

DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL - 2025: REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

BRAZILIAN GUIDELINES ON ARTERIAL HYPERTENSION - 2025: REFLECTIONS FOR NURSING PRACTICE

DIRECTRIZ BRASILEÑA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL - 2025: REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

¹João Vitor Andrade²Juliana Cristina Martins de Souza³Rita Márcia Martins Carvalho⁴Diogo Christian Rodrigues Felix⁵Tiago Ricardo Moreira

¹Doutorando em Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas, Alfenas - MG, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3729-501X>

²Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas, Alfenas - MG, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1941-2262>

³Discente de Enfermagem. Faculdade Bezerra de Araújo, Rio de Janeiro - RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7610-9512>

⁴Enfermeiro. Universidade de Franca, Franca - SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3569-6507>

⁵Doutor em Saúde Pública. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6606-4942>

Autor correspondente**João Vitor Andrade**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas, MG, Brasil. CEP 37.130-001. Telefone: +55(35) 3701-9471, e-mail: jvma100@gmail.com.

Submissão: 23-09-2025**Aprovado:** 16-02-2026**RESUMO**

Este estudo de reflexão analisa criticamente a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025, com foco nas mudanças dos critérios diagnósticos, no uso de dispositivos digitais e semidigitais, no risco de medicalização precoce e nos métodos adequados de aferição da pressão arterial. São integrados dados nacionais recentes sobre morbimortalidade e prevalência da hipertensão, bem como evidências internacionais acerca da acurácia de aparelhos e tecnologias digitais. Discute-se ainda a adaptação cultural dos valores pressóricos, a necessidade de equipes multiprofissionais, especialmente para apoio em atividade física e hábitos alimentares, e o papel estratégico da enfermagem na pesquisa, na prática assistencial e na educação em saúde. Defende-se que este é o momento para a enfermagem reafirmar seu protagonismo, liderando estudos sobre métodos de aferição, padronização em diferentes níveis, testes de dispositivos, validações locais e acompanhamento clínico-epidemiológico, transformando as recomendações da diretriz em ações concretas e efetivas.

Palavras-chave: Hipertensão; Pré-Hipertensão; Determinação da Pressão Arterial; Brasil; Enfermagem.

ABSTRACT

This reflective study critically analyzes the Brazilian Guideline on Hypertension - 2025, focusing on changes in diagnostic criteria, the use of digital and semi-digital devices, the risk of early medicalization, and appropriate methods for measuring blood pressure. Recent national data on morbidity, mortality, and prevalence of hypertension are integrated, as well as international evidence on the accuracy of digital devices and technologies. The cultural adaptation of blood pressure values, the need for multidisciplinary teams, especially to support physical activity and eating habits, and the strategic role of nursing in research, healthcare practice, and health education are also discussed. It is argued that this is the moment for nursing to reaffirm its leading role, spearheading studies on measurement methods, standardization at different levels, device testing, local validation, and clinical-epidemiological monitoring, transforming the guideline recommendations into concrete and effective actions.

Keywords: Hypertension; Prehypertension; Blood Pressure Determination; Brazil; Nursing.

RESUMEN

Este estudio reflexivo analiza críticamente la Directriz Brasileña de Hipertensión Arterial - 2025, centrándose en los cambios en los criterios diagnósticos, el uso de dispositivos digitales y semidigitales, el riesgo de medicalización precoz y los métodos adecuados para medir la presión arterial. Se integran datos nacionales recientes sobre morbilidad, mortalidad y prevalencia de la hipertensión, así como evidencias internacionales sobre la precisión de los dispositivos y tecnologías digitales. También se discute la adaptación cultural de los valores de presión arterial, la necesidad de equipos multiprofesionales, especialmente para el apoyo en la actividad física y los hábitos alimenticios, y el papel estratégico de la enfermería en la investigación, la práctica asistencial y la educación en salud. Se defiende que este es el momento para que la enfermería reafirme su protagonismo, liderando estudios sobre métodos de medición, estandarización en diferentes niveles, pruebas de dispositivos, validaciones locales y seguimiento clínico-epidemiológico, transformando las recomendaciones de la directriz en acciones concretas y efectivas.

Palabras clave: Hipertensión; Prehipertensión; Determinación de la Presión Sanguínea; Brasil; Enfermería.



INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial (HA) é definida como elevação sustentada da pressão arterial (PA) sistólica e/ou diastólica, acima de níveis considerados seguros para determinado indivíduo, implicando risco aumentado de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal, e outras complicações orgânicas⁽¹⁻²⁾. A HAS frequentemente é assintomática, o que torna seu diagnóstico e controle um desafio, sobretudo em populações com acesso limitado aos serviços de saúde⁽¹⁻³⁾.

A HA caracteriza-se como uma condição multifatorial, resultante da interação de fatores genéticos, herança familiar e etnia; fatores ambientais e comportamentais como dieta rica em sódio, sedentarismo, sobrepeso/ obesidade, consumo excessivo de álcool, estresse, além de condições associadas como diabetes e doença renal crônica. Fatores socioeconômicos e culturais, como a qualidade da alimentação, o padrão de atividade física, as condições de moradia e o acesso aos serviços de saúde, influenciam diretamente não apenas o surgimento da doença, mas também o diagnóstico oportuno, a adesão e o seguimento terapêutico, além dos desfechos clínicos⁽¹⁻²⁾.

Dados epidemiológicos nacionais demonstram a magnitude do problema, indicando que a hipertensão acomete aproximadamente 32,3% da população adulta brasileira⁽⁴⁾. Enfatiza-se que a HA é o principal

fator de risco para as doenças cardiovasculares, as quais permanecem como a principal causa de morte no país, sendo responsáveis por mais de um quarto dos óbitos registrados⁽⁵⁾.

Em 2022, aproximadamente 400.000 brasileiros morreram em decorrência dessas doenças e, mesmo após a exclusão dos óbitos relacionados à COVID-19, observou-se um aumento expressivo em relação ao período de 2015 a 2019: 54% de aumento em 2021 e 14% em 2022⁽⁶⁾. Sob a perspectiva da saúde pública, o impacto é significativo, refletindo-se em elevados custos decorrentes do uso de medicamentos, das internações, do manejo das complicações e da mortalidade. Nesse contexto, o cuidado à hipertensão arterial deve ser priorizado, e a Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como o espaço estratégico para prevenção, acompanhamento e controle da doença⁽¹⁾.

Considerando esse contexto, o lançamento da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025 (DBHA)⁽¹⁾ oferece uma oportunidade e um desafio para os profissionais de saúde, em especial para a enfermagem. O documento propõe mudanças na estratificação diagnóstica da HA, no uso de tecnologia para aferição da pressão arterial, no enfoque preventivo e no tratamento⁽¹⁾. Mas é preciso refletir se tais mudanças são plenamente factíveis no contexto brasileiro, se respeitam as adaptações culturais e se a prática assistencial dispõe dos métodos viáveis, dos recursos e da equipe necessária para implementá-las.



Assim, este estudo busca contribuir com uma reflexão crítica sobre a DBHA, destacando os pontos de tensão entre suas recomendações e a realidade assistencial.

MÉTODO

Este é um estudo teórico-reflexivo que baseado na: (i) leitura crítica da DBHA; (ii) incorporação de dados epidemiológicos nacionais recentes sobre prevalência, controle e morbimortalidade da hipertensão; (iii) revisão de literatura internacional sobre precisão e confiabilidade de dispositivos de aferição da pressão arterial (digitais, semi-automáticos, aneroides e mercúrio), bem como estudos sobre erros comuns de medição; (iv) articulação desses elementos com a prática de enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária, considerando as limitações de recursos, equipe e infraestrutura; (v) situar a enfermagem brasileira como protagonista nessa DBHA.

DESENVOLVIMENTO

Nova estratificação diagnóstica da HA e adaptação cultural

A pré-hipertensão, definida pela DBHA como pressão arterial sistólica (PAS) entre 120-139 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 80-89 mmHg, amplia a faixa diagnóstica para vigilância clínica e possibilidade de intervenção precoce⁽¹⁾. Ressalta-se que tais valores antes eram considerados dentro da faixa de normalidade⁽⁷⁾ (Quadro 1), mas passaram a ser reclassificados após a incorporação de evidências provenientes de estudos internacionais, realizados majoritariamente em países de clima temperado⁽⁸⁻¹⁰⁾, pressupondo-se que esses mesmos parâmetros pressóricos seriam diretamente aplicáveis à realidade brasileira.

Vale mencionar que os profissionais de saúde devem estar atentos, pois não apenas os valores que definem a pré-hipertensão foram modificados, mas também os critérios para as demais classificações de pressão arterial passaram por ajustes nas diretrizes mais recentes, Quadro 1. Essas mudanças impactam diretamente o diagnóstico, a tomada de decisão clínica e a condução do tratamento, exigindo atualização constante e rigor técnico na prática assistencial⁽¹⁻²⁾.

Quadro 1 - Classificação da Pressão Arterial, Condutas Recomendadas e Critérios para Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial: Comparação entre a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020 e a de 2025.

Classificação	DBHA 2020		DBHA 2025	
	Valor mmHg	Conduta	Valor mmHg	Conduta
PA ótima	<120/<80	Repetir anualmente	—	—
PA normal	120-129/80-84	Repetir anualmente	<120/<80	Considerar normotensão; repetir medidas anualmente
Pré-hipertensão	130-139/85-89	MAPA/MRPA para descartar hipertensão mascarada	120-139/80-89	Considerar hipertensão mascarada; Se MAPA/MRPA der anormal: hipertensão mascarada
HA Estágio 1	140-179/90-109 (Estágio 1 e 2 juntos)	MAPA/MRPA para descartar hipertensão avental branco	140-159/90-99	Considerar hipertensão do avental branco; MAPA/MRPA normal: avental branco
HA Estágio 2			160-179/100-109	Alta probabilidade de hipertensão sustentada; confirmar com MAPA/MRPA
HA Estágio 3	≥180/110	Diagnóstico e iniciar tratamento	≥180/≥110	Diagnóstico de hipertensão; iniciar tratamento anti-hipertensivo
Emergência/Urgência	≥180/110 com risco imediato	Encaminhar para emergência	≥180/≥110 com risco imediato	Hipertensão sustentada; iniciar tratamento anti-hipertensivo imediato

Fonte: Elaborada pelos autores com base nas DBHA⁽¹⁻²⁾.

Essa equivalência pode não ser inteiramente verdadeira, considerando que o Brasil é um país tropical, onde temperaturas mais elevadas podem influenciar parâmetros fisiológicos, como os sinais vitais e, especialmente, os níveis pressóricos médios da população⁽¹¹⁾. Além disso, é importante considerar a variabilidade genética, os hábitos alimentares regionais, os padrões de atividade física e o acesso à alimentação saudável ao

aplicar tais limites^(1,2,11), a fim de evitar rotulagem excessiva ou sobrecarga psicoemocional no paciente.

Risco de medicalização precoce

A ampliação diagnóstica sem o suporte adequado de recursos não farmacológicos ou de acompanhamento intensivo pode favorecer uma prescrição medicamentosa precoce, mesmo em situações nas quais a intervenção

comportamental seria suficiente⁽³⁾. Esse risco não decorre da diretriz em si, que orienta a adoção de medidas não medicamentosas para todos os indivíduos com pressão arterial $\geq 120/80$ mmHg e indica o início do tratamento farmacológico apenas após três meses dessas medidas em pessoas com pressão entre 130-139/80-89 mmHg e alto risco cardiovascular, ou de forma imediata para valores $\geq 140/90$ mmHg⁽¹⁾. O problema, portanto, está na interpretação equivocada, ainda comum na prática clínica, de que o medicamento teria função preventiva, quando, na verdade, seu uso deve restringir-se ao tratamento de condições estabelecidas⁽¹²⁾.

De forma análoga, não é incomum observar pacientes sem dor recebendo analgésicos como profilaxia; a mesma lógica, aplicada ao controle da pressão arterial, pode levar à medicalização excessiva, com aumento de custos, risco de polifarmácia, efeitos adversos e sobrecarga para pacientes e serviços⁽¹²⁻¹³⁾. Nessa perspectiva, as equipes de saúde deverão avaliar o risco cardiovascular global, e não apenas os níveis pressóricos isolados, decidindo iniciar medicamentos apenas “se necessário” e sempre após assegurar a adesão adequada às mudanças de estilo de vida.

Evidências sobre estilo de vida

Indubitavelmente, as mudanças comportamentais estão entre as mais difíceis de serem efetivadas na prática em saúde. Estudos recentes indicam que, para um comportamento tornar-se automático e efetivamente incorporado

à rotina, o tempo médio necessário é de aproximadamente 66 dias, podendo variar de 18 a 254 dias dependendo da complexidade do hábito e do contexto social e individual⁽¹⁴⁾. Na realidade assistencial, essa lentidão muitas vezes gera a percepção, tanto por parte dos profissionais quanto dos pacientes, de que insistir nessas orientações é “chover no molhado” ou “enxugar gelo”, o que desestimula a continuidade das estratégias educativas.

Contudo, tais mudanças são fundamentais para o controle da HA e prevenção de complicações cardiovasculares. Estudos nacionais demonstram que, embora a prevalência da hipertensão seja elevada, grande parte da população ainda não adota ou não consegue manter hábitos de vida saudáveis⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Evidências internacionais reforçam que a redução do consumo de sódio, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a prática regular de atividade física, o controle do peso corporal e a cessação do tabagismo promovem reduções modestas, porém clinicamente significativas nos níveis pressóricos^(3,17-18).

Estudos brasileiros, verificaram que a adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial permanece um desafio para os serviços de saúde, pois exige mudanças de comportamento contínuas e acompanhamento multiprofissional. As pesquisas mostraram que intervenções educativas, incluindo educação nutricional, incentivo à atividade física e estratégias participativas como oficinas e visitas domiciliares, resultaram em melhorias nos



parâmetros clínicos e de estilo de vida dos participantes, evidenciando a importância de ações educativas sistemáticas e permanentes para reduzir a morbimortalidade associada à doença⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Esses achados reforçam que a educação em saúde é elemento central para mudanças de comportamento e melhoria dos indicadores relacionados à hipertensão arterial. Não por acaso, o aniversário do SUS coincide com o de Paulo Freire, pois o SUS, em sua essência, assume a educação em saúde como prática transformadora de realidades e de vidas*

Um estudo de coorte rural na China revelou que indivíduos com escores mais elevados de estilo de vida saudável apresentaram valores inferiores de pressão arterial sistólica e diastólica, assim como risco significativamente reduzido de hipertensão (OR = 0,853; 0,881; 0,658 para escores 3, 4 e 5), sustentando a prioridade para intervenções não farmacológicas e políticas públicas que incentivem hábitos saudáveis de forma contínua e estruturada⁽³⁾. Destaca-se que, historicamente, as populações rurais, semelhantes à do referido estudo⁽³⁾, vivem em condições mais precárias, com restrição de recursos e maior dificuldade de acesso aos

serviços de saúde, o que corrobora com a ocorrência de valores pressóricos mais elevados⁽²¹⁾.

Nesse sentido, intervenções mediadas por tecnologia, como programas de cuidado remoto ou coordenação digital, têm alto potencial de eficácia, por exemplo, o estudo piloto no contexto da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, usando aplicativo de m-Health mais oficinas educativas, demonstrou redução de valores pressóricos e melhora nos comportamentos de autocuidado⁽²²⁾. Assim, a enfermagem pode integrar recursos tecnológicos e educação comportamental na prática diária como estratégia realista e relevante.

Métodos corretos de aferição e limitações práticas

A (DBHA) destaca que “o uso de esfigmomanômetros automáticos ou semiautomáticos com técnica oscilométrica oferece vantagens em relação ao método auscultatório” (p. 34)⁽¹⁾, especialmente por reduzir a influência do observador sobre os resultados. No entanto, é essencial enfatizar que essa técnica requer aparelhos altamente sensíveis, validados e devidamente calibrados, já que um manômetro simples, seja aneroide ou de mercúrio, apenas exhibe a queda gradual da pressão no visor, sem capacidade de registrar ou interpretar com precisão as oscilações do manguito, que são fundamentais para a correta aferição da pressão arterial⁽²⁾.

*A celebração do aniversário do SUS em 19 de setembro decorre da promulgação da Lei nº 8.080/1990, que regulamentou a organização do sistema público de saúde no Brasil. Curiosamente, essa data coincide com o aniversário de nascimento de Paulo Freire (19/09/1921), educador reconhecido internacionalmente por sua defesa da educação libertadora e transformadora. A associação entre ambas as efemérides, embora não prevista formalmente, tem sido utilizada de forma simbólica para destacar o caráter emancipatório e educativo do SUS.

Diante disso, torna-se imprescindível capacitar as equipes de enfermagem para compreender as diferenças entre os métodos, uma vez que, em alguns hospitais considerados de referência no Brasil, ainda se observa o uso da técnica oscilométrica associada a manômetros simples, prática sem respaldo científico e não recomendada por diretrizes nacionais ou internacionais.

Adicionalmente, embora exista na literatura a descrição do método palpatório para aferição da pressão arterial⁽²³⁾, esse recurso não é considerado superior nem equivalente ao método auscultatório, devendo ser reservado para situações especiais e sempre com a devida consciência de suas limitações.

Por fim, cumpre lembrar que a técnica oscilométrica também apresenta restrições em populações específicas, como gestantes, crianças, idosos, indivíduos com circunferência de braço aumentada ou portadores de arritmias, além do fato de que muitos dispositivos disponíveis comercialmente não possuem validação adequada⁽¹⁻²⁾. Dessa forma, em consonância com as diretrizes⁽¹⁾, o método auscultatório, apesar de suas limitações, continuará sendo amplamente utilizado nesse período de transição tecnológica, até que evidências robustas e dispositivos validados permitam sua substituição segura.

Nesse sentido, recomenda-se que as instituições formadoras incluam, de forma sistemática, o ensino de ambos os métodos, oscilométrico e auscultatório, enfatizando suas

vantagens, limitações e contextos adequados de utilização, além de capacitar os futuros profissionais para atuar de forma crítica e segura⁽¹⁻²⁾. Paralelamente, as empresas desenvolvedoras de equipamentos precisam dialogar com a prática clínica, aprimorando dispositivos, criando protocolos de validação mais rigorosos e, sobretudo, ampliando a sensibilidade dos aparelhos para detectar os mais extremos pontos da oscilação pressórica (hipotensão grave e hipertensão grave).

Em conclusão, aos serviços de saúde compete, nesse período de transição tecnológica, manter disponíveis ambos os tipos de dispositivos, garantindo que decisões clínicas sejam tomadas com base no método mais confiável, até que estudos robustos definam, com clareza, quais aparelhos e técnicas oferecem maior acurácia e efetividade.

Avanço tecnológico e dispositivos vestíveis

Ressalta-se, ainda, que o futuro se constrói a partir dos avanços já disponíveis. Embora estejamos em um período de transição, novas tecnologias estão em desenvolvimento e, de forma inegável, alcançarão os mais variados cenários de atenção à saúde em futuro próximo^(22,24).

Tecnologias vestíveis, incluindo sensores para monitoramento contínuo da pressão arterial, estimativas baseadas no tempo de trânsito do pulso (pulse transit time) e combinações de fonocardiograma com fotopletismografia, têm sido objeto de crescente investigação



internacional (ex.: Oscillometric monitors with deep learning)⁽²⁴⁾. Esses dispositivos prometem ampliar o monitoramento fora dos ambientes formais de saúde, favorecer o engajamento dos pacientes e possibilitar intervenções mais precoces e personalizadas⁽²⁴⁾.

Multiprofissionalidade e desafios organizacionais

Para que tanto o tratamento não farmacológico (baseado em mudanças de estilo de vida, dieta equilibrada e intervenções comportamentais), quanto o tratamento farmacológico da HA sejam efetivos, a presença de equipes multiprofissionais é indispensável. Médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e agentes comunitários de saúde exercem papéis complementares, que vão desde a avaliação clínica até o acompanhamento contínuo e o suporte emocional e educacional aos pacientes⁽¹⁻²⁾.

No entanto, em diversos municípios brasileiros, muitas unidades de saúde não dispõem de equipes completas nem do suporte das Equipes Multiprofissionais (eMulti), além de enfrentarem carência de recursos para garantir um cuidado integral⁽²⁵⁾. Essa limitação compromete a efetividade das recomendações das diretrizes, que correm o risco de permanecer apenas no âmbito teórico, sem gerar impacto concreto na prática assistencial.

Superar esses desafios exige investir na ampliação das equipes multiprofissionais, na melhoria da infraestrutura física e tecnológica

das unidades e na implementação de estratégias de capacitação contínua, integração intersetorial e políticas públicas que priorizem a prevenção e o acompanhamento sistemático dos pacientes⁽²⁶⁾.

Aplicabilidade ao Sistema Único de Saúde

O SUS, maior sistema público de saúde do mundo, completou 35 anos de existência, assistindo integralmente cerca de 75% da população brasileira e, em diferentes graus, os outros 25%⁽²⁷⁻²⁸⁾. É motivo de orgulho poder afirmar que o Brasil construiu um modelo universal de saúde, garantido constitucionalmente, que permanece sendo referência internacional pela sua abrangência e princípios de universalidade, integralidade e equidade⁽²⁵⁾. Entretanto, como um “adulto jovem em fase de estabilização”, o SUS precisa lidar com desafios históricos e estruturais, como o subfinanciamento crônico, os constantes ataques à sua legitimidade, a sobrecarga assistencial, a carência de mão de obra especializada e a insuficiência de insumos, problemas que decorrem não apenas da escassez de recursos, mas também de gestões ineficientes ou fragmentadas ao longo do tempo⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Apesar dessas adversidades, é nesse sistema gigantesco e plural que precisamos centralizar a discussão sobre a implementação das recomendações da DBHA. O SUS deve ser compreendido não apenas como espaço assistencial, mas também como campo educacional e de pesquisa, capaz de integrar formação profissional, prática clínica e



investigação científica. É nele que teremos a possibilidade de validar, em larga escala, os avanços tecnológicos, as mudanças metodológicas e a necessária “adaptação regional e ramificada” da diretriz, respeitando as especificidades epidemiológicas, culturais e socioeconômicas de cada território brasileiro.

Assim, o SUS se coloca como eixo estratégico para a transformação da atenção à hipertensão no país, ao mesmo tempo em que pode fortalecer sua própria estrutura a partir de evidências geradas na realidade concreta de sua rede assistencial.

Prática baseada em evidência e papel estratégico da enfermagem

A enfermagem deve assumir protagonismo neste momento, conduzindo estudos de base populacional para avaliar os valores pressóricos médios da população brasileira e sua relação com comorbidades, outros agravos à saúde, fatores climáticos, hábitos de vida, determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde. É igualmente necessário comparar métodos de aferição, validar dispositivos, promover pesquisas observacionais e ensaios clínicos sobre intervenções de estilo de vida, além de investigar tecnologias digitais e vestíveis adaptadas às realidades locais, inclusive em áreas rurais ou com poucos recursos.

A realização de estudos qualitativos sobre compreensão, adesão e percepções culturais, assim como a defesa de políticas públicas que garantam calibração periódica, certificação e

inspeção dos equipamentos, também é estratégica. Trata-se de uma oportunidade concreta para que a enfermagem fortaleça sua identidade técnica, científica e ética, consolidando a prática baseada em evidências como eixo central na atenção à saúde da população brasileira.

Limitações e Contribuições do Estudo

As limitações deste estudo relacionam-se principalmente à novidade dos pontos de corte propostos para a pré-hipertensão na DBHA e à escassez de pesquisas nacionais que validem esses parâmetros. Soma-se a isso a carência de estudos brasileiros que avaliem a acurácia das diferentes técnicas de aferição da pressão arterial e dos dispositivos atualmente utilizados. Além disso, destaca-se a própria natureza reflexiva deste trabalho, que, por ter caráter essencialmente argumentativo, não possibilita estabelecer a força das evidências nem a generalização dos achados.

Por outro lado, o estudo avança ao problematizar a aplicabilidade das novas recomendações à realidade brasileira, evidenciando lacunas que precisam ser preenchidas por pesquisas futuras. Destaca-se, ainda, o potencial estratégico da enfermagem para liderar investigações que validem métodos de aferição, analisem padrões pressóricos regionais, testem novas tecnologias e desenvolvam estratégias multiprofissionais de prevenção e controle da hipertensão, fortalecendo a prática baseada em evidências e

contribuindo para a melhoria da atenção à saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DBHA representa um avanço importante ao introduzir a definição de pré-hipertensão, priorizar estratégias de prevenção, recomendar o uso de tecnologias e reforçar a importância das mudanças no estilo de vida. No entanto, sua efetividade dependerá de diversos fatores, como a realização de aferições de pressão confiáveis, a adaptação cultural das recomendações, a presença de equipes multiprofissionais e a produção de evidências locais que confirmem se tais estratégias realmente resultam em melhores desfechos para a população brasileira.

Nesse contexto, a enfermagem tem papel central e estratégico. Cabe à categoria liderar processos de validação de dispositivos, assegurar a correta técnica de medição, mantendo a auscultatória como referência, evitar práticas sem respaldo científico e promover pesquisas que avaliem padrões pressóricos em diferentes realidades. Além disso, deve atuar de forma integrada no controle da hipertensão, na educação em saúde e no acompanhamento longitudinal dos pacientes. Somente assim a diretriz deixará de ser um documento normativo para se tornar, de fato, um instrumento de transformação da saúde cardiovascular no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitos a ADM, Mota-Gomes MA, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. *Arq Bras Cardiol.* 2025; 122(9):e2025062. Doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20250624>
2. Feitosa AD, Barroso WK, Mion-Júnior D, Nobre F, Mota-Gomes MA, Jardim PC, et al. Brazilian guidelines for in-office and out-of-office blood pressure measurement–2023. *Arq Bras Cardiol.* 2024;121:e20240113. Doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20240113>
3. Ren T, Yuchi Y, Liao W, Kang N, Li R, Wang C. Healthy lifestyle and its change attenuated the risk of hypertension among rural population: evidence from a prospective cohort study. *Frontiers in Public Health.* 2025 Feb 6;13:1529570. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1529570>
4. Nascimento BR, Brant LC, Yadgir S, Oliveira GM, Roth G, Glenn SD, et al. Trends in prevalence, mortality, and morbidity associated with high systolic blood pressure in Brazil from 1990 to 2017: estimates from the “Global Burden of Disease 2017” (GBD 2017) study. *Population health metrics.* 2020 Sep 30;18(Suppl 1):17. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00218-z>
5. Bastos LA, Bichara JL, Nascimento GS, Villela PB, de Oliveira GM. Mortality from diseases of the circulatory system in Brazil and its relationship with social determinants focusing on vulnerability: an ecological study. *BMC Public Health.* 2022 Oct 20;22(1):1947. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00218-z>



- <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14294-3>
6. Moreira R, Bastos LS, Carvalho LM, Freitas LP, Pacheco AG. Persistent high mortality rates for Diabetes Mellitus and Hypertension after excluding deaths associated with COVID-19 in Brazil, 2020–2022. *PLOS glob. public health*. 2024 May 9;4(5):e0002576. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002576>
 7. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq. Bras. Cardiol*. 2021;116(3):516-658. Doi: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>
 8. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, 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: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018 May 15;71(19):e127-248. Doi: <https://doi.org/10.1161/hyp.0000000000000066>
 9. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, Abdalla M, et al. 2025 HA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2025 Oct;82(10):e212-316. Doi: <https://doi.org/10.1161/hyp.0000000000000249>
 10. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023;41(12):1874-2071. Doi: <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480>
 11. Goel H, Shah K, Kumar A, Hippen JT, Nadar SK. Temperature, cardiovascular mortality, and the role of hypertension and renin–angiotensin–aldosterone axis in seasonal adversity: a narrative review. *J. Hum. Hypertens*. 2022 Dec;36(12):1035-47. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00707-8>
 12. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573627/>
 13. Bezerra HS, Costa AL, Pinto RS, de Resende PE, de Freitas GR. Economic impact of pharmaceutical services on polymedicated patients: A systematic review. *Res Social Adm Pharm*. 2022 Sep 1;18(9):3492-500. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.03.005>
 14. Singh B, Murphy A, Maher C, Smith AE. Time to form a habit: a systematic review



- and meta-analysis of health behaviour habit formation and its determinants. *InHealthcare*. 2024; 12(23):2488. Doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare12232488>
15. Oliveira AB, Mota J, Woldeamanuel YW, Pereira LK, Oliveira LA, Peres MF, et al. The 6 Pillars of Lifestyle Medicine and Prevalence of Cardiovascular and Cardiometabolic Diseases in Brazil: A Cross-Sectional, Population-Based Study Involving 88,531 Adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2025 Feb 3;15598276251348170. Doi: <https://doi.org/10.1177/15598276251348170>
 16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/vigitel/vigitel>
 17. Filippini T, Malavolti M, Whelton PK, Naska A, Orsini N, Vinceti M. Blood pressure effects of sodium reduction: dose-response meta-analysis of experimental studies. *Circulation*. 2021 Apr 20;143(16):1542-67. Doi: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.120.050371>
 18. Madsen H, Sen A, Aune D. Fruit and vegetable consumption and the risk of hypertension: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European journal of nutrition*. 2023 Aug;62(5):1941-55. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00394-023-03145-5>
 19. Machado JC, Cotta RM, Moreira TR, Silva LS. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciênc. saúde colet*. 2016;21:611-20. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20112014>
 20. Machado JC, Cotta RM, Moreira TR, Silva LS. Adherence to non-pharmacological treatment: Analysis of the impact of three health educational and nutritional strategies in hypertensive patients. *Rev. Nutr*. 2016;29(1):11-22. Doi: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000100002>
 21. Salaroli LB, Cattafesta M, Petarli GB, Ribeiro SA, Soares AC, Zandonade E, Bezerra OM, Mill JG. Prevalence and factors associated with arterial hypertension in a Brazilian rural working population. *Clinics*. 2020 Aug 10;75:e1603. Doi: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1603>
 22. Debon R, Bellei EA, Biduski D, Volpi SS, Alves AL, Portella MR, De Marchi AC. Effects of using a mobile health application on the health conditions of patients with arterial hypertension: A pilot trial in the context of Brazil's Family Health Strategy. *Scientific Reports*. 2020 Apr 7;10(1):6009. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63057-w>
 23. Sahu D, Bhaskaran M. Palpatory method of measuring diastolic blood pressure. *J. Anaesthesiol. Clin. Pharmacol*. 2010 Oct 1;26(4):528-30. [cited 2025 Sep 22]. Available from:



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21547184/>

24. McGillion MH, Dvirnik N, Yang S, Belley-Côté E, Lamy A, Whitlock R, Marcucci M, Borges FK, Duceppe E, Ouellette C, Bird M. Continuous noninvasive remote automated blood pressure monitoring with novel wearable technology: a preliminary validation study. *JMIR mHealth and uHealth*. 2022 Feb 28;10(2):e24916. Doi: <https://doi.org/10.2196/24916>
25. Gonçalves IVS, Ganaza-Domingues KL, Ramos-Milaré ÁC. Nasf-ab, emulti e o futuro das equipes multiprofissionais: um relato de experiência após o previne Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*. 2024;28(3):876-91. Doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i3.2024-11467>
26. Martins FP, Vigurs C, Veras MM, Morhayim L, Lakhanpaul M, Parikh P. Infrastructure-health nexus in Brazil: a scoping review. *Glob Health Res Pol*. 2025 Sep 2;10(1):42.
27. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; Umane. Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2024 [citado 2025 set 22]. Disponível em: <https://ieps.org.br/setor-privado-relacoes-publico-privadas-saude-volume-unico/>
28. Martins TC, Silva JH, Máximo GD, Guimarães RM. Transition of morbidity and mortality in Brazil: a challenge on the thirtieth anniversary of the SUS. *Ciênc. saúde colet*. 2021 Oct 25;26:4483-96. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>
29. Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil;

Fundação ANFIP de Estudos Tributários e da Seguridade Social. 30 anos da Seguridade Social: avanços e retrocessos. Brasília-DF: ANFIP; 2018. 176 p. [Internet]. [citado 2025 Set 22]. Disponível em: https://fundacaoanfip.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Livros_30-Anos-SEGURIDADE-SOCIAL_-Avancos-e-Retrocessos.pdf#page=89

Fomento e Agradecimento: O presente estudo não recebeu fomento.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Contribuição dos autores

João Vitor Andrade. Conceituação (concepção e desenho do estudo); Redação – Rascunho Original (escrita da versão inicial); Validação (validação da versão final).

Juliana Cristina Martins de Souza. Redação – Rascunho Original (escrita da versão inicial); Validação (validação da versão final).

Rita Márcia Martins Carvalho. Investigação (busca e seleção da literatura); Redação – Rascunho Original (formatação da versão inicial e final).

Diogo Christian Rodrigues Felix. Investigação (busca e seleção da literatura); Redação – Rascunho Original (formatação da versão inicial e final).

Tiago Ricardo Moreira. Revisão e Edição (leitura crítica, revisão e contribuições)

Declaração de disponibilidade de dados

Não foram gerados bancos de dados neste estudo. As informações apresentadas estão descritas no corpo do artigo.



Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>

