

AUDIÊNCIA PÚBLICA

Comissão de Ciência e Tecnologia (CCT) do Senado



**Desafios de pacientes com
Hipertensão Pulmonar no acesso ao diagnóstico,
centros especializados e medicações de alto custo
no SUS**

Ricardo de Amorim Corrêa

Presidente

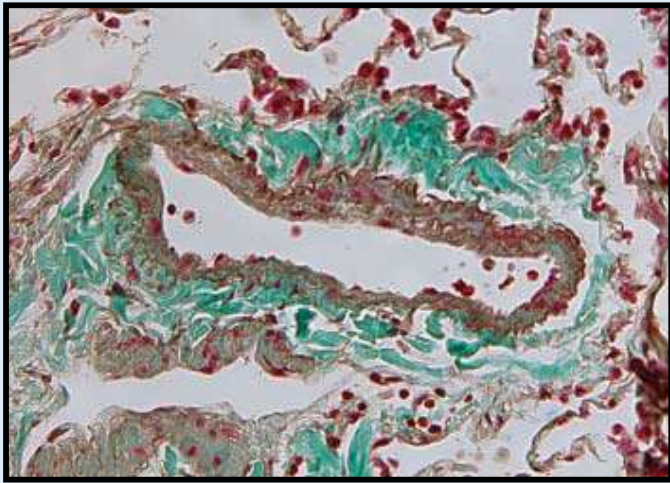
Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

*Uma análise das principais lacunas epidemiológicas e
desafios de saúde pública relacionados à Hipertensão Arterial
Pulmonar (HAP) no contexto brasileiro.*

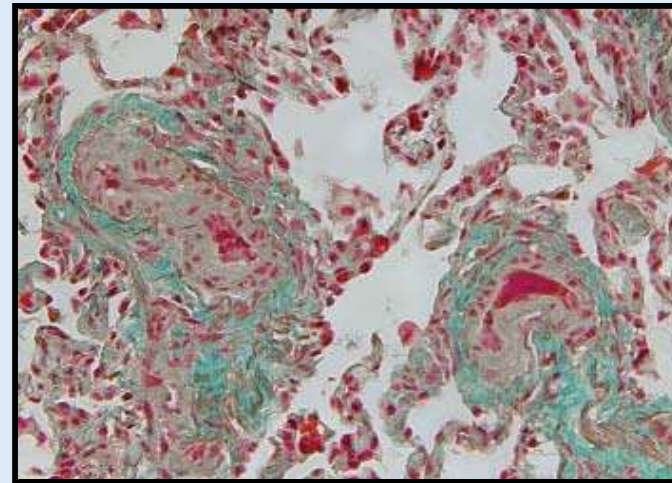


Hipertensão Pulmonar

O que acontece nas artérias pulmonares?



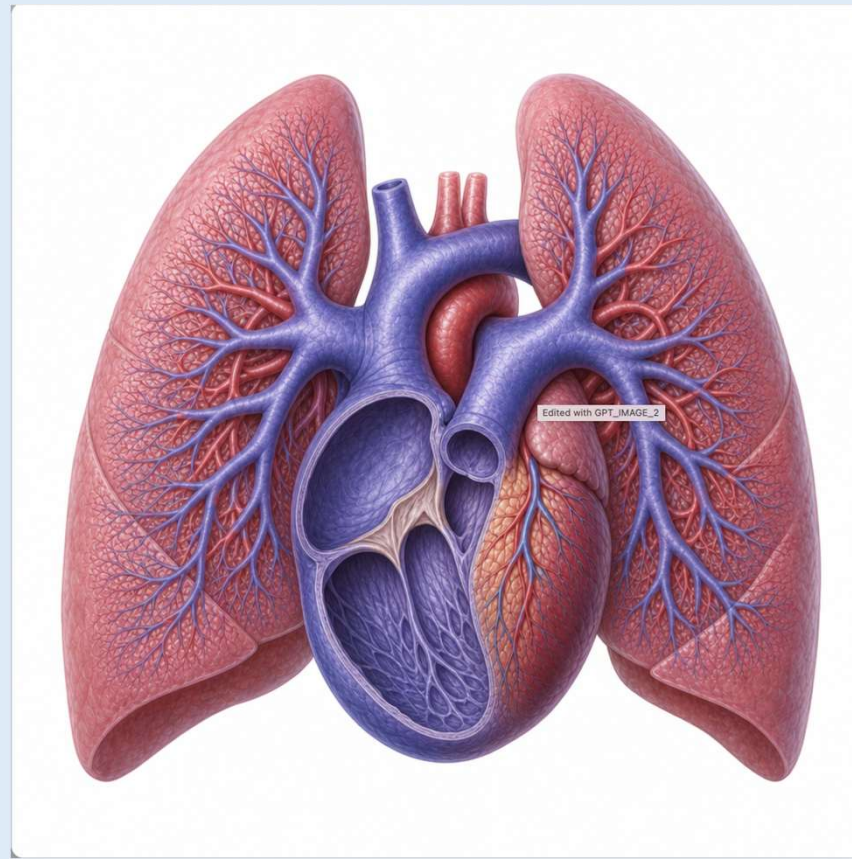
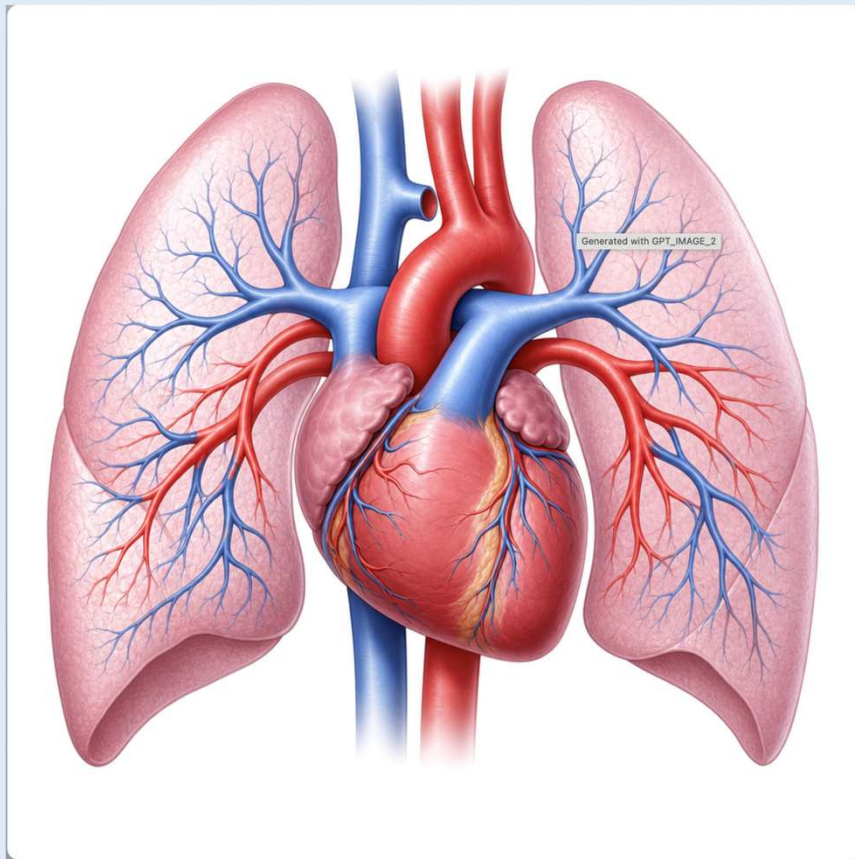
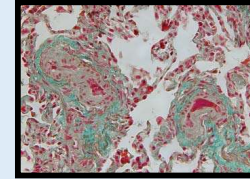
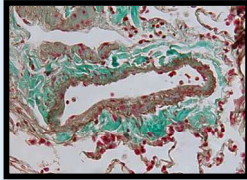
Ramo de **artéria pulmonar normal**



Ramo de artéria na
Hipertensão Arterial Pulmonar

Lang, European Respiratory Journal; 2009

Hipertensão Pulmonar





Diagnosis of pulmonary arterial hypertension: a statement from the Brazilian Thoracic Association

Classificação Atualizada da HP



Quadro 1. Classificação da hipertensão pulmonar.^a

1. Hipertensão arterial pulmonar

- 1.1. Idiopática
 - 1.1.1. Respondedores de longo prazo aos bloqueadores dos canais de cálcio
- 1.2. Hereditária
- 1.3. Associada a drogas e toxinas
- 1.4. Associada a:
 - 1.4.1. Doença do tecido conjuntivo
 - 1.4.2. Infecção pelo HIV
 - 1.4.3. Hipertensão portal
 - 1.4.4. Cardiopatias congênitas
 - 1.4.5. Esquistossomose
- 1.5. HAP com envolvimento venoso/capilar (PVOD/PCH)
- 1.6. HAP persistente do recém-nascido

2. Hipertensão pulmonar por doença do coração esquerdo

- 2.1. Insuficiência cardíaca
 - 2.1.1. Fração de ejeção preservada
 - 2.1.2. Fração de ejeção reduzida ou levemente reduzida
 - 2.1.3. Cardiomiopatias de etiologias específicas
- 2.2. Valvopatias
- 2.3. Condições cardiovasculares congênitas/adquiridas levando à HP pós-capilar

3. Hipertensão pulmonar por doenças pulmonares e/ou hipóxia

- 3.1. DPOC e/ou enfisema
- 3.2. Doença pulmonar intersticial
- 3.3. Fibrose pulmonar combinada e enfisema
- 3.4. Outras doenças parenquimatosas pulmonares
- 3.5. Doenças restritivas extraparenquimatosas
 - 3.5.1. Síndromes de hipoventilação
 - 3.5.2. Pneumectomia
- 3.6. Hipóxia sem doença pulmonar (ex.: altitude elevada)
- 3.7. Doenças do desenvolvimento

4. Hipertensão pulmonar com obstruções das artérias pulmonares

- 4.1. HP tromboembólica pulmonar crônica
- 4.2. Outras obstruções das artérias pulmonares

5. Hipertensão pulmonar com mecanismos incertos e/ou multifatoriais

- 5.1. Distúrbios hematológicos
- 5.2. Distúrbios sistêmicos
- 5.3. Distúrbios metabólicos
- 5.4. Insuficiência renal crônica
- 5.5. Microangiopatia trombótica tumoral pulmonar
- 5.6. Mediastinite fibrosante
- 5.7. Cardiopatia congênita complexa

PVOD: doença veno-oclusiva pulmonar; PCH: hemangiomatose capilar pulmonar.

^aModificado de Kovacs et al.

Grau de limitação e sobrevida na HAP

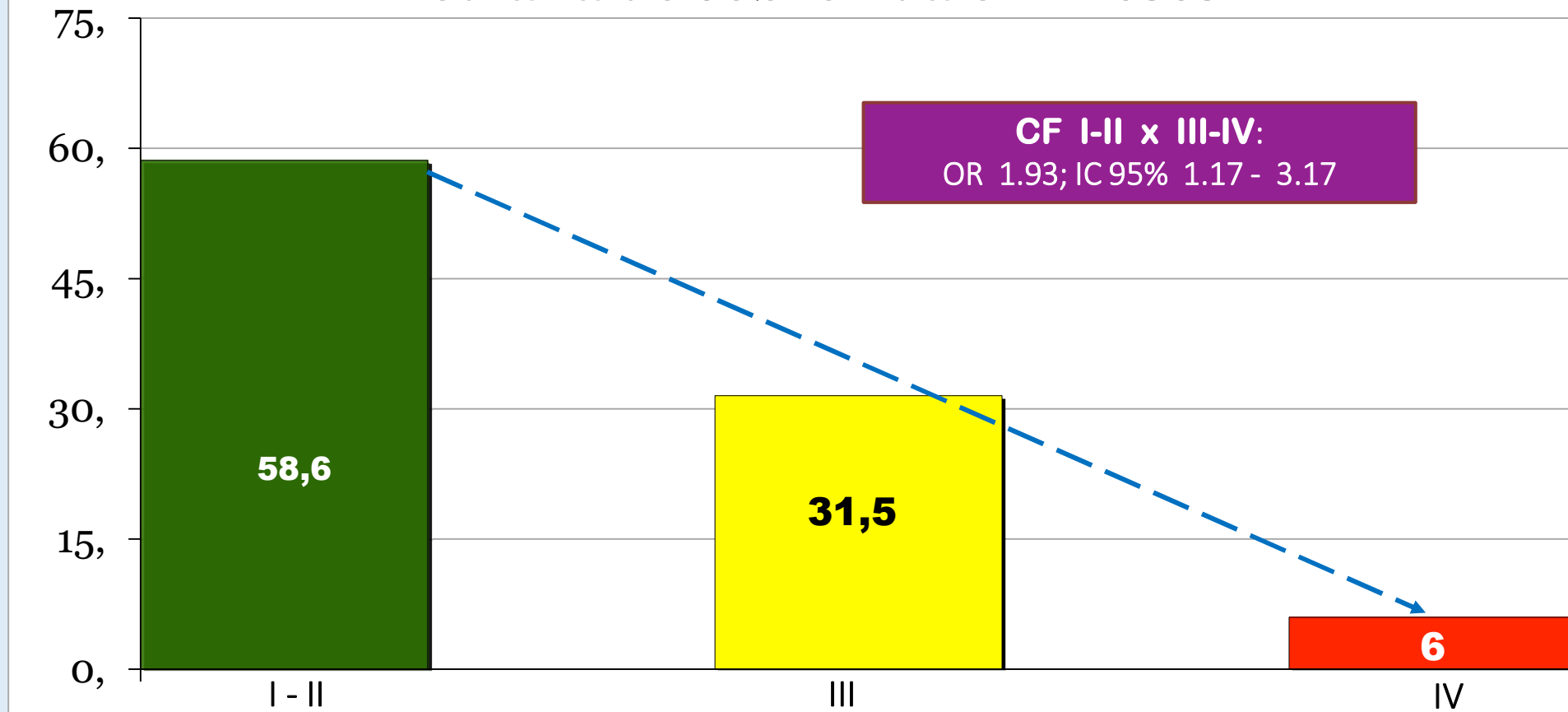
Classe funcional



Classe funcional e sobrevida na HAP



* Mediana de sobrevida em *meses*

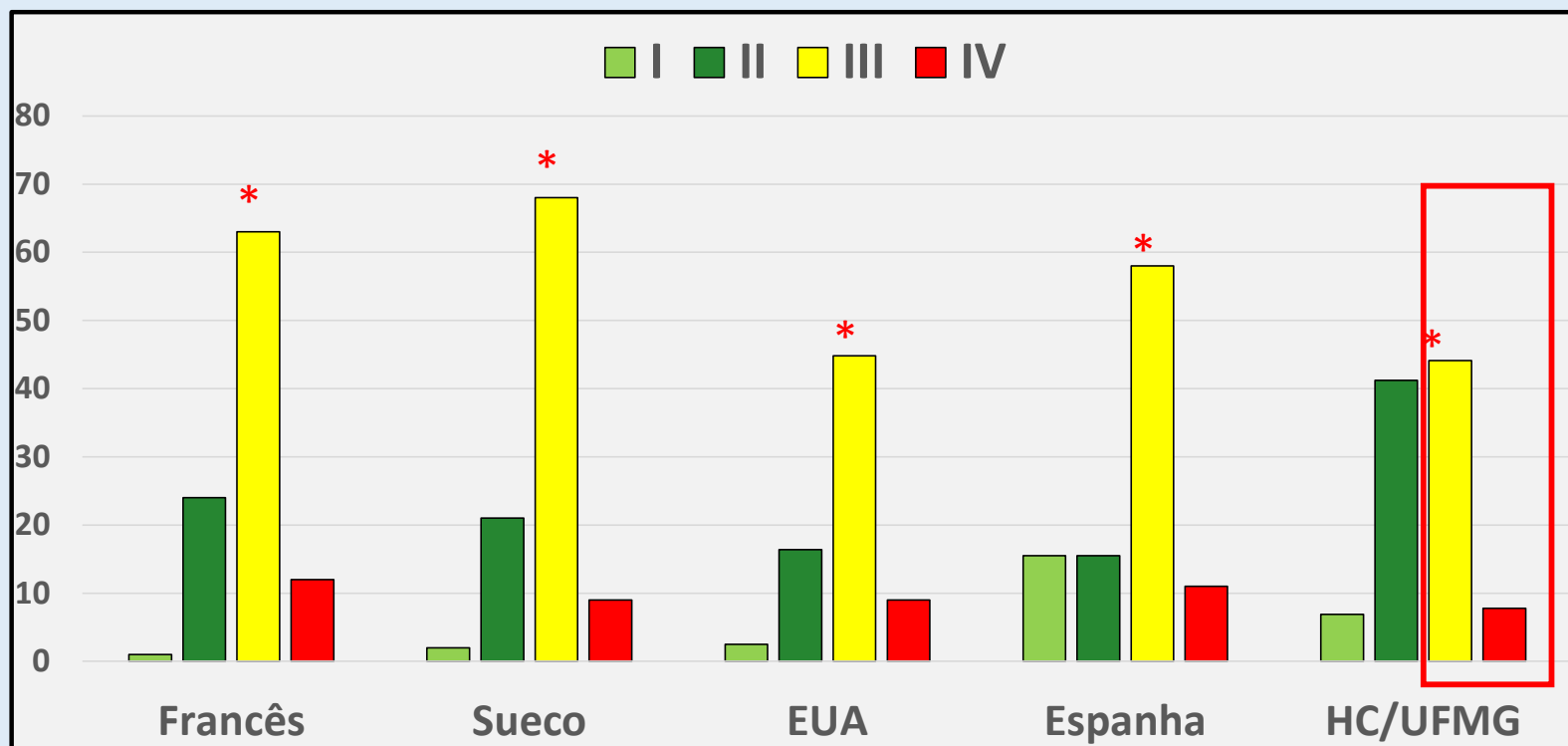


D'Alonzo et al. Ann Intern Med 1991;115:343-9

Os pacientes recebem diagnósticos em estágios avançados e enfrentam muitas limitações.



- Humbert M, 2006
- Rådegran G, 2016
- Brown LM, 2011
- Escribano-Subias P, 2012
- Correa R, submetido



Sintomas
até diagnóstico
(anos, meses):

2,3

ND

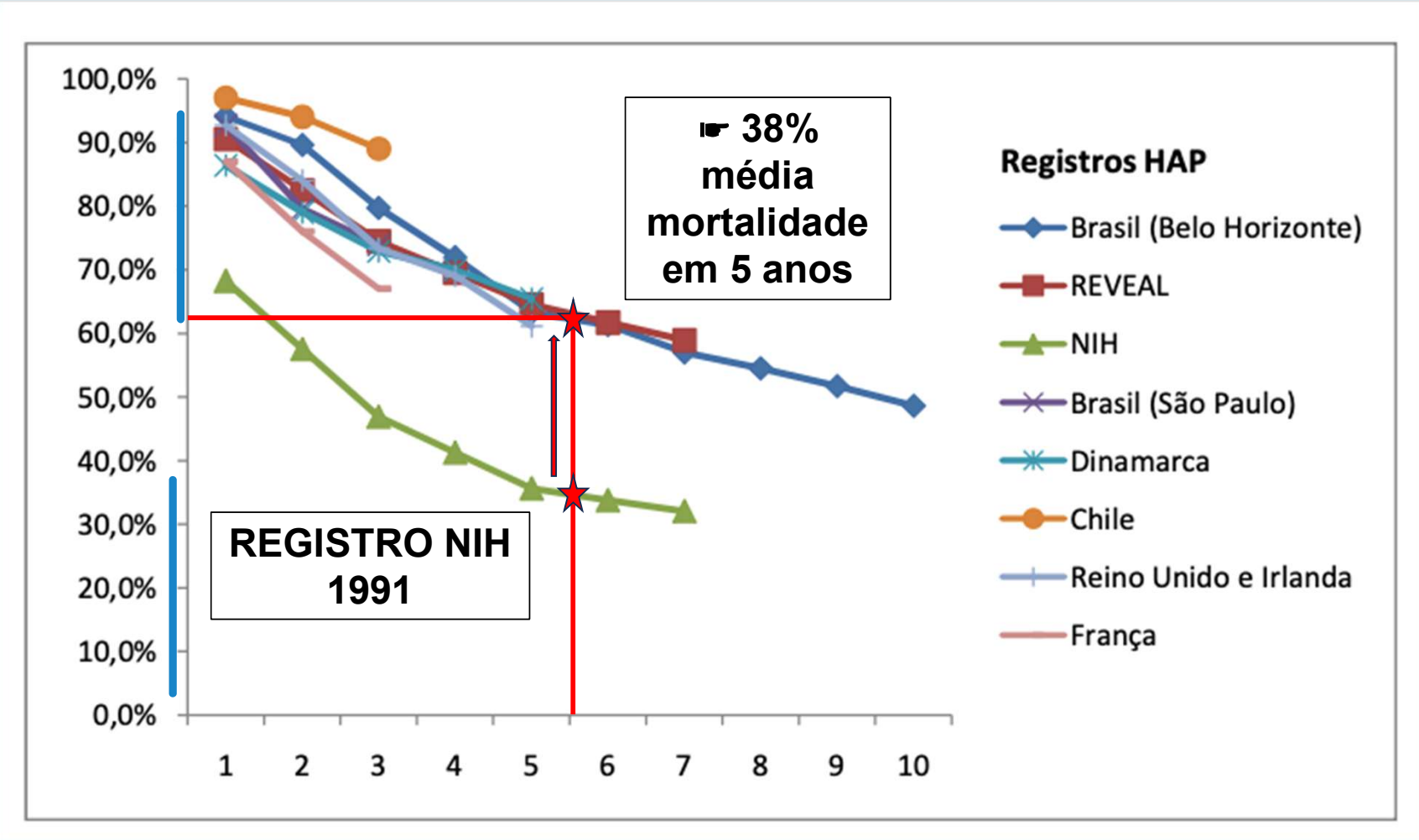
> 2: 21,1%
≤ 2: 79,9%

2.2

2.0

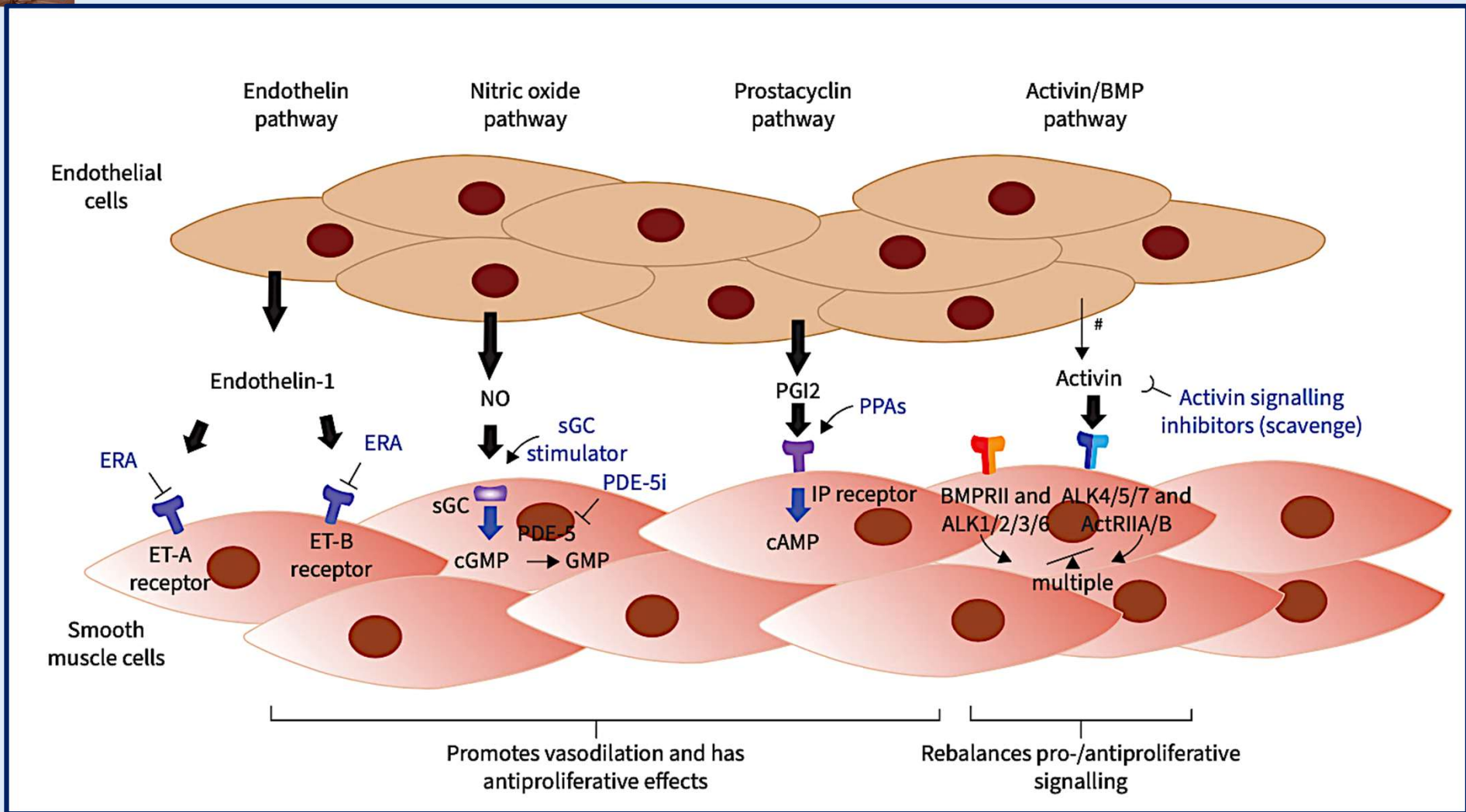
Registros internacionais e sobrevida de pacientes com hipertensão arterial pulmonar.

Coorte do Ambulatório de Doenças da Circulação Pulmonar / HC/UFMG





VIAS TERAPÊUTICAS





Brazilian guidelines for the pharmacological treatment of pulmonary hypertension. Official document of the Brazilian Thoracic Society based on the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation methodology

ALGORITMO DO TRATAMENTO



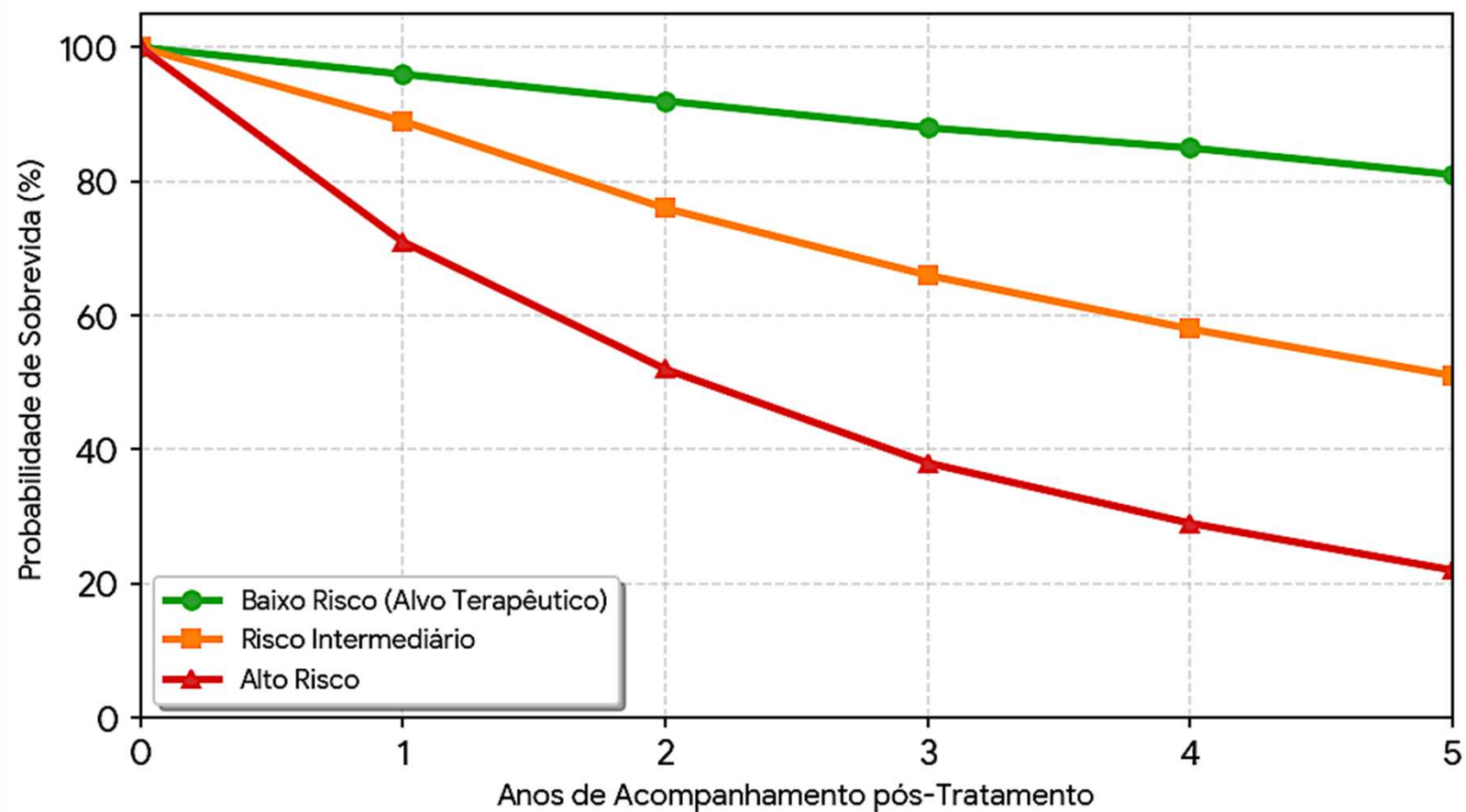
Chart 4. Pulmonary arterial hypertension risk stratification.

Mortalidade estimada em um ano	Baixo risco < 5%	Risco intermediário 5 - 20%	Risco Alto > 20%
Modifiable variables			
Signs of RHF	Absent	Absent	Present
Symptom progression	No	Slow	Fast
Syncope	No	Occasionally	Repeated
CF-OMS	I, II	III	IV
6MWD	> 440 m	165-440 m	< 165 m
Cardiopulmonary exercise test	VO ₂ peak >15 mL/min/kg (> 65% predicted) VE/VCO ₂ slope < 36	VO ₂ peak 11-15 mL/min/kg (35-65% predicted) VE/VCO ₂ slope 36-44	VO ₂ peak < 11 mL/min/kg (<35% predicted) VE/VCO ₂ slope ≥ 45
Biomarkers: BNP and NT-proBNP	BNP < 50 ng/L NT-proBNP < 300 ng/mL	BNP 50-800 ng/L NT-proBNP 300-1100 ng/mL	BNP > 800 ng/L NT-proBNP > 1100 ng/mL
Echocardiography	RA area < 18 cm ² TAPSE / PASP > 0,32 mm/mmHg No pericardial effusion	RA area 18-26 cm ² TAPSE / PASP 0,19 -0,32 mm/mmHg Minimal pericardial effusion	RA area >26 cm ² TAPSE / PASP < 0,19 mm/mmHg Pericardial effusion
CMRI	RVEF > 54% SVI >40 mL/m ² RVESVI < 42mL/m ²	RVEF 37-54% SVI 26-40 mL/m ² RVESVI 42-54 mL/m ²	RVEF < 37% SVI < 26 mL/m ² RVESVI > 54 mL/m ²
Hemodynamics	RAP < 8 mmHg CI > 2,5 L/min/m ² SVI > 38 mL/m ² SvO ₂ > 65%	RAP 8-14 mmHg CI 2-2,4 L/min/m ² SVI 31-38 mL/m ² SvO ₂ 60-65%	RAP > 14 mmHg CI < 2 L/min/m ² SVI < 31 mL/m ² SvO ₂ < 60%





Sobrevida Estimada em HAP Conforme Estratificação de Risco
(Baseado em Dados de Registros Clínicos Europeus)





Brazilian guidelines for the pharmacological treatment of pulmonary hypertension. Official document of the Brazilian Thoracic Society based on the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation methodology

ALGORITMO DO TRATAMENTO

Respir. Res. Clin. Pract. 2026;52(2):e20250528

<https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20250528>



Diagnóstico confirmado de HAP em centro especializado



Cateterismo cardíaco direito (CCD) e teste de vasorreatividade positivo
(pacientes com HAP idiopática, HAP hereditária, HAP induzida por drogas)*

↙ Respondedores Iniciar terapia com bloqueadores dos canais de cálcio com dose titulada individualizada
↓ 3/4 meses

↘ Não respondedores / Outros grupos Estratificação de risco**

Terapia de suporte individualizada durante todo o tratamento farmacológico:

Oxigênio / Diuréticos / Reabilitação / Contracepção / Vacinação

Principais Lacunas Epidemiológicas e de Saúde Pública na **Hipertensão Arterial Pulmonar**



1.Alves JL, et al. Chest. 2015;147(2):495-501. 2.Valverde AB, et al. BMC Pulm Med. 2018;18(1):106. 3.Lopes AA, et al. Chest. 2010;137(6 Suppl):78S-84S.



Como participar dos eventos interativos
Programa e-Cidadania do Senado Federal

COMO PARTICIPAR DOS EVENTOS INTERATIVOS

Assista no YouTube

[Pautas e Convidados](#)[Documentos de referência](#)[Temas](#)

PERGUNTAS E COMENTÁRIOS (31)

Escreva aqui sua pergunta ou comentário, que deve ter relação com o tema do evento e estar de acordo com nossos termos de uso.

[ENVIAR](#)[Imprimir declaração de participação no evento](#)**MARIA L. D. D. C. S. (DF)**

A criação de um cadastro nacional de pacientes dessa enfermidade poderia melhorar as políticas para a doença?

16h28 - 19/06/2026

LETICIA L. P. (DF)

Existe um plano para capacitar profissionais da atenção básica no diagnóstico da doença?

16h24 - 19/06/2026

MARIA C. P. D. S. (RJ)

De que forma a demora no diagnóstico e as dificuldades de acesso a centros de referência impactam a qualidade de vida e o prognóstico

15h52 - 19/06/2026

RAYLLANE M. L. S. (SE)

Essa doença vai entrar nos programas do SUS para linha de cuidado APS E ESF?

14h42 - 19/06/2026

RENATA A. H. S. (DF)

Há incentivos para produção nacional de medicamentos, para evitar dependência de importação que dificultou acesso na COVID?

14h04 - 19/06/2026

RENATA A. H. S. (DF)

Como reduzir desigualdades regionais no acesso a exames, após maior mortalidade de HP em regiões com poucos serviços?

14h04 - 19/06/2026

Advocacy Gestão **SBPT 2025-2026**: Defendendo a Saúde Respiratória no Brasil

SBPT através de Políticas Públicas de alto impacto.



OBRIGADO!



Contato: 61 993675357 | advocacy@sbpt.org.br

<https://sbpt.org.br/portal/fale-conosco/>