

Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, a Direcção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

■ I – NORMA

1. O objectivo da terapêutica anti-hipertensora em sentido estrito é, a curto prazo, a redução e controlo da pressão arterial para valores inferiores a 140/90 mmHg, desde que sejam tolerados e não estejam contra-indicados.
2. A presente Norma não visa o tratamento da hipertensão arterial da grávida ou o tratamento da hipertensão arterial secundária.
3. A escolha inicial da terapêutica anti-hipertensora deve ter em conta, conforme Anexo da presente Norma, o seguinte:
 - a) idade;
 - b) lesões coexistentes nos órgãos alvo;
 - c) factores de risco cardiovascular concomitantes;
 - d) doenças e condições clínicas associadas;
 - e) indicações, contra-indicações relativas e absolutas e os efeitos adversos dos fármacos;
 - f) melhor evidência científica;
 - g) condicionalismos da adesão à terapêutica;
 - h) factores económicos associados.
4. Na avaliação da doença hipertensiva tem que ser estabelecido o risco global cardiovascular associado, tendo em conta a concomitância de outros factores de risco, lesões nos órgãos alvo, síndrome metabólica ou diabetes e doença cardiovascular ou renal estabelecida, conforme Anexo da presente Norma.
5. No tratamento da hipertensão de risco acrescido baixo, nos termos do Anexo, pode ser utilizado qualquer medicamento considerado de primeira linha:
 - a) diuréticos tiazídicos, isolados ou em associação de baixa dose com modificadores do eixo renina-angiotensina-aldosterona;
 - b) modificadores do eixo renina-angiotensina-aldosterona;
 - c) bloqueadores da entrada de cálcio (ACC).
6. No tratamento da hipertensão de risco acrescido moderado, alto ou muito alto, nos termos do Anexo, deverão ser utilizadas associações de medicamentos com mecanismo de acção complementar, preferencialmente:
 - a) de diuréticos tiazídicos com modificadores do eixo renina-angiotensina;
 - b) de bloqueadores da entrada de cálcio com modificadores do eixo renina-angiotensina.
7. No tratamento da hipertensão arterial são utilizadas, sempre que possível, associações fixas com acção durante 24 horas, com o objectivo de melhorar a adesão à terapêutica (toma única diária).
8. No caso de existir doença coronária associada ou insuficiência cardíaca ou certos tipos de arritmia cardíaca poderá justificar-se a utilização de beta-bloqueantes.
9. Perante a ausência de controlo da pressão arterial com a associação de dois fármacos deverá adicionar-se um terceiro, de classe diferente, i.e. bloqueador da entrada de cálcio no caso da terapêutica inicial tenha sido diurético com modificador do sistema renina-angiotensina-aldosterona ou diurético no caso de ter sido bloqueador da entrada de cálcio com modificador do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
10. No caso do doente não apresentar valores tensionais controlados com terapêutica com três fármacos de classes diferentes, incluindo um diurético em doses efectivas, deverá ser referenciado a serviço especializado.
11. A opção terapêutica, dentro de cada classe da medicação anti-hipertensora, obedece a critérios de efectividade, o que implica que certas escolhas devam ser justificadas sempre que se considerem ser a melhor alternativa para o doente, ou seja, reacções adversas e menor número de tomas possível. Caso contrário, privilegia-se a opção terapêutica de menor custo para igual eficácia, salvaguardando o cumprimento das orientações de boa prática clínica.
12. A administração de captopril sublingual ou de nifedipina de acção rápida nas crises hipertensivas é considerada má prática. Nas crises hipertensivas decorrentes da suspensão da terapêutica prévia, deve retomar-se a medicação anteriormente prescrita.
13. Nas emergências hipertensivas o tratamento deverá ser preferencialmente administrado a nível hospitalar.
14. Na gravidez:
 - a) os modificadores do eixo renina-angiotensina-aldosterona estão contra-indicados durante toda a gravidez. Nesta circunstância, situações de hipertensão moderada a grave devem ser acompanhadas em serviços especializados.
 - b) em caso de programação de gravidez, o tratamento deve ser alterado para anti-hipertensores cujo perfil de segurança durante a gravidez esteja estabelecido.
15. As excepções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

■ II – CRITÉRIOS

- a) A presente Norma aplica-se à população adulta hipertensa.
- b) O objectivo da terapêutica anti-hipertensiva é a diminuição da morbilidade e mortalidade cardiovascular devido à hipertensão arterial.
- c) É fundamental que doentes com factores de risco sejam avaliados e monitorizados, sendo o valor da pressão arterial um dos principais fac-

* Norma da Direcção-Geral da Saúde nº 026/2011 (emitida em 29/09/2011) para os médicos do Sistema Nacional de Saúde. Disponível, em versão integral, em www.dgs.pt.

- tores de desenvolvimento de doença cardiovascular.
- d) A hipertensão arterial é factor de risco significativo para:
- doença vascular cerebral;
 - doença coronária;
 - insuficiência cardíaca congestiva;
 - insuficiência renal;
 - doença vascular periférica;
 - demência;
 - fibrilhação auricular;
 - disfunção eréctil.
- e) A classificação da pressão arterial deverá sempre ser efectuada de acordo com a Norma n.º 020/2011, de 29/9/2011, da Direcção-Geral da Saúde e utilizando-se, na sua avaliação, aparelho certificado e calibrado.
- f) Os benefícios no tratamento e controlo da pressão arterial são:
- para pessoas com menos de 60 anos de idade (redução da pressão arterial de 10/5-6 mmHg):
 - redução de acidentes vasculares cerebrais de 42%;
 - redução de eventos coronários em 14%.
 - para pessoas com mais de 60 anos de idade (redução da pressão arterial de 15/6 mmHg):
 - redução da mortalidade total de 15%;
 - redução da mortalidade cardiovascular de 36%;
 - redução da incidência de acidente vascular cerebral de 35%;
 - redução de doença coronária de 18%.
- g) Os doentes com doença hipertensiva deverão ter oportunidade de tomarem decisões informadas sobre o seu tratamento, sendo imperativo uma boa comunicação entre eles e os profissionais de saúde. O tratamento deverá ser culturalmente adequado e acessível a doentes com problemas adicionais. Cuidadores e familiares deverão ter oportunidade de ser envolvidos nas decisões sobre os cuidados ao doente e tratamento indicado, excepto se especificamente por ele excluídos.
- h) As intervenções sobre o estilo de vida do doente devem ser sistematicamente integradas no tratamento da hipertensão arterial. As principais intervenções no estilo de vida são:
- adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras (totais e saturadas);
 - prática regular e continuada de exercício físico (30-60 minutos, 4 a 7 dias/semana);
 - controlo e manutenção do peso (índice massa corporal < 25 Kg/m²; perímetro da cintura < 94 cm, no homem, e < 80 cm, na mulher);
 - restrição do consumo excessivo de álcool (máximo 2 bebidas/dia);
 - diminuição do consumo de sal (para < 5,8 g/dia);
 - paragem do consumo de tabaco.
- i) As tiazidas ou análogos deverão ser substituídos por diuréticos de ansa quando a taxa de filtração glomerular for < 30-40 ml/min (equivalente a creatinina sérica > 1.5 mg/dl).
- j) No caso de existirem sinais ou sintomas que sugiram hipertensão arterial secundária, o doente deverá ser enviado a serviço especializado.
- k) A presença de uma causa identificável de hipertensão arterial secundária é, preferencialmente, de equacionar:
- nos indivíduos jovens, com menos de 40 anos de idade;
 - quando houver agravamento súbito da pressão arterial, hipertensão acelerada (pressão arterial > 180/110 mmHg com sinais de edema da papila e/ou hemorragia retiniana);
 - deficiente resposta ou resistência ao tratamento.
- l) No caso de hipertensão acelerada, atingindo de forma aguda e grave os órgãos alvo ou suspeita de feocromocitoma o doente deverá ser imediatamente referenciado a serviço especializado.
- III – AVALIAÇÃO**
- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada a nível local, regional e nacional.
- 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 direcções dos hospitais.
- c) A efectividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de directivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direcções clínicas dos hospitais.
- d) A Direcção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em anexo e dela fazem parte integrante:
- % hipertensos medicados com inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA)
 - % hipertensos medicados com antagonistas dos receptores da angiotensina (ARA)
 - % hipertensos medicados com diuréticos
 - % hipertensos medicados com bloqueadores da entrada do cálcio (ACC)
 - custo médio da terapêutica com IECA e ARA por pessoa com diagnóstico de hipertensão arterial
 - custo médio da terapêutica com IECA, ARA, ACC e diuréticos por pessoa com diagnóstico de hipertensão arterial
- IV – FUNDAMENTAÇÃO**
- a) De uma forma global, a terapêutica anti-hipertensora deve, a médio prazo, contrariar a progressão da doença e a sua repercussão nos órgãos alvo e, a mais longo prazo, reduzir a mortalidade e morbidade associada à hipertensão arterial.

- b) O aumento da pressão arterial exerce um efeito iterado, consistente e contínuo — sem limitar de risco — no desenvolvimento da doença cardiovascular.
- c) A hipertensão arterial é um factor de risco reconhecido de morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal. A partir de valores de 115/75 mm Hg, o risco cardiovascular duplica de cada vez que a pressão arterial aumenta 20/10 mm Hg.
- d) Os ensaios clínicos demonstraram que, para o mesmo valor de controlo de pressão arterial, a maioria dos fármacos anti-hipertensores apresentavam o mesmo grau de protecção cardiovascular, particularmente se analisarmos a morbilidade e mortalidade cardiovascular. Existem, contudo, diferenças entre os vários eventos cardiovasculares obtidos, nomeadamente o acidente vascular cerebral ou resultados não cardiovasculares, tais como a evolução de diabetes, tendo em conta as características do doente (a raça e a presença de obesidade, antecedentes familiares e diabetes).
- e) Destas observações foram produzidos vários consensos, nomeadamente as recomendações de 2007 da American Heart Association e as recomendações de 2007 e actualização de 2009 da Sociedade Europeia de Hipertensão e da Sociedade Europeia de Cardiologia, em que se considerou que o maior determinante na redução do risco cardiovascular era a redução da pressão arterial e não o tipo de fármaco anti-hipertensor.
- f) Nos ensaios clínicos, a terapêutica anti-hipertensora comparada com o placebo foi associada a uma redução significativa da incidência de eventos *major* cardiovasculares (exemplo: acidente vascular cerebral, enfarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e, de uma forma geral, em todos os eventos de natureza vascular). Contudo, a percentagem de redução não demonstra o benefício absoluto que depende da incidência das complicações cardiovasculares. Considerado o efeito agregado, a terapêutica anti-hipertensora durante quatro a cinco anos, previne um evento coronário em 0,7% dos doentes, um acidente vas-

cular cerebral em 1,3% dos doentes com um benefício total de aproximadamente 2%; este valor inclui a redução da mortalidade cardiovascular de 0,8%. Assim, o tratamento de 100 doentes durante 4 ou 5 anos, previne as complicações em dois. No entanto, este valor encontra-se subestimado devido aos estudos terem uma duração pequena (cinco a sete anos).

g) Para os indivíduos com 50 ou mais anos de idade, o aumento da pressão arterial sistólica é um factor de risco mais importante que a elevação da pressão diastólica. Os benefícios demonstrados pelo tratamento em doentes com idade superior a 65 anos, muitos dos quais apresentam hipertensão sistólica isolada é, pelo menos, igual ou superior. Devido ao risco absoluto nesta população ser superior ao da anterior, ela apresenta, provavelmente, um benefício superior.

■ V – APOIO CIENTÍFICO

- a) Carlos Moreira (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), Jorge Polónia, Mário Espiga de Macedo, Pedro Marques da Silva, Victor Ramalhinho.
- b) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição de:
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;
 - Coordenação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares;
 - Sociedade Portuguesa de Aterosclerose;
 - Sociedade Portuguesa de Cardiologia;
 - Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial;
 - Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- c) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de protocolo entre a Direcção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- d) Foram subscritas declarações de interesse de

todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

- e) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direcção-Geral, acompanhados das respectivas declarações de interesse. ■

BIBLIOGRAFIA

- Arterial hypertension. Report of a WHO expert committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1978; 628:7-56.
- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, Turnbull F, Neal B, et al. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2008; 336:1121.
- Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group: The effect of treatment on mortality in 'mild' hypertension: results of the Hypertension Detection and Follow-up Program. *N Engl J Med* 1982; 307:976-980.
- Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: metaanalysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665.
- Liu L, Zhang Y, Liu G, Li W, Zhang X, Zanchetti A, FEVER Study Group. The Felodipine Event Reduction (FEVER) Study: a randomized long-term placebo-controlled trial in Chinese hypertensive patients. *J Hypertens* 2005; 23:2157-2172.
- Management Committee. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. *Lancet* 1980; 1:1261-1267.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Rulope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Struijker Boudier HA, Zanchetti A. 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; 25:1105-1187.
- 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). *Eur Heart J* 2007; 28:1462.
- Medical Research Council trial of treatment of mild hypertension: principal results. MRC Working Party. *BMJ* 1985; 291:97-104.
- Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, et al. Treatment of hyperten-

sion in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2007; 115:2761.

– Staessen JA, Wang JG, Thijs L Cardiovascular prevention and blood pressure reduction: a quantitative overview updated until 1 March 2003. *J Hypertens.* 2003;21(6):1055.

– Turnbull F, Neal B, Algert C, et al. Effects of different blood pressure-

lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Arch Intern Med* 2005; 165:1410.

– Weber MA, Julius S, Kjeldsen SE, Brunner HR, Ekman S, Hansson L, Hua T, Laragh JH, McInnes GT, Mitchell L, Plat F, Schork MA, Smith B, Zanchetti A. Blood pressure dependent and independent effects of antihypertensive treatment on clinical events in the VALUE Trial. *Lancet* 2004; 363:2049-2051.

– Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens* 2009; 27:923-934.

– Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens* 2009; 27:923-934.

ANEXO

Avaliação do Risco Absoluto.

A graduação e classificação dos doentes quanto ao risco cardiovascular global, segundo a avaliação SCORE, não impede a avaliação do risco que se segue e que diz respeito ao risco absoluto, baseado nos valores da pressão arterial e na presença de outros factores de risco, lesões dos órgãos alvo e doenças associadas e determina o início da terapêutica anti-hipertensiva. Estratificação do risco absoluto em 4 categorias (Figura 1): risco acrescido baixo, moderado, alto e muito alto, referido a um risco a 10 anos de um episódio cardiovascular fatal ou não fatal. O termo “acrescido” indica que em todas as categorias o risco é superior ao risco médio. A linha pontilhada indica como a definição de HTA e, conseqüentemente, a decisão de início de tratamento pode variar dependendo do nível do risco cardiovascular global.

Pressão Arterial (mmHg)					
Outros FR, LO ou doença	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HTA grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA grau 3 PAS > 180 ou PAD >110
Ausência de outros FR	Risco médio	Risco médio	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto
1 ou 2 FR	Risco acrescido baixo	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido moderado	Risco acrescido muito alto
3 ou mais FR, SM, LO ou DM	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido muito alto
DCV confirmada ou doença renal	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto

Legenda:
 FR: factor de risco PAS: pressão arterial sistólica PAD: pressão arterial diastólica DCV: doença cardiovascular
 HTA: hipertensão arterial DM: diabetes mellitus LO: lesão subclínica de órgão SM: síndrome metabólica

NOTA (para interpretação do quadro)
 a ordem crescente de risco é, em relação ao risco médio:
 Risco acrescido baixo (o mais baixo risco)
 Risco acrescido moderado
 Risco acrescido alto
 Risco acrescido muito alto (o mais alto risco)

Figura 1 - Estratificação do risco absoluto em quatro categorias de risco acrescido.