circunferência do que a indicada para o manguito, a tendência será a de superestimar os valores pressóricos e vice-versa.

Recomendam-se seis tamanhos de manguitos para as UBS que atendem crianças e adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) (Tabela 1). Tabelas de correção da pressão arterial de acordo com o perímetro do braço tiveram sua validação questionada e não são reconhecidas por diretrizes atuais. A Tabela 1 mostra os manguitos apropriados para diferentes circunferências braquiais.

Tabela 1 – Dimensões da bolsa de borracha (manguito) para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11 – 15	6	12
Infantil	16 – 22	9	18
Adulto pequeno	20 – 26	10	17
Adulto	27 – 34	12	23
Adulto grande	35 – 45	16	32

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

2.3 Diagnóstico

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.

2.3.1 Aferição fora do consultório

A automedida da pressão arterial (Ampa) é realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de Saúde, fora do consultório, geralmente no domicílio, representando uma

importante fonte de informação adicional. A principal vantagem da Ampa é a possibilidade de obter uma estimativa mais real dessa variável, tendo em vista que os valores são obtidos no ambiente em que as pessoas passam a maior parte do dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Os aparelhos semiautomáticos de braço, validados, com capacidade de armazenar dados em sua memória, podem ser utilizados para a Ampa pela sua facilidade de manejo e confiabilidade **[Grau de Recomendação D]** (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). No entanto, deve-se destacar que os aparelhos de uso domiciliar, adquiridos pelo próprio usuário, não seguem um padrão de manutenção e calibração frequente.

Na suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), sugerida pelas medidas da Ampa, recomenda-se a realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa) ou Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico **[Grau de Recomendação D]** (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A Mapa é feita por aparelhos validados que empregam o método oscilométrico. Afere a pressão por dezenas de vezes nas 24 horas, registrando o comportamento da pressão arterial durante o período do sono. A MRPA é feita, preferencialmente, por manômetros digitais pela própria pessoa ou familiares. Recomendam-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão durante sete dias (PARATI et al., 2010).

Ambos os métodos capturam com adequada precisão o risco de elevação da pressão arterial (SEGA et al., 2005; MANCIA et al., 2006; KIKUYA et al., 2007). Por medirem muitas vezes a pressão, aferem com mais precisão a pressão usual dos indivíduos, amortecendo a reação de alerta que ocorre em consultórios médicos. Isso ocorre em especial com a pressão aferida pela Mapa, que inclui valores de pressão aferidas durante o sono, usualmente mais baixas do que a vigília. Elevação da PA durante o sono demonstrou valor prognóstico independente da pressão de 24 horas.

Os valores diagnósticos de pressão arterial anormal na Mapa propostos pelas diretrizes brasileiras atuais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) foram extraídos de análise conjunta de estudos de coorte e correspondem à pressão de 24 horas maior ou igual a 130 x 80mmHg, vigília maior ou igual a 140 x 85mmHg e sono maior ou igual a 120/70mmHg (Quadro 3) (KIKUYA et al., 2007). Propôs-se o diagnóstico de PA limítrofe para as faixas de pressão sistólica imediatamente anteriores ao limite do diagnóstico de hipertensão (em geral 10mmHg para a sistólica e 5mmHg para a diastólica). Pacientes com pressão limítrofe estão sob risco aumentado de desenvolver hipertensão arterial, cabendo repetir o exame anualmente. Os valores diagnósticos de hipertensão arterial por MRPA correspondem à pressão maior ou igual a 130 x 85mmHg (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada

	Consultório	Mapa Vigília	Ampa	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	< 140/90	≤ 130/85	≤ 130/85	≤ 130/85
Hipertensão	≥ 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão do avental branco	≥ 140/90	< 130/85	< 130/85	< 130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85

Fonte: : (SBC; SBH; SBN, 2010).
Nota: Mapa = monitorização ambulatorial da PA de 24h; Ampa = automedida da PA; MRPA = monitorização residencial da PA.

2.3.2 Interpretação conjunta de pressão arterial aferida em consultório e fora de consultório

Indivíduos com pressão alterada no consultório, devido à reação de alerta, e normal na Mapa ou na MRPA, têm a síndrome do avental branco. Por um tempo, imaginou-se que essa condição fosse benigna, mas de fato já embute aumento discreto de risco. Estima-se que quase um terço dos indivíduos hipertensos em consultório tem síndrome de avental branco. Indivíduos com pressão normal no consultório e anormal na Mapa ou na MRPA têm a denominada hipertensão mascarada. Estima-se que aproximadamente 12% de indivíduos com pressão normal em consultório tenham hipertensão mascarada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O risco para eventos cardiovasculares é menor em indivíduos normotensos no consultório e fora dele, aumentando progressivamente em hipertensos do jaleco branco, hipertensos mascarados e hipertensos no consultório e fora do consultório (SEGA et al., 2005). Tratamento é indicado para hipertensão no consultório e fora do consultório, hipertensão mascarada e hipertensão de jaleco branco, nesta última categoria pelo maior risco mencionado acima e pelo fato de que todos os ensaios clínicos, no qual embasam decisões de tratamento, utilizaram medidas de consultório.

Há tendência em se estabelecer rastreamento de hipertensão arterial com medida de PA no consultório e fora do consultório, mas não há diretrizes sobre a periodicidade. O rastreamento deve permanecer baseado na pressão de consultório, obtendo-se medidas fora dele e em todos os indivíduos hipertensos no consultório sem evidência de repercussão em órgão-alvo, e naqueles normotensos sob risco aumentado de hipertensão. Entre esses, poderia se incluir pacientes com pressão limítrofe, aqueles na faixa etária dos 40 a 50 anos e indivíduos com fatores de risco para hipertensão (história familiar, sobrepeso ou obesidade). Com base na pressão aferida no consultório e fora dele, os pacientes podem ser classificados segundo a proposta apresentada na Figura 1.