GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE – CCBS
CURSO DE MEDICINA - MEDURCA

MODELO DO ESPELHO DA PROVA ESCRITA

ITEM 8.5.1 DO EDITAL N° 02/2026

Setor de Estudo: **Clínica Médica / Anestesia / Semiologia/ Farmacologia / Internato (Auxiliar)**

Tema sorteado: **05. TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

A prova escrita terá por objeto um único tema do referido programa, sorteado no momento de aplicação da prova e será avaliada obedecendo aos critérios abaixo relacionados.

Para todos os itens abaixo descritos, a banca examinadora deverá observar:

1- Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão do tema, objeto da prova (zero a cinco pontos);

Espera-se que o candidato, de forma coerente e assertiva, integrando conhecimentos fisiopatológicos, semiológicos, clínicos e farmacológicos, contemple os seguintes tópicos:

a) Conceituação da hipertensão arterial e dos objetivos do tratamento: redução da morbimortalidade cardiovascular, cerebrovascular e renal, prevenção de lesões de órgãos-alvo e preservação da qualidade de vida; distinguir classificação diagnóstica, limiar de início do tratamento e meta terapêutica;

b) Avaliação inicial que fundamenta a terapêutica: confirmação da elevação persistente da pressão arterial por medidas padronizadas; papel da MAPA e da MRPA; identificação de hipertensão do avental branco e mascarada; avaliação de risco cardiovascular, comorbidades, lesões de órgãos-alvo e possíveis causas secundárias;

b.1. Integrar história clínica, exame físico, medicamentos e substâncias em uso, adesão prévia, condições socioeconômicas, fragilidade, hipotensão ortostática e potencial reprodutivo;

b.2. Reconhecer a utilidade da creatinina e estimativa da filtração glomerular, sódio, potássio, glicemia ou HbA1c, perfil lipídico, avaliação urinária e albuminúria, além do eletrocardiograma, para orientar a escolha e a segurança do tratamento;

c) Indicação e oportunidade do tratamento não medicamentoso e medicamentoso, considerando os níveis pressóricos e o risco cardiovascular:

c.1. Pela Diretriz Brasileira de 2025, iniciar medicamentos associados às mudanças do estilo de vida em pressão arterial confirmada ≥140 mmHg sistólica e/ou ≥90 mmHg diastólica, independentemente do risco cardiovascular;

c.2. Em pressão de 130–139 mmHg sistólica e/ou 80–89 mmHg diastólica e alto risco cardiovascular, reconhecer a indicação de farmacoterapia após três meses de medidas não medicamentosas se persistir a elevação; considerar doença cardiovascular, diabetes, doença renal crônica, lesões de órgãos-alvo, hipercolesterolemia familiar ou PREVENT ≥20% em dez anos, conforme a diretriz brasileira;

c.3. Admitir diferenças entre as diretrizes: AHA/ACC 2025 utiliza PREVENT ≥7,5% para risco aumentado e recomenda medicamentos no baixo risco se a PA persistir ≥130/80 mmHg após três a seis meses de mudanças do estilo de vida; ESC 2024 utiliza condições de alto risco ou SCORE2/SCORE2-OP ≥10%, com modificadores; Canadá 2025 indica fármacos em PA ≥140/90 mmHg ou PAS de 130–139 mmHg em alto risco;

d) Metas terapêuticas e individualização: apresentar meta geral <130/80 mmHg pela Diretriz Brasileira de 2025 e pela AHA/ACC 2025; aceitar PAS de 120–129 mmHg e PAD de 70–79 mmHg pela ESC 2024, se toleradas, ou PAS <130 mmHg pela diretriz canadense, sem meta diastólica específica. Considerar tolerabilidade, fragilidade, ortostatismo, comorbidades e expectativa de vida;

e) Tratamento não medicamentoso como componente permanente do cuidado:

e.1. Padrão alimentar DASH ou equivalente; redução do sódio para cerca de 2 g/dia, correspondentes a aproximadamente 5 g/dia de sal pela diretriz brasileira; redução de ultraprocessados e incentivo a alimentos in natura;

e.2. Redução ponderal quando indicada; atividade física aeróbica de pelo menos 150 minutos semanais em intensidade moderada ou equivalente, associada a exercícios resistidos e redução do sedentarismo;

e.3. Cessação do tabagismo, redução ou abstinência de álcool, sono adequado e manejo do estresse; incentivo ao potássio alimentar quando seguro, com cautela em doença renal crônica, hipercalemia e uso de fármacos que aumentem o potássio;

f) Tratamento farmacológico: classes preferenciais, mecanismos de ação, indicações, principais contraindicações, efeitos adversos e racional das associações:

f.1. Diuréticos tiazídicos ou similares, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e bloqueadores de canais de cálcio (BCC), especialmente di-hidropiridínicos de longa ação; relacionar a escolha à eficácia, às comorbidades, à tolerabilidade e ao acesso;

f.2. Reconhecer efeitos adversos como hiponatremia, hipocalemia e hiperuricemia com tiazídicos; tosse e angioedema com IECA; hipercalemia e alterações da função renal com IECA/BRA; edema periférico com BCC; bradicardia com betabloqueadores e hipercalemia/ginecomastia com espironolactona;

f.3. Reservar betabloqueadores preferencialmente para indicações específicas, como angina, pós-infarto, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e controle de frequência em arritmias. Reconhecer outras classes como opções adicionais conforme o contexto;

g) Estratégia sequencial de tratamento:

g.1. Preferência por associação inicial de dois medicamentos em doses baixas para a maioria dos pacientes, idealmente em comprimido único: IECA OU BRA associado a BCC ou diurético tiazídico/similar. Reconhecer que IECA e BRA não devem ser associados;

g.2. Monoterapia em situações selecionadas, como PA de 130–139/80–89 mmHg com alto risco, hipertensão estágio 1 de baixo risco a critério clínico, fragilidade, idade ≥80 anos ou hipotensão ortostática sintomática, conforme a diretriz brasileira;

g.3. Reavaliação da adesão, otimização das doses toleradas e progressão para associação tripla de IECA OU BRA + BCC + tiazídico/similar quando necessário; se mantido o descontrole, avaliar resistência e indicação de espironolactona como quarto agente;

h) Segurança e acompanhamento: monitorização da função renal e dos eletrólitos antes e após início ou ajuste de fármacos; reavaliação em aproximadamente um mês até o controle, com antecipação conforme o risco; uso de medidas domiciliares,

identificação de efeitos adversos e interações, incluindo anti-inflamatórios, descongestionantes, corticoides e estimulantes;

i) Individualização da terapêutica nas principais situações especiais:

i.1. Doença renal crônica e diabetes: preferência por IECA/BRA quando houver indicação, particularmente na presença de albuminúria; monitoramento de potássio e função renal; escolha do diurético conforme filtração glomerular e volemia;

i.2. Doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca: adequar o esquema à angina, ao infarto prévio e à função ventricular; na fração de ejeção reduzida, integrar o controle pressórico aos medicamentos com benefício prognóstico e evitar verapamil/diltiazem;

i.3. Terapêutica da hipertensão arterial no idoso:

i.3.1. Reconhecer as particularidades do envelhecimento que interferem no tratamento, especialmente rigidez arterial, hipertensão sistólica isolada, maior variabilidade pressórica e suscetibilidade à hipotensão ortostática e pós-prandial;

i.3.2. Diferenciar o idoso com capacidade funcional preservada daquele com fragilidade, considerando autonomia, cognição, comorbidades, polifarmácia, histórico de quedas e expectativa de vida, sem utilizar a idade cronológica isoladamente para definir a intensidade do tratamento;

i.3.3. Discutir a indicação de tratamento e as metas pressóricas conforme a diretriz adotada, buscando controle mais rigoroso quando bem tolerado e individualizando a conduta diante de fragilidade moderada a grave, hipotensão sintomática ou expectativa de vida limitada;

i.3.4. Abordar a escolha dos anti-hipertensivos conforme as condições clínicas associadas, a função renal, os eletrólitos e as interações medicamentosas, reconhecendo situações em que se recomenda monoterapia inicial, doses menores e titulação cautelosa;

i.3.5. Destacar a aferição da pressão arterial em ortostatismo, a monitorização domiciliar quando viável e a vigilância de tontura, síncope, quedas, alterações eletrolíticas e comprometimento da função renal;

i.3.6. Discutir simplificação do esquema, participação de familiares ou cuidadores e possibilidade de redução ou desprescrição individualizada diante de efeitos adversos, hipotensão ou mudança dos objetivos do cuidado.

i.4. Gestação: contraindicação de IECA/BRA e reconhecimento de opções como nifedipino de liberação prolongada, metildopa e labetalol conforme disponibilidade; identificar hipertensão grave persistente ≥160 e/ou ≥110 mmHg e necessidade de abordagem rápida e avaliação obstétrica;

j) Hipertensão resistente: definição de descontrole apesar de três classes, incluindo diurético apropriado, em doses máximas toleradas, ou controle com quatro ou mais fármacos; exclusão de pseudorresistência por baixa adesão, medida inadequada, avental branco e esquema insuficiente; investigação de causas secundárias, especialmente hiperaldosteronismo primário, apneia do sono e doença renal; otimização da diurese, indicação de espironolactona conforme potássio e função renal e encaminhamento especializado;

k) Hipertensão arterial secundária: principais causas de hipertensão arterial secundária, incluindo etiologias renais, renovasculares, endócrinas, respiratórias e medicamentosas. Abordagem diagnóstica, com ênfase na avaliação clínica, nos exames laboratoriais, hormonais e de imagem, bem como na interpretação dos resultados e no diagnóstico diferencial. Estratégias terapêuticas específicas conforme a etiologia, incluindo tratamento farmacológico, intervenções cirúrgicas e endovasculares, quando indicadas, e acompanhamento clínico fundamentado nas diretrizes e evidências científicas atuais.

l) Elevação acentuada da pressão arterial e emergências: diferenciar presença e ausência de lesão aguda de órgão-alvo; na emergência, indicar hospitalização, monitorização e tratamento intravenoso titulável, com metas específicas para a síndrome. Sem lesão aguda, ajustar tratamento oral e assegurar seguimento precoce, evitando redução abrupta e nifedipino sublingual;

m) Adesão e organização do cuidado: decisão compartilhada, educação em saúde, simplificação do esquema, acesso aos medicamentos no SUS, equipe multiprofissional, combate à inércia terapêutica e tratamento dos demais fatores de risco cardiovascular; não indicar AAS automaticamente apenas pelo diagnóstico de hipertensão;

2- Domínio e precisão no uso de conceitos (zero a dois pontos);

Espera-se que o candidato desenvolva os itens “a” a “l” de forma concatenada, utilizando corretamente conceitos fisiopatológicos, clínicos e farmacológicos e justificando as decisões terapêuticas com base nas referências abaixo. Devem ser aceitas diferenças entre as diretrizes quando explicitadas e aplicadas de forma coerente, sem confundir diagnóstico, limiar de tratamento e meta pressórica.

BRANDÃO, Andréa Araujo et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, e20250624, 2025.

McEVOY, John William et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. European Heart Journal, v. 45, p. 3912–4018, 2024.

GOUPIL, Rémi et al. Hypertension Canada guideline for the diagnosis and treatment of hypertension in adults in primary care. CMAJ, v. 197, p. E549–E564, 2025.

Daniel, Joenes et al. 2025. AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension, v. 82, p. e212–e316, 2025.

3- Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa (zero a dois pontos);

Espera-se que o candidato apresente sequência lógica entre avaliação inicial, estratificação de risco, indicação de tratamento, definição de metas, escolha dos medicamentos, escalonamento e acompanhamento, demonstrando capacidade de aprofundar o tema e justificar a individualização das condutas.

4- Clareza, coerência e coesão textual com uso correto da Língua Portuguesa (zero a um ponto).

Espera-se que o candidato utilize corretamente a Língua Portuguesa, com terminologia médica adequada, clareza, coesão e organização textual, mantendo consistência teórica e evitando ambiguidades na apresentação das condutas.