

CARDIOLOGIA

TEORIA E PRÁTICA

EDIÇÃO XXV

Capítulo 3

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: MANEJO CONTÍNUO E ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

EDOARDA CAROLINA BERTHOLDI¹
CAROLINE LOPES MACHADO¹
ANA DOS SANTOS ALVES CAMARGO²
GUSTAVO FRANKENSTEIN MARTINS³
ANA LAURA DONAIRE RAPOZERO²
GABRIELA BALDASSARINI ROCHA SANTOS²
ANA BEATRIZ ZARDO⁴
POLIANA BELLI PISETTA⁴
MARIA EDUARDA DE SOUZA⁵
ALLANA LUIZA DE BRAGA⁵
GABRIEL ASSUNÇÃO ALVIM⁶
DANTON DARCIO PEIXOTO CARVALHO⁷
TAMYRES DE MOURA CAMPOS³
MATHEUS HERINGER DOS SANTOS³
LIZANDRA LARISSA DA SILVA MATIAS⁸

1. Discente - Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
2. Discente - Medicina do Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC.
3. Discente - Medicina do Centro Universitário São Camilo.
4. Discente - Medicina da Universidade Federal de Santa Maria.
5. Discente - Medicina da Universidade da Região de Joinville.
6. Discente - Medicina do Centro Universitário IMEPAC.
7. Discente - Medicina da Universidade do Estado do Amazonas.
8. Discente - Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Abordagem Multidisciplinar; Prevenção Cardiovascular.

DOI

10.59290/1069101120

EDITORA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível de origem multifatorial caracterizada pela elevação persistente dos níveis pressóricos, a qual se associa a distúrbios metabólicos e alterações funcionais, mantendo associação com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e demais doenças cardiovasculares. A HAS também contribui para o desenvolvimento e a manutenção de condições que favorecem o surgimento dessas doenças, como aterosclerose (SBC, 2018). Recentemente, a doença foi se mostrando como uma importante causa evitável, visto que comprova-se, por meio de estudos, que algumas intervenções, como atividade física, educação em saúde com capacitações e o estímulo à adesão de cuidados preventivos, incluindo a mudança nos hábitos alimentares, são efetivas quando se trata de redução e prevenção da HAS, consequentemente atenuando os seus efeitos em doenças cardiovasculares (SILVA *et al.*, 2021). Apesar disso, é possível observar, através de estudos, que aproximadamente metade dos pacientes hipertensos não conseguem alcançar os níveis estabelecidos como alvos para HAS, mesmo com acesso a tratamento farmacológico (YAMAGUCHI *et al.*, 2025). Segundo dados recentes, o ano de 2023 foi o de maior prevalência de HAS nas capitais brasileiras (INC, 2023).

A abordagem de casos centrados somente na opinião médica vem se mostrando ineficaz também no tratamento da HAS. Em contrapartida, revela-se muito eficiente o tratamento multiprofissional aos pacientes, pois, desta maneira, é possível o atendimento de um maior número de pessoas e que estas tenham maior garantia de adesão ao tratamento. Além disso, o método multiprofissional tem se mostrado muito eficaz,

pois, como dito anteriormente, a capacitação de pessoas e medidas educativas são eficientes no tratamento não farmacológico; com a equipe multiprofissional agindo em conjunto, colabora para que o paciente se torne um disseminador de medidas que possam conter o avanço da HAS, prevenindo complicações cardiovasculares (SBC, 2006).

Dito isso, alguns estudos comprovam que a abordagem multiprofissional é capaz de reduzir os valores da pressão arterial e aumentar as taxas de controle. É ainda mais efetiva com o uso de medicamentos que são incentivados e regulados pela equipe, em consenso com o paciente (MION *et al.*, 2014; NOBRE *et al.*, 2018; ALMEIDA *et al.*, 2022).

No Brasil, esta tendência também é observada por meio de programas multiprofissionais implantados na Estratégia de Saúde da Família. Dados mostram uma queda acentuada da pressão arterial sistólica, no período de seis meses, em decorrência de atendimentos e atividades de promoção de saúde em grupo e de abordagens de tratamento individualizado (SBC, 2006; SOUZA *et al.*, 2016).

O monitoramento da pressão mostrou-se uma boa estratégia no controle da pressão arterial. Na maioria das doenças cardiovasculares, as diretrizes colocam essa atividade como importante hábito. Desta maneira, o acompanhamento presente de uma equipe multidisciplinar é importante, uma vez que presta apoio e oferece estratégias efetivas que incentivam as pessoas a adotarem tal hábito. Assim, a abordagem multidisciplinar novamente se torna eficaz no controle da HAS e no impacto às doenças cardiovasculares, uma vez que pode, assim, aumentar o controle e reduzir danos (SBC, 2006; MALACHIAS *et al.*, 2020).

Neste cenário, o presente artigo tem como objetivo consolidar uma abordagem que associe o manejo contínuo dos pacientes e a adesão a

diretrizes que buscam melhorar a qualidade de vida de pacientes com HAS, preconizando o controle da pressão arterial (PA) com uma abordagem multidisciplinar e colaborativa entre diversos profissionais e de áreas distintas, em conjunto com o paciente, potencializando a prevenção de doenças cardiovasculares associadas à hipertensão, reduzindo eventos mais graves e agregando à saúde desses indivíduos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada por meio de pesquisas em bases de dados eletrônicas reconhecidas, incluindo PubMed, SciELO, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Cochrane Library*. Foram utilizados os descritores e combinações de palavras-chave: (“*Hypertension*” OR “*systemic arterial hypertension*”) AND (“*prevention and control*” OR “*risk reduction*”) AND (“*team-based care*” OR “*integrated care*”), seguindo as diretrizes dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH).

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2015 e 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol, artigos originais, revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes clínicas e documentos técnicos que abordassem a hipertensão arterial sistêmica com enfoque em prevenção, controle, redução de riscos e abordagens multiprofissionais.

Foram excluídos artigos duplicados, disponibilizados apenas em forma de resumo, que não se enquadrassem nos critérios de inclusão, ou que não apresentassem relação direta com a prevenção e o manejo contínuo da hipertensão arterial sistêmica.

Após a aplicação dos critérios de seleção, restaram 28 artigos. A análise dos textos seguiu uma abordagem qualitativa, destacando as principais evidências sobre o manejo contínuo da

hipertensão arterial sistêmica e sua interface com a prevenção de complicações cardiovasculares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil clínico do paciente hipertenso é caracterizado por uma notável heterogeneidade, embora certos padrões sejam recorrentes. Frequentemente, a HAS não se manifesta de forma isolada, mas como parte de um espectro de distúrbios metabólicos. A coexistência com sobrepeso ou obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 é tão comum que configura um *cluster* de risco cardiovascular elevado (MALEK, 2018; WHELTON *et al.*, 2018). Estudos realizados na atenção primária, como o de Freitas *et al.* (2021), experimentado com idosos, confirmam este cenário, revelando altíssimas prevalências de excesso de peso e de risco cardiovascular elevado, sublinhando a vulnerabilidade dessa população. Este perfil é ainda modulado por fatores demográficos, como a idade avançada, que induz alterações fisiológicas como o enrijecimento arterial, e a etnia, com populações de ascendência africana apresentando maior prevalência e gravidade da doença (OLSEN *et al.*, 2015; FERDINAND & NASSER, 2017).

Nesse sentido, os fatores de risco que contribuem para este perfil podem ser categorizados em não modificáveis e modificáveis. Os não modificáveis, como a predisposição genética e o histórico familiar, estabelecem uma suscetibilidade basal ao desenvolvimento da HAS (PADMANABHAN & JOE, 2017). Contudo, são os fatores modificáveis que constituem o principal alvo das estratégias de prevenção e controle. A obesidade, particularmente a visceral, destaca-se como um dos mais potentes gatilhos, promovendo a hipertensão através de múltiplos mecanismos, incluindo a ativação neuro-hormonal e a resistência à insulina

(HALL *et al.*, 2015; KOTSIS *et al.*, 2018).

Diante disso, sabe-se que o comportamento e o estilo de vida são determinantes neste processo. O consumo elevado de sódio na dieta é um fator de risco classicamente estabelecido, com forte associação com o aumento dos níveis pressóricos (HE & MACGREGOR, 2018; COGSWELL *et al.*, 2024), enquanto dietas ricas em potássio e baseadas em vegetais, como a DASH, demonstram efeito protetor (JURASCHEK *et al.*, 2021; BARROSO *et al.*, 2021). O sedentarismo age em sinergia com a dieta inadequada, ao passo que a prática regular de atividade física é uma ferramenta terapêutica comprovada (PESCATELLO *et al.*, 2019). Adicionalmente, o consumo excessivo de álcool e o tabagismo, embora com mecanismos distintos, contribuem significativamente para o risco cardiovascular global do paciente hipertenso (ROERECKE, 2024; VIRDIS *et al.*, 2010). Por fim, fatores psicossociais, como estresse crônico, também emergem como contribuintes relevantes, muitas vezes influenciando negativamente a adesão a hábitos saudáveis (SPRUILL, 2010; CUSPIDI *et al.*, 2018).

Compreendida a complexidade do perfil clínico e dos múltiplos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento e agravamento da HAS, o manejo contínuo torna-se uma intervenção de suma importância. Esse manejo tem como objetivos principais promover a saúde cardiovascular, reduzir os níveis pressóricos e, por consequência, diminuir as complicações e a taxa de mortalidade. De acordo com as diretrizes elaboradas pela *American Heart Association* (AHA), *European Society of Cardiology* (ESC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), amplamente exploradas nos parágrafos anteriores, o manejo da HAS possui diversos componentes, sendo fundamentado em mudanças no estilo de vida (dieta saudável, prática de exercício físico regular, cessação do tabagismo,

moderação da ingestão de álcool, redução dos níveis de estresse, qualidade do sono, manutenção do peso corporal adequado e monitorização regular e correta dos níveis pressóricos), intervenções farmacológicas (prescrição individualizada de anti-hipertensivos e avaliação do risco cardiovascular e de outras doenças metabólicas, a fim de identificar, por exemplo, a necessidade de prescrição de medicação para o controle da dislipidemia e/ou diabetes mellitus tipo II) e abordagem multiprofissional centrada no paciente, integrando o cuidado e compartilhando saberes da equipe que presta assistência.

No entanto, apesar da importância desses componentes para o controle eficaz da HAS e para evitar o surgimento de desfechos secundários, estudos vêm demonstrando que a taxa global de adesão ao tratamento farmacológico ainda é baixa, sendo inferior a 50%. Entre os países menos desenvolvidos, esses valores tendem a ser ainda mais reduzidos, como é o caso do Brasil, no qual apenas cerca de 43% da população hipertensa segue o tratamento prescrito. Quando analisadas as mudanças no estilo de vida, como, por exemplo, a adoção da prática regular de exercício físico, os números são ainda mais alarmantes: apenas 3 a cada 10 hipertensos incluíram a realização de exercício físico em sua rotina. Tais dados corroboram o fato de que apenas 25% dos hipertensos diagnosticados possuem a pressão dentro dos parâmetros estabelecidos como controlados (ZHOU *et al.*, 2021).

Desse modo, além de estudos clínicos e do desenvolvimento de diretrizes técnicas, é imprescindível elaborar estratégias para que esses protocolos sejam, de fato, implementados e superar os fatores que limitam a adesão ao tratamento. Sob essa ótica, observa-se que as principais barreiras ao tratamento adequado da HAS no Brasil estão relacionadas ao acesso ao medicamento (especialmente em locais de baixo nível socioeconômico), à limitada disponibilida-

de de atendimento multiprofissional e ao conhecimento insuficiente da doença, de sua evolução e de seu tratamento.

Logo, para que seja concretizada a adesão efetiva e a longo prazo, é indispensável a educação e o empoderamento do paciente, a fim de que compreenda a evolução da doença, possíveis complicações e a importância de seguir o tratamento, a individualização da abordagem conforme determinantes sociais e a implementação de programas de melhoria da qualidade dos sistemas de saúde. Sendo assim, embora diversas estratégias já estejam documentadas para o manejo contínuo da HAS, o alcance de um cenário ideal ainda representa um desafio. A consolidação desse processo depende de uma articulação sólida entre governo, profissionais de saúde e sociedade civil, orientada por políticas públicas eficazes, práticas clínicas baseadas em evidências e engajamento comunitário, a fim de reduzir o impacto da hipertensão e suas complicações na saúde pública.

Para operacionalizar o manejo contínuo da HAS, é imperativo que o tratamento seja pautado em uma abordagem multifacetada, conforme preconizado nas diretrizes internacionais. Nesse contexto, o tratamento da HAS é essencial para reduzir o risco de doenças cardiovasculares, como acidentes vasculares encefálicos (AVEs) e infartos agudos do miocárdio. Intervenções não farmacológicas, como mudanças no estilo de vida, representam uma estratégia inicial de defesa, recomendada tanto para a prevenção quanto para o manejo da doença em adultos. Por outro lado, a medicação torna-se necessária em muitos casos e, quando combinada com a abordagem não farmacológica, pode potencializar os efeitos do tratamento. Os tratamentos não farmacológicos constituem a base para a profilaxia e o controle da hipertensão, que devem ser mantidos mesmo com a introdução de terapia medicamentosa. O controle

do peso corporal também é uma medida eficaz na redução da pressão arterial, uma vez que a obesidade representa um importante fator de risco para a hipertensão. Estudo mostra que mesmo uma perda de peso relativamente pequena (entre 3% e 10% do peso corporal inicial) pode resultar em decréscimos significativos nos níveis pressóricos, diminuindo a pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) em aproximadamente 3 mmHg (MALEK, 2018).

Adicionalmente, estima-se que a perda de 1 quilograma de peso corporal seja capaz de reduzir em 1 mmHg a PAS e a PAD (MALEK, 2018; AL-JAZAIRI & WHELTON, 2020; UL-LAH *et al.*, 2021; KOTCHER *et al.*, 2021). A perda de peso pode ser alcançada por meio de diferentes recursos terapêuticos, incluindo dietas hipocalóricas, uso de medicamentos, cirurgia bariátrica ou, mais recentemente, terapias com agonistas do receptor de *glucagon-like peptide-1* (GLP-1), como a semaglutida (MALEK, 2018). A prática regular de atividade física, por sua vez, produz efeitos semelhantes aos de alguns medicamentos anti-hipertensivos, demonstrando ser uma intervenção não farmacológica fundamental para a melhoria da saúde cardiovascular e para a redução da pressão arterial. Evidências apontam que, com a prática consistente, a pressão arterial sistólica pode ser reduzida em cerca de 5 a 7 mmHg (AL-JAZAIRI & WHELTON, 2020; KOTCHER *et al.*, 2021).

Em relação à nutrição, dietas como a DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) e a mediterrânea exercem um papel crucial no controle da pressão arterial, com benefícios amplamente comprovados. Ambas são caracterizadas por elevados teores de fibras, potássio, cálcio e magnésio, além de oferecerem baixas quantidades de sal, gordura saturada e açúcares. O consumo excessivo de sódio representa um dos principais fatores de risco para a hipertensão e

a mortalidade, o que torna a redução da ingestão de sódio para menos de 2 g por dia (cerca de 5 g de sal) uma recomendação indispensável para a saúde cardiovascular. Todavia, a combinação da dieta DASH com a redução de sódio é ainda mais eficaz do que cada intervenção isoladamente (OOI *et al.*, 2018).

Uma das intervenções farmacológicas mais eficazes é a terapia combinada, em que dois ou mais medicamentos são usados conjuntamente. O uso de combinações de dose fixa (CDF) em um único comprimido é particularmente recomendado, pois simplifica a administração do tratamento, favorece a adesão do paciente, pode apresentar maior eficácia em relação à monoterapia em altas doses, além de produzir menos efeitos colaterais. Diretrizes internacionais, incluindo as da Sociedade Internacional de Hipertensão (ISH), frequentemente indicam o uso de inibidores da ECA ou bloqueadores do receptor de angiotensina, associados a bloqueadores dos canais de cálcio ou diuréticos, como terapia inicial (ULLAH *et al.*, 2021). Para a hipertensão resistente, a espironolactona é o agente de quarta linha preferencial (AL-JAZAIRI & WHELTON, 2020; KOTCHER *et al.*, 2021; ULLAH *et al.*, 2021).

Em suma, o tratamento da HAS exige uma abordagem abrangente que ultrapassa a prescrição de medicamentos. Nesse sentido, a modificação no estilo de vida, como perda de peso, dieta saudável, atividade física e abandono de hábitos nocivos, é uma medida imprescindível para a mitigação do risco cardiovascular. Nos casos em que essas medidas não são suficientes, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado de forma criteriosa, considerando o grau de hipertensão e o perfil de risco cardiovascular do paciente. Além disso, o controle de fatores associados, como a diabetes mellitus tipo 2 e a dislipidemia, é fundamental para assegurar uma intervenção clínica integral e personalizada.

Nesse contexto, estudos nacionais e internacionais demonstram melhores resultados no controle da PA com a atuação de equipes multiprofissionais, uma vez que a complexidade da HAS envolve fatores metabólicos, comportamentais e socioeconômicos (BARROSO *et al.*, 2020). Na Atenção Primária, equipes multiprofissionais (eMulti) formadas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, profissionais de educação física e agentes comunitários de saúde mostram impacto positivo na adesão, no controle pressórico e na redução de complicações em longo prazo (JUNIOR *et al.*, 2025). O médico segue responsável por diagnóstico, estratificação de risco e prescrição inicial, enquanto o enfermeiro exerce papel central de acompanhamento contínuo, monitorização pressórica, identificação de barreiras e educação em saúde (SILVA, 2019). O nutricionista atua corrigindo padrões alimentares inadequados e reduzindo diretamente fatores de risco, enquanto o farmacêutico clínico contribui para o uso racional de medicamentos e diminuição de complicações, sendo inclusive custo-efetivo para o SUS (CAZARIM *et al.*, 2017). Profissionais de educação física e fisioterapeutas auxiliam na promoção da atividade física regular, capaz de reduzir a PAS de forma comparável a certos anti-hipertensivos; e o psicólogo apoia o enfrentamento de estresse e barreiras emocionais (JUNIOR *et al.*, 2025). As Diretrizes Brasileiras de HAS (2020) reforçam a importância dessas equipes integradas (BARROSO *et al.*, 2020).

A hipertensão permanece como principal fator de risco para doenças cardiovasculares, como AVC isquêmico e hemorrágico, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca e doença arterial periférica, e existe forte correlação entre valores pressóricos elevados e risco de complicações (CAREY *et al.*, 2018). Assim, as principais estratégias de prevenção e controle inclu-

em adequação do estilo de vida e adesão ao tratamento farmacológico (CHARCHAR *et al.*, 2024). Para estimular essa adesão, destacam-se o envolvimento familiar, definição conjunta de metas, simplificação posológica, fortalecimento da relação médico-paciente e equipe multiprofissional.

Complementarmente, profissionais da educação física e fisioterapeutas têm papel decisivo no combate ao sedentarismo e na promoção de atividade física regular, capaz de reduzir em média 5 a 7 mmHg da pressão sistólica, com efeito comparável a medicamentos anti-hipertensivos. O psicólogo, por sua vez, auxilia no enfrentamento do estresse e de barreiras emocionais, que frequentemente dificultam a adesão ao tratamento, destacando a necessidade de incluir fatores psicossociais no plano de cuidado (JUNIOR *et al.*, 2025).

A dieta DASH é altamente recomendada. Ela consiste em uma alimentação rica em frutas e vegetais com alto teor de cálcio, potássio, magnésio, e redução do consumo de gorduras saturadas. Ela tem demonstrado bons resultados na diminuição da pressão arterial, além de ser uma ótima estratégia para controle do peso. Ademais, deve-se controlar a quantidade de sal ingerida, uma vez que seu consumo elevado resulta em aumentos pressóricos alarmantes em hipertensos (CHARCHAR *et al.*, 2024).

Por fim, a cessação do etilismo e tabagismo é essencial para a prevenção de complicações cardiovasculares. A abstinência alcoólica ou redução da ingestão de álcool para até 2 doses por dia, com 2 dias de abstinência semanais, pode gerar redução de 3 a 4 mmHg de pressão sistólica (JEEMON *et al.*, 2021). O tabagismo é considerado fator independente importante para o desenvolvimento de CVDs, com destaque para a aterosclerose. Portanto, a cessação completa do tabagismo é chave para a diminuição do ris-

co de complicações cardiovasculares em hipertensos (CHARCHAR *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

A HAS permanece como um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, configurando-se como condição multifatorial, silenciosa e de alta prevalência, diretamente associada à morbimortalidade cardiovascular (CAREY *et al.*, 2018; BARROSO *et al.*, 2020). Os achados deste trabalho evidenciam que o manejo contínuo da HAS transcende a prescrição medicamentosa e requer um conjunto articulado de estratégias, que envolvem desde o controle de fatores de risco modificáveis até a implementação de protocolos clínicos padronizados e baseados em evidências (WHELTON *et al.*, 2018; CASEY *et al.*, 2022).

A análise do perfil clínico dos pacientes hipertensos demonstra que a doença frequentemente se associa a comorbidades metabólicas, como diabetes mellitus tipo 2, obesidade e dislipidemia, compondo um cenário de elevado risco cardiovascular (MALEK, 2018; FERDINAND & NASSER, 2017). Essa realidade reforça a necessidade de intervenções precoces e abrangentes, que considerem tanto fatores não modificáveis, como idade, etnia e predisposição genética (PADMANABHAN & JOE, 2017) quanto fatores modificáveis, como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo, etilismo e estresse psicossocial (HE & MACGREGOR, 2018; SPRUILL, 2010; CUSPIDI *et al.*, 2018). Assim, o manejo contínuo exige vigilância clínica, educação em saúde e estratégias de empoderamento do paciente, a fim de favorecer mudanças sustentáveis no estilo de vida (PESCATELLO *et al.*, 2019; JURASCHEK *et al.*, 2021).

As intervenções não farmacológicas se con-

solidam como pilares fundamentais, demonstrando reduções significativas nos níveis pressóricos, especialmente quando relacionadas à perda de peso, prática regular de atividade física, adoção de dietas cardioprotetoras (como a DASH e a mediterrânea), controle do consumo de sódio e aumento da ingestão de potássio (MALEK, 2018; AL-JAZAIRI & WHELTON, 2020; ULLAH *et al.*, 2021). A cessação do tabagismo, a moderação do consumo de álcool e a promoção do sono de qualidade também se revelam medidas indispensáveis (VIRDIS *et al.*, 2010; JEEMON *et al.*, 2021). Contudo, em casos de maior gravidade, risco cardiovascular elevado ou falha dessas medidas isoladas, a terapia farmacológica torna-se imprescindível (CHESNUTT *et al.*, 2016; OOI *et al.*, 2018). Nesse contexto, a utilização de combinações de dose fixa (CDF) destaca-se pela eficácia, segurança e maior adesão dos pacientes (ULLAH *et al.*, 2021).

Apesar da ampla disponibilidade de recursos terapêuticos, os índices de adesão ao tratamento da HAS permanecem insatisfatórios, sobretudo em países de baixa e média renda, como o Brasil (ZHOU *et al.*, 2021). Esse panorama revela a influência significativa de barreiras socioeconômicas, culturais e educacionais no controle efetivo da doença (PEREIRA *et al.*, 2021). Diante disso, torna-se indispensável a integração entre práticas clínicas baseadas em evidências e políticas públicas estruturadas, aliada a estratégias de engajamento comunitário que favoreçam o acesso aos serviços de saúde, promovam a educação em saúde e estimulem a corresponsabilização dos indivíduos no manejo da própria condição (ORDUNEZ *et al.*, 2022; AVEZUM *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, a abordagem multiprofissional desponta como a estratégia mais

eficaz e abrangente para o enfrentamento da complexidade inerente à HAS. A atuação integrada de profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas e educadores físicos contribui não apenas para uma maior resolutividade terapêutica, mas também para o fortalecimento do vínculo entre o paciente e a equipe de saúde, promovendo um cuidado centrado na pessoa (SILVA, 2019; JUNIOR *et al.*, 2025). Essa colaboração favorece a individualização do plano terapêutico, otimiza o controle da pressão arterial e amplia a efetividade das ações preventivas frente às complicações cardiovasculares em médio e longo prazo (CAZARIM *et al.*, 2017; BARROSO *et al.*, 2020).

Sob uma perspectiva mais abrangente, a hipertensão arterial sistêmica deve ser entendida como uma condição crônica que demanda um manejo contínuo, sistematizado e colaborativo, fundamentado em políticas públicas eficazes, diretrizes clínicas atualizadas e no engajamento ativo da sociedade civil. A integração de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, articuladas por uma equipe multiprofissional, configura-se como a abordagem mais robusta para reduzir os índices de morbimortalidade, prevenir desfechos cardiovasculares adversos e promover maior equidade no acesso e na qualidade da atenção à saúde (BARROSO *et al.*, 2020; JEEMON *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a HAS transcende seu papel como mero fator de risco, passando a representar uma janela estratégica para o fortalecimento de modelos de cuidado mais humanos, integrados e resolutivos, alinhados aos princípios da atenção às doenças crônicas não transmissíveis e às diretrizes de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKASAKI, Y. *et al.* Impact of patient care teams on blood pressure control in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension Research*, v. 48, p. 1827, 2025. doi: 10.1038/s41440-025-02152-9.
- ARAMBEPOLA, C. *et al.* 2019 ACC/AHA Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: executive summary. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 74, p. 1376, 2019. doi: 10.1016/j.jacc.2019.03.009.
- BARROSO, W.K.S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, p. 516, 2021.
- CAZARIM, M.S. *et al.* Cost-consequence analysis of pharmaceutical care program for systemic arterial hypertension in the public health system in Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 53, 2018.
- CHARCHAR, F.J. *et al.* Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, v. 42, p. 23, 2024. doi: 10.1097/HJH.0000000000003563.
- DÍAZ, C.M. *et al.* Gaps in hypertension care and control: a population-based study in low-income urban Medellin, Colombia. *Global Heart*, v. 15, p. 44, 2020. doi: 10.5334/gh.873.
- EGAN, B.M. *et al.* Controlling high blood pressure: an evidence-based blueprint for change. *American Journal of Medicine*, v. 127, p. 1059, 2014. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.06.006.
- FÉLIX, P.V. Qualidade da dieta e fatores genéticos associados à pressão arterial em residentes da cidade de São Paulo: dados do estudo ISA-Nutrição 2015 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2025.
- GHUFRAN, M. *et al.* Treatment in a preventive cardiology clinic utilizing advanced practice providers effectively closes cardiovascular risk-management gaps. *American Heart Journal*, v. 183, p. 110, 2017. doi: 10.1002/ccl.22963.
- HERNÁNDEZ-DESPAIGNE, L. *et al.* Plan de acción para el control de la hipertensión arterial en pacientes de Arame- Maranhão, Brasil. *Revista Información Científica*, v. 101, e3779, 2022.
- JIA, H. *et al.* Modeled health and economic impact of team-based care for hypertension. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 49, p. 772, 2015.
- JUNIOR, F.V.A. *et al.* Abordagem multidisciplinar no controle da hipertensão arterial em atenção primária. *Brazilian Journal of One Health*, v. 2, p. 49, 2025. doi: 10.70164/bjoh.v2i4.200.
- LI, X. *et al.* Internet-based patient–primary care physician–cardiologist integrated management model of hypertension in China. *BMJ Open*, v. 10, e038862, 2020. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038862.
- MAGALHÃES, L.B.N.C. *et al.* Conceito e aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 25, p. 6, 2018.
- MUNTNER, P. *et al.* Target: BPTM: a national initiative to improve blood pressure control. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, v. 14, e007958, 2021. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.20389.
- O'DONNELL, M. *et al.* Prevention and control of hypertension: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 75, n. 23, p. 2996, 2020.
- OGEDENGBE, O. *et al.* Improving hypertension control in Nigeria: early policy implications. *Journal of Clinical Hypertension*, v. 25, p. 10, 2023. doi: 10.1186/s41256-024-00368-9.
- ORDÚÑEZ, P. *et al.* Improved blood pressure control to reduce cardiovascular disease morbidity and mortality. *Journal of Clinical Hypertension*, v. 17, p. 495, 2015.
- ORDUNEZ, P. *et al.* HEARTS en las Américas: impulsar el cambio en el sistema de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 48, e17, 2024.
- OSHI, S. *et al.* Dietary approach to stop hypertension with sodium reduction (DASHNa-CC). *American Journal of Hypertension*, v. 32, p. 1151, 2019. doi: 10.1007/s12603-016-0861-4.
- PEREIRA, M. *et al.* HEARTS in the Americas: targeting health system change to improve population hypertension control. *Journal of Clinical Hypertension*, v. 24, p. 404, 2022.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 25, 2018.
- WHELTON, P.K. & CAREY, R.M. Team-based care: a step in the right direction for hypertension control. *Hypertension*, v. 77, p. 1045, 2021. doi: 10.1016/j.jamepre.2015.05.014.
- YANG, J. *et al.* Identifying personalized barriers for hypertension self-management from TASKS framework. *BMC Research Notes*, v. 17, 2024. doi: 10.1186/s13104-024-06893-7.
- ZILLICH, A.J. *et al.* Evaluation of pharmacists' work in a physician– pharmacist collaborative model. *Pharmacotherapy*, v. 28, p. 728, 2008.