

Instituto
de Saúde

50
Anos

**Síntese de Diálogo Deliberativo sobre
Recomendações para terapia medicamentosa
de hipertensão arterial sistêmica em negros**

São Paulo – SP

2019



GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO

Secretaria da Saúde

Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (NEv-IS)

O NEv-IS, criado em 2015 mediante Portaria institucional¹, é colaborador da Rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet*)², que visa fomentar o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde. Essa iniciativa da Organização Mundial da Saúde promove o uso sistemático de resultados de pesquisas científicas na formulação e implementação de políticas e programas de saúde por meio de intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil.

Autores

Bruna Carolina Araújo, Roberta Crevelário de Melo, Luis Eduardo Batista, Tereza Setsuko Toma

Agradecimentos

Aos participantes e ouvintes do diálogo deliberativo que contribuíram com seus comentários para a elaboração desta síntese.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse com relação ao tema abordado.

Como citar este documento

Araújo BC, Melo RC, Batista LE, Toma TS. Síntese de Diálogo Deliberativo sobre recomendações para tratamento da hipertensão arterial sistêmica em negros. Instituto de Saúde, São Paulo, SP, 2019.

¹ <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/homepage/acesso-rapido/nucleo-de-evidencias-nev-is>

² <http://brasil.evipnet.org/>

CONTEXTO

O Diálogo Deliberativo foi organizado pelo NEV-IS para atender uma demanda da Área Técnica de Saúde da População Negra da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) sobre o tratamento da hipertensão arterial em pessoas negras.

Considerando o trabalho realizado pela farmacêutica Nathália Celini Leite Santos, em sua dissertação de mestrado, denominada “Matriz de recomendações para farmacoterapia da Hipertensão Arterial Sistêmica: recurso para subsidiar a adaptação de guias de prática clínica”, optou-se por realizar um diálogo deliberativo a partir dos resultados relativos ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em negros.

A dissertação, que foi orientada pela Prof. Dra. Eliane Ribeiro, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, utilizou o processo ADAPTE³ para comparar recomendações dos Guias de Prática Clínica (GPC) de melhor qualidade metodológica. Ela é parte de um trabalho mais amplo que vem sendo realizado pelo grupo CHRONIDE - *Chronic Diseases and Informed Decisions*⁴, coordenado pela Prof. Daniela Melo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e composto por pesquisadores da Unifesp, outras unidades da Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Este grupo publicou recentemente os resultados da avaliação de 421 GPC para o manejo das doenças não transmissíveis mais comuns na atenção primária à saúde⁵.

A adaptação de GPC é um recurso que tem sido utilizado com sucesso em alguns países por necessitar de uma equipe de trabalho menor e possibilitar a obtenção de um produto em tempo mais curto.

³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>

⁴ <https://chronidebrazil.wixsite.com/chronide>

⁵ Molino CGRC, Leite-Santos NC, Gabriel FC, et al. Factors associated with high-quality guidelines for the pharmacologic management of chronic diseases in primary care. *JAMA Intern Med* [published online February 18, 2019]. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.7529

O DIÁLOGO DELIBERATIVO

Diálogo Deliberativo (DD) é um recurso utilizado para propiciar o compartilhamento de saberes entre pesquisadores, formuladores de política, sociedade civil e demais interessados sobre uma temática a ser discutida a fim de esclarecer as áreas de incerteza e desenvolver um entendimento comum sobre os prós e contras das estratégias de implementação relevantes para apoiar a tomada de decisão de gestores⁶.

Dezessete pessoas foram convidadas para participar do DD, entre as quais representantes da SES/SP (áreas técnicas de Saúde da População Negra, Atenção Básica, Doenças Crônicas, Assistência Farmacêutica), da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS/SP (áreas de Saúde da População Negra, Assistência Farmacêutica), da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (Atenção Básica), do Instituto do Coração, da Sociedade Brasileira de Hipertensão, do Movimento Negro, um médico de São José dos Campos e uma médica do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Os convidados receberam o documento com a descrição das recomendações (Apêndice) cerca de quinze dias antes da realização do diálogo, para que pudessem apreciar os conteúdos que seriam abordados.

A reunião foi realizada em 18 de junho de 2019, nas dependências do Instituto de Saúde, sendo gravada e fotografada com o consentimento dos participantes. Este diálogo deliberativo contou com a participação de oito convidados (Saúde da População Negra e Assistência Farmacêutica da SES/SP, Saúde da População Negra e Assistência Farmacêutica da SMS/SP, Sociedade Brasileira de Hipertensão, um médico), além de seis ouvintes.

O evento teve início com uma breve apresentação de Tereza Toma, coordenadora do NEv-IS, sobre a Rede de Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet e as regras do diálogo deliberativo. Em seguida, Nathália Celini apresentou as recomendações extraídas de cinco GPC avaliados como de melhor qualidade metodológica.

⁶ Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S14 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S14. <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s14.pdf>

A partir de então os participantes foram incentivados a emitir suas considerações sobre as recomendações para o tratamento medicamentoso de hipertensão arterial sistêmica e os próximos passos. Embora o documento enviado previamente aos convidados contivesse também recomendações sobre o tratamento em situações de comorbidades, o tempo foi suficiente apenas para abordar o tratamento para a população negra.

Nas deliberações descritas a seguir, as contribuições foram agrupadas em categorias, e foram mantidas as falas aproximadas dos participantes. As falas foram recuperadas das anotações realizadas durante o diálogo deliberativo e da escuta de áudios, e foram analisadas e descritas buscando-se ser fiel à exposição de cada participante.

Com base nas discussões realizadas, os participantes foram estimulados a refletir sobre o que mudou em sua visão quanto ao problema e quais sugestões e considerações poderiam contribuir para o enfrentamento do mesmo.

VISÃO SOBRE O PROBLEMA DE SAÚDE

Desenvolver um diálogo sobre recomendações para o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica com enfoque na população negra, invariavelmente, remete às possíveis soluções para esse problema. As considerações acerca das soluções ou discussões ideológicas que emergiram durante o DD não foram incluídas nesse documento, que focará especificamente nas contribuições e colaborações para lidar de maneira efetiva com o problema.

Os participantes consideraram a necessidade de realizar um perfil epidemiológico brasileiro da doença, processos estratégicos que permitam o desenvolvimento de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas com boa qualidade metodológica, que abordem terapias combinadas, monoterapia e eventos adversos dos medicamentos, estratégias compartilhadas de forma interdisciplinar, ações educativas (capacitações de médicos e outros profissionais de saúde), articulação da rede a partir de projeto de tratamento e controle da hipertensão na população negra com as secretarias de saúde e sociedade, monitoramento de pessoas hipertensas pela Estratégia Saúde da Família e acompanhamento da adesão ao tratamento farmacológico, além da reflexão sobre

incorporação e desincorporação de tecnologias de saúde de acordo com o contexto de saúde.

O diálogo deliberativo propiciou um espaço importante para a troca de saberes e o fortalecimento das ações e atores envolvidos com a temática. Além disso, foi ressaltada a importância da produção do conhecimento com base em evidências para a tomada de decisão e em diferentes aspectos que influenciam em ações de prevenção, promoção e controle da hipertensão arterial sistêmica.

DELIBERAÇÕES SOBRE AS RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Alguns aspectos relevantes do problema de saúde foram apresentados, dando destaque para a diversidade de fatores que compreendem as recomendações farmacológicas da hipertensão arterial sistêmica, principalmente na população negra.

Houve necessidade de esclarecer critérios de inclusão e exclusão das diretrizes incluídas na dissertação, uma vez que não contemplou guias nacionais nem as diretrizes europeias utilizadas como uma das referências em nosso meio.

Destacou-se a falta de evidências robustas acerca do tratamento para hipertensão na população negra, o que dificulta ações que subsidiem o desenvolvimento de recomendações específicas de cuidado em saúde.

Enfatizou-se que são incipientes estudos que avaliem o contexto brasileiro, sobretudo da população negra e a necessidade de melhor rastreamento e monitoramento e desenvolvimento de estudos de boa qualidade que abordem essa temática.

Indicou-se a necessidade de transparência no processo de elaboração das diretrizes nacionais de hipertensão, principalmente em relação aos critérios de inclusão/exclusão de estudos. Foram abordados “erros de interpretação”⁷ com relação a recomendações das

⁷ Na literatura considera-se “**erros de interpretação**” como erro médico assim definido por Grober e Bohnen (2005) “um ato de omissão ou comissão no planejamento ou execução que contribui ou pode contribuir para um resultado não intencional”.

Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. *Can J Surg.* 2005 Feb;48(1):39-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211566/>

Guias de Prática Clínica (GPC) e que são indispensáveis ações educativas dirigidas a médicos e outros profissionais de saúde para efetividade da implementação de guias.

Ressaltou-se a importância do usuário ser esclarecido e participativo no processo de decisão sobre sua terapêutica para melhor adesão ao tratamento. Ainda, a busca ativa realizada pela Estratégia de Saúde da Família foi considerada como ação potente para o controle monitoramento dos hipertensos.

Discutiram-se as terapias combinadas, monoterapia e eventos adversos dos medicamentos e sobre a disponibilidade dos medicamentos no SUS, e se propôs a realização de avaliações dessas tecnologias para incorporação e desincorporação mais adequadas.

Frisou-se que, ao contrário da percepção dos usuários, o captopril é uma escolha adequada para o tratamento da hipertensão na população negra, de acordo com o diagnóstico correto e individualização do paciente, e que medidas efetivas de monitoramento precisam ser contínuas.

As campanhas (vacinação e dia internacional e nacional do combate à hipertensão) foram apontadas como facilitadoras para a captação e acompanhamento de hipertensos. Também se mencionou a relevância do controle de pressão arterial em crianças a partir dos três anos de idade, sobretudo na população negra.

Abordou-se o quanto o racismo institucional interfere negativamente para o avanço das políticas públicas, sendo fundamental articulação em rede e projetos de tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica, em particular no quesito raça/cor, nos Departamentos Regionais de Saúde com parceria da sociedade.

Houve destaque ao instrumento AGREE II para avaliação metodológica de diretrizes clínicas, que pode ser utilizado na elaboração da próxima versão da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

Além disso, foi proposta a elaboração de um documento com recomendações sobre o tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica na população negra para fomentar políticas nacionais por meio de outros diálogos deliberativos. Ademais, pactuou-se a responsabilidade de cada esfera governamental para a continuidade das ações para

lidar com o problema, incluindo a população negra nos GPC nacionais, sejam dos órgãos governamentais ou de associações representativas de especialistas.

RESUMO DA AVALIAÇÃO DO DIÁLOGO DELIBERATIVO

A avaliação do diálogo deliberativo foi realizada por 8 participantes e 6 ouvintes. Todos os participantes consideraram as informações apresentadas suficientemente esclarecedoras, e consideraram que houve liberdade de expressão dos envolvidos no diálogo. Sobre a duração do diálogo, 12,5% dos participantes disseram ter sido suficiente, 62,5% mais ou menos suficiente e 25,0% não suficiente. Todos os participantes consideraram que o diálogo trouxe subsídios importantes para a implementação de programas/políticas de saúde. Quanto à representatividade das partes envolvidas 37,5% consideraram adequado, 37,5% mais ou menos adequado e 25,0% não adequadamente representativo.

Já os ouvintes, 40,0% consideraram suficientes as informações apresentadas, 40% mais ou menos suficientes e 20,0% não suficientes. Em relação à liberdade de expressão dos participantes, 80,0% acharam que houve liberdade de expressão e 20,0% consideraram mais ou menos. A duração do diálogo foi considerada suficiente por 20,0% dos ouvintes, 60,0% mais ou menos suficiente e 20,0% não suficiente. O DD trouxe subsídios importantes para a implementação de programas/políticas de saúde segundo 40,0% dos ouvintes, enquanto 40,0% avaliaram como mediano e 20,0% que não ofereceu subsídio. Sobre a representatividade das partes interessadas 20,0% consideraram que foi representativo, 40% mais ou menos e 40% não acharam representativo. Foi apontada a necessidade da participação de profissionais da Atenção Básica, usuários (especialmente idosos negros), sociedade civil e movimentos sociais.

Por fim, os participantes e ouvintes apontaram que o diálogo deliberativo propiciou uma discussão enriquecedora sobre a temática. As seguintes considerações foram feitas: a importância do cumprimento de agenda do evento, orientação prévia sobre o diálogo deliberativo e a função dos participantes na discussão, importância de dar enfoque na integralidade do cuidado ao paciente e ampliar a discussão sob os aspectos biopsicossociais e equidade. Além disso, que sejam realizados outros diálogos deliberativos com enfoque em

outras populações, como a indígena e a LGBTQ+ e ter mais representantes da sociedade civil.

APÊNDICE – DOCUMENTO BASE PARA O DIÁLOGO DELIBERATIVO

CONTEXTO DA ELABORAÇÃO

Este documento foi elaborado a partir dos estudos conduzidos por colaboradores do grupo de pesquisa *Chronic Diseases and Informed Decisions* (CHRONIDE), coordenado pela Profa Daniela Melo (Unifesp), sendo formado por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) - <https://chronidebrazil.wixsite.com/chronide>.

O CHRONIDE conduziu um estudo para avaliar a qualidade de Guias de Prática Clínica (GPC), identificando aqueles GPC com melhor qualidade metodológica e transparente processo de elaboração (Molino CDGRC, Leite- Santos NC, Gabriel FC, et al. Factors Associated With High-Quality Guidelines for the Pharmacologic Management of Chronic Diseases in Primary Care: A Systematic Review).¹

A partir desse trabalho, foi possível comparar as recomendações dos GPC de melhor qualidade a fim de elaborar uma síntese que pode ser fonte confiável de informação sobre o tratamento farmacológico das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, a hipertensão arterial sistêmica.

A comparação das recomendações dos GPC de melhor qualidade contendo recomendações para o manejo da hipertensão arterial sistêmica foi tema do mestrado de Nathália Celini Leite-Santos, orientada pela Profa Dra Eliane Ribeiro (FCF/USP).

A convite da Dra Tereza Toma, a Me. Nathália Celini Leite-Santos apresentará os resultados do seu mestrado, com especial enfoque às recomendações específicas sobre o manejo da hipertensão na população negra.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO NEGRA

“Desde jovens, negros apresentam precocemente disfunção endotelial, aumento do tônus vascular e reatividade, adaptações estruturais microvasculares e aumento da rigidez aórtica, resultando em elevação da pressão arterial central e braquial durante o dia e a noite, quando comparados aos brancos” = “lesão subclínica e clínica de órgãos em idades mais jovens”.²

“A amplificação por pressão de pulso (PPA), isto é, a amplificação das artérias centrais para a periferia, está inversamente relacionada com a rigidez arterial, danos nos órgãos e mortalidade”. “A PPA declina mais cedo com a idade em adultos negros normotensos com menos de 30 anos, exemplificando o envelhecimento vascular precoce que pode predispor os indivíduos negros a futuros desfechos cardiovasculares”.³

- ✓ Os novos Guias de Prática Clínica (GPC) demonstram preocupação com os pacientes mais jovens, porque o risco associado a hipertensão nessa população poderia estar subestimado;
- ✓ Há poucas recomendações específicas para o cuidado de pacientes negros, todas as recomendações específicas referem-se a escolha do tratamento farmacológico;

Novos parâmetros (Pressão Arterial a ser considerada limítrofe para iniciar o tratamento farmacológico) e Metas Terapêuticas

- ✓ Tem havido muita discussão desde que um novo GPC foi publicado em 2017 pelas instituições American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), dos Estados Unidos;
- ✓ GPC ACC/AHA propôs reduzir os parâmetros (nível de pressão arterial) a serem considerados para início da terapia farmacológica e também como meta terapêutica;
- ✓ As recomendações são baseadas, principalmente, nos achados de um ensaio clínico (SPRINT trial)⁴ – mais detalhes serão explicados na apresentação em 18/06/2019.

Tabela 1 - Recomendações referentes a indicação da farmacoterapia da hipertensão arterial sistêmica, extraídos dos guias de prática clínica (GPC) de alta qualidade.

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	NICE (Reino Unido)	Canadá
Baixo risco cardiovascular	PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg	PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg	PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg	PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 100 mmHg	PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 100 mmHg
Alto risco cardiovascular	PAS \geq 130 mmHg ou PAD \geq 80 mmHg	PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg	PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg	PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg	PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg

PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica.

Tabela 2 - Recomendações referentes as metas terapêuticas da hipertensão arterial sistêmica, extraídos dos guias de prática clínica (GPC) de alta qualidade.

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	NICE (Reino Unido)	Canadá
Baixo risco cardiovascular	PA <130/80 mmHg	PA <140/90 mmHg	PA <140/90 mmHg	PA <140/90 mmHg	PA <140/90 mmHg
Alto risco cardiovascular	PA <130/80 mmHg	PA <130/80 mmHg	PA <130/80 mmHg	PA <140/90 mmHg	PA <140/90 mmHg

PA: Pressão arterial.

Tabela 3 - Recomendações para negros, extraídas dos guias de prática clínica (GPC) de alta qualidade.

ACC/AHA (EUA)	NICE (Reino Unido)	Canadá
Diurético tiazídico ou bloqueador dos canais de cálcio.	Bloqueador dos canais de cálcio, se este não for tolerado (edema, ou insuficiência cardíaca), oferecer um diurético tiazídico.	O uso de inibidor da enzima conversora da angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina II como monoterapia é contraindicado, mas pode ser usado em pacientes com certas comorbidades ou em terapia combinada.
Obs: Dois ou mais anti-hipertensivos são recomendados para atingir a meta de PA na maioria dos pacientes (especialmente em adultos negros com hipertensão) .	Se necessário, considerar um bloqueador do receptor da angiotensina II em preferência a um inibidor da enzima conversora da angiotensina em combinação com um bloqueador do canal de cálcio.	

PAS: Pressão arterial.

Tabela 4 - Recomendações referentes a contraindicações da farmacoterapia da hipertensão arterial sistêmica, extraídos dos guias de prática clínica (GPC) de alta qualidade.

ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	NICE (Reino Unido)	Canadá
Não combinar o uso de mais de um dos três medicamentos a seguir: inibidor da enzima conversora da angiotensina, bloqueador do receptor da angiotensina II e inibidor da renina.		Não combinar inibidor da enzima conversora da angiotensina com bloqueador do receptor da angiotensina II.		

Tabela 5 - Recomendações para pacientes com hipertensão arterial sistêmica e outras doenças, extraídos dos guias de prática clínica (GPC) de alta qualidade.

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	Canadá
Doença cardíaca isquêmica estável				
Indicação de farmacoterapia	PAS \geq 130 mmHg ou PAD \geq 80 mmHg	NM	NM	NM
Meta terapêutica	PA <130/80 mmHg	PA <140/90 mmHg, se doença arterial periférica concomitante	NM	NM

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	Canadá
Insuficiência cardíaca				
Meta terapêutica	PA <130/80 mmHg em fração de ejeção reduzida ou PAS <130 mmHg em fração de ejeção preservada	NM	NM	NM
Farmacoterapia (fração de ejeção reduzida)	Betabloqueador	Inibidor da enzima conversora da angiotensina + Betabloqueador + Antagonista da aldosterona	NM	Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Betabloqueador
Farmacoterapia (fração de ejeção preservada)	Diuréticos em sintomas de sobrecarga de volume	Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II + Antagonista da aldosterona	NM	NM

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	Canadá
Doença Renal Crônica				
Meta terapêutica	PA <130/80 mmHg	PA <140/90 mmHg se proteinúria <1 g / 24 horas ou PA <130/80 mmHg se proteinúria >1 g / 24 horas	NM	PA <140/90 mmHg em não diabéticos
Farmacoterapia	Inibidor da enzima conversora da angiotensina	Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II	NM	Inibidor da enzima conversora da angiotensina

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	Canadá
Doença cerebrovascular				
Indicação de Farmacoterapia	PAS ≥140 mmHg ou PAD ≥90 mmHg	NM	NM	Após a fase aguda do acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório

Meta terapêutica	PA <130/80 mmHg em acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório ou PAS PA <130 mmHg em acidente vascular cerebral lacunar	PA <140/90 mmHg em acidente vascular cerebral ou PA <130/80 mmHg em acidente vascular cerebral lacunar	NM	PA <140/90 mmHg após a fase aguda do acidente vascular cerebral
Farmacoterapia	Diurético tiazídico + Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Monoterapia com Diurético tiazídico ou Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II	Diurético tiazídico + Inibidor da enzima conversora da angiotensina	NM	Diurético tiazídico + Inibidor da enzima conversora da angiotensina

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	Canadá
Doença arterial periférica				
Meta terapêutica	NM	PA <140/90 mmHg, se doença cardíaca isquêmica concomitante	NM	NM
Farmacoterapia	Diurético tiazídico ou Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II ou Bloqueador dos canais de cálcio	Qualquer anti-hipertensivo, exceto Betabloqueador	NM	NM

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	Canadá
Diabetes Mellitus				
Indicação de Farmacoterapia	PAS ≥130 mmHg ou PAD ≥80 mmHg	PAS >140 mmHg ou PAD >80 mmHg	NM	NM
Meta terapêutica	PA <130/80 mmHg	PA <140/80 mmHg	PAS <140 mmHg (método auscultatório) ou PAS <130 mmHg (método automatizado)	PA <130/80 mmHg
Farmacoterapia	Diurético tiazídico ou Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II ou Bloqueador dos canais de cálcio	Inibidor da enzima conversora da angiotensina em pacientes sem proteinúria ou Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II em pacientes com proteinúria	NM	Diurético tiazídico ou Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II ou Bloqueador dos canais de cálcio
				Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II, em doença cardiovascular ou doença renal concomitante

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	Canadá
Fibrilação atrial				
Farmacoterapia	Bloqueador do receptor da angiotensina II	Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II em >75 anos	NM	NM
Doença da aorta				
Farmacoterapia	Betabloqueador	NM	NM	NM
Doença arterial coronariana				
Farmacoterapia	NM	NM	NM	Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II
Após infarto do miocárdio				
Farmacoterapia	NM	Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II ou Betabloqueador	NM	Inibidor da enzima conversora da angiotensina + Betabloqueador

	ACC/AHA (EUA)	Malásia	Colômbia	Canadá
Hipertrofia ventricular esquerda				
Meta terapêutica	NM	PA <130/80 mmHg	NM	NM
Farmacoterapia	NM	Bloqueador do receptor da angiotensina II	NM	Diurético tiazídico ou Inibidor da enzima conversora da angiotensina ou Bloqueador do receptor da angiotensina II ou Bloqueador dos canais de cálcio

PA: Pressão arterial; PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica; NM: Não mencionado.

1. Molino CGRC, Leite-Santos NC, Gabriel FC, et al. Factors associated with high-quality guidelines for the pharmacologic management of chronic diseases in primary care. *JAMA Intern Med* [published online February 18, 2019]. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.7529
2. Schutte AE, Botha S, Fourie CMT, et al. Recent advances in understanding hypertension development in sub-Saharan Africa. *J Hum Hypertens*. 2017;31(8):491- 500. doi:10.1038/jhh.2017.18
3. Breet Y, Huisman HW, Kruger R, et al. Pulse pressure amplification and its relationship with age in young, apparently healthy black and white adults: The African-PREDICT study. *Int J Cardiol*. 2017;249:387-391. doi:10.1016/j.ijcard.2017.08.070
4. Wright JTJ, Williamson JD, Whelton PK, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2103-2116. doi:10.1056/NEJMoa1511939

5. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary. *Hypertension*. November 2017:HYP.0000000000000066- HYP.0000000000000066. doi:10.1161/HYP.0000000000000066
6. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol*. 2018;34(5):506-525. doi:10.1016/j.cjca.2018.02.022
7. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA). 2da edición. Guía No 18. [GPC en internet]. Bogotá D.C: El Ministerio; 2017.
8. Rahman ARA, Rosman DDHA, Chin DDCY, et al. Academy of Medicine of Malaysia - Clinical Practice Guidelines Management of Hypertension 5th edition (2018). http://www.acadmed.org.my/view_file.cfm?fileid=894. Accessed 03/06/2019.
9. National Institute for Health and Care Excellence (2011- updated 2016). Hypertension in adults: diagnosis and management. NICE guideline (CG 127). 2016.