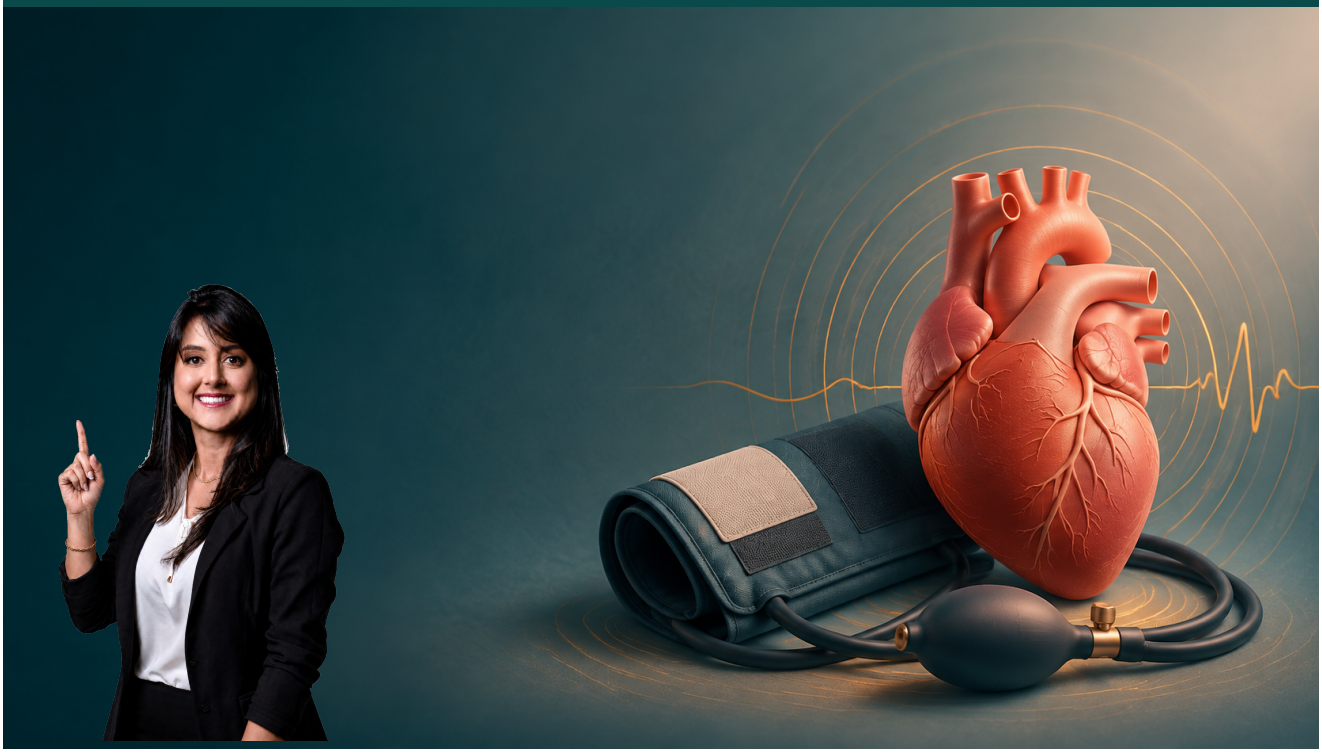
REVISÃO VISUAL • CARDIOLOGIA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Do número à decisão clínica — Diretriz Brasileira de HAS 2025



MEDIR | CLASSIFICAR | CONFIRMAR | TRATAR | REAVALIAR

Material de revisão para estudantes de Medicina

Classificação • MAPA/MRPA • risco e lesão de órgão-alvo • tratamento • crise hipertensiva

Dra. Milene Ávila | Mi, Explica | Agosto de 2026

MAPA MENTAL

Antes de tratar: seis perguntas em ordem

A consulta de HAS é uma sequência de decisões. Se a medida não é válida, todo o raciocínio seguinte fica contaminado.

01	A medida é válida? Repouso, posição, manguito e técnica corretos.
02	A elevação persiste? Repetir e, quando indicado, confirmar fora do consultório.
03	É avental branco ou mascarada? Compare consultório com MAPA/MRPA.
04	Qual é o risco global? Comorbidades, LOA e doença cardiovascular/renal.
05	Há causa secundária ou pseudo? Pistas clínicas, fármacos, adesão e sono.
06	Há LOA aguda agora? Na PA muito alta, esta pergunta define a urgência real.

Técnica mínima que precisa virar automático

- Sem exercício, cafeína, álcool ou tabaco nos 30 minutos anteriores; bexiga vazia.
- Repouso por 5 minutos; costas e braço apoiados; pés no chão; pernas descruzadas; sem conversar.
- Braçadeira validada e adequada à circunferência do braço, no nível do coração.
- Realizar 3 medidas com 1 minuto de intervalo e usar a média das 2 últimas; se a diferença for >10 mmHg, ampliar a série.

CONSULTÓRIO

Classifique pela categoria mais alta

Adultos ≥18 anos. A relação e/ou importa: se PAS e PAD caem em categorias diferentes, vale a categoria mais alta.

CATEGORIA	PAS (mmHg)	RELAÇÃO	PAD (mmHg)
NORMAL	< 120	e	< 80
PRÉ-HIPERTENSÃO	120–139	e/ou	80–89
HAS ESTÁGIO 1	140–159	e/ou	90–99
HAS ESTÁGIO 2	160–179	e/ou	100–109
HAS ESTÁGIO 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Diagnóstico no consultório

Em geral: PAS ≥140 e/ou PAD ≥90 mmHg, confirmadas com técnica correta em ≥2 ocasiões. Quanto maior a PA e o risco, menos se deve atrasar a avaliação e a conduta.

Pegadinha clássica

158/82 = estágio 1 pela sistólica.
128/94 = estágio 1 pela diastólica.
180/78 = estágio 3 pela sistólica.

120/80 mmHg agora entra em pré-hipertensão — mas pré-hipertensão não é sinônimo de tratamento farmacológico imediato para todos.

FORA DO CONSULTÓRIO

MAPA e MRPA: confirmar, fenotipar e monitorar

Os limiares são menores porque o ambiente e o período de observação são diferentes.

MÉTODO/PERÍODO	HAS SE MÉDIA ≥	LEMBRETE
MAPA — 24 horas	**130 e/ou 80**	Média global
MAPA — vigília	**135 e/ou 85**	Paciente acordado
MAPA — sono	**120 e/ou 70**	Queda noturna importa
MRPA	**130 e/ou 80**	Protocolo domiciliar

FENÓTIPO	CONSULTÓRIO	FORA	TRADUÇÃO
Normotensão sustentada	normal	normal	Concordância tranquilizadora
HAS sustentada	alta	alta	Concordância diagnóstica
Avental branco	alta	normal	Não banalizar; acompanhar risco
HAS mascarada	normal	alta	Pode passar despercebida

Frase-chave

MAPA/MRPA não são só para diagnosticar: ajudam a reconhecer fenótipos, avaliar padrão noturno, adesão e controle fora do consultório.

AVALIAÇÃO INICIAL

Risco, órgão-alvo e causas que mudam a conduta

O número da PA é apenas uma camada. O risco acumulado define urgência, intensidade do tratamento e prognóstico.

História e exame

- Tempo de HAS, medidas prévias e tratamento.
- Tabagismo, álcool, dieta, atividade, sono e estresse.
- Fármacos/substâncias que elevam PA: AINE, descongestionante, estimulantes, hormônios, drogas recreativas.
- IMC, cintura, pulsos, sopros, edema e sinais de endocrinopatia.

Risco e LOA

- DM, DRC, dislipidemia, obesidade e doença cardiovascular.
- Coração: HVE, DAC, IC, FA.
- Cérebro: AVC/AIT e cognição.
- Rim: eTFG <60 e/ou albuminúria ≥30 mg/g.
- Vasos/retina: placa, ITB <0,9, VOP ≥10 m/s, retinopatia.

EXAMES DE ROTINA	O QUE PROCURAM
Urina + relação albumina/creatinina ou proteína/creatinina	Lesão renal/albuminúria
Creatinina/eTFG e potássio	Função renal e pistas secundárias
Glicemia; HbA1c se DM/risco metabólico	Diabetes e risco cardiometabólico
Perfil lipídico e ácido úrico	Risco e segurança terapêutica
ECG de 12 derivações	HVE, ritmo, isquemia prévia

Pense em HAS secundária se...

Início abrupto ou muito precoce; estágio 3; hipocalemia; piora renal com bloqueio do SRAA; sopro abdominal; crises adrenérgicas; apneia do sono; ou aparente resistência.

DECISÃO TERAPÊUTICA

Quando medicar e qual meta perseguir

Medidas não medicamentosas começam desde PA ≥120/80. O início de fármaco depende da faixa, do risco e da persistência.

CENÁRIO	CONDUTA INICIAL
PA normal	Manter hábitos saudáveis e aferição periódica.
Pré-HAS 120–139 e/ou 80–89	Medidas não medicamentosas para todos. Se 130–139/80–89 + alto risco e PA persistente após 3 meses: considerar/iniciar fármaco conforme avaliação clínica.
HAS estágio 1	Confirmar diagnóstico; iniciar medicação. Em baixo risco, monoterapia pode ser considerada.
HAS estágios 2–3	Medicação no diagnóstico; em geral associação de 2 classes em baixas doses, preferencialmente em comprimido único.

META GERAL **< 130/80 mmHg** **SE TOLERADA**

Se a meta não for tolerada

Buscar a menor PA tolerada, individualizando por idade, fragilidade, hipotensão ortostática, comorbidades e sintomas. Confirmar controle com MAPA ou MRPA quando indicado.

BASE DO TRATAMENTO

Prescrição não medicamentosa com números

Não é “dar conselho”: é prescrever, negociar metas possíveis e reavaliar.

SAL

< 5 g/dia de sal (sódio < 2 g/dia). Leia rótulos e reduza ultraprocessados.

PADRÃO ALIMENTAR

DASH: vegetais, frutas, leguminosas, grãos integrais, laticínios adequados; menos gordura saturada e açúcar.

POTÁSSIO

Meta alimentar ≥ 3,5 g/dia quando seguro. Cautela em DRC, hipercalemia e uso de fármacos que elevam K.

EXERCÍCIO

≥150 min/semana moderado ou 75 min vigoroso + força 2–3×/semana; interromper tempo sentado.

PESO

Se houver excesso, perda sustentada ajuda a reduzir PA e risco; acompanhe cintura e composição corporal.

ÁLCOOL

No máximo 2 doses/dia para homens e 1 para mulheres; evitar consumo episódico excessivo.

TABACO

Cessar totalmente. Tratar dependência e reduzir exposição passiva.

SONO/ESTRESSE

Investigar ronco/apneia; rotina de sono; técnicas de manejo de estresse como adjuvantes.

Pé no chão

Escolha 1–2 mudanças prioritárias, transforme em meta observável e combine quando será revista. Adesão nasce de um plano que cabe na vida real.

FARMACOTERAPIA

Começar simples, combinar cedo e evitar atalhos perigosos

PARA A MAIORIA

2 FÁRMACOS EM BAIXAS DOSES

Classes diferentes, preferencialmente em comprimido único — sempre com medidas não medicamentosas.

IECA ou BRA + **BCC** ou **DIU tiazídico ou similar**

NÃO associar IECA + BRA

Quando monoterapia pode ser considerada

- PA 130–139/80–89 + alto risco, persistente após 3 meses de medidas não medicamentosas.
- HAS estágio 1 com baixo risco cardiovascular.
- Fragilidade ou idade ≥80 anos.
- Hipotensão ortostática sintomática.

Betabloqueador: indicação específica

- Pós-IAM, angina/doença coronariana.
- Fibrilação atrial ou outra necessidade de controle de frequência.
- Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
- HAS em hemodiálise e outras situações selecionadas.

IECA = inibidor da ECA; BRA = bloqueador do receptor de angiotensina; BCC = bloqueador dos canais de cálcio; DIU = diurético.

ESCALONAMENTO

Se continua acima da meta, cheque antes de empilhar

Em geral, reavaliar cerca de 4 semanas após iniciar ou ajustar, salvo situações que pedem prazo diferente.

1	ASSOCIAÇÃO DUPLA IECA/BRA + BCC ou diurético
2	OTIMIZAR DOSES Até a máxima dose tolerada
3	ASSOCIAÇÃO TRIPLA IECA/BRA + BCC + diurético
4	4ª OPÇÃO Espironolactona; eplerenona se intolerância

Antes de chamar de HAS resistente, exclua pseudo-resistência

- Medida incorreta e efeito do avental branco — confirme com MAPA/MRPA.
- Baixa adesão, custo, efeitos adversos ou esquema complexo.
- Doses inadequadas, combinações ruins ou diurese insuficiente.
- AINE, descongestionantes, estimulantes, álcool, excesso de sal e outras substâncias.
- Causas secundárias: apneia obstrutiva do sono, hiperaldosteronismo primário, doença renal/renovascular e outras.

Frase de prova e de ambulatório: “Antes de chamar de resistente, exclua pseudo.”

PA MUITO ALTA

O número isolado não define emergência

REGRA DE OURO

PA acentuadamente elevada + lesão aguda e progressiva de órgão-alvo = emergência hipertensiva. Pode ocorrer mesmo com PA <180/110.

Sem LOA aguda

- Termo atual: elevação importante da PA sem LOA aguda/progressiva (antes, “urgência hipertensiva”).
- Ambiente calmo; observar ~30 min; repetir com técnica correta.
- Tratar gatilhos; ajustar/iniciar medicação oral; redução progressiva.
- Reavaliar em 1–7 dias; na reavaliação, buscar PA <160/100.

Com LOA aguda

- Atendimento hospitalar imediato e monitorização contínua.
- Fármacos geralmente IV e redução rápida, gradual e controlada.
- Meta depende da apresentação clínica — AVC, dissecção, edema pulmonar e gestação têm protocolos próprios.
- A clínica define a gravidade; não trate apenas o número.

CÉREBRO	CORAÇÃO	AORTA/RIM/GESTAÇÃO
Encefalopatia, AVC agudo	SCA, edema agudo de pulmão	Dissecção, LRA, pré-eclâmpsia/eclâmpsia

Pseudocrise

PA elevada associada a dor, ansiedade, estresse ou desconforto, sem LOA aguda. Trate o fator desencadeante e reavalie. Nifedipina de liberação rápida é proscrita.

CASO INTEGRADOR

Carlos: o raciocínio em camadas

Carlos, 52 anos

IMC 33 kg/m², cintura 112 cm, ronco e sono não reparador. Consultório: 156/96 mmHg em medidas corretas. MAPA confirma HAS sustentada e padrão noturno anormal. RAC urinária: 42 mg/g.

1	**Qual a classificação no consultório?**	HAS estágio 1.
2	**Por que a MAPA foi útil?**	Confirmou persistência, excluiu avental branco e mostrou alteração noturna.
3	**A albuminúria muda algo?**	Sim. É lesão renal subclínica e aumenta o risco cardiovascular/renal.
4	**Qual pista secundária merece investigação?**	Apneia obstrutiva do sono, pelo fenótipo e pelo padrão noturno.

Teste rápido — verdadeiro ou falso

A) PA 132/92 é pré-hipertensão.
B) MAPA de sono 122/68 é normal.
C) IECA + BRA é uma boa associação inicial.
D) PA 190/115 sem LOA aguda não é, só pelo número, emergência.
E) A meta geral é <130/80 mmHg se tolerada.

Gabarito: A F (estágio 1 pela PAD); B F (limiar do sono ≥120 e/ou 70); C F; D V; E V.

FECHAMENTO

Dez linhas para levar para a prova e para o ambulatório

1. O erro mais caro é tratar o número errado: técnica antes de rótulo.
2. No consultório, HAS em geral começa em ≥140 e/ou 90 mmHg.
3. 120–139 e/ou 80–89 é pré-hipertensão; classifique pela faixa mais alta.
4. Fora do consultório: 24 h/MRPA 130/80; vigília 135/85; sono 120/70.
5. MAPA/MRPA revelam avental branco e HAS mascarada.
6. HAS é risco acumulado, não só pressão: procure LOA, comorbidades e causas secundárias.
7. Para PA ≥140/90, medicação no diagnóstico; para alto risco em 130–139/80–89, reavalie após 3 meses de medidas não medicamentosas.
8. Meta geral: <130/80 mmHg se tolerada.
9. Para a maioria, 2 classes em baixas doses; nunca IECA + BRA.
10. Emergência = PA elevada + LOA aguda; o número isolado não basta.

Referência principal

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624. doi:10.36660/abc.20250624.

Acesso oficial: https://www.scielo.br/j/abc/a/BXT7Vk4B9VKQnJFsJhgJ4Hn/?lang=pt

Material educacional. Não substitui julgamento clínico, protocolo institucional ou avaliação individualizada.