Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025

A hipertensão arterial (HA) constitui um dos principais determinantes do risco cardiovascular e, apesar dos avanços no conhecimento e na disponibilidade de tratamentos eficazes, as taxas de controle da pressão arterial (PA) ainda são insatisfatórias. Nesse contexto, a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 (DBHA 2025) representa um esforço conjunto da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), com recomendações atualizadas e baseadas em evidências para aprimorar o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento da HA no país.

O diagnóstico requer medidas adequadas da PA, realizadas com técnica padronizada e equipamento validado, preferencialmente com equipamento automático de braço. A confirmação diagnóstica deve ser realizada por meio de medidas repetidas em duas ou mais ocasiões diferentes, separadas por dias ou semanas. Sempre que viável, recomenda-se utilizar a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) para confirmar o diagnóstico e monitorar o tratamento.

A HA é definida pela elevação persistente de PA sistólica (PAS) ≥140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) ≥90 mmHg, obtida com técnica adequada, em pelo menos duas ocasiões diferentes.

A DBHA 2025 ampliou a classificação de pré-hipertensão, correspondente a valores de PAS entre 120 e 139 mmHg e/ou PAD entre 80 e 89 mmHg no consultório. Essa classificação permite identificar indivíduos com maior risco de desenvolver hipertensão e doença cardiovascular, favorecendo mudanças no estilo de vida e acompanhamento periódico, com investigação de hipertensão mascarada quando clinicamente indicada.

A avaliação não deve se limitar aos valores da PA, devendo incluir a investigação de fatores de risco cardiovascular, lesão de órgãos-alvo, doenças associadas e causas secundárias. A diretriz sugere a utilização do escore PREVENT para avaliação do risco cardiovascular, por incluir critérios considerando a existência de uma síndrome cardiorrenal e metabólica, além de fazer uma estimativa do risco a longo prazo. A meta de PA recomendada para pacientes com HA é <130/80 mmHg.

As medidas não medicamentosas constituem um dos pilares da prevenção e do tratamento e devem incluir redução da ingestão de sódio, aumento da ingestão de potássio dietético quando apropriado, adoção de padrão alimentar saudável, controle do peso corporal, prática regular de atividade física, sono adequado, redução do consumo de álcool, cessação do tabagismo e manejo do estresse. A abordagem de aspectos de espiritualidade e religiosidade também pode ser considerada como estratégia complementar, respeitando as crenças e preferências individuais.

Quando indicado o tratamento farmacológico, as classes preferenciais incluem os diuréticos tiazídicos ou similares, os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e os bloqueadores dos canais de cálcio (BCC). Para a maioria dos pacientes, recomenda-se a associação de medicamentos, preferencialmente em comprimido único, com mecanismos de ação complementares. Quando o controle pressórico não é alcançado com a combinação adequada de três classes preferenciais, a espironolactona é recomendada como quarta opção. Em caso de intolerância à espironolactona, pode-se considerar a eplerenona como alternativa. A intensificação do tratamento farmacológico deve ser progressiva e individualizada, considerando a resposta terapêutica, a tolerabilidade, as comorbidades e as características clínicas do paciente, com o objetivo de alcançar a meta de PA.

Enfim, o cuidado da pessoa com hipertensão arterial deve transcender o controle isolado dos níveis pressóricos e incorporar uma abordagem integral, centrada na pessoa e orientada à redução do risco cardiovascular global e à promoção da saúde.

Marta Junqueira Reis Ferraz