

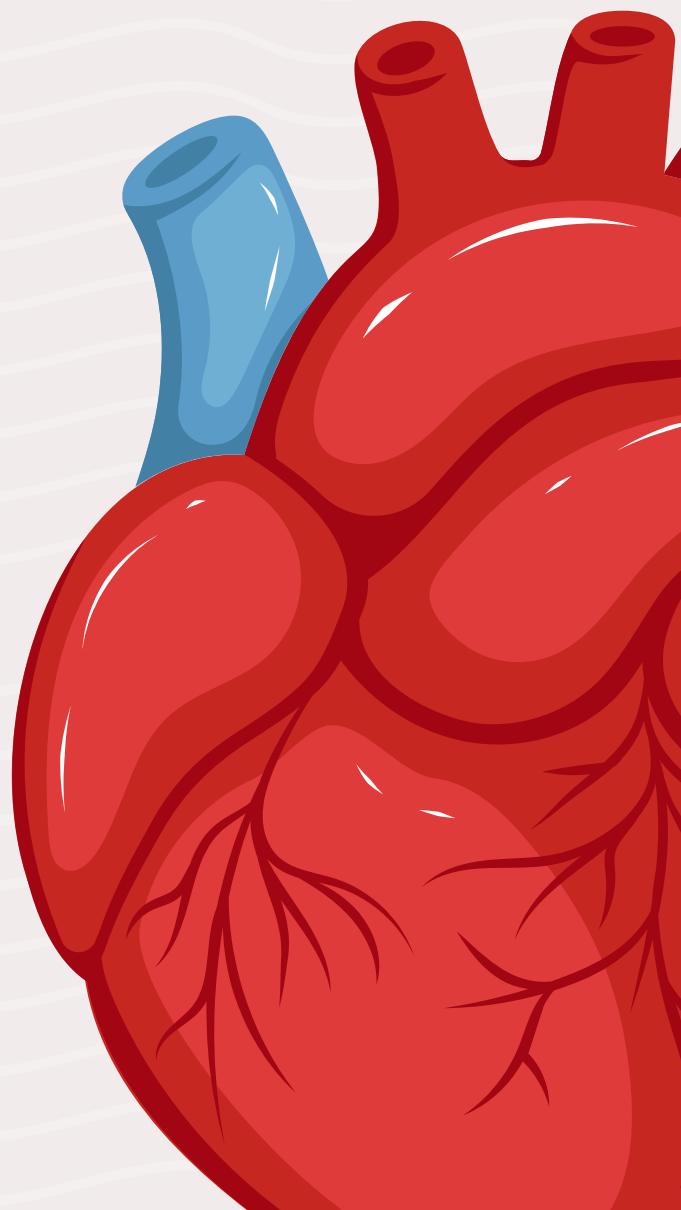


GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

GUIA DE ATENÇÃO AO INDIVÍDUO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Porto Alegre,
Abril de

2026

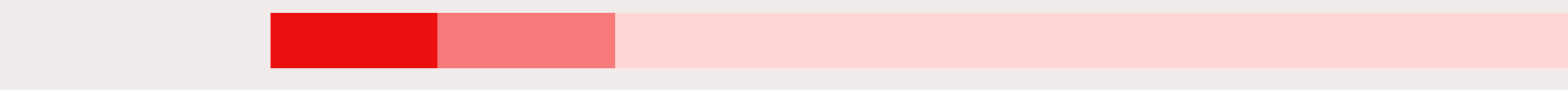




DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE (DAPPS)

**GUIA DE ATENÇÃO AO INDIVÍDUO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
Abril de 2026**



É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Tiragem: 2ª edição – 2026 – versão eletrônica.

ELABORAÇÃO

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Arita Gilda Hubner Bergmann

Secretária de Estado da Saúde

Ana Lucia Pires Afonso da Costa

Secretária de Estado da Saúde Adjunta

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE (DAPPS)

Marilise Fraga de Souza

Diretora do DAPPS

Fernanda Barreto Mielke

Diretora adjunta substituta do DAPPS

Divisão de Doenças de Condições Crônicas Transmissíveis e Não Transmissíveis

Seção de Doenças de Condições Crônicas Não Transmissíveis

Dani Krueel Bandeira

Daniel Tassinari Felber

Jonatan Pereira da Rosa

Júlia Maia Reck

Luciana Bocaccio Sperb de Freitas

Raíssa Barbieri Ballejo Canto

Divisão de Atenção Primária à Saúde

Janilce Dorneles de Quadros

Josiane Schneiders

Marina Soares Buralde

Divisão de Políticas de Promoção da Equidade

Francis Rodrigues Pereira

Francyne da Silva Silva



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AMPA – Auto-medida da Pressão Arterial

APS – Atenção Primária à Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doença Cardiovascular

DM – Diabetes Mellitus

ELSA – Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto

ERCV – Estratificação de risco cardiovascular

ERC – Estrato de risco cardiovascular

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC – Índice de Massa Corporal (IMC)

MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MRPA – Monitorização Residencial da Pressão Arterial

OMS – Organização Mundial da Saúde (em inglês *World Health Organization* (WHO))

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistêmica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RCV – Risco Cardiovascular

SES/RS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1. Introdução	5
2. Objetivos	6
3. Definição e fatores de risco	6
4. Rastreamento	7
5. Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica	7
6. Técnicas de aferição da pressão arterial	8
7. Classificação	8
8. Cenário epidemiológico	9
9. Monitoramento do cuidado da pessoa com hipertensão no contexto do cofinanciamento federal da APS	10
10. Estratificação de risco cardiovascular (ERC) - Escore <i>Hearts</i>	10
10.1. Recomendações do cuidado de acordo com o estrato de risco cardiovascular	11
10.2. A ERC no Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde	12
11. Critérios de encaminhamento para unidade de referência	12
11.1. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia, Cardiologia ou Endocrinologia (conforme suspeita clínica de hipertensão secundária)	13
11.2. Condições clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para Cardiologia	13
11.3. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter	13
Referências	14
ANEXO 1 – Orientações para técnica de aferição de Pressão Arterial (PA)	17
ANEXO 2 – Formulário para o registro do Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA)	19
ANEXO 3 – Fluxograma de estratificação do risco cardiovascular na atenção primária à saúde	20
ANEXO 4 – Parâmetros para exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia para acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial	21
ANEXO 5 – Características que sugerem hipertensão arterial secundária	22
Histórico de atualizações	23

1. Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morbimortalidade em nível global, representando aproximadamente 70% das mortes anuais no mundo, tornando-as um importante desafio de saúde pública (WHO, 2018). Entre essas condições, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) destaca-se como um dos mais relevantes problemas de saúde pública, estando associada a elevada carga de doença, aumento da mortalidade prematura e maior ocorrência de agravos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (WHO, 2023a; WHO, 2023b).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam um crescimento expressivo da prevalência de HAS, em 1975, aproximadamente 594 milhões de pessoas viviam com hipertensão arterial, em 2015 houve um aumento para 1,13 bilhão de pessoas. Em 2024, a estimativa era de que 1,4 bilhão de pessoas com idade entre 30 e 79 anos em todo mundo apresentassem hipertensão (MALTA *et al.*, 2022; WHO, 2021; WHO, 2025).

No cenário brasileiro, a magnitude da HAS acompanha a tendência global de crescimento. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, 23,9% da população brasileira com 18 anos ou mais referiu diagnóstico da doença, com maior prevalência entre indivíduos de faixas etárias mais avançadas e com menor nível de escolaridade (BRASIL, 2020). Embora 86,9% dos indivíduos diagnosticados relatem fazer uso dos medicamentos prescritos para o controle da doença, estudos nacionais indicam importantes dificuldades na obtenção de controle adequado da pressão arterial.

Resultados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) demonstraram que 46,7% dos indivíduos com 35 anos ou mais apresentavam pressão arterial não controlada, evidenciando fragilidades no manejo clínico e no acompanhamento longitudinal (CHOR *et al.*, 2015). Esse elevado quantitativo de pessoas com HAS sem controle adequado da doença, reforça seu papel como fator determinante de incapacidades, afastamentos laborais e óbitos evitáveis.

O crescimento da prevalência da HAS tem sido associado a múltiplos fatores, incluindo o aumento da longevidade populacional, a transição epidemiológica e nutricional, bem como a maior exposição da população a fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, obesidade e padrões alimentares inadequados (CHOR *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2022). Adicionalmente, desigualdades socioeconômicas influenciam de maneira significativa o acesso aos serviços de saúde, a adesão ao tratamento e o controle da doença, contribuindo para a persistência de elevados índices de hipertensão arterial não controlada.

Do ponto de vista econômico e social, a HAS impõe impactos expressivos na saúde pública. Suas complicações em órgãos-alvo, como coração, cérebro e rins, elevam os custos assistenciais, aumentam a utilização dos serviços de saúde e repercutem negativamente sobre a qualidade de vida dos indivíduos e de suas famílias (WHO, 2023b).

Diante desse cenário, considerando a importância das DCNT, em especial da HAS, para o sistema público de saúde, esta nota técnica busca atualizar as orientações da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) sobre as recentes alterações nos parâmetros de classificação, a estratificação de risco e a inclusão de indicadores federais e estaduais.

2. Objetivo

Apresentar as orientações da SES/RS no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), acerca dos critérios de diagnóstico, classificação e estratificação de risco dos usuários com hipertensão arterial sistêmica, na perspectiva de fortalecer e qualificar o cuidado ao usuário com essa condição.

3. Definição e fatores de risco

A HAS é uma DCNT caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida de forma correta, em ao menos duas ocasiões, sem o uso de anti-hipertensivos. É uma doença multifatorial, influenciada por não modificáveis e modificáveis, sendo eles genéticos, epigenéticos, ambientais e psicossociais. Além disso, por se tratar de uma condição frequentemente assintomática, a HAS muitas vezes pode evoluir para alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e alterações vasculares (BARROSO *et al.*, 2021; MALTA *et al.*, 2022; UNGER *et al.*, 2020).

Entre os fatores não modificáveis, a predisposição genética apresenta caráter predominantemente poligênico, atuando de forma cumulativa e modulada por componentes ambientais ao longo da vida. O envelhecimento exerce papel central nesse processo, uma vez que as alterações estruturais e funcionais da vasculatura contribuem para a elevação progressiva da pressão arterial com o avançar da idade. No que se refere ao sexo, observa-se maior prevalência de HAS em homens a partir dos 40 anos, entretanto, com o envelhecimento, especialmente após a menopausa, as mulheres passam a apresentar níveis pressóricos semelhantes ou superiores, refletindo maior aceleração do aumento da pressão arterial nesse grupo (BRANDÃO *et al.*, 2025).

Aspectos relacionados à raça/cor/etnia e às condições socioeconômicas também exercem influência relevante na ocorrência da HAS. A doença apresenta maior incidência e impacto cardiovascular na população negra, mesmo após ajustes para fatores comportamentais e socioeconômicos, sugerindo a contribuição de determinantes biológicos associados a desigualdades estruturais no acesso aos cuidados em saúde. Esses fatores, frequentemente associados a processos de urbanização e vulnerabilidade social, repercutem diretamente no estilo de vida, na adesão ao tratamento e no controle adequado da pressão arterial (BRANDÃO *et al.*, 2025). Dados nacionais indicam ainda piora da qualidade do cuidado à hipertensão entre 2013 e 2019, mais acentuada entre pessoas negras e usuários do setor público, assim como pior desempenho sistemático entre mulheres negras de baixa condição socioeconômica, que apresentaram as menores razões de prevalência de cuidado de alta qualidade nas análises (ALBUQUERQUE; TOMASI, 2024).

Entre os fatores modificáveis, o sobrepeso e a obesidade assumem papel de destaque, uma vez que o aumento do índice de massa corporal se associa de forma contínua e direta à elevação dos níveis pressóricos. O excesso de peso favorece o desenvolvimento de alterações metabólicas, inflamatórias e neuro-hormonais que contribuem para a gênese e a manutenção da HAS. Paralelamente, padrões alimentares inadequados representam importante determinante do aumento da pressão arterial, especialmente a ingestão excessiva de sódio e a ingestão insuficiente de potássio, fatores amplamente associados à maior prevalência da HAS em diferentes faixas etárias (BRANDÃO *et al.*, 2025).

4. Rastreamento

É recomendado que toda pessoa adulta (>18 anos) que compareça a uma unidade de saúde para consultas, procedimentos ou participação em atividades, e que não tenha registro no prontuário de ao menos duas verificações de PA no último ano, tenha sua PA aferida por profissional capacitado, em dois momentos distintos, com os valores informados à pessoa de forma correta e registrados no prontuário (BRANDÃO *et al.*, 2025).

5. Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica

No manejo da HAS, recomenda-se que a avaliação clínica seja ampliada para além dos parâmetros biomédicos, incorporando a análise de determinantes sociais da saúde, como raça/etnia, gênero e condições socioeconômicas, uma vez que esses fatores influenciam o risco, a evolução e o controle da doença, além de impactarem o acesso e a qualidade do cuidado (BRASIL, 2025b).

O diagnóstico de HAS é obtido por meio da aferição da pressão arterial. Pessoas com PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 90 mmHg, obtidas por meio de aferição com técnica correta, em ao menos duas ocasiões diferentes e na ausência de uso de medicação anti-hipertensiva, são consideradas hipertensas (BRANDÃO *et al.*, 2025).

É aconselhável, sempre que possível, a validação da medida de PA em pessoas com HAS por meio de técnicas fora do consultório/unidade de saúde, como a monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), e/ou Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) (BRANDÃO *et al.*, 2025).

6. Técnicas de aferição da pressão arterial

O ANEXO 1 apresenta as orientações para aferição e monitoramento da PA em unidades de saúde, adaptadas a partir das orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Também se orienta a utilizar as indicações de monitoramento fornecidas pelo protocolo de enfermagem na APS do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) (STEFFEN *et al.*, 2020) e as orientações contidas nos quadros 3.1 das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2025 (BRANDÃO *et al.*, 2025).

O MAPA consiste em um método que permite o registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, durante os períodos de vigília, sono e atividades diárias. Já o MRPA consiste na obtenção de três medições pela manhã, antes do desjejum e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medições em cada um desses momentos (manhã ou noite), por sete dias (BRASIL, 2020). Em anexo a esta NT existe um formulário adaptado para o registro do MRPA (ANEXO 2).

No que tange as medidas fora do consultório/unidade de saúde, MAPA e MRPA, sua indicação está relacionada à confirmação do diagnóstico de HAS, investigação da HAS do avental branco ou hipertensão mascaradas, avaliação de sintomas sugestivos de hipotensão durante o tratamento de HAS e avaliação e controle da HAS em pacientes com alto risco cardiovascular (RCV) (BRANDÃO *et al.*, 2025).

7. Classificação

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2025, das Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia (BRANDÃO *et al.*, 2025), a HAS pode ser classificada de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida no consultório/unidade de saúde a partir de 18 anos de idade.

Classificação da PA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA normal	< 120	e	<80
Pré-hipertenso	120 -139	e/ou	80 - 89
HA estágio 1	140 -159	e/ou	90 - 99
HA estágio 2	160 -179	e/ou	100 -109
HA estágio 3	≥ 180	e/ou	110

Adaptado de BRANDÃO *et al.*, 2025. HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em Estágio 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em Estágio 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

8. Cenário epidemiológico

A HAS é das principais causas de mortalidade prematura no mundo. Estimativas da OMS indicam que 1,4 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos vivem com essa condição, a maior parte em países de média e baixa renda. Ainda, estimativas apontam que menos da metade (44%) dos adultos diagnosticados com HAS realizam tratamento para essa condição (WHO, 2023a).

No Brasil, de acordo com um relatório do MS, o número de adultos com diagnóstico médico de HAS aumentou 3,7% em 15 anos (22,6% em 2006 para 26,3% em 2021). Conforme estimativas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), prevalência de adultos com diagnóstico médico de hipertensão no país passou de 21,4% (IC95% 20,8%-21,9%) em 2013, para 23,9% em 2019 (IC95% 23,5%-24,4%). Ainda, conforme dados do mesmo estudo, a prevalência desse agravo é maior entre pessoas do sexo feminino (26,4% IC95% 25,8%-27,1%) em comparação ao sexo masculino (21,1% IC95% 20,5%-21,7%), e é maior entre pessoas pretas (25,9% IC95% 24,5%-27,2%) em comparação às brancas (24,4% IC95% 23,6%-25,1%) e às pardas (22,9%, IC95% 22,2%-23,5%) (BRASIL, 2021).

No RS, a prevalência de hipertensão estimada pela última PNS (2019) (26,6%, IC95% 24,9%-28,4%) é superior à prevalência estimada para o Brasil. Quanto ao sexo, a prevalência estimada para o estado foi superior entre pessoas do sexo feminino (30,3%, IC95% 27,7%-32,9%) em comparação ao sexo masculino (22,5%, IC95% 20,6%-24,6%). Quando ao quesito raça/cor, a prevalência foi superior entre pessoas negras (31,8%, IC95% 25,3%-39,2%) em comparação aos brancos (26,6%, IC95% 24,7%-29,5%) e aos pardos (24%, IC95% 19,4%-29,3%) (BRASIL, 2021).

9. Monitoramento do cuidado da pessoa com hipertensão no contexto do Cofinanciamento Federal da APS

O **Indicador C5 – Cuidado da Pessoa com Hipertensão na Atenção Primária à Saúde** integra o conjunto de instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde para o monitoramento da qualidade do cuidado às condições crônicas e para a indução de boas práticas assistenciais no âmbito do Cofinanciamento Federal da APS. Esse indicador tem como objetivo avaliar o acesso, o acompanhamento e a longitudinalidade do cuidado ofertado às pessoas com hipertensão, considerando a atuação das equipes e a organização dos processos de trabalho nos territórios (BRASIL, 2025a).

A avaliação do Indicador C5 baseia-se no registro de boas práticas assistenciais essenciais ao manejo da hipertensão, contemplando:

- Ter pelo menos 01 (uma) consulta presencial ou remota realizadas por médica(o) ou enfermeira(o), nos últimos 06 (seis) meses;
- Ter pelo menos 01 (um) registro de aferição de pressão arterial realizado nos últimos 06 (seis) meses;
- Ter pelo menos 01 (um) registro simultâneos de peso e altura realizado nos últimos 12 (doze) meses;
- Ter pelo menos 02 (duas) visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias, nos últimos 12 (doze) meses.

Esses critérios permitem mensurar de forma objetiva o acompanhamento clínico contínuo, o vínculo com a equipe de saúde e a integralidade do cuidado prestado às pessoas com hipertensão na APS.

10. Estratificação de Risco Cardiovascular (ERC) – Escore *HEARTS*

A estratificação de risco cardiovascular (ERC) é um processo sistemático que visa classificar os pacientes com base em seu risco cardiovascular individual por meio de equações ou algoritmos que estimam o risco baseado em modelos desenvolvidos a partir de estudos populacionais (BRANDÃO *et al.*, 2025).

É recomendado que todas as pessoas com idade entre 40 e 74 anos sejam estratificadas quanto ao risco cardiovascular (RCV) (WHO, 2020). Entretanto, devido a relação existente entre o aumento da PA e o risco de doença cardiovascular (DCV), em ambos os sexos, todas as idades e grupos étnicos, é recomendado que, prioritariamente na APS todas as pessoas com pré-hipertensão ou aquelas com diagnóstico de HAS sejam estratificadas quando ao RCV (BRANDÃO *et al.*, 2025).

Existem diferentes escores disponíveis para a ERCV. A SES/RS recomenda a utilização do escore *HEARTS* (WHO, 2020), devido a este ser o escore recomendado pela iniciativa *HEARTS*, uma estratégia internacional que apresenta arcabouço técnico para auxiliar ministérios da saúde a fortalecer o manejo das DCV na atenção primária à saúde, a qual o Brasil aderiu no ano de 2021. Além disso, o escore *HEARTS* possuiu calibração para características da população brasileira (composição racial, condições socioeconômicas e ambientais), considera fatores de risco amplamente disponíveis na APS, avalia desfechos relevantes (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral fatais e não fatais) e é de fácil utilização, o que corrobora a orientação para sua escolha.

O escore *HEARTS* considera os seguintes critérios para estratificação de risco: diagnóstico de DM, gênero, tabagismo, idade, PAS (mmHg) e colesterol total (mg/dL), ou Índice de Massa Corporal (IMC), na ausência de informação laboratorial de colesterol (WHO, 2020). O resultado do escore avalia o risco de um evento cardiovascular em 10 anos. Para o cálculo do escore, recomenda-se a utilização do aplicativo da ferramenta, disponível para **IOS** e **ANDROID**, ou a versão online, disponível no **site da Organização Pan-Americana de Saúde.**

Cabe ressaltar que, segundo as recomendações atuais (WHO, 2020), o cálculo do RCV é dispensável nas seguintes condições:

1. Alto risco cardiovascular:

- a. Usuários com DM tipo II e idade > 40 anos;
- b. Doença renal crônica $\geq 3B$.

2. Muito alto risco cardiovascular:

- a. Usuários com doença aterosclerótica estabelecida (doença coronariana, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório, insuficiência arterial periférica);
- b. Colesterol LDL ≥ 190 mg/dL ou hipercolesterolemia familiar (HF).

Anexo a esta nota será apresentado um fluxograma para estratificação do risco cardiovascular na APS (**ANEXO 3**).

10.1. Recomendações de cuidado de acordo com o estrato de risco cardiovascular

O Quadro 1 apresenta as recomendações de cuidado conforme o estrato de risco cardiovascular (ERC). Além disso, o **ANEXO 4** desta nota apresenta os exames anuais preconizados pelo Ministério da Saúde para as pessoas com HAS (BRASIL, 2017).

Quadro 1 – Recomendações de cuidado de acordo com o estrato de risco cardiovascular (ERC).

Resultado do escore HEARTS	Estrato de risco	Conduta, periodicidade de avaliação e compartilhamento com atenção especializada
HEARTS < 5%	Baixo risco	Orientações sobre autocuidado e hábitos saudáveis. Avaliação anual.
HEARTS 5 – 9%	Moderado risco	Orientações sobre autocuidado e hábitos saudáveis. Avaliação semestral.
HEARTS 10 – 19%	Alto risco	Orientações sobre autocuidado e hábitos saudáveis. Estatina (moderada potência) Controle pressórico mais intensivo (alvo <130x80 mmHg); Articular cuidado compartilhado com atenção especializada. Avaliação trimestral*
HEARTS > 20%	Muito alto risco	Orientações sobre autocuidado e hábitos saudáveis Estatina (preferencialmente de alta potência); Controle pressórico mais intensivo (alvo <130x80 mmHg); Articular cuidado compartilhado com atenção especializada; Avaliação trimestral*

Adaptado de WHO, 2020. *: novas avaliações para pacientes de alto e muito alto risco podem sofrer alterações na indicação de periodicidade considerando comorbidades associadas.

A orientação para o autocuidado deve ser progressiva, realista e centrada no paciente, respeitando seus limites, valores e possibilidades. Os Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Hipertensão e Diabetes apresentam dicas práticas voltadas à educação em saúde, ao manejo adequado da condição clínica, à adoção de hábitos saudáveis e ao fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde, entendendo o autocuidado como um processo construído ao longo do tempo e sustentado pelo apoio profissional, familiar e comunitário (DE QUADROS *et al.*, 2020).

10.2. A ERC no Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde

O Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) é uma política estruturada para fortalecer a atenção básica no estado do Rio Grande do Sul por meio de Indicadores de pagamento por desempenho. No ano de 2026, será incorporado ao rol de indicadores o **Indicador 5: Percentual de pessoas entre 40 e 74 anos com estratificação de risco cardiovascular na APS** com objetivo de avaliar o quantitativo de pessoas com RCV estratificado na APS, dentro da faixa etária elegível e período recomendados. A meta para este indicador será de 10% da população residente no município.

Informações sobre tipo de indicador, periodicidade, fórmula do cálculo e método de extração dos dados para o cálculo podem ser obtidos na **Nota Informativa nº 01/2026**.

11. Critérios de encaminhamento para unidade de referência

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de HAS, se faz necessária a normatização para acompanhamento na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em algumas situações, poderão ser necessárias consultas de referência em outros níveis de atenção.

Nesse contexto, serão apresentados os critérios de encaminhamento adotados pela SES-RS, a partir da avaliação de condições clínicas que indiquem a necessidade de encaminhamento para unidades de referências em cardiologia, nefrologia ou endocrinologia.

Os critérios de encaminhamento aqui apresentados foram definidos em protocolos clínicos e devem ser considerados por todas as equipes de APS do estado do Rio Grande do Sul, com exceção daquelas que atuem em regiões de saúde com serviços de atenção especializada com critérios próprios de encaminhamento e/ou compartilhamento do cuidado (exemplo: ambulatório de atenção especializada em hipertensão e diabetes do Hospital Regional de Santa Maria). Para saber mais sobre protocolos de encaminhamento, acesse os Protocolos do TelessaúdeRS disponíveis em: <https://telessauders.ufrgs.br/protocolos/protocolo-de-cardiologia>

11.1. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia, Cardiologia ou Endocrinologia (conforme suspeita clínica de hipertensão secundária)

Suspeita de hipertensão secundária (hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético), elevação súbita e persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos e/ou início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco) (ANEXO 5).

11.2. Condições clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para Cardiologia

Hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas com dose plena (preferencialmente diurético tiazídico, inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor de angiotensina e bloqueador do canal de cálcio), após otimizar a adesão ao tratamento.

11.3. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. Sinais e sintomas;
2. Medicações em uso, com posologia, com avaliação clínica da adesão ao tratamento;
3. Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
4. Alterações em exames laboratoriais, com data (se realizados);
5. Anexar laudo de exames cardiológicos, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);

Referências

ALBUQUERQUE, P. V. C. de; TOMASI, E. Assessing hypertension care quality in Brazil: gender, race, and socioeconomic intersection in public and private services, 2013 and 2019 national health surveys. **BMC Health Services Research**, v. 24, art. 939, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11358-5. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-11358-5?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 22 fev. 2026.

BARROSO, W. K. S. *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 115, p. 516–658, 2021. Disponível em: <<https://abccardiol.org/article/diretrizesbrasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRANDÃO, A. A. *et al.* **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 122, n. 9, e20250624, 2025. Disponível em: <<https://abccardiol.org/article/diretriz-brasileira-de-hipertensao-arterial-2025/>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal – Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica no adulto**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <[https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistematica-\(HAS\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistematica-(HAS)-no-adulto/)>. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Nota metodológica C5 – Cuidado da pessoa com hipertensão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c5-cuidado-da-pessoa-com-hipertensao/view>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-hipertensao-arterial-sistemica.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-chronicas/view>. Acesso em: 4 fev. 2026.

CHOR, D. *et al.* Prevalência, conhecimento, tratamento e influência de variáveis socioeconômicas no controle da hipertensão arterial: resultados do estudo ELSA-Brasil. *PLoS One*, San Francisco, v. 10, n. 6, e0127382, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127382>. Acesso em: 4 fev. 2026.

QUADROS, J. D. de *et al.* **Mudanças no estilo de vida e autocuidado: protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: hipertensão e diabetes**. Porto Alegre: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemHipertensaoDiabetes.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2026.

MALTA, D. C. *et al.* **Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, p. 122, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004177>. Acesso em: 4 fev. 2026.

STEFFEN, P. L. S. *et al.* **Assistência de enfermagem na atenção à saúde do usuário com hipertensão arterial: protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: hipertensão e diabetes**. Porto Alegre: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemHipertensaoDiabetes.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2026.

UNGER, T. *et al.* **2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines.** *Hypertension*, Dallas, v. 75, n. 6, p. 1334–1357, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRSUFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolo de Regulação Ambulatorial – Cardiologia Adulto.** Porto Alegre: TelessaúdeRS/UFRGS, 2022. Disponível em: <<https://telessauders.ufrgs.br/protocolos/protocolo-de-cardiologia>>. Acesso em: 04 de fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk-based CVD management.** Geneva: WHO, 2020. ISBN 978-92-4-000136-7. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240001367>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hypertension.** Geneva: WHO, 2023a. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics: hypertension.** Geneva: WHO, 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1>. Acesso em: 4 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on hypertension 2025: high stakes – turning evidence into action.** Geneva: WHO, 2025. ISBN 978-92-4-011556-9. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569>>. Acesso em: 4 fev. 2026.

ANEXO 1 – Orientações para técnica de aferição de Pressão Arterial (PA)

Orientações gerais:

- A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços, 3 medidas com intervalo de 1 minuto entre cada medida (considerar a média da segunda e terceira medida);
- O braço com maior valor aferido deverá ser utilizado como referência para as próximas medidas;
- A PA deve ser medida no braço, com manguito adequado à sua circunferência. Na suspeita de HAS secundária à coarctação da aorta, a medição deverá ser realizada nos membros inferiores, utilizando-se manguitos apropriados;
- A aferição da PA pode ser feita com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos.

Preparo do paciente para aferição da PA:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo:
 - Orientar o paciente a não conversar durante a aferição.
 - Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
2. Certificar-se que o paciente:
 - Está com a bexiga vazia e/ou não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou nos últimos 30 minutos.
3. Posicionamento:
 - O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recortado na cadeira e relaxado;
 - O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.
4. Diabéticos, idosos e outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada:
 - Aferir a PA na posição de pé, após 3 minutos.

Etapas para realização da aferição da PA

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e olécrano (conforme imagem abaixo)
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (o manguito deve cobrir de 75 - 100% do braço);

Circunferência do braço (cm)	Tipo de manguito
22 - 34	Adulto
35 - 45	Adulto grande

3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Estimar o nível da PA sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial;
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som e após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
10. Determinar a PA diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons;
11. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons e anotar valores da PAS/PAD/zero;
13. Informar o valor de PA obtido para o paciente;
14. Anotar os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a PA foi medida.



Fonte: Adaptado de Hipertensão Arterial Sistêmica no Adulto – Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

ANEXO 2 – Formulário para o registro do Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA).

Nome: _____ Data da consulta: ___ / ___ / ___

Utilize um aparelho de pressão automático de braço para verificar a pressão após pelo menos cinco (5) minutos de repouso, na posição sentada, com as pernas descruzadas, costas apoiadas e braço apoiado na altura do coração. Evite falar durante o procedimento.

As medidas de pressão arterial podem ser feitas:

- Pela manhã, antes do café e das suas medicações (caso utilize). Aguarde um minuto de intervalo entre cada medida;
- Pela noite, antes do jantar e das suas medicações (caso utilize). Aguarde um minuto de intervalo entre cada medida;
- Registre no campo “anotações”, informações que possam ser úteis para entender melhor o comportamento de sua pressão arterial, como por exemplo, estar com dor no momento da aferição ou ter esquecido ou atrasado alguma dose de seus medicamentos por algum motivo.

Realize as medicações e os registros conforme a opção abaixo assinalada:

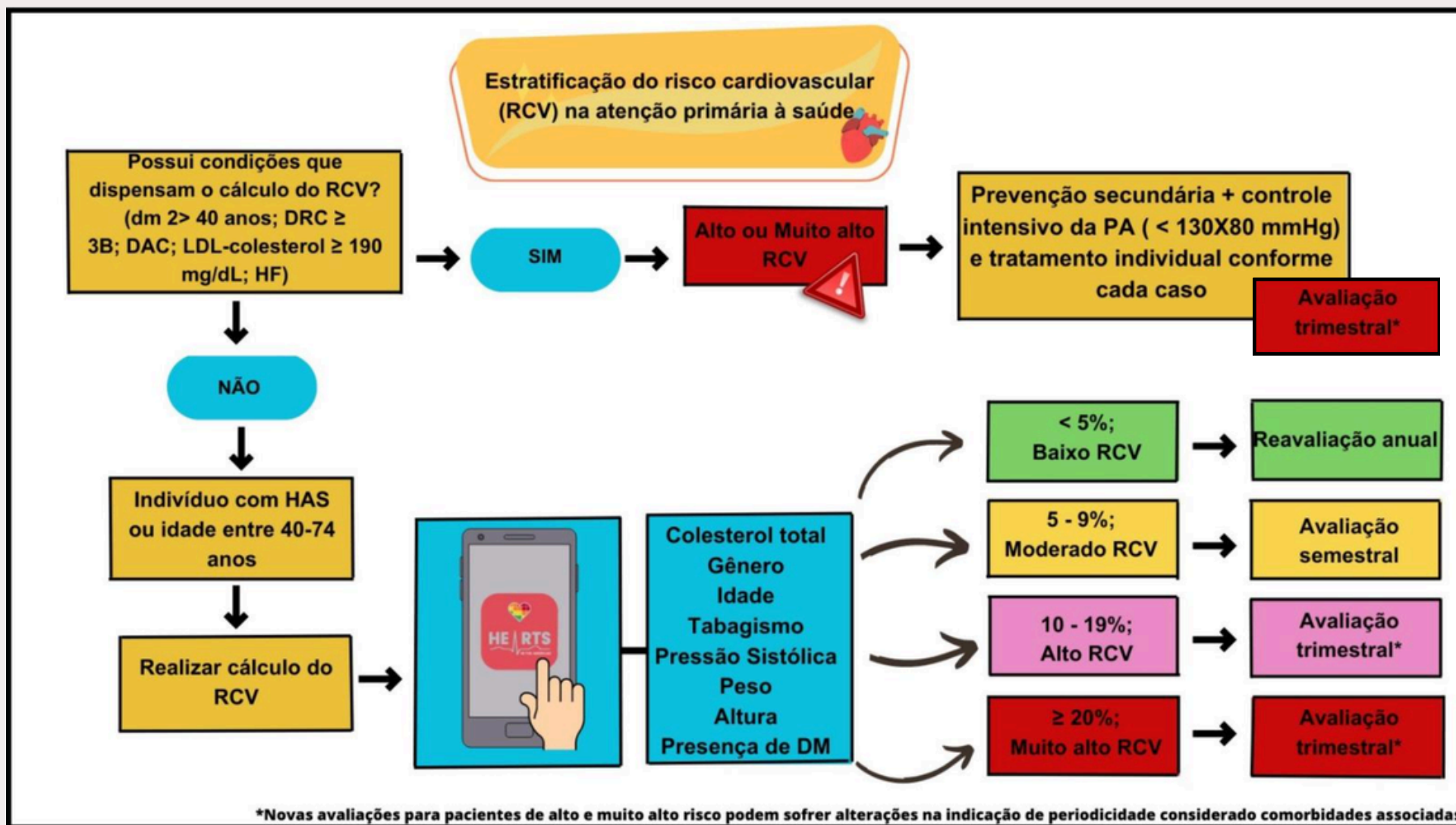
() Monitoramento com 3 medidas, 2x ao dia, por 5 dias.

() Monitoramento com 2 medidas, 2x ao dia, por 7 dias.

Medidas	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7
Manhã							
Medida 1							
Medida 2							
Medida 3							
Noite							
Medida 1							
Medida 2							
Medida 3							
Anotações							

Fonte: adaptado de BRASIL (2020) e STEFFEN *et al.*, (2020).

ANEXO 3 – Fluxograma de estratificação do risco cardiovascular na atenção primária à saúde.



ANEXO 4 – Parâmetros para exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia para acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial.

Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Categoria do exame/procedimento: Patologia Clínica	
02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	1
02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	1
02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	1
02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	1
02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1
02.02.05.009-2 - Dosagem de microalbumina na urina*	1
02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio	1
Categoria do exame/ procedimento: Outros	
02.11.06.010-0 – Fundoscopia	1
02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	1
02.05.01.003-2 - Ecocardiografia transtorácica**	0,1

Fonte: Critérios e parâmetros assistências SUS – BRASIL (2017). *A dosagem de albumina na urina de 12 ou 24 horas tem sido substituída pela dosagem da relação Albumina/Creatinina em amostra isolada de urina. Alternativamente, na sua indisponibilidade, a avaliação de proteinúria pode ser feita pelo Exame de Urina Rotina (Análise de caract. físicos, elementos e sedimento da urina) com menor acurácia. **A realização de Ecocardiografia é recomendada pela American Heart Association em pacientes com HAS de longa data, em especial sem controle adequado, para pacientes com HAS e pelo menos mais um fator de risco para IC como DM e para todos os pacientes com sintomas de Insuficiência Cardíaca (IC), conforme parâmetros de IC propostos neste caderno.

ANEXO 5 – Características que sugerem hipertensão arterial secundária.

Suspeita clínica (prevalência)	Sinais e sintomas	Exames complementares iniciais
Vasculares		
Doença renovascular (5-34%)	Sopro abdominal; HAS resistente com início após 50 anos; piora de função renal com uso de IECA ou BRA; assimetria renal não explicável por outra etiologia; edema pulmonar súbito.	Creatina, potássio; ecodoppler de artérias renais; e/ou angiotomografia de artérias renais.
Coarctação de aorta (<1%)	Assimetria pressórica e de pulsos (menor nos membros inferiores).	Ecocardiograma; e/ou angiotomografia de aorta torácica e abdominal.
Endocrinológicas		
Hiperaldosteronismo primário (8-20%)	Hipocalemia, sintomas neuromusculares (fraqueza, câimbras).	Potássio sérico, atividade da renina plasmática, aldosterona plasmática; ecografia de abdome superior; e/ou tomografia de abdome superior com contrastes.
Feocromocitoma (<1%)	Elevações paroxísticas de PA associadas a cefaleia, palpitações/taquicardia e sudorese	Metanefrinas fracionadas e torais em urina 24h.
Hipertireoidismo (<1%)	Aumento predominante da pressão sistólica, taquicardia/arritmias, oftalmopatia, sudorese, calor, diarreia, emagrecimento.	TSH, T4 livre.
Hipotireoidismo (<1%)	Aumento predominantes da pressão diastólica, bradicardia, xerodermia, frio, constipação, ganho de peso, edema, bradipsiquismo/depressão.	TSH, T4 livre.
Hiperparatireoidismo (<1%)	Hipercalcemia, constipação, fadiga, fraqueza muscular, alterações no sensorio.	Cálcio sérico, PTH.
Síndrome de Cushing (<0,1%)	Fácies cushingóide, obesidade central, fraqueza muscular proximal, hirsutismo, equimoses	Cortisol em urina de 24h; cortisol sérico às 8h da manhã após dexametasona 1 mg via oral às 23 horas da noite anterior.
Outras		
Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (25-50%)	Roncos e apneias noturnas, sonolência diurna, obesidade	Questionário de Berlim; questionário de Epworth; polissonografia.
Exógena (2-4%)	Medicações: contraceptivos, corticoides, anti-inflamatórios não esteroidais, imunossupressores, simpaticomiméticos, anorexígenos, inibidores da MAO, antipsicóticos atípicos (clozapina, Olanzapina), antineoplásicos antiangiogênicos. Hábitos: tabagismo, etilismo, drogadição, cafeína ou xantinas.	-
Doença renal Crônica (1-2%)	Noctúria, hematuria; edema; história familiar de doença renal policística, infecções urinárias de repetição, uropatia obstrutiva.	Creatinina, exame qualitativo de urina, creatininúria e proteinúria em amostra; ecografia de vias urinária.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Histórico de atualizações

Volume	Ano	Versão	Atualizações
I	2023	Nota Técnica de Atenção ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica	Primeira versão.
II	2026	Guia de Atenção ao Indivíduo com HAS na APS - Guia	Atualização sobre parâmetros de HAS; Inserção dos Indicadores C5 – Cuidado da Pessoa com Hipertensão, do cofinanciamento federal da APS e Indicador 5 - Percentual de pessoas entre 40 e 74 anos com estratificação de risco cardiovascular na APS, do PIAPS 2026.