



**MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UMA REVISÃO NARRATIVA CRÍTICA E ANALÍTICA BASEADA NA DIRETRIZ BRASILEIRA
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2025**

**MANAGEMENT OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN PRIMARY HEALTH CARE:
A CRITICAL AND ANALYTICAL NARRATIVE REVIEW BASED ON THE 2025 BRAZILIAN
HYPERTENSION GUIDELINE**

**MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD: UNA REVISIÓN NARRATIVA CRÍTICA Y ANALÍTICA BASADA EN LA DIRECTRIZ
BRASILEÑA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2025**

Arthur Anderson Pires Cavalcanti Zeca¹, Melina Pereira Fernandes Paiva¹

e768124

<https://doi.org/10.47820/recima21.v7i6.8124>

PUBLICADO: 06/2026

RESUMO

Tipo de estudo: revisão narrativa crítica e analítica da literatura. Contexto e objetivos: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui o principal fator de risco cardiovascular modificável e um dos maiores desafios da saúde pública brasileira, com prevalência estimada de 36% na população adulta e taxa de controle pressórico de apenas 33%. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 (DBHA 2025), publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), introduz mudanças relevantes que requerem síntese crítica orientada à prática da atenção primária à saúde (APS). Método: revisão narrativa crítica, com busca estruturada da literatura nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO e Cochrane Library, no período de 2014 a 2025. A DBHA 2025 constituiu a referência normativa central, cotejada com as diretrizes ACC/AHA 2017 e ESC/ESH 2018/2023. Principais resultados: A DBHA 2025 estabelece meta universal de PA < 130/80 mmHg; recomenda o início do tratamento farmacológico com dupla associação; adota formalmente a categoria de pré-hipertensão (PA 120–139/80–89 mmHg); incorpora o escore PREVENT para estratificação de risco cardiovascular; e inclui inibidores do SGLT2 (iSGLT2), agonistas do receptor de GLP-1 (aGLP1) e finerenona em contextos cardiorenais específicos. Conclusão: A implementação da DBHA 2025 na APS requer formação profissional continuada, acesso ampliado a combinações fixas e à MAPA/MRPA e fortalecimento da abordagem multiprofissional, condicionada à garantia de equidade. Pesquisas futuras devem avaliar estratégias de implementação em contextos de vulnerabilidade social e em populações indígenas, quilombolas e rurais do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial sistêmica. Atenção primária à saúde. Tratamento anti-hipertensivo. Risco cardiovascular. Diretrizes clínicas. Adesão terapêutica.

ABSTRACT

Study type: critical and analytical narrative literature review. Background and objectives: Systemic arterial hypertension (SAH) is the leading modifiable cardiovascular risk factor and one of the greatest challenges in Brazilian public health, with an estimated prevalence of 36% among adults and a blood pressure control rate of only 33%.

¹ Universidade Federal da Paraíba.



The 2025 Brazilian Hypertension Guideline (DBHA 2025) introduces relevant changes that call for a critical synthesis oriented toward primary health care (PHC) practice. Methods: critical narrative review, with a structured literature search in PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO, and the Cochrane Library (2014–2025). The DBHA 2025 served as the central normative reference, contrasted with the ACC/AHA 2017 and ESC/ESH 2018/2023 guidelines. Main findings: The DBHA 2025 establishes a universal BP target of <130/80 mmHg; recommends dual-combination therapy as the preferred initial pharmacological treatment; formally adopts the pre-hypertension category (BP 120–139/80–89 mmHg); incorporates the PREVENT score for cardiovascular risk stratification; and includes SGLT2 inhibitors (SGLT2i), GLP-1 receptor agonists (GLP-1 RAs), and finerenone in specific cardiorenal contexts. Conclusion: Implementing the DBHA 2025 recommendations in PHC requires ongoing professional training, expanded access to fixed-dose combinations and ambulatory/home BP monitoring, and a strengthened multidisciplinary approach, contingent on ensuring equity. Future research should evaluate implementation strategies in socially vulnerable settings and in indigenous, quilombola, and rural SUS populations.

KEYWORDS: Systemic arterial hypertension. Primary health care. Antihypertensive treatment. Cardiovascular risk. Clinical guidelines. Treatment adherence.

RESUMEN

Tipo de estudio: revisión narrativa crítica y analítica de la literatura. Contexto y objetivos: La hipertensión arterial sistémica (HAS) es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable y uno de los mayores desafíos de la salud pública brasileña, con una prevalencia estimada del 36% en adultos y una tasa de control tensional de apenas el 33%. La Directriz Brasileña de Hipertensión Arterial 2025 (DBHA 2025) introduce cambios relevantes que requieren una síntesis crítica orientada a la práctica de la atención primaria de salud (APS). Método: revisión narrativa crítica, con una búsqueda estructurada de la literatura en PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO y la Cochrane Library (2014–2025). La DBHA 2025 constituyó la referencia normativa central, comparada con las directrices ACC/AHA 2017 y ESC/ESH 2018/2023. Principales resultados: La DBHA 2025 establece una meta universal de PA < 130/80 mmHg; recomienda el inicio del tratamiento farmacológico con doble combinación; adopta formalmente la categoría de prehipertensión (PA 120–139/80–89 mmHg); incorpora la puntuación PREVENT para la estratificación del riesgo cardiovascular; e incluye inhibidores del SGLT2 (iSGLT2), agonistas del receptor de GLP-1 (AR-GLP1) y finerenona en contextos cardiorrenales específicos. Conclusión: La implementación de la DBHA 2025 en la APS requiere formación profesional continua, mayor acceso a combinaciones fijas de medicamentos y a la MAPA/MRPA, y el fortalecimiento del enfoque multiprofesional, condicionada a la garantía de equidad. Las investigaciones futuras deben evaluar estrategias de implementación en contextos de vulnerabilidad social y en poblaciones indígenas, quilombolas y rurales del SUS.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión arterial sistémica. Atención primaria de salud. Tratamiento anti-hipertensivo. Riesgo cardiovascular. Guías clínicas. Adherencia terapéutica.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível de maior prevalência global e o principal fator de risco modificável para eventos cardiovasculares e



cerebrovasculares. Estimativas do Global Burden of Disease atribuem à HAS cerca de 10,4 milhões de mortes e 218 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) anuais. No Brasil, o Vigitel 2023 registra prevalência de 27,9% de HAS autorreferida nas capitais (BRASIL, 2024), enquanto análises com medida objetiva da PA apontam prevalência média de 36% na população adulta, alcançando 65,1% entre indivíduos com 65 anos ou mais (LIMA-COSTA *et al.*, 2021; BRASIL, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que apenas 33% dos hipertensos brasileiros mantêm a PA controlada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023), o que evidencia uma lacuna crítica entre diagnóstico e controle efetivo. Esse fardo recai de forma desproporcional sobre populações em vulnerabilidade social, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, cenário possivelmente agravado no período pós-pandemia de COVID-19.

Nesse contexto, a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 (DBHA 2025), elaborada pela SBC, SBH e SBN e publicada nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia (BRANDÃO *et al.*, 2025), constitui marco de alta relevância clínica e epidemiológica, incorporando evidências dos estudos SPRINT (SPRINT RESEARCH GROUP, 2015), de Ettehad *et al.* (2016) e da Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration (2021). Embora existam descrições dos pontos centrais das diretrizes nacionais e internacionais, são escassas as sínteses críticas que analisem as implicações práticas da DBHA 2025 especificamente para a APS brasileira, considerando as barreiras estruturais do SUS. O presente estudo tem por objetivo sintetizar e analisar criticamente as recomendações da DBHA 2025 para o diagnóstico, a estratificação de risco, o tratamento não farmacológico e farmacológico, a adesão e o seguimento do paciente hipertenso na APS, discutindo convergências e divergências em relação às diretrizes internacionais de referência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de caráter crítico e analítico, conduzida com o propósito de integrar e discutir evidências heterogêneas, recomendações clínicas e aspectos de implementação relacionados ao manejo da HAS na APS, com ênfase na DBHA 2025. Optou-se pelo delineamento narrativo por sua adequação a temas amplos e multidimensionais, nos quais a finalidade não é esgotar quantitativamente a literatura nem responder a uma pergunta única e delimitada — como nas revisões sistemáticas —, mas articular criticamente diferentes naturezas de evidência (ensaios clínicos, metanálises, diretrizes e estudos de implementação) e contextualizá-las à realidade assistencial brasileira (ROTHER, 2007).



A busca estruturada da literatura foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO e Cochrane Library, abrangendo publicações de janeiro de 2014 a setembro de 2025. Foram empregados descritores indexados (MeSH e DeCS) e seus equivalentes em português e espanhol, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR. Os principais cruzamentos foram: (“*Hypertension*” OR “*Arterial Hypertension*”) AND (“*Primary Health Care*” OR “*Primary Care*”); (“*Hypertension*”) AND (“*Antihypertensive Agents*” OR “*Drug Therapy*”); (“*Hypertension*”) AND (“*Blood Pressure*”) AND (“*Cardiovascular Diseases*”); e (“*Hypertension*”) AND (“*Guideline*” OR “*Practice Guideline*”). A DBHA 2025 constituiu a referência normativa central e o eixo estruturante da análise, sendo cotejada com as diretrizes ACC/AHA 2017 e ESC/ESH 2018/2023.

A seleção dos estudos foi conduzida por um único revisor, em etapa única, mediante leitura de títulos e resumos e posterior leitura integral dos textos considerados pertinentes. Privilegiaram-se estudos originais, revisões sistemáticas, metanálises e diretrizes clínicas, publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem o diagnóstico, a estratificação de risco, o tratamento ou o seguimento da HAS em adultos (≥ 18 anos) no contexto da APS. Foram desconsiderados relatos de caso, cartas ao editor, editoriais e textos de opinião sem fundamentação empírica. A incorporação das referências obedeceu a critérios de relevância temática, atualidade e contribuição para a argumentação, em consonância com a natureza interpretativa da revisão narrativa.

Coerentemente com esse delineamento, não houve registro prévio de protocolo nem elaboração de fluxograma PRISMA — instrumentos próprios das revisões sistemáticas e não aplicáveis às revisões narrativas. As implicações metodológicas dessa escolha, incluindo a seleção por revisor único e a ausência de dupla triagem independente, são discutidas na seção de limitações do estudo. A síntese dos parâmetros metodológicos é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Síntese dos parâmetros metodológicos da revisão narrativa

Parâmetro	Descrição
Bases consultadas	PubMed/MEDLINE; LILACS; SciELO; Cochrane Library
Descritores (MeSH/DeCS)	<i>Hypertension; Primary Health Care; Antihypertensive Agents; Blood Pressure; Cardiovascular Diseases</i> (e equivalentes em português e espanhol)
Operadores booleanos	AND; OR
Período pesquisado	Janeiro de 2014 a setembro de 2025



Parâmetro	Descrição
Idiomas	Português, inglês e espanhol
Critérios de inclusão	Estudos originais, revisões sistemáticas, metanálises e diretrizes sobre diagnóstico, estratificação, tratamento ou seguimento da HAS em adultos (≥ 18 anos) na APS
Critérios de exclusão	Relatos de caso, cartas ao editor, editoriais e textos de opinião sem fundamentação empírica
Referência normativa central	DBHA 2025, cotejada com ACC/AHA 2017 e ESC/ESH 2018/2023
Seleção e protocolo	Revisor único, em etapa única (sem dupla triagem); sem protocolo registrado e sem fluxograma PRISMA, em razão do delineamento narrativo

Fonte: elaborada pelo autor (2025). APS = atenção primária à saúde; DBHA = Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial; HAS = hipertensão arterial sistêmica.

3. DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

3.1. Critérios diagnósticos e classificação: análise comparativa

A DBHA 2025 mantém o diagnóstico de HAS quando a PA no consultório é igual ou superior a 140/90 mmHg em duas ocasiões distintas (BRANDÃO *et al.*, 2025). Essa decisão, aparentemente conservadora em relação à ACC/AHA 2017 — que reduziu o limiar diagnóstico para 130/80 mmHg —, mostra-se epidemiologicamente fundamentada para o contexto brasileiro. Estimativas sugerem que a adoção do limiar americano poderia elevar a prevalência de HAS no Brasil em aproximadamente 46%, com potencial sobrecarga de serviços de saúde já submetidos a pressão assistencial significativa (FUCHS; WHELTON, 2020). A ESC/ESH 2023 mantém o ponto de corte de 140/90 mmHg, alinhando-se à posição brasileira.

A inovação classificatória mais relevante da DBHA 2025 é a adoção formal da categoria de pré-hipertensão, abrangendo PAS de 120–139 mmHg e/ou PAD de 80–89 mmHg (Recomendação FORTE, evidência MODERADA). Essa categoria amplia o escopo de intervenção na APS, embora suscite debates sobre potencial estigmatização de pacientes com risco individualmente baixo.

Tabela 2. Classificação da pressão arterial (≥ 18 anos) conforme a DBHA 2025, com comparativo internacional

Classificação da PA	PAS (mmHg)	Relação	PAD (mmHg)	Comparativo internacional
PA normal	< 120	e	< 80	Normal (ESC/ESH; ACC/AHA)
Pré-hipertensão (<i>nova</i>)	120–139	e/ou	80–89	PA elevada / HAS 1 (ACC/AHA 2017); PA alta-normal (ESC/ESH 2023)
HAS Estágio 1	140–159	e/ou	90–99	HAS Grau 2 (ESC/ESH); HAS 2 (ACC/AHA)
HAS Estágio 2	160–179	e/ou	100–109	HAS Grau 3 (ESC/ESH)
HAS Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110	HAS Grau 3 (ESC/ESH)

Fonte: adaptada de Brandão *et al.* (2025), Whelton *et al.* (2018) e Mancía *et al.* (2023). A HAS sistólica isolada (PAS ≥ 140 e PAD < 90 mmHg) é classificada nos Estágios 1, 2 ou 3 conforme os respectivos valores. HAS = hipertensão arterial sistêmica; PA = pressão arterial; PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

3.2. Medida da PA fora do consultório: MAPA e MRPA

A DBHA 2025 recomenda a MAPA ou a MRPA para confirmação diagnóstica e monitoramento do tratamento (Recomendação FORTE, evidência ALTA). Os fenótipos de hipertensão do avental branco (presente em 7–15% dos casos) e de hipertensão mascarada (em 8–22%) têm implicações prognósticas distintas e só são identificados com medidas fora do consultório. As metas ambulatoriais estabelecidas são: MAPA 24 horas < 130/80 mmHg; MAPA vigília < 135/85 mmHg; MAPA sono < 120/70 mmHg; e MRPA < 130/80 mmHg (BRANDÃO *et al.*, 2025).

A recomendação formal de MAPA e MRPA contrasta com a disponibilidade limitada desses recursos na rede pública. No SUS, os equipamentos de MAPA concentram-se frequentemente nos centros urbanos de maior porte, e a MRPA depende de aparelho automático



calibrado e da capacidade do paciente de realizar medidas corretamente, o que pode ser desafiador em populações com baixa literacia em saúde.

3.3. Investigação clínica inicial

A DBHA 2025 recomenda pesquisar fatores de risco cardiovascular e lesões em órgãos-alvo ao diagnóstico e anualmente (Recomendação FORTE, evidência BAIXA). O painel de exames inclui glicemia de jejum/HbA1c, perfil lipídico, creatinina sérica com TFG_e, potássio, ácido úrico, urinálise com microalbuminúria, ECG de 12 derivações, hemograma e TSH. A doença renal crônica (DRC) a partir do estágio G3a (TFG_e < 60 mL/min/1,73 m²) classifica automaticamente o paciente como de alto risco cardiovascular (BRANDÃO *et al.*, 2025).

4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

A DBHA 2025 adota o escore PREVENT (Predicting Risk of Cardiovascular Disease Events), desenvolvido pela American Heart Association, como ferramenta primária de estratificação de risco em 10 anos (Recomendação FORTE, evidência ALTA), substituindo o Escore de Risco Global utilizado na diretriz de 2020 (BARROSO *et al.*, 2021). Persistem, contudo, questionamentos sobre sua calibração específica para populações brasileiras, especialmente afrodescendentes e indígenas.

O alto risco cardiovascular é definido pela presença de doença cardiovascular manifesta, diabetes mellitus (DM), DRC, hipercolesterolemia familiar ou lesão de órgão-alvo significativa, ou por PREVENT ≥ 20% em 10 anos. A estratificação de risco em indivíduos com pré-hipertensão é igualmente recomendada (Recomendação FORTE, evidência ALTA), o que pode expandir significativamente a demanda por consultas e exames na APS (BRANDÃO *et al.*, 2025).

5. METAS PRESSÓRICAS: ANÁLISE CRÍTICA E COMPARAÇÃO INTERNACIONAL

A DBHA 2025 estabelece a meta universal de PA < 130/80 mmHg para todos os hipertensos, independentemente da estratificação de risco cardiovascular (Recomendação FORTE, evidência ALTA). Essa meta apoia-se em evidências robustas: o estudo SPRINT demonstrou redução de 25% no desfecho cardiovascular primário com controle intensivo (SPRINT RESEARCH GROUP, 2015), e a metanálise de Ettehad *et al.* (2016) documentou que cada redução de 10 mmHg na PAS se associa a queda de 17% no risco de doença coronariana, 27% no de AVC e 28% no de insuficiência cardíaca.

Em contrapartida, a ESC/ESH 2023 mantém meta de < 140/90 mmHg como padrão geral, reservando < 130/80 mmHg para pacientes de alto risco. A DBHA 2025 endereça preocupações com hipotensão ao recomendar a meta do menor valor tolerado para idosos frágeis e indivíduos com 80 anos ou mais, com cautela para PAD < 70 mmHg em coronariopatas.

Tabela 3. Metas pressóricas por subgrupo clínico conforme a DBHA 2025

Subgrupo clínico	Meta PAS (mmHg)	Meta PAD (mmHg)	Força / Evidência
Todos os hipertensos (baixo, moderado ou alto risco)	< 130	< 80	FORTE / ALTA
Pré-hipertensão com alto risco CV	< 130	< 80	FORTE / ALTA
Idosos robustos (< 80 anos)	< 130	< 80	FORTE / ALTA
Idosos frágeis / ≥ 80 anos / expectativa de vida reduzida	Menor valor tolerado	Individualizar	FORTE / ALTA
HAS + doença arterial coronariana	< 130	≥ 70 (cautela curva J)	FORTE / MODERADA
HAS + DRC ou DM	< 130	< 80	FORTE / ALTA
HAS + AVC ou AIT prévio	< 130	< 80	FORTE / ALTA
HAS + IC (ICFEp e ICFEr)	< 130	< 80	FRACA / BAIXA
HAS + obesidade	< 130	< 80	FORTE / MODERADA

Fonte: adaptada de Brandão *et al.* (2025). AIT = ataque isquêmico transitório; AVC = acidente vascular cerebral; CV = cardiovascular; DM = diabetes mellitus; DRC = doença renal crônica; HAS = hipertensão arterial sistêmica; IC = insuficiência cardíaca; ICFEp = IC com fração de ejeção preservada; ICFEr = IC com fração de ejeção reduzida.



A adoção de meta mais intensiva amplia o número de pacientes que requerem ajuste terapêutico. Algumas estimativas indicam que até 30% dos hipertensos previamente controlados com metas menos intensivas poderão necessitar de terapia tripla ou quádrupla para alcançar a meta universal de $< 130/80$ mmHg, o que representa desafio concreto para equipes de APS com alta demanda e recursos limitados.

6. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO: MEDIDAS NÃO MEDICAMENTOSAS

A DBHA 2025 amplia a indicação das medidas não medicamentosas (MNM) para todos os indivíduos com PA $\geq 120/80$ mmHg, mantendo-as mesmo após o início da farmacoterapia (Recomendação FORTE, evidência ALTA) (BRANDÃO *et al.*, 2025). O detalhamento do impacto individual de cada medida facilita a tomada de decisão clínica compartilhada.

6.1. Controle do peso corporal

A perda de peso recebe Recomendação FORTE, com evidência ALTA, para redução da PA e da mortalidade em pacientes com obesidade. A estimativa de $-1,05$ mmHg na PAS por quilograma perdido torna-se clinicamente relevante em reduções de 5–10 kg. A cirurgia bariátrica é apontada como a intervenção mais eficaz para redução sustentada da PA na obesidade grave (IMC ≥ 35 kg/m²), com taxas de remissão da HAS de 60–75% no primeiro ano (BRANDÃO *et al.*, 2025), embora sua oferta pelo SUS permaneça aquém da demanda.

6.2. Alimentação: dieta DASH, sódio, potássio e álcool

A dieta DASH é recomendada com força FORTE e evidência ALTA, promovendo redução de PAS/PAD de 8,7/4,5 mmHg em hipertensos — magnitude comparável ao efeito de um único anti-hipertensivo em monoterapia (APPEL *et al.*, 1997). A restrição de sódio (< 2 g/dia) é sustentada por evidências robustas: cada redução de 1,15 g/dia promove queda de 2,8 mmHg na PAS. O álcool deve ser limitado a duas doses/dia para homens e uma para mulheres (10–12 g de etanol/dose). A cessação do tabagismo, embora sem efeito anti-hipertensivo direto significativo, reduz substancialmente o risco cardiovascular residual (BRANDÃO *et al.*, 2025).

6.3. Atividade física e exercício

O treinamento aeróbico é a modalidade com maior nível de evidência para redução da PA. A recomendação de 150 minutos/semana de atividade aeróbica moderada ou 75 minutos/semana de atividade vigorosa, distribuída em três a cinco sessões de 30–60 minutos, é

congruente com as orientações da OMS. O exercício resistido potencializa os efeitos do treinamento combinado (BRANDÃO *et al.*, 2025).

Tabela 4. Redução da pressão arterial por tipo de treinamento físico

Tipo de treinamento	Redução PAS/PAD (consultório)	Redução PAS/PAD (MAPA 24 h)
Aeróbico	-7,6 / -4,7 mmHg	-5,5 / -3,8 mmHg
Resistido dinâmico	-2,6 / -2,1 mmHg	Sem efeito comprovado
Resistido isométrico	-4,3 / -5,0 mmHg	Sem efeito comprovado
Combinado (aeróbico + resistido)	-5,3 / -5,6 mmHg	Sem efeito comprovado

Fonte: adaptada de Brandão *et al.* (2025). MAPA = monitorização ambulatorial da pressão arterial; PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

6.4. Abordagem psicocomportamental

A DBHA 2025 incorpora com maior ênfase a abordagem do estresse psicossocial no manejo da HAS. Programas de *mindfulness* com, no mínimo, oito sessões reduziram a PAS/PAD em 6,6/2,5 mmHg; a meditação transcendental promoveu redução de 5,6 mmHg na PAS; e a respiração lenta (6–10 respirações por minuto, 15–20 minutos/dia) propiciou queda de 6,4 mmHg na PAS (BRANDÃO *et al.*, 2025).

Tabela 5. Impacto das medidas não medicamentosas sobre a pressão arterial sistólica

Medida não medicamentosa	Redução estimada da PAS	Força	Evidência
Dieta DASH	-8,7 mmHg (hipertensos)	FORTE	ALTA
Restrição de sódio (por 1,15 g/dia)	-2,8 mmHg	FORTE	ALTA
Substituto do sal com potássio	-5,9 mmHg	FORTE	ALTA
Exercício aeróbico (consultório / MAPA)	-7,6 / -5,5 mmHg	FORTE	ALTA
Perda de peso (por kg)	-1,05 mmHg	FORTE	ALTA



Medida não medicamentosa	Redução estimada da PAS	Força	Evidência
Moderação do álcool	-5,5 mmHg	FORTE	MODERADA
Mindfulness / meditação	-5,1 a -6,6 mmHg	FORTE	MODERADA
Respiração lenta (6–10 resp/min, 15–20 min/dia)	-6,4 mmHg	NEUTRA	BAIXA
Cessaçã do tabagismo	Efeito sobre o risco CV total	FORTE	ALTA

Fonte: adaptada de Brandão *et al.* (2025). CV = cardiovascular; DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension; MAPA = monitorização ambulatorial da pressão arterial; PAS = pressão arterial sistólica.

7. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

7.1. Mudança paradigmática: da monoterapia à combinação preferencial

A principal inovação terapêutica da DBHA 2025 é a recomendação de que, para a maioria dos pacientes, o tratamento se inicie com dupla associação de anti-hipertensivos em doses baixas, preferencialmente em comprimido único de combinação fixa (Recomendação FORTE, evidência MODERADA) (BRANDÃO *et al.*, 2025). A combinação de dois fármacos de classes distintas produz redução pressórica duas a cinco vezes superior à da monoterapia em dose dobrada, e o comprimido único melhora a adesão terapêutica. Estima-se controle pressórico próximo de 60% com a dupla associação, podendo aproximar-se de 90% com a tripla associação em cenários específicos.

7.2. O octeto terapêutico da HAS

A DBHA 2025 consolida o “octeto terapêutico” da HAS, com quatro classes de primeira linha: diuréticos tiazídicos ou similares, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores AT1 (BRA) e bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) di-hidropiridínicos de longa ação. Os betabloqueadores (BB) integram o octeto com indicações clínicas específicas, e a espirolactona é o quarto medicamento preconizado para a HAS resistente (Recomendação FORTE, evidência ALTA). A monoterapia permanece indicada em situações restritas: pré-hipertensão com alto risco CV, HAS estágio 1 de baixo risco, idosos com 80 anos ou mais e pacientes frágeis (BRANDÃO *et al.*, 2025).



7.3. Diuréticos tiazídicos e similares

A DBHA 2025 posiciona explicitamente a clortalidona e a indapamida como superiores à hidroclorotiazida (HCTZ) na redução de desfechos cardiovasculares, recomendando a substituição da HCTZ quando não houver controle pressórico adequado com terapia tripla. Essa graduação de preferência tem implicações diretas para a disponibilização dessas moléculas na RENAME e nas farmácias do SUS (BRANDÃO *et al.*, 2025).

7.4. Bloqueadores do SRAA: IECA e BRA

IECA e BRA apresentam eficácia anti-hipertensiva equivalente e constituem pilares do tratamento em pacientes com DM, DRC com proteinúria e ICfEr. A combinação IECA + BRA não é recomendada, em razão do aumento de hipercalemia e da piora da função renal sem benefício cardiovascular adicional (VERDECCHIA *et al.*, 2019). A tosse seca mediada por bradicinina, presente em 10–20% dos usuários, justifica a substituição por BRA.

7.5. Bloqueadores dos canais de cálcio

Os BCC di-hidropiridínicos de longa ação — anlodipino, felodipino, nifedipino e lercanidipino — são preferidos para a HAS não complicada. O edema de tornozelo, efeito adverso dose-dependente mais frequente, é atenuado pela associação com IECA ou BRA. Os BCC não di-hidropiridínicos têm uso muito restrito no tratamento atual da HAS, sendo contraindicados na ICfEr e em associação com BB (BRANDÃO *et al.*, 2025).

7.6. Betabloqueadores: posição atualizada

Com base em revisão sistemática conduzida pela SBC, a DBHA 2025 esclarece que os BB não constituem primeira escolha para a HAS não complicada, mas integram o octeto com indicações específicas (Recomendação FORTE, evidência MODERADA): ICfEr, síndromes coronarianas agudas e pós-IAM, fibrilação atrial (controle da frequência), HAS em hemodiálise e mulheres que pretendem engravidar. Os BB de terceira geração — nebivolol e carvedilol — apresentam perfil metabólico superior (BRANDÃO *et al.*, 2025).

7.7. Novas classes com ação cardiorrenal: iSGLT2, aGLP1 e finerenona

A incorporação sistematizada de iSGLT2, aGLP1 e finerenona ao octeto terapêutico representa uma das atualizações farmacológicas mais expressivas da DBHA 2025. Os iSGLT2 reduzem a PAS em $-5,08$ mmHg e a PAD em $-2,73$ mmHg pela MAPA, sendo indicados com evidência ALTA em DM2, DRC e IC. Os aGLP1 — semaglutida, liraglutida e dulaglutida —



reduzem a PAS em $-3,37$ mmHg e a PAD em $-1,05$ mmHg, além de seus efeitos cardioprotetores estabelecidos. A finerenona, antagonista não esteroide seletivo dos receptores mineralocorticoides, reduz a PAS de 24 horas em até $-11,2$ mmHg e é indicada na HAS resistente com DRC + DM2 (Recomendação FORTE, evidência ALTA). O custo elevado desses agentes limita seu acesso na APS pública (BRANDÃO *et al.*, 2025).

7.8. Estratégia de combinação terapêutica: fluxograma progressivo

O fluxograma da DBHA 2025 estrutura-se em cinco etapas: (1) monoterapia em casos selecionados; (2) dupla associação (IECA/BRA + BCC ou IECA/BRA + tiazídico), com controle estimado em torno de 60%; (3) tripla associação (IECA/BRA + BCC + tiazídico), com controle que pode aproximar-se de 90%; (4) quarto medicamento — espironolactona ou eplerenona — na HAS resistente; e (5) medicamentos adicionais (BB, simpatolíticos centrais, alfabloqueadores e vasodilatadores diretos). Os ajustes terapêuticos devem ocorrer, em geral, após quatro semanas de uso (BRANDÃO *et al.*, 2025).

8. SITUAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS

8.1. Idosos

A DBHA 2025 estabelece a meta de PA $< 130/80$ mmHg para idosos robustos, incluindo os com menos de 80 anos (Recomendação FORTE, evidência ALTA). Para idosos frágeis, com 80 anos ou mais ou expectativa de vida inferior a três anos, recomenda-se reduzir a PA até o menor valor tolerado, com avaliação individualizada de hipotensão ortostática e síndrome de fragilidade. A elevada prevalência de HAS nessa faixa etária, que atingiu 65,1% em 2023, reforça a importância de protocolos específicos (BRANDÃO *et al.*, 2025).

8.2. Gestantes e saúde cardiovascular da mulher

Os fármacos de escolha para HAS na gestação são a metildopa e os BCC di-hidropiridínicos de longa duração — nifedipino ou anlodipino (Recomendação FORTE, evidência BAIXA). IECA, BRA e inibidores diretos da renina são absolutamente contraindicados na gestação. A DBHA 2025 inova ao recomendar acompanhamento de longo prazo das mulheres com HAS gestacional, dado o risco aumentado de doença cardiovascular ao longo da vida (BRANDÃO *et al.*, 2025).



8.3. Diabéticos e nefropatas

A meta de PA < 130/80 mmHg em adultos com DRC ou DM recebe Recomendação FORTE, com evidência ALTA. O tratamento inicial deve incluir IECA (ou BRA) associado a BCC ou diurético tiazídico em pacientes diabéticos. A incorporação de finerenona e aGLP1 em pacientes com DM, e de iSGLT2 para o conjunto DRC/DM/IC, representa o avanço farmacológico mais relevante da edição (BRANDÃO *et al.*, 2025).

8.4. Insuficiência cardíaca e crise hipertensiva

Para ICFEr associada à HAS, o tratamento deve incluir BB, IECA (ou BRA) e antagonista do receptor mineralocorticoide (Recomendação FORTE, evidência ALTA). A meta < 130/80 mmHg para ICFEp e ICFEr recebe apenas Recomendação FRACA, com baixa certeza de evidência. Na crise hipertensiva, a DBHA 2025 diferencia a elevação importante sem lesão de órgão-alvo aguda (reavaliação ambulatorial em 1–7 dias, alvo de PAS < 160 mmHg) da emergência hipertensiva com lesão aguda (terapia intensiva, anti-hipertensivos intravenosos e monitorização contínua) (BRANDÃO *et al.*, 2025).

9. ADESÃO TERAPÊUTICA: O ELO CRÍTICO DO CONTROLE PRESSÓRICO

A estimativa de que apenas 33% dos hipertensos brasileiros mantêm a PA controlada evidencia que o principal obstáculo ao controle efetivo da HAS não é a ausência de medicamentos eficazes, mas a falha na implementação sustentada do tratamento. As barreiras incluem o caráter assintomático da doença, a polifarmácia e a complexidade posológica, os efeitos adversos, o custo dos medicamentos, as dificuldades de acesso e a baixa literacia em saúde (KRONISH; MUNTNER, 2019).

A DBHA 2025 recomenda estratégias multiprofissionais, educação em saúde, uso de aplicativos digitais e telemonitoramento para melhoria da adesão (Recomendação FRACA, evidência BAIXA). Relatos de serviços de APS com abordagem multiprofissional integrada descrevem taxas de controle em torno de 68%. As combinações fixas em comprimido único emergem como a intervenção farmacológica de maior impacto sobre a adesão, com metanálises que documentam redução de 23–34% no risco de não adesão (BRANDÃO *et al.*, 2025).



10. SEGUIMENTO E MONITORAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O acompanhamento longitudinal do hipertenso na APS deve ser estruturado conforme o estágio e o nível de controle pressórico. Pacientes em estágio 2 ou 3 requerem retornos a cada 1–4 semanas até a estabilização; os em estágio 1 controlado permitem consultas trimestrais ou semestrais. Cada retorno deve incluir aferição da PA com equipamento automático calibrado, revisão da adesão, avaliação de efeitos adversos, reforço das MNM e renovação de receitas (BRANDÃO *et al.*, 2025).

O referenciamento para a atenção especializada está indicado na HAS resistente ou refratária, na suspeita de HAS secundária, na lesão de órgão-alvo grave e nas emergências hipertensivas. A HAS secundária, identificável em 5–10% dos casos gerais e em até 20% dos casos de HAS resistente, deve ser sistematicamente investigada na presença de sinais de alerta; suas principais causas incluem DRC parenquimatosa, hiperaldosteronismo primário, estenose de artéria renal, apneia obstrutiva do sono e feocromocitoma (BRANDÃO *et al.*, 2025).

11. DISCUSSÃO

11.1. Comparação entre diretrizes internacionais: convergências e divergências

A análise comparativa revela crescente convergência quanto às metas terapêuticas, mas divergências relevantes nos limiares diagnósticos, nas ferramentas de estratificação de risco e nas abordagens farmacológicas iniciais. A convergência mais expressiva entre a DBHA 2025 e a ACC/AHA 2017 reside na meta de PA < 130/80 mmHg para todos os hipertensos, respaldada pelo SPRINT e pela metanálise da BPLTTC (2021). A principal divergência situa-se no ponto de corte diagnóstico: enquanto a diretriz americana definiu HAS a partir de 130/80 mmHg em 2017 — em contraste com o limiar mais alto adotado pelo JNC 8 em 2014 (JAMES *et al.*, 2014) —, a diretriz brasileira mantém 140/90 mmHg, decisão pragmaticamente adequada ao sistema de saúde nacional, já que se estima que a redução do limiar poderia acrescentar mais de 15 milhões de novos casos à prevalência, com expressivo impacto sobre a demanda da APS.

Tabela 6. Comparação das principais diretrizes para o manejo da hipertensão arterial sistêmica

Domínio	DBHA 2025 (Brasil)	ACC/AHA 2017 (EUA)	ESC/ESH 2018 (Europa)	ESC/ESH 2023 (Europa)
Ponto de corte diagnóstico	≥ 140/90	≥ 130/80	≥ 140/90	≥ 140/90
Meta pressórica universal	< 130/80	< 130/80	< 140/90 (geral)	< 140/90 (padrão)
Categoria pré-hipertensão	Sim (120–139/80–89)	Sim (130–139/80–89)	PA alta-normal	PA alta-normal
Início preferencial	Dupla combinação	Monoterapia ou dupla	Dupla combinação	Dupla combinação
Ferramenta de risco CV	Escore PREVENT	Pooled Cohort Equations	SCORE2	SCORE2 / SCORE2-OP
iSGLT2 / aGLP1 no manejo	Sim (cardiorrenal)	Não mencionado	Não mencionado	Em desenvolvimento
Finerenona	Sim (DRC + DM2)	Não	Não	Evidências emergentes

Fonte: elaborada pelo autor com base em Brandão *et al.* (2025), Whelton *et al.* (2018), Williams *et al.* (2018) e Mancia *et al.* (2023). Valores de PA em mmHg. aGLP1 = agonistas do receptor de GLP-1; CV = cardiovascular; DM2 = diabetes mellitus tipo 2; DRC = doença renal crônica; iSGLT2 = inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2; PA = pressão arterial.

11.2. Aplicabilidade na atenção primária brasileira e o contexto do SUS

A implementação das recomendações da DBHA 2025 na APS enfrenta desafios estruturais em quatro dimensões: (1) acesso à MAPA e à MRPA, estimando-se que menos de 30% dos municípios disponham de equipamentos de MAPA na rede pública; (2) disponibilidade de medicamentos, dado que as combinações fixas estão apenas parcialmente contempladas na RENAME e as novas classes têm custos incompatíveis com o acesso universal; (3) capacidade multiprofissional, uma vez que a cobertura da Estratégia Saúde da Família frequentemente opera com equipes incompletas nas regiões de maior vulnerabilidade; e (4) literacia em saúde, da qual depende criticamente a efetividade das MNM.



Sob a perspectiva da sustentabilidade econômica, a adoção de metas mais intensivas e a incorporação de classes de maior custo pressionam o financiamento da assistência farmacêutica. A ampliação do contingente elegível a esses agentes, sem a correspondente previsão orçamentária e de incorporação pela Conitec, tende a deslocar parte da demanda para a via judicial. A judicialização de medicamentos, já expressiva no país, pode acentuar iniquidades, pois favorece indivíduos com maior acesso a informação e assessoria jurídica em detrimento das populações mais vulneráveis — justamente aquelas sobre as quais recai a maior carga da HAS não controlada. Configura-se, assim, tensão entre a incorporação de inovações promissoras e o imperativo de equidade que orienta o SUS.

As desigualdades regionais acentuam esse desafio. A distribuição de equipamentos de MAPA, a completude das equipes de Saúde da Família e a regularidade do abastecimento de medicamentos variam de modo acentuado entre as regiões Norte/Nordeste e Sul/Sudeste, de sorte que recomendações uniformes podem produzir efeitos heterogêneos sobre o controle pressórico. A equidade no acesso — e não apenas a disponibilidade nominal de protocolos — deve constituir critério explícito na implementação da DBHA 2025 na APS.

11.3. Barreiras específicas ao controle pressórico na APS

A taxa de controle de apenas 33% evidencia que as barreiras são sistêmicas, e não apenas individuais. Intervenções multicomponentes — que combinam otimização farmacológica, educação em saúde, MRPA domiciliar e suporte multiprofissional — produzem as maiores taxas de controle, atingindo 68–75% em contextos favoráveis (KRONISH; MUNTNER, 2019).

A ampliação do escopo diagnóstico e terapêutico, contudo, traz riscos que merecem ponderação crítica. A formalização da pré-hipertensão, embora possa antecipar intervenções preventivas, comporta risco de medicalização de indivíduos com risco cardiovascular individualmente baixo, com repercussões psicológicas (rotulação) e econômicas (consultas, exames e, eventualmente, fármacos). De modo análogo, a meta universal de $< 130/80$ mmHg pode favorecer o sobretratamento (overtreatment) de subgrupos — particularmente idosos frágeis —, ampliando a polifarmácia e o risco de hipotensão, quedas e disfunção renal. Estratégias de tratamento orientadas pelo risco, em vez de baseadas exclusivamente em um alvo numérico, têm sido propostas para equilibrar benefício e dano (KARMALI *et al.*, 2018). O equilíbrio entre a intensificação baseada em evidências e a prevenção quaternária — que busca proteger o paciente de intervenções desnecessárias — constitui dimensão central da prática na APS e deve orientar a aplicação individualizada das recomendações.



11.4. Limitações da DBHA 2025

A DBHA 2025, embora de elevado rigor científico, apresenta limitações: a maioria dos grandes ensaios foi conduzida em populações de países de alta renda, com predominância de participantes de ascendência europeia; a adoção de metas mais intensivas amplia o escopo da intervenção sem avaliação de custo-efetividade específica para o SUS; as recomendações sobre as novas classes não discutem adequadamente acesso e equidade; e o manejo da HAS em populações indígenas, quilombolas e rurais é abordado de forma superficial.

A essas limitações soma-se a ausência de análises de custo-efetividade calibradas para o SUS. A meta universal de $< 130/80$ mmHg apoia-se majoritariamente em estudos como o SPRINT, cuja validade externa para a APS brasileira é restrita: o protocolo empregou medida automatizada de PA não observada, excluiu pacientes com diabetes e indivíduos institucionalizados e foi conduzido sobretudo em centros especializados de países de alta renda. A transposição direta de seus resultados para um cenário de medida convencional de consultório, recursos limitados e populações etnicamente diversas requer cautela. A incorporação de tecnologias de alto custo sem avaliação econômica local pode comprometer a sustentabilidade do sistema e desviar recursos de intervenções de eficácia comprovada e menor custo, como a ampliação do acesso a combinações fixas e o fortalecimento da abordagem multiprofissional.

11.5. Saúde digital e telemonitoramento na APS

A DBHA 2025 reconhece o potencial das ferramentas de saúde digital como estratégias auxiliares ao controle pressórico, ainda que com recomendação de força fraca e baixa certeza de evidência. O telemonitoramento da PA e a monitorização remota, associados à MRPA, podem favorecer a detecção precoce de descontrole, a titulação terapêutica e o vínculo longitudinal, sobretudo em territórios extensos e de baixa densidade assistencial. Aplicativos móveis voltados ao automonitoramento, à lembrança de doses e à educação em saúde têm demonstrado efeitos modestos, porém consistentes, sobre a adesão, quando integrados ao cuidado da equipe e não utilizados isoladamente. Soluções baseadas em inteligência artificial — algoritmos de apoio à decisão, estratificação de risco e identificação de pacientes sob risco de descontrole — despontam como recurso promissor para sistemas sobrecarregados, embora ainda careçam de validação em contextos de APS e de salvaguardas quanto a vieses algorítmicos e à proteção de dados.

A efetividade dessas tecnologias é condicionada pela infraestrutura disponível. A desigualdade no acesso à internet, a baixa literacia digital de parcela expressiva da população e a conectividade limitada em áreas rurais e remotas podem converter a saúde digital em novo



vetor de iniquidade — o chamado fosso digital — caso não seja acompanhada de políticas de inclusão. Sua incorporação à APS deve, portanto, ser gradual, equânime e centrada na complementaridade ao cuidado presencial.

11.6. Determinantes sociais da saúde e controle pressórico

O controle pressórico não pode ser compreendido apenas como desfecho biomédico, pois é fortemente determinado por fatores sociais. Renda e escolaridade modulam o acesso a alimentos saudáveis, as oportunidades de atividade física, a compreensão das orientações terapêuticas e a aquisição regular de medicamentos não plenamente cobertos. A insegurança alimentar — associada, paradoxalmente, ao maior consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em sódio e de baixo custo — constitui barreira concreta à adesão à dieta DASH e à restrição de sódio preconizadas pela DBHA 2025. O acesso geográfico e organizacional aos serviços, a estabilidade do vínculo empregatício e as condições de moradia influenciam a continuidade do cuidado.

A vulnerabilidade social, ao concentrar simultaneamente maior prevalência de HAS, menor acesso e menor controle, configura um gradiente social da doença que recomendações estritamente clínicas não resolvem por si. A atuação da APS sobre os determinantes sociais — pela intersetorialidade, pelo apoio das equipes multiprofissionais e pela articulação com a rede de proteção social — é condição necessária para a tradução das metas da DBHA 2025 em ganhos reais e equitativos de controle pressórico.

11.7. Populações especiais e equidade em saúde

As recomendações da DBHA 2025 pressupõem, em larga medida, um paciente-padrão e um cenário assistencial relativamente homogêneo, abordando apenas superficialmente as especificidades de populações historicamente sub-representadas. Populações indígenas, quilombolas e rurais apresentam particularidades epidemiológicas, culturais e logísticas que demandam adaptação das estratégias de diagnóstico, tratamento e seguimento. Barreiras geográficas, escassez de equipes fixas, rotatividade profissional e dificuldades de abastecimento de medicamentos comprometem a continuidade do cuidado nesses territórios.

A competência cultural assume papel central nesse contexto: o reconhecimento de práticas alimentares, sistemas de crença e formas de organização comunitária é determinante para a aceitação e a sustentabilidade das intervenções. Estratégias como a mediação por agentes comunitários e por agentes indígenas de saúde, a adaptação linguística do material educativo e o respeito às práticas tradicionais de cuidado podem aumentar a efetividade das



ações. A equidade em saúde exige que a aplicação da DBHA 2025 seja sensível a essas diferenças, evitando que recomendações concebidas para o paciente-padrão ampliem, em vez de reduzir, as desigualdades existentes.

11.8. Desprescrição e individualização terapêutica em idosos frágeis

A coexistência de uma meta pressórica mais intensiva com o envelhecimento populacional impõe atenção especial ao idoso frágil. Nessa população, a polifarmácia — frequentemente decorrente de múltiplas comorbidades — eleva o risco de interações medicamentosas, baixa adesão e eventos adversos. A intensificação anti-hipertensiva indiscriminada pode precipitar hipotensão ortostática, quedas, síncope e lesão renal aguda, desfechos particularmente deletérios nesse grupo.

Coerentemente, a própria DBHA 2025 flexibiliza a meta para idosos frágeis, com 80 anos ou mais ou expectativa de vida reduzida, recomendando o menor valor de PA tolerado e a individualização das metas. Nesse cenário, a desprescrição racional — a retirada planejada e supervisionada de fármacos cujo risco supera o benefício — emerge como prática clínica legítima e necessária, e não como falha terapêutica. A avaliação periódica da fragilidade, do estado funcional e cognitivo e das preferências do paciente, idealmente no âmbito de uma avaliação geriátrica ampla, deve orientar decisões compartilhadas que privilegiem a qualidade de vida e a segurança, em vez da mera obtenção de um alvo numérico.

11.9. Limitações do presente estudo

Como revisão narrativa, este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento, que devem ser explicitadas. A seleção dos estudos foi realizada por um único revisor, sem dupla triagem independente, o que aumenta a possibilidade de viés de seleção e de omissão de evidências relevantes. Não houve registro prévio de protocolo nem aplicação de fluxograma PRISMA, instrumentos não aplicáveis a esse tipo de revisão. A incorporação das referências, guiada por critérios de relevância e pertinência temática, comporta a subjetividade característica das sínteses interpretativas. Por fim, a amplitude do tema impõe restrições à profundidade da análise em cada domínio. Tais limitações não invalidam as conclusões, mas delimitam seu alcance e reforçam a necessidade de revisões sistemáticas, estudos de custo-efetividade e pesquisas de implementação dirigidos a questões específicas.



12. CONCLUSÃO

A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 representa um avanço científico expressivo no manejo da HAS e oferece à APS um arcabouço atualizado e coerente com as melhores evidências disponíveis. Suas mudanças paradigmáticas centrais — a meta universal de PA < 130/80 mmHg, o início preferencial com dupla associação em comprimido único, a formalização da pré-hipertensão e a incorporação de agentes com ação cardiorrenal — traduzem-se, na prática, na necessidade de revisar metas de pacientes já em acompanhamento, priorizar combinações fixas, ampliar o uso da MRPA e fortalecer a abordagem multiprofissional.

A principal contribuição da diretriz para a APS reside menos na introdução de novas moléculas e mais na consolidação de uma lógica de cuidado centrada no controle efetivo e no risco cardiovascular global. Seu maior desafio, contudo, não é científico, mas de implementação: a tradução das recomendações em ganhos reais de controle depende da superação de barreiras estruturais do SUS, da garantia de equidade no acesso e da adaptação às realidades regionais e às populações vulneráveis. Sem essa adaptação, há risco de que metas mais ambiciosas ampliem, em vez de reduzir, as desigualdades em saúde.

Persistem lacunas que devem orientar a agenda futura de pesquisa, com destaque para a validação do escore PREVENT na população brasileira, a avaliação de custo-efetividade da meta < 130/80 mmHg no SUS, o impacto de longo prazo das novas classes farmacológicas na APS e as estratégias digitais e comunitárias de adesão em contextos de baixa literacia em saúde. O enfrentamento dessas lacunas será determinante para que o potencial da DBHA 2025 se converta em melhoria sustentável e equitativa do controle da HAS no país.

REFERÊNCIAS

APPEL, L. J. *et al.* A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure: DASH Collaborative Research Group. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 336, n. 16, p. 1117–1124, abr. 1997. DOI: 10.1056/NEJM199704173361601.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238.

BLOOD PRESSURE LOWERING TREATMENT TRIALISTS' COLLABORATION. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *The Lancet*, London, v. 397, n. 10285, p. 1625–1636, maio 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00590-0.



BRANDÃO, A. A. *et al.* Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 122, n. 9, e20250624, set. 2025. DOI: 10.36660/abc.20250624.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

ETTEHAD, D. *et al.* Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, London, v. 387, n. 10022, p. 957–967, fev. 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01225-8.

FUCHS, F. D.; WHELTON, P. K. High blood pressure and cardiovascular disease. *Hypertension*, Dallas, v. 75, n. 2, p. 285–292, fev. 2020. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14240.

JAMES, P. A. *et al.* 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, Chicago, v. 311, n. 5, p. 507–520, fev. 2014. DOI: 10.1001/jama.2013.284427.

KARMALI, K. N. *et al.* Risks and benefits of target-specific versus risk-based blood pressure treatment strategies. *JAMA Internal Medicine*, Chicago, v. 178, n. 9, p. 1209–1219, set. 2018. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.2927.

KRONISH, I. M.; MUNTNER, P. Barriers to hypertension control. *Current Opinion in Cardiology*, Philadelphia, v. 34, n. 4, p. 387–394, jul. 2019. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000626.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Hipertensão arterial e fatores associados – prevalência, diagnóstico, tratamento e controle: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 4, e2020753, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000400003.

MANCIA, G. *et al.* 2023 ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, London, v. 41, n. 12, p. 1874–2071, dez. 2023. DOI: 10.1097/HJH.00000000000003480.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.

SPRINT RESEARCH GROUP. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 373, n. 22, p. 2103–2116, nov. 2015. DOI: 10.1056/NEJMoa1511939.

VERDECCHIA, P. *et al.* Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in the treatment of hypertension: the ONTARGET trial. *Journal of Hypertension*, London, v. 37, n. 9, p. 1742–1758, set. 2019. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002060.

WHELTON, P. K. *et al.* 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Journal of the American College of Cardiology*, New York, v. 71, n. 19, p. e127–e248, maio 2018. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.11.006.



WILLIAMS, B. *et al.* 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, Oxford, v. 39, n. 33, p. 3021–3104, set. 2018. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>. Acesso em: 15 out. 2025.