

# NORMA

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2013  
113 anos

Direção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt  
Ministério da Saúde



NÚMERO: 020/2011  
DATA: 28/09/2011  
ATUALIZAÇÃO: 19/03/2013

**ASSUNTO:** Hipertensão Arterial: definição e classificação  
**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Arterial  
**PARA:** Profissionais do Sistema Nacional de Saúde  
**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

### I – NORMA

1. O diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) define-se, em avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg, conforme algoritmo clínico em Anexo I (*Nível de evidência A, grau de recomendação I*).
2. A hipertensão arterial classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave, conforme algoritmo clínico em Anexo I.
3. Os profissionais de saúde registam nos processos clínicos os valores de pressão arterial (PA) avaliados em cada situação clínica e classificam-na nos termos da presente Norma.
4. No quadro abaixo assinalam-se os limites de referência da pressão arterial para o diagnóstico de hipertensão arterial <sup>a</sup>, de acordo com o tipo de medição realizado:

Tipo de medição		PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Consultório		140	90
24 horas (MAPA)	Global (24 horas)	125-130	80
	período do dia (07-23h)	130-135	85
	período da noite(23-07h)	120	70
Automedição no domicílio		130-135	85

MAPA - medição ambulatória da pressão arterial

5. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo I.
6. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

<sup>a</sup> propostos pelas Sociedades Europeias de Cardiologia ([www.escardio.org](http://www.escardio.org)) e de Hipertensão ([www.eshonline.org](http://www.eshonline.org))

7. A presente Norma revoga a Circular Normativa n.º 2/DGS/DGCG, de 13/07/2004.
8. A presente Norma, atualizada com os contributos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 28/09/2011.

## II – CRITÉRIOS

- A. Esta definição de HTA é válida para pessoas de idade igual ou superior a 18 anos, que não sujeitas a tratamento farmacológico anti-hipertensor e que não apresentem patologia aguda concomitante ou se encontrem grávidas.
- B. Para efeitos de classificação nos termos do número dois da presente Norma, conforme algoritmo clínico em Anexo I, quando as PAS e PAD estiverem em diferentes categorias, considerar-se-á a categoria do valor mais elevado.
- C. Para o diagnóstico de HTA é necessário que a PA se mantenha elevada nas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, com um intervalo mínimo entre elas de uma semana.
- D. Como regra, o intervalo entre consultas poderá ser tanto maior quanto mais próximos da normalidade estejam os valores de PA.
- E. Em cada consulta deve medir-se a PA, pelo menos duas vezes, com um intervalo mínimo entre elas de um a dois minutos, sendo registadas no processo clínico o valor mais baixo registado da PAS e da PAD. Considerar uma terceira medição se houver uma grande discrepância entre os dois valores iniciais medidos e assinalar essa diferença no processo clínico.
- F. A medição da PA deve obedecer às seguintes premissas:
  - i. efectuada em ambiente acolhedor;
  - ii. realizada sem pressa;
  - iii. com o doente sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos;
  - iv. com a bexiga vazia;
  - v. não ter fumado nem ingerido estimulantes (café por exemplo) na hora anterior;
  - vi. com o membro superior desnudado<sup>b</sup>;
  - vii. usando braçadeira de tamanho adequado;
  - viii. medição sistemática no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da PA na primeira consulta.
- G. Devem ser registados os valores da PA, o braço em que foi medida, a braçadeira utilizada, a hora da medição e, alguma circunstância particular, como *stress*, febre ou agitação.
- H. Todos os doentes com HTA grau 3, assim como todos os doentes com grau 1 e 2 com risco cardiovascular (CV) alto ou muito alto, são candidatos a tratamento farmacológico precoce (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*).
- I. A hipertensão sistólica isolada define-se com valores de PAS  $\geq$  140 mmHg e de PAD  $<$  90 mmHg, conforme algoritmo clínico em Anexo I.

<sup>b</sup> Circunstâncias especiais, como a ausência congénita ou pós-traumática dos membros superiores, determinarão a medição da PA noutros locais e, conseqüentemente, a utilização de outras premissas.

- J. Para além da avaliação da PA, os profissionais de saúde avaliam o risco CV global, conforme Norma n.º 05/2013. Este depende não apenas dos graus de HTA, mas também da coexistência de outros fatores de risco, lesões dos órgãos alvo e doenças concomitantes.
- K. De acordo com os valores encontrados, a PA deve ser reavaliada com a seguinte periodicidade:
  - i. se PA < 130 / 85 mmHg, reavaliar até dois anos;
  - ii. se PA 130-139 / 85-89 mmHg, reavaliar dentro de um ano;
  - iii. se PA 140-159 / 90-99 mmHg, confirmar dentro de dois meses;
  - iv. se PA 160-179 / 100-109 mmHg, confirmar dentro de um mês;
  - v. se PA ≥ 180 / 110 mmHg, avaliar e iniciar tratamento imediatamente, ou avaliar dentro de uma semana, de acordo com o quadro clínico.
- L. Um doente que esteja a receber tratamento farmacológico anti-hipertensor, considera-se à partida como hipertenso, independentemente dos seus valores tensionais.
- M. Quando há dúvida se um doente é hipertenso, suspende-se progressivamente a medicação, garantindo-se uma vigilância apertada dos valores tensionais.
- N. A medição da PA poderá ser complementada com medições ambulatoriais, seja a automedição da PA ou a medição ambulatoria da PA em 24 horas, sempre que clinicamente justificado. Estas abordagens estão especialmente indicadas quando valores tensionais elevados coexistem com a ausência de lesões nos órgãos alvo, diabetes mellitus ou doença renal crónica.
- O. Na monitorização da HTA também se procede à avaliação do risco CV, utilizando o algoritmo de risco cardiovascular SCORE, conforme Norma n.º 05/2013.

### III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
  - i. Percentagem de indivíduos com medição da PA, nos últimos 12 meses:
    - (i) Numerador: nº de indivíduos com medição da PA nos últimos 12 meses;
    - (ii) Denominador: nº de inscritos na unidade de saúde.

- ii. Percentagem de pessoas com HTA com medição da PA, nos últimos 12 meses:
  - (i) Numerador: n.º de pessoas com HTA com medição da PA nos últimos 12 meses;
  - (ii) Denominador: n.º de pessoas com HTA inscritas na unidade de saúde.
- iii. Percentagem de pessoas que diminuíram de grau de HTA ao fim de 12 meses;
  - (i) Numerador: n.º de pessoas com HTA que diminuíram o grau de HTA ao fim de 12 meses;
  - (ii) Denominador: n.º de pessoas com HTA inscritas na unidade de saúde.
- iv. Número médio anual de consultas na vigilância de HTA, por grau de HTA:
  - (i) Numerador: número total de consultas na vigilância anual da HTA, por grau de HTA;
  - (ii) Denominador: n.º de pessoas com HTA inscritas na unidade de saúde, sob vigilância, por grau de HTA.

#### IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. As doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte e, responsáveis por 32% do total dos óbitos. Mais especificamente, em 2006, a mortalidade proporcional por doenças cerebro vasculares foi de 14%, por doença isquémica cardíaca 8 % e por outras doenças do aparelho circulatório 11%. Acresce que, segundo o estudo português “The PAP study”, 21% da população em Portugal tem excesso de peso e 16% são obesos, 20% são fumadores (INS 2005-2006: 29% sexo masculino, 11% feminino) e 42% têm HTA. Em 2010, e segundo os dados publicados no relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, nas pessoas com diabetes tipo 2, 76% dos doentes têm prescrição de fármacos anti-hipertensores e 56% de fármacos antilipídémicos.
- B. A HTA é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por consequência, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.
- C. A HTA, como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica, embora, num grande número de casos, a HTA evolua de uma forma benigna e seja fácil de controlar.

#### V - APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

- B. Mário Espiga de Macedo e Carlos Gonçalves (Coordenação Científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), Carlos Canhota, Evangelista Rocha, Luís Duarte Costa, Paula Alcântara, Pedro Marques da Silva.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. Foi ouvido o Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.
- E. O conteúdo científico da presente Norma foi validado pelo Professor Doutor Henrique Luz Rodrigues, responsável pela supervisão e revisão científica das Normas Clínicas e pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas integrando-se os contributos, recebidos durante o período de discussão pública, sustentados cientificamente e acompanhados das respetivas declarações de interesses.

### SIGLAS/ACRÓNIMOS

**CV:** cardiovascular  
**DCV:** doença cardiovascular  
**HTA:** hipertensão arterial  
**PA:** pressão arterial  
**PAD:** pressão arterial diastólica  
**PAS:** pressão arterial sistólica

### BIBLIOGRAFIA

British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association. JBS 2: Joint British Societies "guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice". Heart 2005; 91 Suppl 5: v1-52.

Díaz JDG, Herraiz CG. Diagnóstico del riesgo cardiovascular asociado a la arteriosclerosis. In: Núñez-Cortés JM, ed. Medicina Cardiovascular. Arteriosclerosis. Tomo II. Barcelona: Masson S.A., 2005:1497-512.

Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. J Hypertens 2005;23:1661-6.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007;25:1105-87.

Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. Hypertension 2009;27:2121-58.

O risco de morrer em Portugal. DGS, Lisboa 2006.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2012;33:1635-701

Relatório Anual de 2011 do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal 2011; 32.

Silva PM. Cálculo de risco cardiovascular global: um instrumento em evolução. Rev Port Card 2010; 29 (supl III): 75-88.

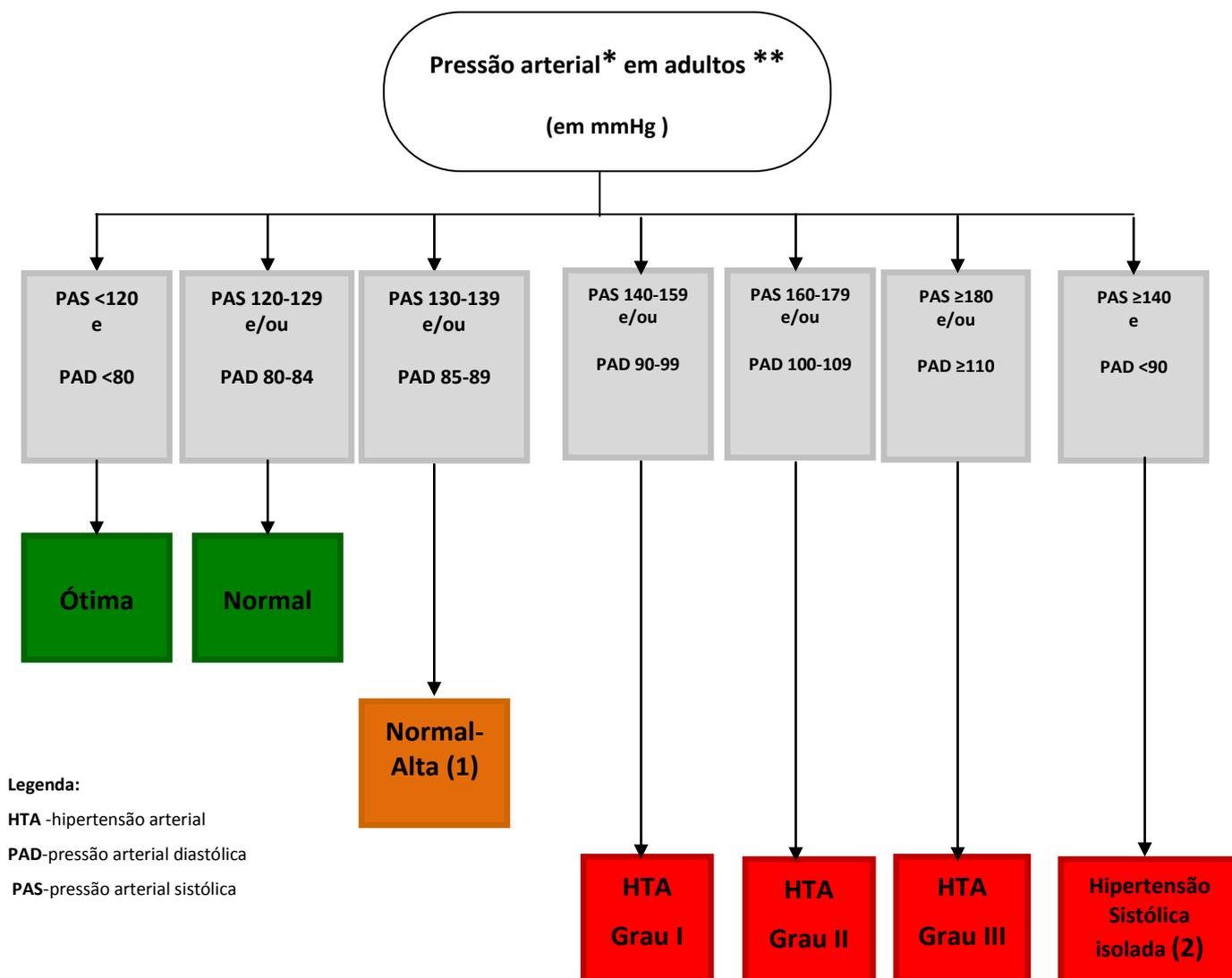
The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Arch Intern Med 1997;157:2413-46.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

### ANEXOS

#### Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



#### Notas:

\* Valores médios de duas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, após a deteção inicial de valores elevados de PA.

\*\*Esta classificação é válida para adultos com 18 ou mais anos de idade que não estejam medicados com fármacos anti-hipertensores e não apresentem nenhum processo patológico agudo concomitante. Quando as PAS e PAD estejam em diferentes categorias considera-se a categoria do valor mais elevado.

(1) - As pessoas com PA normal-alta têm risco CV mais elevado comparativamente às que apresentam uma PA ótima (risco relativo de 2.5 na mulher e 1.6 no homem).

(2) - Hipertensão sistólica isolada: classifica-se também em graus de 1 a 3, segundo os seus valores de PAS e com idênticos escalões aos da HTA.