: considerar **diurético tiazídico**. Terceiro fármaco: alfa-bloqueadores, betabloqueadores simpatolíticos de ação central ou diuréticos poupadores de potássio.
- **Não resposta à monoterapia por mais de seis meses** — encaminhar à atenção especializada.

11.7 Segurança e monitorização laboratorial

- Dosar **potássio e creatinina** ao iniciar ou ajustar IECA, BRA ou espironolactona.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 32 de 59

conforme o perfil clínico da pessoa — o PCDT não fixa prazo e a decisão D5 não criou regra numérica genérica. A intensificação da vigilância é determinada pelo perfil: DRC, idoso, TFG_e < 45 mL/min/1,73 m² ou potássio basal ≥ 4,5 mmol/L.

- **Exceção com regra própria — uso de diurético.** Nas pessoas em uso de diurético tiazídico ou de alça, a dosagem de **sódio, potássio e creatinina** é obrigatória após o início e após cada ajuste de dose, e integra o indicador do item 18.2. É a única situação em que a decisão D5 estabeleceu conduta independente do perfil clínico.
- O efeito da maioria dos anti-hipertensivos inicia em minutos a uma hora, mas o **efeito pleno costuma se estabelecer apenas em uma a duas semanas, podendo levar até dois meses** — evitar intensificações precipitadas.
- As interações entre anti-hipertensivos são, em geral, mínimas, permitindo combinações seguras. Em pessoas idosas, a **polifarmácia** exige atenção pelo risco de interações e efeitos adversos.

12. Urgência e emergência hipertensiva

Crise hipertensiva é a grande elevação pressórica, arbitrariamente definida como **PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 120 mmHg**. Antes de qualquer conduta, é obrigatório verificar se a técnica correta de medida foi utilizada, para evitar o diagnóstico de uma **falsa crise hipertensiva**.

Categoria	Definição	Conduta essencial
Emergência hipertensiva (EH)	Situação clínica sintomática com elevação acentuada da PA, com lesão aguda e progressiva de órgãos-alvo. Responde por menos de 1% das consultas em emergências. Pode ocorrer com ou sem diagnóstico prévio de HAS e com limiar pressórico menor que o arbitrariamente definido	Encaminhamento imediato. Tratamento intravenoso, preferencialmente em UTI, com redução gradual da PA
Urgência hipertensiva (UH)	Situação clínica sintomática com PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 120 mmHg sem lesão aguda de órgãos-alvo e sem risco iminente de morte. Mais frequente em pessoas com HAS inadequadamente tratada, de difícil controle ou sem adesão	Redução gradual da PA com anti-hipertensivos por via oral em 24 a 48 horas, podendo estender-se por alguns dias, especialmente em pessoas idosas
Pseudocrise hipertensiva	Crise sem evidência de lesão de órgão-alvo, em pessoa assintomática ou oligossintomática; ou decorrente de ansiedade, dor, evento emocional doloroso, desconforto (por exemplo, retenção urinária); hipertensão do avental branco; ou erro de técnica de medida	Ambiente calmo, analgésicos e ansiolíticos se necessário. Observação por algumas horas e retorno ao domicílio se permanecer assintomática e com redução da PA

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 33 de 59

Sintomas comumente associados a urgências hipertensivas: cefaleia, dispneia, epistaxe, palpitação e ansiedade. A maioria das pessoas com urgência hipertensiva é assintomática, e o sintoma referido no momento da aferição não é necessariamente a causa nem a consequência do aumento da PA.

12.1 Quando encaminhar da APS ao serviço de urgência

O encaminhamento é recomendado quando forem necessários **tratamento intravenoso e monitorização contínua**, em caso de **PAS $\geq$ 180 mmHg e PAD $\geq$ 120 mmHg mesmo após a administração de medicamentos**, ou se houver sinais ou sintomas de lesão aguda em órgão-alvo.

12.2 Principais emergências hipertensivas

Grupo	Condições
Cerebrovasculares	Encefalopatia hipertensiva; AVE isquêmico; AVE hemorrágico; hemorragia subaracnoidea
Cardiocirculatórias	Dissecção aguda da aorta; edema agudo de pulmão com insuficiência ventricular esquerda; síndromes coronarianas agudas
Renais e de múltiplos órgãos	Hipertensão acelerada ou maligna; hipertensão com múltiplos danos aos órgãos-alvo
Crises adrenérgicas graves	Crise do feocromocitoma; dose excessiva de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD)
Hipertensão na gestação	Eclâmpsia; pré-eclâmpsia com sinais de gravidade; síndrome HELLP; hipertensão grave em final de gestação

Quadro 15 do PCDT.

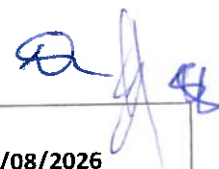
12.3 Alvos de redução da pressão arterial

Princípio de segurança

A PA deve ser reduzida **gradualmente, em minutos a horas**, a valores-alvo não muito baixos. A redução rápida e intensa está associada a isquemia em leitos vasculares habituados a níveis pressóricos mais altos (autorregulação), podendo ocasionar AVE, infarto agudo do miocárdio ou cegueira.

Recomendação geral na emergência hipertensiva

- Redução da PA média em até 25% na primeira hora.
- PA de 160 / 100–110 mmHg nas primeiras 2 a 6 horas.
- PA de 135 / 85 mmHg no período de 24 a 48 horas subsequentes.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 34 de 59

Alvos por condição associada

Condição	Alvo pressórico
AVE isquêmico (85% dos AVE)	Reduzir na fase aguda apenas se PA $\geq$ 185/110 mmHg em candidatos à trombólise, ou $\geq$ 220/120 mmHg em não candidatos. Neste último grupo, redução de 15% a 25%. Manter esse nível nas primeiras 24 horas
AVE hemorrágico (15% dos AVE)	PAS reduzida para menos de 180 mmHg, mas não menos de 140 mmHg, na fase hiperaguda (primeiras 24 horas). Se PAS > 220 mmHg, redução gradual
Traumatismo cranioencefálico	Tratar apenas se a pressão de perfusão cerebral (PA média menos pressão intracraniana) for > 120 mmHg e a pressão intracraniana for > 20 mmHg. Extrema cautela na intensidade da redução
Encefalopatia hipertensiva	Reduzir a PAS em não mais de 20% a 25% e a PAD em não menos de 100 a 110 mmHg na primeira hora. Posteriormente, alvo de PAS 160 mmHg e PAD entre 90 e 100 mmHg
Síndromes coronarianas agudas	Redução de 20% nas primeiras duas horas, com alvo subsequente de 120/70 a 160/100 mmHg. Betabloqueadores não devem ser usados se houver sinais de insuficiência cardíaca
Insuficiência cardíaca aguda com edema agudo de pulmão	Diurético de alça e vasodilatador de fácil titulação. Evitar cloridrato de hidralazina (aumenta o trabalho cardíaco) e betabloqueadores (reduzem a contratilidade). PAS reduzida gradativamente até menos de 140 mmHg
Dissecção aórtica aguda	PAS rapidamente reduzida, em 20 a 60 minutos, até 100 a 120 mmHg. Iniciar com betabloqueador (propranolol ou metoprolol) até FC < 60 bpm, seguido de vasodilatador. Se houver contra-indicação a betabloqueador (por exemplo, asma), alternativa é o cloridrato de verapamil
Hiperatividade simpática — feocromocitoma, crack, cocaína, derivados anfetamínicos, abstinência de clonidina ou betabloqueadores	PAS < 140 mmHg na primeira hora no feocromocitoma; redução de 20% em duas a três horas nas demais condições. Opções incluem cloridrato de verapamil, podendo ser adicionado benzodiazepínico. Evitar betabloqueadores pela possibilidade de estímulo alfa e aumento da PA
Emergências hipertensivas da gestação	Primeira escolha: nifedipino por via oral (10 mg) ou hidralazina por via intravenosa (5 mg), repetidos a intervalos de 20 a 30 minutos enquanto a PA se mantiver acima de 160 ou 110 mmHg, até dose total de 30 mg. Monitoração fetal durante o tratamento; havendo hipotensão com desaceleração ou bradicardia fetal, manter decúbito lateral esquerdo e aumentar a infusão de soro fisiológico. Considerar sulfato de magnésio mesmo em gestantes assintomáticas, quando removidas para centros de referência

O **nitroprusiato (ou nitropruseto) de sódio** é indicado na maioria das emergências hipertensivas. Os medicamentos de emergência podem não constar da RENAME por corresponderem ao contexto hospitalar; cabe aos serviços sua seleção e disponibilização, segundo protocolos assistenciais locais.

12.4 Conduta na urgência hipertensiva

- O tratamento é a **retirada do fator desencadeante**. Iniciar com período de observação em ambiente calmo, com analgésicos e tranquilizantes se necessário — o que por si só pode reduzir a PA.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 35 de 59

- **Não há evidência de benefício** na redução rápida da pressão em pessoas com HAS grave assintomática, e há risco de complicações isquêmicas.
- Pessoas com risco de eventos cardiovasculares iminentes pela PA muito elevada — por exemplo, com diagnóstico prévio de aneurisma aórtico ou cerebral — devem ter a PA reduzida em horas, por via oral. Pode-se usar **captopril 25 mg** (se não houver sobrecarga de volume), cujo pico de ação ocorre em 60 a 90 minutos.
- Estratégia superior: tratamento de longo prazo com seguimento ambulatorial em **24 a 48 horas**, visando à redução da PA para **160/95 mmHg ou menos em até 48 horas**.
- Em pseudocrise hipertensiva podem ser utilizados ansiolíticos, como benzodiazepínicos, de forma aguda, se necessário.

Alerta de segurança — via de administração do captopril

O PCDT registra expressamente: o captopril deve ser usado **por via oral** — **observar que não é via sublingual**. A administração sublingual não tem respaldo no protocolo e associa-se a queda pressórica não controlada.

12.5 Retorno obrigatório

- **Todas** as pessoas atendidas com emergência hipertensiva necessitam **retornar para consulta ambulatorial em sete dias**, para avaliar se a PA se manteve controlada, otimizar o tratamento e reforçar a adesão.
- Os casos de emergência hipertensiva podem necessitar de acompanhamento com especialista da área relacionada ao fator desencadeante.
- No caso de **urgência hipertensiva**, o retorno deve ser **com o médico da APS**, que mantém o cuidado longitudinal e acompanha o quadro em conjunto com a atenção especializada.
- Todas as pessoas encaminhadas, em serviço de urgência ou não, **devem manter o acompanhamento longitudinal com a sua equipe de referência na APS**.

13. Jornada mínima esperada por ponto de atenção

A APS é a coordenadora do cuidado em todos os cenários. Os prazos e as metas quantitativas desta seção que não decorrem do PCDT são identificados como **pactuação local** e dependem de homologação do gestor.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 36 de 59

13.1 Atenção Primária à Saúde

Momento	O que deve acontecer
Acolhimento e rastreamento	Medida da PA com técnica validada em todas as oportunidades de contato e nas consultas programadas. Rastreamento anual de todas as pessoas com 18 anos ou mais sem diagnóstico
Confirmação diagnóstica	2 a 3 medidas em consultas distintas, com intervalo de 1 dia a 4 semanas. MAPA ou MRPA quando indicado. Diagnóstico em consulta única se PA $\geq$ 180/110 mmHg ou se houver DCV ou LOA
Avaliação inicial	Anamnese e exame físico completos, incluindo PA nos dois braços, palpação de pulsos, IMC, circunferência abdominal e fundoscopia. Exames laboratoriais básicos e ECG de 12 derivações. Estratificação do RCV pela calculadora HEARTS (40 a 74 anos)
Plano terapêutico	Definição da meta pressórica individualizada, prescrição não medicamentosa para todos e medicamentosa conforme o perfil clínico. Registro no prontuário eletrônico
Reavaliação após início ou ajuste	1 mês após o início do tratamento e 1 mês a cada modificação, até que o alvo terapêutico seja alcançado
Seguimento no primeiro ano	2 a 4 consultas por ano, idealmente com intervalo de 3 a 6 meses
Seguimento após atingir a meta	Semestral
Alto risco, LOA, diabetes ou DRC	Intensificação da frequência conforme o caso, mantendo no mínimo o padrão acima. A reavaliação especializada e os exames complementares seguem a periodicidade por estrato de risco do item 14.5
Ferramentas	Prontuário eletrônico da APS; plano terapêutico singular; grupos educativos; sistema de regulação para referências; telessaúde para apoio matricial

13.2 Apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)

Exame ou procedimento	Indicações principais	Cautelas	Prioridade
MAPA de 24 h	Suspeita de avental branco ou mascarada; grande variabilidade; discordância consultório x domicílio; confirmação de HAR; resposta exagerada ao exercício; avaliação da PA no sono; suspeita de hipotensão postural ou pós-prandial	Lesões cutâneas ou fístula arteriovenosa no braço; arritmias (por exemplo, fibrilação atrial) reduzem a acurácia; atividade laboral que impeça o uso contínuo	Suspeitos de avental branco ou mascarada; resistentes; idosos e alto risco
MRPA	Quando a MAPA estiver indisponível ou contraindicada; monitorar resposta e adesão. Método incorporado ao SUS pela Portaria SECTICS/MS nº 22/2023	Incapacidade cognitiva ou visual sem cuidador; aparelho não validado; fibrilação atrial reduz a precisão	HAS em estágios iniciais; após ajuste terapêutico; pessoas com autocuidado apoiado
ECG de 12 derivações	Deteção de fibrilação atrial, hipertrofia ventricular esquerda e cardiopatia isquêmica; antes de betabloqueador ou na presença de sintomas	Artefatos por tremor ou fibrilação atrial — repetir ou confirmar. O PCDT não estabelece periodicidade em hipertensos assintomáticos (ver	HAS com sintomas; idosos; diabetes; DRC

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 37 de 59

Exame ou procedimento	Indicações principais	Cautelas	Prioridade
Laboratório básico	Sódio, potássio, ácido úrico, creatinina e TFG, albuminúria, perfil lipídico, glicemia de jejum e urina de rotina. Avaliar risco, LOA renal e segurança de IECA, BRA, espironolactona e diuréticos	decisão D3) Hemólise ou garroteamento prolongado enviesam o potássio; observar jejum conforme o exame	Todos, no início e periodicamente; maior frequência com IECA, BRA, diuréticos, espironolactona, DRC e idosos
Fundoscopia ou retinografia	Sempre na primeira avaliação, em especial em HAS grau 3, diabetes ou LOA; queixas visuais; emergência hipertensiva	Midríase contraindicada em ângulo estreito não avaliado	HAS grave; diabetes; idosos
Ecocardiograma transtorácico	Suspeita de hipertrofia ventricular esquerda, disfunção sistólica ou diastólica, dilatação atrial, valvopatia ou coarctação da aorta	Janela acústica ruim — considerar alternativas	HAS com sopro, dispneia ou edema; ECG sugestivo de HVE
Ultrassom renal e Doppler de artérias renais	Suspeita de estenose de artéria renal e de doença renal parenquimatosa	Obesidade e meteorismo reduzem a acurácia; exame operador-dependente	HAS resistente; DRC progressiva
Ultrassonografia carotídea	Placas de aterosclerose; estenose	—	HAS com sopro carotídeo; alto RCV
Índice tornozelo-braquial	Doença arterial periférica de extremidade inferior; marcador de rigidez arterial	—	HAS com claudicação; diabetes; idosos
Polissonografia ou oximetria noturna	Suspeita de apneia obstrutiva do sono: ronco na maioria das noites, pausas, sonolência diurna, noctúria, cefaleia matinal, obesidade	Questionários têm baixa a moderada acurácia para triagem; priorizar oximetria domiciliar quando a polissonografia estiver indisponível	Resistentes; obesos; sonolência importante
Triagem endócrina	Relação aldosterona/renina; metanefrinas; cortisol e teste de supressão com dexametasona; TSH e T4 livre; cálcio, PTH e vitamina D	Fármacos interferentes exigem preparo — por exemplo, espironolactona e diuréticos para a relação aldosterona/renina; amiodarona e biotina para a função tireoidiana	HAS com sinais ou sintomas endócrinos; resistentes com hipocalcemia

Responsabilidade do SADT: emitir laudo com os parâmetros mínimos e devolver o resultado à APS. No MAPA, o laudo deve trazer as médias de 24 horas, de vigília e de sono, e o percentual de leituras válidas; no ECG, os critérios de HVE; na fundoscopia, a classificação da retinopatia.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 38 de 59

13.3 Atenção ambulatorial especializada

Especialidade	Encaminhar quando	Adiar ou devolver se	Prioridade
Cardiologia	Hipertensão arterial resistente; lesão cardíaca de órgão-alvo (HVE, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana ou angina, arritmias significativas); suspeita de coarctação de aorta ou de valvopatia; múltiplas intolerâncias à primeira linha; necessidade de betabloqueador com titulação complexa	Técnica de medida inadequada, baixa adesão, consumo elevado de sal, uso de AINE ou estimulantes não corrigidos; ausência dos exames básicos (creatinina, potássio, ECG)	Resistentes; PA $\geq$ 180/110 mmHg sintomática; dor torácica ou dispnéia; HVE importante
Nefrologia	DRC estágio 3 ou superior (TFGe < 60 mL/min/1,73 m ² por ≥ 3 meses) ou progressão rápida; albuminúria em faixa elevada; hipercalemia ou hipocalemia recorrente sob IECA, BRA ou espironolactona; suspeita de estenose de artéria renal, rins assimétricos ou sopro abdominal; investigação de causas renais secundárias	Ausência de TFGe, potássio, urina de rotina ou albuminúria; nefrotóxicos não suspensos; volemia e diurese não avaliadas	DRC progressiva; hipercalemia persistente; edema refratário; resistente com suspeita renovascular
Endocrinologia	Suspeita de hiperaldosteronismo primário (HAS com hipocalemia ou renina baixa); feocromocitoma e paragangliomas (paroxismos); síndrome de Cushing; tireoidopatias; acromegalia; hiperparatireoidismo com HAS	Triagens não realizadas conforme a suspeita; fármacos interferentes sem preparo — por exemplo, espironolactona e diuréticos antes da relação aldosterona/renina	Resistentes com hipocalemia; paroxismos adrenérgicos; sinais clínicos de endocrinopatia
Pré-natal de alto risco	Pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome HELLP; hipertensão gestacional grave; HAS crônica com necessidade de ajuste terapêutico na gestação; sinais premonitórios de eclâmpsia	—	Encaminhamento imediato nos casos com sinais de gravidade
Atenção especializada pediátrica	Criança ou adolescente sem resposta após seis meses de tratamento com medicamento em monoterapia; HAS secundária suspeita; lesão de órgão-alvo	—	Conforme a gravidade

13.4 Urgência, emergência e hospital

- Atendimento imediato dos casos definidos no Capítulo 12, com estratificação entre emergência, urgência e pseudocrise.
- Emergência hipertensiva: anti-hipertensivos intravenosos, redução gradual conforme o alvo da condição associada, preferencialmente em UTI.
- Urgência hipertensiva: ajuste oral, observação e contrarreferência célere à APS.
- Retorno ambulatorial em sete dias após emergência hipertensiva, com

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 39 de 59

contrarreferência à APS.

- Todo caso mantém o acompanhamento longitudinal com a equipe de referência na APS.

14. Protocolo de regulação do acesso

14.1 Critérios de encaminhamento à atenção especializada

Os critérios abaixo são os do item 13 do PCDT — **Regulação, controle e avaliação pelo gestor**. São os únicos com respaldo normativo direto; os demais critérios operacionais deste documento derivam deles.

Critério	Detalhamento
Suspeita de hipertensão arterial secundária	A depender das possíveis etiologias e dos recursos disponíveis para sua investigação
Diagnóstico de HAS antes dos 40 anos	Deve-se suspeitar de causas secundárias em todos os indivíduos com diagnóstico antes dos 40 anos de idade
Criança ou adolescente sem resposta terapêutica	Sem resposta após seis meses de tratamento com medicamento em monoterapia
Hipertensão arterial resistente	PA elevada após seis meses de tratamento intensivo adequado com três medicamentos e boa adesão terapêutica
Múltiplas comorbidades ou complicações	HAS associada a múltiplas comorbidades ou complicações
RCV muito alto	Pessoas estratificadas como de risco cardiovascular muito alto

Encaminhamento no mesmo dia, sem regulação prévia

Pessoas com **emergências hipertensivas** — AVE, síndromes coronarianas agudas, insuficiência cardíaca com edema agudo de pulmão, dissecção aguda de aorta, doença renal aguda, feocromocitoma, emergências hipertensivas da gestação — e com **urgências hipertensivas** devem ser encaminhadas para avaliação **no mesmo dia** em serviço de urgência e emergência.

14.2 Antes de regular — afastar a pseudorresistência

Uma proporção relevante dos encaminhamentos por hipertensão resistente decorre de pseudorresistência. O PCDT é explícito: a pessoa pode estar usando medicamentos em doses não otimizadas ou apresentar baixa adesão, sendo encaminhada à atenção especializada **por falsa suspeita de HAR**. A checagem abaixo é condição de regulação.

- Técnica de medida da PA e manguito adequados à circunferência do braço.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 40 de 59

- Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, avaliada objetivamente.
- Consumo de sal e de álcool.
- Uso de AINE, corticoides, contraceptivos, imunossuppressores, esteroides anabolizantes e simpaticomiméticos.
- Doses efetivamente otimizadas, até a dose máxima recomendada e tolerada.
- Efeito do avental branco descartado por medida padronizada fora do consultório (MAPA ou MRPA).

14.3 Conjunto mínimo de informações no encaminhamento

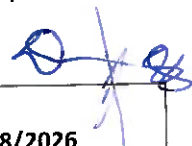
Pactuação local. O objetivo é evitar consultas especializadas improdutivas e devoluções.

- PA de consultório das três últimas aferições e, quando disponível, PA fora do consultório (MAPA ou MRPA) com médias.
- Lista completa de anti-hipertensivos em uso, com doses, posologia, tempo de uso e avaliação de adesão.
- Creatinina e TFGe, potássio, sódio, urina de rotina, albuminúria, perfil lipídico e glicemia.
- ECG de 12 derivações, com laudo.
- RCV calculado pela ferramenta HEARTS e lesões de órgão-alvo identificadas.
- Comorbidades, alergias e eventos adversos prévios a anti-hipertensivos.
- Motivo do encaminhamento, explicitando qual dos critérios do item 14.1 se aplica.

14.4 Critérios de contrarreferência

A contrarreferência é obrigatória e deve permitir que a APS retome integralmente o cuidado. Deve conter, no mínimo:

- Diagnóstico firmado ou hipótese em investigação, com o que foi descartado.
- Meta pressórica individualizada definida para aquela pessoa e a justificativa.
- Esquema terapêutico completo, com doses e orientações de titulação.
- Exames a repetir, com periodicidade, e parâmetros de segurança a vigiar (por exemplo, potássio e creatinina após IECA, BRA ou espirolactona).
- Sinais de alarme que justificam novo encaminhamento.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 41 de 59

- Periodicidade do seguimento na APS e necessidade — ou não — de retorno à especialidade.

14.5 Periodicidade da reavaliação especializada e dos exames complementares

Pactuação local homologada — decisão D6. Não há norma nacional que fixe prazos de acesso ou periodicidade de reavaliação especializada nesta condição. A regra abaixo é decisão desta rede e não decorre do PCDT.

Estrato de risco cardiovascular	Periodicidade de reavaliação especializada e de exames complementares
Baixo risco	Anual
Risco moderado	Semestral
Alto e altíssimo risco	Trimestral

A periodicidade não gera agendamento automático

A tabela acima define o **intervalo máximo** de reavaliação, não uma agenda recorrente cativa na especialidade. Para ser reavaliada na atenção especializada, a pessoa deve **apresentar queixa ou sintoma**, ou ser encaminhada para **checagem e delineamento da condição**.

Concluída a avaliação do especialista e devolvido o plano terapêutico à APS, a **periodicidade não se mantém automaticamente**: o retorno à especialidade passa a depender de nova indicação clínica. O seguimento longitudinal permanece na APS, na periodicidade do Capítulo 15.

Esta regra existe para evitar dois problemas opostos: a perda de seguimento de quem tem risco elevado e o represamento da agenda especializada por retornos sem indicação.

Regra de ouro da coordenação do cuidado

O PCDT determina que **todos os pacientes encaminhados para avaliação ou acompanhamento, em serviço de urgência ou não, devem manter o acompanhamento longitudinal com a sua equipe de referência na APS**. O encaminhamento é compartilhamento de cuidado, não transferência de responsabilidade.

15. Monitoramento e seguimento

Um sistema organizado de monitoramento regular, aliado à terapia medicamentosa, mostrou redução da PA e da mortalidade por todas as causas em cinco anos de seguimento. Sistemas de recordação da data de retorno reduzem faltas às consultas e melhoram o controle da PA.

Ação de monitoramento	Periodicidade
Reavaliação	Um mês após o início do tratamento; um mês a cada modificação do tratamento, até que seja alcançado o alvo terapêutico

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 42 de 59

Ação de monitoramento	Periodicidade
Acompanhamento	Duas a quatro vezes por ano durante o primeiro ano após o início do tratamento, idealmente no intervalo de 3 a 6 meses; semestral após alcançado o alvo terapêutico
Exames laboratoriais	Anualmente ou pelo menos a cada 2 anos: perfil lipídico, glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, creatinina, potássio, sódio (se em uso de diurético tiazídico) e urinálise. <i>Esta linha de cuidado adota a periodicidade anual como pactuação local — ver decisão D4</i>
Eletrocardiograma	O PCDT registra que não foram encontradas evidências relativas à periodicidade de solicitação de ECG em hipertensos assintomáticos. Solicitar na avaliação inicial e conforme indicação clínica — ver decisão D3

Quadro 20 do PCDT, acrescido das definições sobre exames complementares do item 12 do protocolo.

15.1 O que avaliar em cada retorno

- **Controle da PA em consultório** — padrão-ouro por apresentar as melhores evidências de impacto em desfechos. Considerar MAPA quando houver suspeita de avental branco ou mascarada, em pessoas de alto RCV, e na avaliação de sintomas sugestivos de hipotensão pelo tratamento.
- **Adesão** ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
- **Fatores de risco modificáveis** — alimentação, inatividade física, tabagismo, consumo excessivo de álcool, apneia do sono, uso de medicamentos que elevam a PA (por exemplo, contraceptivos hormonais).
- **Sintomas de lesão de órgão** — cérebro e olhos (cefaleia, pré-síncope, síncope, redução da visão, déficit sensitivo ou motor, piora cognitiva); coração (dor torácica, dispneia, edema, palpitações); rins (polidipsia, poliúria, noctúria, hematúria); sistema arterial periférico (extremidades frias, claudicação intermitente).
- **Exame físico** — peso e altura para IMC, circunferência abdominal, ausculta cardíaca, palpação de pulsos e exame neurológico sumário.
- **Eventos adversos** dos anti-hipertensivos.

Inércia clínica

A constatação de PA elevada na consulta, com técnica correta, deve **sempre** suscitar a busca da causa — as mais comuns são má adesão, hipertensão do avental branco e ingestão de substâncias que elevam a PA, como sal, álcool e AINE. Identificada e corrigida a causa, reavaliar com medidas repetidas nas semanas seguintes. Se a PA persistir elevada, a **intensificação deve ser realizada**, a fim de evitar a inércia clínica — um dos principais contribuintes para o controle inadequado da PA em todo o mundo.

Monitoramento na gestação: é essencial para a saúde da mulher e do bebê, pela associação com restrição do crescimento intrauterino, natimorto e parto prematuro.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 43 de 59

Relação com a periodicidade por estrato de risco

A periodicidade deste capítulo é a do **seguimento longitudinal na APS** e decorre do PCDT. A periodicidade por estrato de risco do item 14.5 — baixo anual, moderado semestral, alto e altíssimo trimestral — refere-se à **reavaliação especializada e aos exames complementares**, é pactuação local e **não substitui** o seguimento da APS descrito aqui.

16. Adesão terapêutica

Dados nacionais mostram que as taxas de controle da HAS variam amplamente, entre **10% e 50%**. Os índices de não adesão vão de **8,2% a 74,9%**, dependendo da forma de avaliação. Estima-se que apenas 40% das pessoas com HAS recebam terapia medicamentosa e que, destas, 35% controlem a PA. A falta de adesão é o fator mais frequente entre os que influenciam o controle da HAS.

16.1 Dimensões que influenciam a adesão

Dimensão	Fatores
Socioeconômica	Sexo, idade, escolaridade, renda, acesso a transporte, distância aos serviços de saúde, moradia em zona rural, situações de desastre e pandemia
Tratamento medicamentoso	Custo de aquisição, eventos adversos, complexidade e tempo de tratamento
Equipe e sistema de saúde	Relacionamento equipe-pessoa, comunicação, individualização do tratamento, identificação da não adesão e atualização do tratamento
Relacionados à pessoa	Negação ou aceitação da doença, percepção do benefício, conhecimento sobre a doença e o tratamento, percepção de dependência e de eventos adversos, apoio familiar
Relacionados à doença	Ausência ou presença de sintomas, complicações a longo prazo, comorbidades associadas e qualidade de vida

16.2 Intervenções com evidência

- **Autocuidado apoiado:** estratégias motivacionais, monitorização da PA em casa, telemonitoramento, educação em saúde individual e em grupo, lembretes e caixas organizadoras de medicamentos, apoio familiar e social, envio de mensagens por telefone móvel.
- **Tratamento medicamentoso:** evitar doses elevadas em monoterapia; preferir medicamentos com menos eventos adversos; receituário de fácil entendimento, escrito ou impresso; tratamento diferenciado para grupos específicos.
- **Equipes e sistemas:** fixar profissionais à equipe de Saúde da Família; usar

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 44 de 59

formas de comunicação de fácil compreensão; realizar **busca ativa** das pessoas que faltam às consultas; realizar visitas domiciliares; atuar em equipe multidisciplinar; contribuir para o acesso aos medicamentos.

- As evidências destacam a atuação do **farmacêutico**, no contexto do cuidado farmacêutico, e do **enfermeiro** na promoção da adesão.

Cuidado farmacêutico

No momento da dispensação devem ser fornecidas informações sobre o processo de uso do medicamento, interações medicamentosas e possíveis reações adversas. A integração do cuidado farmacêutico aos protocolos é apontada pelo PCDT como fundamental para uma assistência mais segura, efetiva e centrada na pessoa.

17. Papéis da equipe

Categoria	Atribuições nesta linha de cuidado
Agente comunitário de saúde	Busca ativa de faltosos; visitas domiciliares (duas visitas com intervalo mínimo de 30 dias compõem o indicador C5); apoio à adesão; identificação de barreiras de acesso
Enfermagem	Acolhimento; medida da PA com técnica correta e registro sem arredondamentos; orientação de MRPA; educação em saúde e apoio ao autocuidado; seguimento de curto prazo; registro no prontuário eletrônico
Médico da APS	Confirmação diagnóstica; estratificação do RCV; definição da meta individualizada; prescrição e ajuste; investigação de lesão de órgão-alvo e de causas secundárias; decisão de encaminhamento; gestão dos casos complexos
Equipe de Saúde Bucal	Avaliação prévia a procedimentos invasivos com risco de sangramento; manutenção do acompanhamento odontológico, reforçando o papel da APS como coordenadora do cuidado
eMulti — Equipes Multiprofissionais na APS	Apoio matricial e cuidado compartilhado: nutrição, atividade física, apoio psicossocial, serviço social. Substituiu o NASF-AB, que perdeu o cofinanciamento federal em 2019; as eMulti foram instituídas pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023
Farmacêutico	Cuidado farmacêutico: orientação na dispensação, revisão da farmacoterapia, identificação de interações e de eventos adversos, apoio à adesão
Gestão	Garantir estrutura física, exames laboratoriais e capacitação da equipe multidisciplinar, considerando o perfil epidemiológico local, as necessidades de saúde e a capacidade instalada do território; manter atualizados os registros de estoque, distribuição e dispensação e encaminhá-los ao Ministério da Saúde via BNAFAR

O Programa Academia da Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) integram formalmente esta linha de cuidado, conforme previsto no item 13 do PCDT. As PICS não substituem o tratamento convencional.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 45 de 59

18. Indicadores e monitoramento da linha de cuidado

18.1 Indicador oficial vigente

Atenção — mudança normativa

O **Previne Brasil** foi revogado. A Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, instituiu nova metodologia de cofinanciamento federal da APS e, em seu art. 7º, revogou as Portarias GM/MS nº 2.979 e nº 2.983, de 2019. O indicador de hipertensão passou a ser o **C5 — Cuidado da pessoa com hipertensão**, apurado por pontuação de boas práticas, e não mais como proporção simples de consulta com PA aferida no semestre.

Componente	Definição
Numerador	Somatório das boas práticas pontuadas para a pessoa com hipertensão no período
Denominador	Quantidade total de indivíduos com hipertensão vinculados à equipe no período avaliado
Boa prática A — 25 pontos	Consulta presencial ou remota realizada por médico ou enfermeiro nos últimos 6 meses
Boa prática B — 25 pontos	Registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses
Boa prática C — 25 pontos	Registro simultâneo de peso e altura nos últimos 12 meses
Boa prática D — 25 pontos	Duas visitas domiciliares por ACS ou TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, nos últimos 12 meses
Cálculo	Somatório de pontos alcançados dividido pelo denominador, em escala de 0 a 100
Periodicidade	Atualização e monitoramento mensais; avaliação quadrimestral

Consequência operacional imediata

Três das quatro boas práticas dependem de **registro** e não de conduta clínica adicional: peso e altura no mesmo atendimento, visita domiciliar do ACS com intervalo mínimo de 30 dias, e a própria aferição registrada. A perda de pontuação por sub-registro é a falha mais comum e a mais barata de corrigir. Recomenda-se auditoria mensal de completude desses três campos.

18.2 Indicadores locais complementares — APS

Metas e prazos desta seção e das seguintes são **pactuação local homologada** — decorrem das deliberações do Capítulo 19, não do PCDT. A apuração operacional destes indicadores está no **Protocolo de gestão do cuidado** (Capítulo 21).

Indicador	Definição	Meta sugerida	Periodicidade	Fonte	Responsável
Indicador oficial	Conforme item 18.1	A pactuar com base	Mensal (avaliação)	Sistema de informação	Coordenação

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica

Emissão: agosto de 2026
Revisão e Finalização: 07/08/2026
Atualização: Anual

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 46 de 59

Indicador	Definição	Meta sugerida	Periodicidade	Fonte	Responsável
C5		na série histórica local	quadrimestral)	da APS	da APS
Controle pressórico	N: pessoas com HAS cuja última PA está na meta individualizada registrada no plano terapêutico; D: pessoas com HAS acompanhadas no período	≥ 60–70%	Mensal	Prontuário eletrônico (campo PA)	Equipe da APS
Controle no idoso frágil	N: idosos frágeis com PA entre 140–149/70–79 mmHg ou na meta individual registrada; D: idosos frágeis acompanhados	≥ 70%	Mensal	Prontuário eletrônico	Equipe da APS
Estratificação de RCV	N: pessoas de 40 a 74 anos com RCV calculado pela ferramenta HEARTS nos últimos 12 meses; D: pessoas de 40 a 74 anos com HAS ou PA normal alta	≥ 80%	Trimestral	Prontuário eletrônico	Equipe da APS
Segurança em uso de diurético	N: pessoas em uso de diurético tiazídico ou de alça com sódio, potássio e creatinina dosados após o início ou ajuste de dose; D: pessoas que iniciaram ou tiveram ajuste de diurético. <i>Única regra numérica fixada — ver decisão D5</i>	≥ 90%	Mensal	Laboratório e prontuário	APS e SADT
Reavaliação em 1 mês	N: pessoas reavaliadas em até 45 dias após início ou modificação do tratamento; D: pessoas que iniciaram ou modificaram o tratamento	≥ 85%	Mensal	Prontuário eletrônico	Equipe da APS
Reavaliação dentro do estrato de risco	N: pessoas reavaliadas dentro do intervalo do seu estrato (item 14.5); D: pessoas com RCV estratificado	≥ 85%	Trimestral	Prontuário e sistema de regulação	APS e regulação

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 47 de 59

18.3 Indicadores locais complementares — SADT

Indicador	Definição	Meta sugerida	Periodicidade	Fonte	Responsável
Qualidade da MAPA	N: exames com $\geq 70\%$ de leituras válidas; D: MAPAs realizados	$\geq 95\%$	Mensal	Sistema do SADT	Coordenação do SADT
Tempo de resposta dos laudos	N: laudos emitidos dentro do prazo pactuado; D: total de laudos do período	$\geq 90\%$	Mensal	Sistema do SADT	Coordenação do SADT
Contrarreferência no prazo	N: laudos enviados ao prontuário eletrônico dentro do prazo pactuado; D: laudos emitidos	$\geq 95\%$	Mensal	SADT e prontuário	SADT e APS
Parâmetros mínimos no laudo	N: laudos contendo os campos mínimos (médias de 24 h, vigília e sono na MAPA; critérios de HVE no ECG e no ecocardiograma; classificação da retinopatia na fundoscopia); D: laudos emitidos	$\geq 95\%$	Mensal	Auditoria clínica	Núcleo de qualidade

18.4 Indicadores locais complementares — atenção especializada

Indicador	Definição	Meta sugerida	Periodicidade	Fonte	Responsável
Apropriação do encaminhamento	N: encaminhamentos com o conjunto mínimo do item 14.3 completo; D: encaminhamentos enviados	$\geq 90\%$	Mensal	Sistema de regulação	APS
Pseudorresistência descartada	N: encaminhamentos por HAR com checklist do item 14.2 completo; D: encaminhamentos por HAR	$\geq 95\%$	Mensal	Sistema de regulação	APS
Tempo até a primeira consulta	N: pessoas atendidas dentro do intervalo do seu estrato de risco (item 14.5); D: total encaminhado eletivamente	$\geq 85\%$	Mensal	Sistema de regulação	Regulação e especialidades
Contrarreferência tempestiva	N: consultas com plano e meta devolvidos no prazo pactuado; D: consultas realizadas	$\geq 95\%$	Mensal	Prontuário e regulação	Especialidades
Desfecho pós-encaminhamento	Variação média da PA entre o momento pré-encaminhamento e 3 a 6 meses após	Redução $\geq 10/5$ mmHg	Trimestral	Prontuário eletrônico	APS e especialidades

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 48 de 59

18.5 Indicadores locais complementares — urgência e emergência

Indicador	Definição	Meta sugerida	Periodicidade	Fonte	Responsável
Retorno em 7 dias após emergência hipertensiva	N: altas por emergência hipertensiva com retorno ambulatorial agendado em ≤ 7 dias; D: altas por emergência hipertensiva	≥ 90%	Mensal	Sistema hospitalar e prontuário	UPA/hospital e APS
Contrarreferência pós-alta	N: altas por crise hipertensiva com contrarreferência recebida pela APS; D: altas por crise hipertensiva	≥ 90%	Mensal	Sistema hospitalar e prontuário	UPA/hospital e APS
Recidiva em 30 dias	N: reconsultas por crise hipertensiva em 30 dias; D: altas por crise hipertensiva	≤ 10%	Mensal	Sistema hospitalar	Gestão da linha de cuidado
Classificação da crise registrada	N: atendimentos por PA ≥ 180/120 mmHg com registro da classificação em emergência, urgência ou pseudocrise; D: atendimentos por PA ≥ 180/120 mmHg	≥ 95%	Mensal	Sistema hospitalar	UPA/hospital

19. Deliberações de gestão

Os pontos abaixo eram divergências entre fontes, omissões do PCDT ou escolhas locais que **não podiam ser resolvidas por inferência técnica**. Foram submetidos ao autor e ao gestor e estão **deliberados** nesta versão 2.1. A coluna final é a decisão homologada e vigente; as anteriores preservam o rastro de por que a questão existia.

Nº	Questão	Situação nas fontes	Decisão homologada
D1	Meta de pressão arterial	O PCDT diverge internamente: o item 10.a descreve meta escalonada (< 140/90 inicial; < 130/80 se bem tolerado em < 65 anos ou com comorbidades; 65–79 anos com piso de 120/70), enquanto a nota (b) da figura do algoritmo afirma que “a meta terapêutica é atingir PA inferior a 130/80 mmHg”	Adotada a redação escalonada do corpo normativo do PCDT, em vez de arbitrar um valor único. Preserva o piso de segurança do idoso e a etapa intermediária de 140/90 mmHg
D2	Três itens do elenco do SUS ausentes da REMUME	Losartana potássica, mesilato de doxazosina e cloridrato de verapamil constam do Quadro 13 do PCDT e do Componente Básico da RENAME 2024 (Portaria GM/MS nº 6.324, de 26/12/2024). Não pertencem ao CEAF	Seguir sem a incorporação por ora, pelas vias existentes: incorporação à REMUME pela CFT municipal como via própria, e Farmácia Popular como acesso imediato — que alcança apenas a losartana. Registrado que doxazosina e verapamil ficam sem via alternativa até a incorporação. A via do alto custo (CEAF) não se aplica a nenhum dos três

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 49 de 59

Nº	Questão	Situação nas fontes	Decisão homologada
D3	Periodicidade do eletrocardiograma	O PCDT declara expressamente que não foram encontradas evidências sobre a periodicidade de solicitação de ECG em hipertensos assintomáticos	Manter sem periodicidade fixa, já que não há norma para tal. ECG na avaliação inicial e conforme indicação clínica. Nenhum indicador de cobertura anual de ECG foi criado
D4	Periodicidade dos exames laboratoriais	O PCDT admite faixa ampla: “anualmente ou pelo menos a cada 2 anos”	Anual
D5	Prazo para dosar potássio e creatinina após início ou ajuste	O PCDT indica a necessidade da monitorização, mas não fixa prazo	Seguir o perfil clínico estabelecido, sem regra numérica genérica. Exceção única: uso de diurético — nessa situação há regra própria, com dosagem de sódio, potássio e creatinina após início e após cada ajuste de dose, aferida pelo indicador do item 18.2
D6	Periodicidade de reavaliação especializada e de exames complementares	Não há norma nacional que fixe prazos para MAPA, ecocardiograma ou primeira consulta especializada nesta condição	Periodicidade por estrato de risco, como pactuação local desta rede: baixo risco anual; risco moderado semestral; alto e altíssimo risco trimestral. A periodicidade define intervalo máximo, não agendamento automático: a pessoa deve apresentar queixa ou sintoma, ou ser encaminhada para checagem e delineamento da condição; concluída a avaliação do especialista, a periodicidade não se mantém automaticamente. Detalhado no item 14.5
D7	Apresentação de nifedipino	A relação anterior registrava apenas nifedipino 20 mg; o PCDT emprega a apresentação de 10 mg, inclusive no protocolo de crise hipertensiva da gestante (10 mg repetidos a cada 20 a 30 minutos, até 30 mg)	Nifedipino 10 mg está disponível — confirmado pela Assistência Farmacêutica. A pendência está encerrada. Mantida no elenco a advertência de que a apresentação de 20 mg não substitui a de 10 mg no protocolo obstétrico
D8	Referências removidas da versão 1.0	A versão anterior citava a Resolução Normativa ANS nº 581/2023 (saúde suplementar) e os <i>International/National Patient Safety Goals</i> da Joint Commission (acreditação hospitalar internacional), sem vínculo com a regulação do SUS para esta condição; e a Nota Técnica nº 64/2022 do Previne Brasil, revogado	Manter a remoção. Caso a instituição adote referencial de acreditação, ele deve constar de documento próprio de gestão da qualidade, não da linha de cuidado clínica
D9	Escopo pediátrico	O PCDT cobre rastreamento a partir dos 3 anos, diagnóstico por percentis (Quadro 9) e tratamento (Quadro 19)	Homologado. Este protocolo cobre adulto e gestante, com os gatilhos de rastreio e o critério de encaminhamento pediátrico preservados. O manejo de criança e adolescente será objeto de protocolo específico

[Assinatura]

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 50 de 59

O que permanece em aberto

Nenhuma das nove questões segue pendente de decisão. Duas dependem de ato de terceiros para se encerrarem na prática:

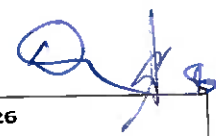
- D2 — a incorporação de losartana, doxazosina e verapamil à REMUME depende de deliberação da Comissão de Farmácia e Terapêutica municipal. Até lá, o protocolo opera com a restrição documentada.
- D9 — o protocolo específico de criança e adolescente com HAS ainda será elaborado.

20. Catálogo de protocolos

Esta Linha de Cuidado é matricial: ela estabelece o que precisa acontecer, não como cada etapa é executada. O que segue é o **catálogo completo** dos protocolos que dela derivam e dos protocolos externos que ela referencia. Cada protocolo derivado é documento **apartado**, com cabeçalho, versionamento e assinaturas próprios.

20.1 Protocolos derivados desta Linha de Cuidado

Código	Protocolo	Objeto	Origem nesta Linha de Cuidado
PR-HAS-01	Aferição da pressão arterial e monitorização fora do consultório	Preparo, técnica de medida manual e automatizada, registro sem arredondamento, indicação e leitura de MAPA e MRPA	Capítulos 6.1 e 6.3
PR-HAS-02	Rastreamento, diagnóstico e estratificação de risco cardiovascular	Fluxo do rastreio anual à confirmação diagnóstica, cálculo do RCV pela calculadora HEARTS e pesquisa de lesão de órgão-alvo e de causas secundárias	Capítulos 5, 6 e 7
PR-HAS-03	Tratamento e intensificação na Atenção Primária	Início por perfil clínico, titulação, associação, troca, conduta na hipertensão resistente e situações especiais	Capítulos 8, 9, 10 e 11
PR-HAS-04	Urgência e emergência hipertensiva	Triagem, classificação entre emergência, urgência e pseudocrise, alvos de redução, encaminhamento e retorno em sete dias	Capítulo 12
PR-HAS-05	Garantia de acesso — regulação	Crêterios de encaminhamento, checagem obrigatória de pseudoresistência, conjunto mínimo de informações, contrarreferência e periodicidade por estrato de risco	Capítulos 13.3 e 14
PR-HAS-06	Gestão do cuidado	Checklists, fichas padronizadas, rotina de registro, métricas e apuração dos indicadores C4 (diabetes) e C5 (hipertensão)	Capítulos 15, 17 e 18
PR-HAS-07	Hipertensão arterial em criança e adolescente	Rastreio por percentis, diagnóstico, tratamento e encaminhamento pediátrico	Capítulos 5.2 e 11.6 — deliberação D9



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 51 de 59

20.2 Protocolos externos referenciados

Os documentos abaixo **não são reproduzidos** nesta linha de cuidado nem nos protocolos dela derivados. A remissão é a forma correta de tratá-los: duplicar conduta cria divergência silenciosa quando a fonte é atualizada.

Documento	Quando esta Linha de Cuidado remete a ele	Capítulo
Protocolo hospitalar de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) — municipal, vigente	Manejo hospitalar dos distúrbios hipertensivos da gestação. Esta linha informa apenas o reconhecimento e o encaminhamento na APS	11.5 e 12
PCDT das Dislipidemias — Ministério da Saúde	Uso de estatinas conforme o risco cardiovascular	7, 8 e 11.2
PCDT do Tabagismo — Ministério da Saúde	Prescrição de medicamentos para cessação do tabagismo	10
PCDT de Sobrepeso e Obesidade em Adultos — Ministério da Saúde	Redução da ingestão calórica e da massa corporal	10
PCDT da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida — Ministério da Saúde	Quando a terapia anti-hipertensiva não é a conduta necessária	11.2
Manual de gestação de alto risco — Ministério da Saúde, 2022	Fármacos permitidos e crise hipertensiva na gestação	11.5 e 12.3

20.3 Regra de emissão e de subordinação

- **Codificação:** `PR-HAS-nn`. A numeração é definitiva — protocolo revogado não tem o código reaproveitado.
- **Subordinação:** todo protocolo derivado declara, na abertura, que decorre desta Linha de Cuidado e qual capítulo operacionaliza. Havendo conflito, prevalece a Linha de Cuidado, salvo norma superveniente.
- **Versionamento independente:** cada protocolo tem sua própria versão e data de revisão. A revisão da Linha de Cuidado **obriga** a conferência de todos os protocolos derivados, mas não os reversiona automaticamente.
- **Elenco:** os protocolos derivados operam no elenco da **REMUME**, como esta Linha de Cuidado. Alternativas fora do elenco municipal constam apenas do **Manual apartado**.
- **Revisão:** anual, ou antes, na hipótese de atualização do PCDT, da RENAME, dos indicadores da APS ou da REMUME.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 52 de 59

21. Referências

21.1 Base normativa e fontes primárias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23 de julho de 2025.** Torna pública a decisão de aprovar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, DF, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 22, de 10 de maio de 2023.** Incorpora ao SUS a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2024. Art. 7º — revoga as Portarias GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, e nº 2.983, de 11 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota metodológica do indicador C5 — Cuidado da pessoa com hipertensão.** Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023.** Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, as equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024.** Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — RENAME 2024 no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2024. *Losartana potássica, mesilato de doxazosina e cloridrato de verapamil constam do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestão de alto risco.** Brasília, DF, 2022.

21.2 Diretrizes e fontes técnicas adotadas pelo PCDT

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTO, L. A. et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial — 2020.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021.

MANCIA, G.; KREUTZ, R.; BRUNSTRÖM, M. et al. **2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.** *Journal of Hypertension*, v. 41, n. 12, p. 1874–2071, dez. 2023.

UNGER, T.; BORGHI, C.; CHARCHAR, F. et al. **2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines.** Referência nº 26 do PCDT.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **HEARTS: pacote de medidas técnicas para o manejo das doenças cardiovasculares na atenção primária à saúde.** Calculadora de risco cardiovascular adotada pelo PCDT.

SIDDIQUI, S.; MALATESTA-MUNCHER, R. **Hypertension in children and adolescents: a review.** Referência nº 37 do PCDT, fonte dos quadros pediátricos.

21.3 Referências históricas — não utilizar isoladamente

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica.** Brasília, DF, 2020. *Anterior ao PCDT de 2025.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília, DF, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). *Série descontinuada.*

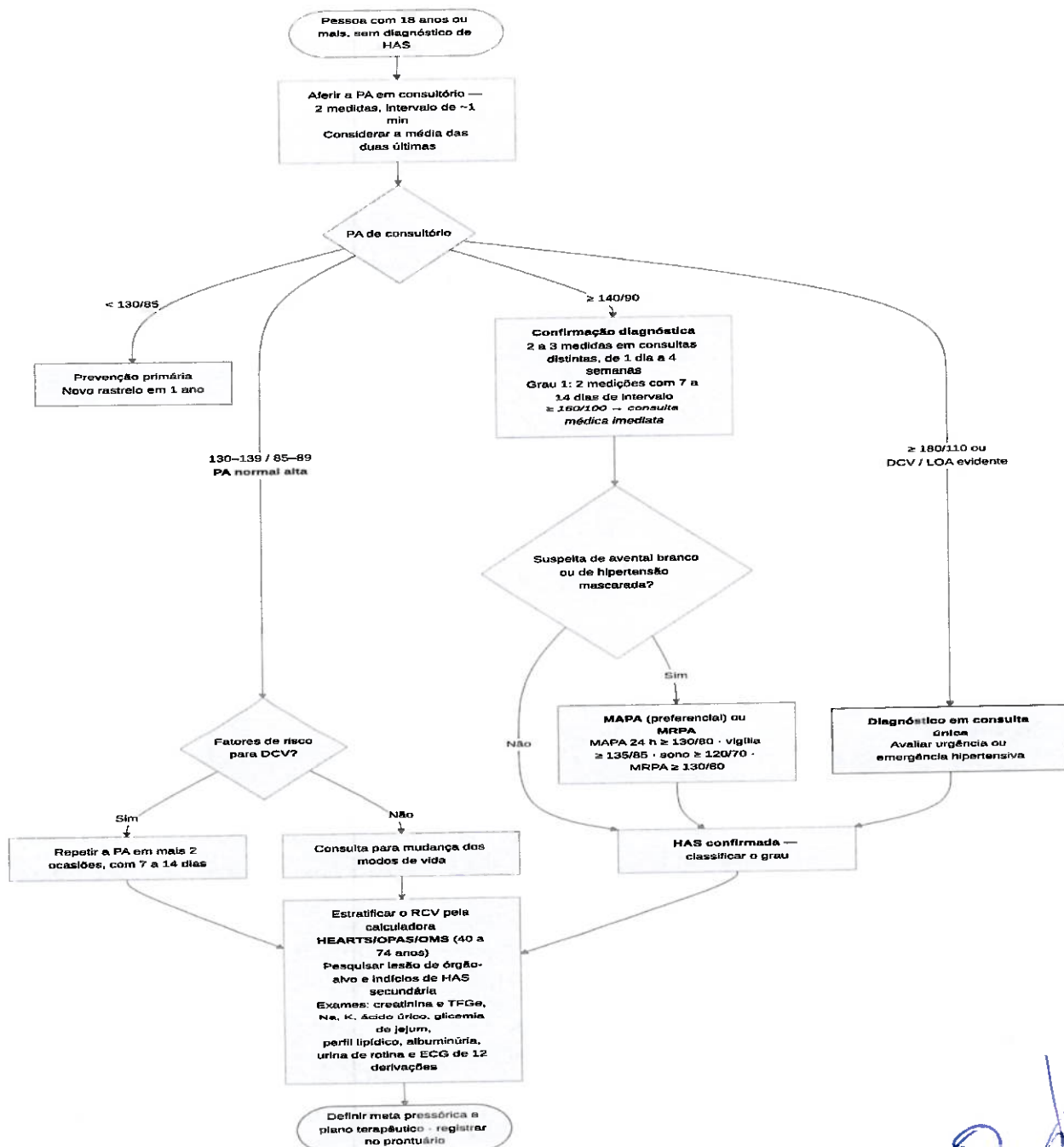
Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 53 de 59

Anexo — Fluxogramas

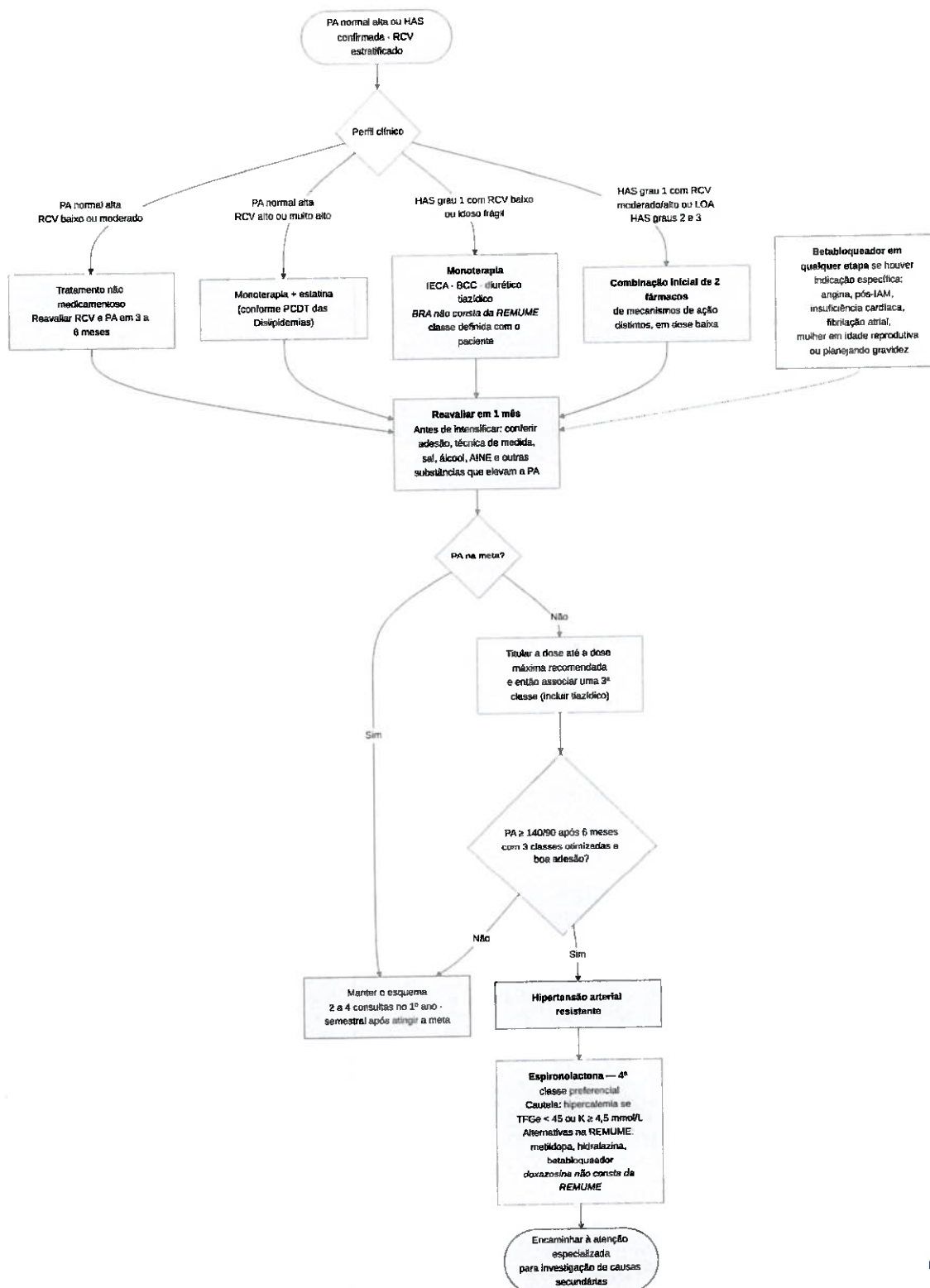
Os cinco fluxogramas abaixo foram redesenhados nesta versão a partir do PCDT vigente. Substituem integralmente os fluxos da versão 1.0.

Fluxo 1 — Rastreamento e diagnóstico na APS



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 54 de 59

Fluxo 2 — Tratamento e intensificação (elenco da REMUME)

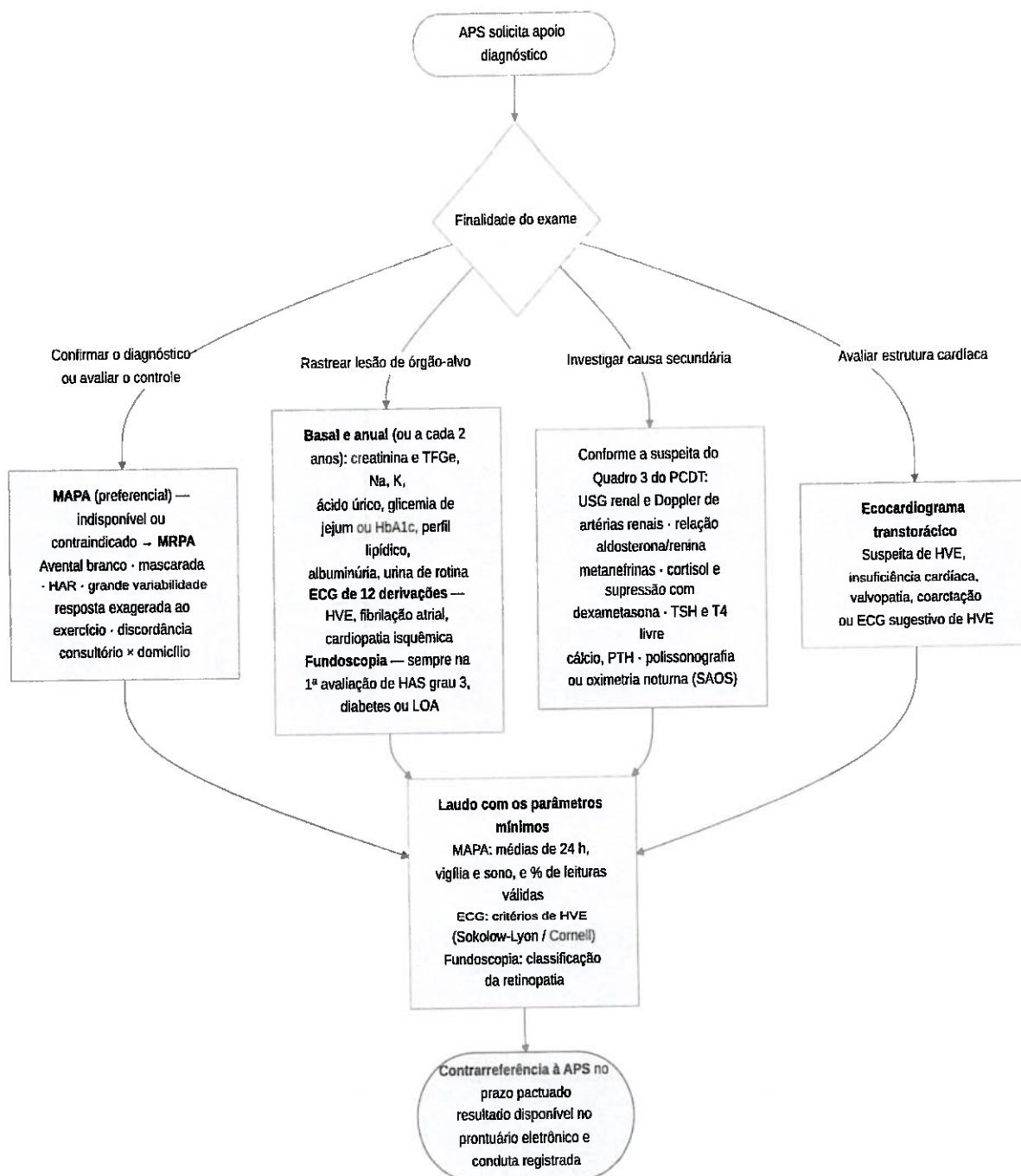


[Assinatura]

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 55 de 59

Fluxo 3 — Apoio diagnóstico e terapêutico

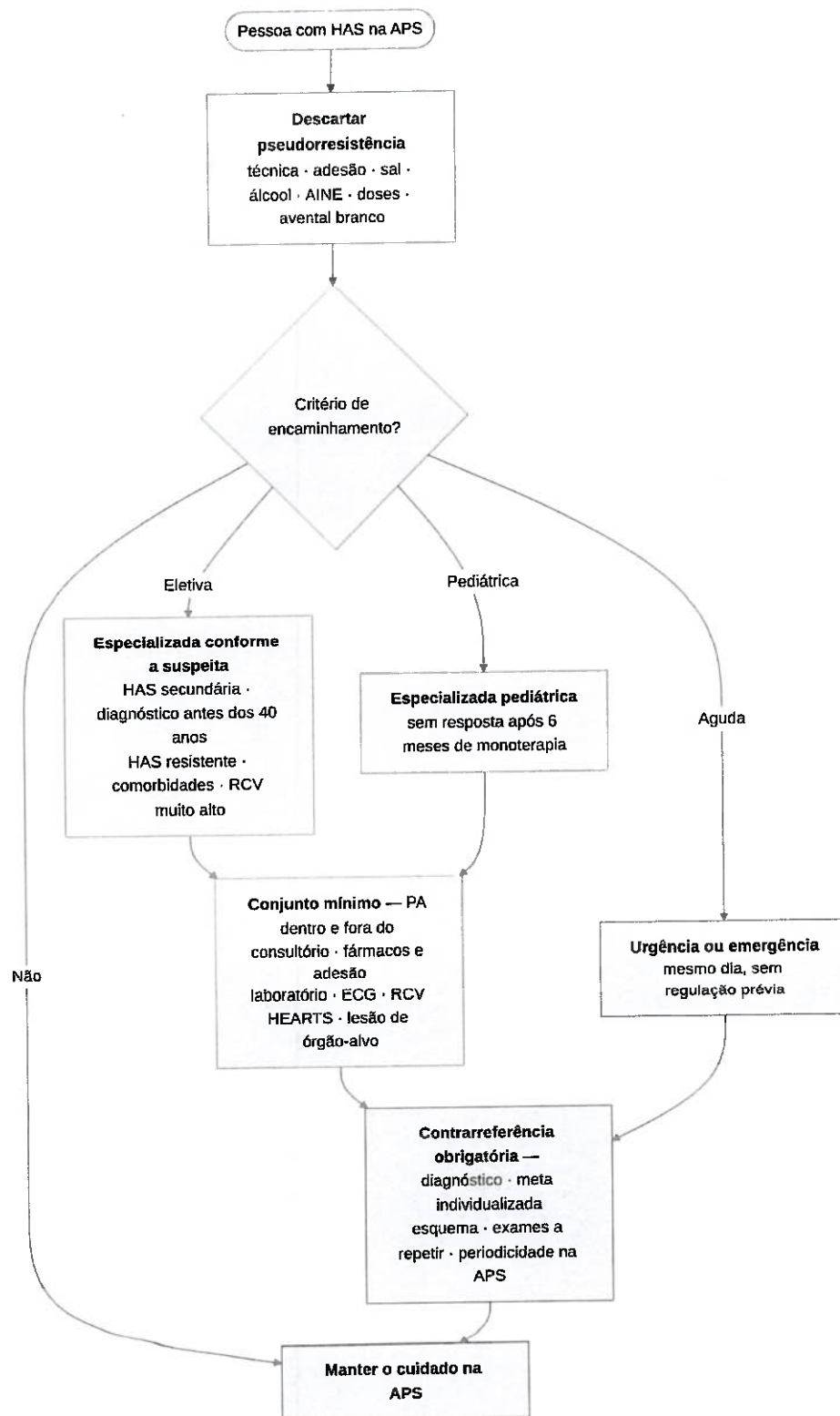


[Handwritten signature]

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 56 de 59

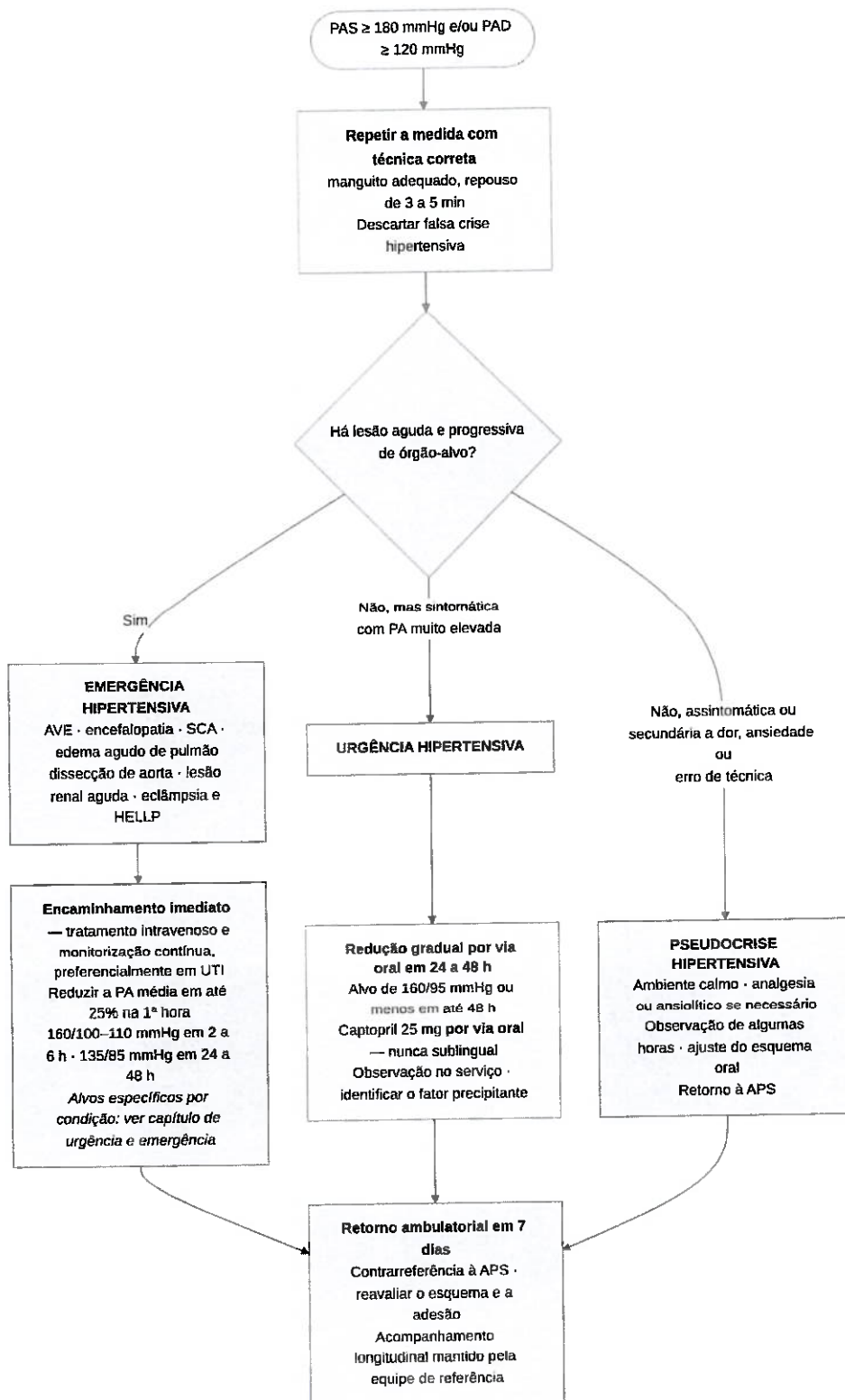
Fluxo 4 — Regulação do acesso e contrarreferência



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 57 de 59

Fluxo 5 — Urgência e emergência hipertensiva



[Handwritten signature]

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica			Página 58 de 59

Controle de versão

Versão 2.1 — agosto de 2026. Incorpora as nove deliberações de gestão do Capítulo 19 e a correção do elenco após confirmação da Assistência Farmacêutica.

Versão 2.0 — agosto de 2026. Revisão integral sobre o PCDT da HAS (Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23/07/2025).

Versão 1.0. Baseada nos Cadernos de Atenção Básica e na Linha de Cuidado do MS de 2020.

Próxima revisão programada: **agosto de 2027**, ou antes, na hipótese de atualização do PCDT, da RENAME ou dos indicadores da APS.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0007	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica		Página 59 de 59

Elaboração e ciência:

Elaborado por:	Função	Assinatura
Jaqueline G. Silva	Coordenadora de Enfermagem APS	Jaqueline Gomes da Silva Coord. de Enfermagem COREN-SP 403936
Antônio Victor S. Pepe	Coordenador Médico APS	Dr. Antonio Victor Silva Pepe Coordenador Médico da APS CRM-SP 167714

Aprovado:	Função	Assinatura
Daniel Freitas	Secretário de Saúde	Daniel Freitas Secretário Municipal de Saúde Cajamar-SP

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
---	--