



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB
CURSO DE MEDICINA



FELIPE ARAÚJO PAIVA

**EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL (1991–2025): REVISÃO
NARRATIVA E ANÁLISE DOCUMENTAL DAS DIRETRIZES NACIONAIS**

PICOS - PI

2026

FELIPE ARAÚJO PAIVA

**EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL (1991–2025): REVISÃO
NARRATIVA E ANÁLISE DOCUMENTAL DAS DIRETRIZES NACIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal do
Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros,
como requisito parcial para a obtenção do grau de
Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. João Antônio Leal de
Miranda

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

P149e Paiva, Felipe Araújo.

Evolução dos critérios diagnósticos e terapêuticos da hipertensão arterial sistêmica no Brasil (1991-2025): revisão narrativa e análise documental das diretrizes nacionais./ Felipe Araújo Paiva – 2026.
28 f.

1 Arquivo em PDF

Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Curso de Bacharelado em Medicina, Picos, 2026.

“Orientação: Prof. Dr. João Antônio Leal de Miranda.”

1. Hipertensão-diagnóstico. 2. Medicina. 3. Brasil. I. Paiva, Felipe Araújo. II. Miranda, João Antônio Leal de. III. Título.

CDD 616.132

Elaborado por Sérvulo Fernandes da Silva Neto CRB 15/603

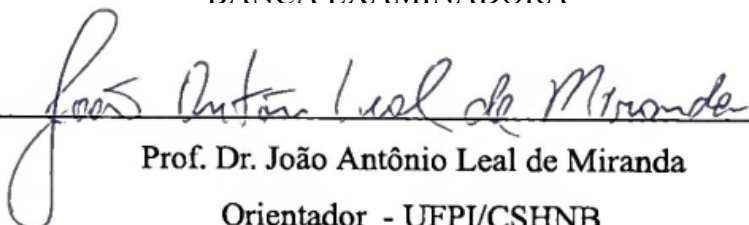
FELIPE ARAÚJO PAIVA

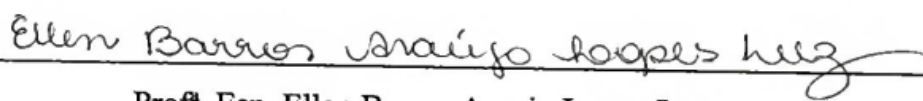
**EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL (1991–2025): REVISÃO
NARRATIVA E ANÁLISE DOCUMENTAL DAS DIRETRIZES NACIONAIS**

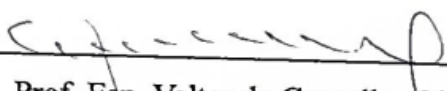
Trabalho de Conclusão de Curso apresentada
ao Curso de Medicina, da Universidade
Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio
Nunes de Barros, como parte dos requisitos
necessários para obtenção do Grau de
Graduado em Medicina.

Defendida e Aprovada em 17 de junho de 2026.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. João Antônio Leal de Miranda
Orientador - UFPI/CSHNB


Prof. Esp. Ellen Barros Araujo Lopes Luz
Membro - UFPI/CSHNB


Prof. Esp. Valter de Carvalho Oliveira
Membro - UFPI/CSHNB

PICOS - PI

2026

Dedico este trabalho a minha família, pelo apoio incondicional, amor e paciência ao longo de todos estes anos de formação. Aos meus professores e a todos os que, de forma direta ou indireta, caminharam ao meu lado e tornaram possível a realização deste sonho.

"Se enxerguei mais longe, foi porque me apoiei nos ombros de gigantes."

— Isaac Newton

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me concedido forças, saúde e discernimento para superar os momentos de dificuldade ao longo de toda a jornada acadêmica e por iluminar o meu caminho na Medicina.

Aos meus pais e familiares, pelo suporte emocional, sacrifício e amor demonstrados em cada etapa. Sem o incentivo e a confiança de vocês, a conclusão deste ciclo não seria possível.

Ao meu orientador, Prof. João Antônio Leal de Miranda, pela paciência, condução brilhante e ensinamentos valiosos que foram fundamentais para a estruturação e amadurecimento desta pesquisa sobre as diretrizes de hipertensão arterial.

Aos professores do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí (UFPI), que compartilharam seus conhecimentos e me moldaram para o exercício de uma medicina ética e humana.

E, por fim, aos meus colegas de turma e amigos, pelos anos de convivência, parceria nos plantões e aprendizado mútuo durante todo o internato.

RESUMO

Objetivo: Analisar a evolução dos critérios diagnósticos e das estratégias terapêuticas para o manejo da hipertensão arterial sistêmica nas diretrizes nacionais entre 1991 e 2025. **Métodos:** Pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, baseada em análise documental de nove marcos normativos oficiais publicados pelas sociedades brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia. **Resultados:** Os achados demonstram que os critérios diagnósticos migraram do foco isolado na pressão diastólica para a consolidação da pressão sistólica como preditor prognóstico fundamental. Evidenciou-se a transição semiológica para dispositivos oscilométricos digitais validados e o rigor progressivo nos parâmetros da monitorização ambulatorial (MAPA). No plano terapêutico, ocorreu uma inversão conceitual definitiva com a substituição do modelo rígido de monoterapia sequencial por etapas pela instituição precoce da terapia combinada baseada no risco cardiovascular global. **Conclusão:** Este estudo mapeia pioneiramente 35 anos de transição de paradigmas nacionais, oferecendo uma perspectiva histórica fundamental para otimizar a prática clínica e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no país.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diagnóstico, Terapêutica, Diretrizes, Brasil, Revisão Narrativa

ABSTRACT

Objective: To analyze the evolution of diagnostic criteria and therapeutic strategies for the management of systemic arterial hypertension in Brazilian guidelines between 1991 and 2025.

Methods: Exploratory and descriptive research with a qualitative approach, based on a documentary analysis of nine official regulatory milestones published by the Brazilian societies of Cardiology, Hypertension, and Nephrology.

Results: The findings demonstrate that diagnostic criteria shifted from an isolated focus on diastolic pressure to the consolidation of systolic pressure as a fundamental prognostic predictor. There was a technological transition toward validated digital oscillometric devices and progressive stringency in ambulatory monitoring (ABPM) parameters. In the therapeutic plan, a definitive conceptual inversion occurred, replacing the rigid model of sequential step-by-step monotherapy with the early institution of combination therapy based on global cardiovascular risk.

Conclusion: This pioneering study maps 35 years of national paradigm shifts, offering a fundamental historical perspective to optimize clinical practice and the control of Systemic Arterial Hypertension in the country.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension, Diagnosis, Therapy, Guidelines, Brazil, Narrative Review

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Documentos normativos nacionais analisados sobre o manejo da HAS.....	16
Tabela 2 – Evolução cronológica dos critérios para Diagnóstico de HAS.....	17
Tabela 3 – Evolução das categorias e faixas de Pré-Hipertensão.....	18
Tabela 4 – Estratificação de Risco Cardiovascular de acordo com a PA.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOBP	– Automated Office Blood Pressure (Medição Automatizada de Consultório)
ARIC	– Atherosclerosis Risk In Communities (Estudo de Risco de Aterosclerose)
AVE	– Acidente Vascular Encefálico
CV	– Cardiovascular
DCNT	– Doença Crônica Não Transmissível
DCV	– Doença Cardiovascular
DM	– Diabetes Mellitus
DRC	– Doença Renal Crônica
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	– Infarto Agudo do Miocárdio
IDACO	– International Database on Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcomes
IECA	– Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
JNC	– Joint National Committee (Comitê Nacional Conjunto dos EUA)
LOA	– Lesão em Órgão-Alvo
MAPA	– Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	– Monitorização Residencial da Pressão Arterial
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PA	– Pressão Arterial
PAD	– Pressão Arterial Diastólica
PAS	– Pressão Arterial Sistólica
RDC	– Resolução da Diretoria Colegiada
SBC	– Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	– Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	– Sociedade Brasileira de Nefrologia
SHEP	– Systolic Hypertension in the Elderly Program
SPRINT	– Systolic Blood Pressure Intervention Trial
SRAA	– Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona
SUS	– Sistema Único de Saúde
UFPI	– Universidade Federal do Piauí
VIGITEL	– Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. MÉTODOS.....	15
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4. CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXO I - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA ELETRÔNICA ACERVO SAÚDE.....	25

Evolução dos critérios diagnósticos e terapêuticos da hipertensão arterial sistêmica no Brasil (1991–2025): revisão narrativa e análise documental das diretrizes nacionais

Evolution of Diagnostic and Therapeutic Criteria for Systemic Arterial Hypertension in Brazil (1991–2025): A Narrative Review and Document Analysis of National Guidelines

Evolución de los Criterios Diagnósticos y Terapéuticos de la Hipertensión Arterial Sistémica en Brasil (1991-2025): Una Revisión Narrativa y Análisis Documental de las Directrices Nacionales

Felipe Araújo Paiva¹, Izadora Alves Coelho¹, Francisco das Chagas Sousa Rocha¹, José Gustavo Queiroz do Nascimento¹, João Antônio Leal de Miranda¹

RESUMO

Objetivo: Analisar a evolução dos critérios diagnósticos e das estratégias terapêuticas para o manejo da hipertensão arterial sistêmica nas diretrizes nacionais entre 1991 e 2025. **Métodos:** Pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, baseada em análise documental de nove marcos normativos oficiais publicados pelas sociedades brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia. **Resultados:** Os achados demonstram que os critérios diagnósticos migraram do foco isolado na pressão diastólica para a consolidação da pressão sistólica como preditor prognóstico fundamental. Evidenciou-se a transição semiológica para dispositivos oscilométricos digitais validados e o rigor progressivo nos parâmetros da monitorização ambulatorial (MAPA). No plano terapêutico, ocorreu uma inversão conceitual definitiva com a substituição do modelo rígido de monoterapia sequencial por etapas pela instituição precoce da terapia combinada baseada no risco cardiovascular global. **Conclusão:** Este estudo mapeia pioneiramente 35 anos de transição de paradigmas nacionais, oferecendo uma perspectiva histórica fundamental para otimizar a prática clínica e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no país.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diagnóstico, Terapêutica, Diretrizes, Brasil, Revisão Narrativa

ABSTRACT

Objective: To analyze the evolution of diagnostic criteria and therapeutic strategies for the management of systemic arterial hypertension in Brazilian guidelines between 1991 and 2025. **Methods:** Exploratory and descriptive research with a qualitative approach, based on a documentary analysis of nine official regulatory milestones published by the Brazilian societies of Cardiology, Hypertension, and Nephrology. **Results:** The findings demonstrate that diagnostic criteria shifted from an isolated focus on diastolic pressure to the consolidation of systolic pressure as a fundamental prognostic predictor. There was a technological transition toward validated digital oscillometric devices and progressive stringency in ambulatory monitoring (ABPM) parameters. In the therapeutic plan, a definitive conceptual inversion occurred, replacing the rigid model of sequential step-by-step monotherapy with the early institution of combination therapy based on global cardiovascular risk. **Conclusion:** This pioneering study maps 35 years of national paradigm shifts, offering a fundamental historical perspective to optimize clinical practice and the control of Systemic Arterial Hypertension in the country.

¹ Universidade Federal do Piauí, Picos, Piauí, Brasil

Keywords: Systemic Arterial Hypertension, Diagnosis, Therapy, Guidelines, Brazil, Narrative Review

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evolución de los criterios diagnósticos y las estrategias terapéuticas para el manejo de la hipertensión arterial sistémica en las directrices nacionales entre 1991 y 2025. **Métodos:** Investigación exploratoria y descriptiva con enfoque cualitativo, basada en el análisis documental de nueve marcos normativos oficiales publicados por las sociedades brasileñas de Cardiología, Hipertensión y Nefrología. **Resultados:** Los hallazgos demuestran que los criterios diagnósticos migraron del enfoque aislado en la presión diastólica hacia la consolidación de la presión sistólica como predictor pronóstico fundamental. Se evidenció la transición tecnológica hacia dispositivos oscilométricos digitales validados y el rigor progresivo en los parámetros de monitorización ambulatoria (MAPA). En el plano terapéutico, ocurrió una inversión conceptual definitiva, sustituyendo el modelo rígido de monoterapia secuencial por etapas por la institución temprana de la terapia combinada basada en el riesgo cardiovascular global. **Conclusión:** Este estudio mapea de manera pionera 35 años de transición de paradigmas nacionales, ofreciendo una perspectiva histórica fundamental para optimizar la práctica clínica y el control de la Hipertensión Arterial Sistémica en el país.

Palabras clave: Hipertensión Arterial Sistémica, Diagnóstico, Terapia, Guías, Brasil, Revisión Narrativa.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma patologia classificada como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos (AMORIM JS, et al., 2024, BRANDÃO AA, et al., 2025). A manutenção da pressão arterial em níveis adequados é fundamental para prevenir complicações cardiovasculares e lesões em órgãos-alvo. Enquanto a hipotensão arterial pode resultar em hipoperfusão dos tecidos, causando disfunção e morte celular, a elevação sustentada da pressão arterial provoca danos estruturais progressivos aos vasos sanguíneos e órgãos-alvo, além de ser um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose e, consequentemente, acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM). É importante ressaltar que, apesar do progresso científico, não há um limite rígido definido de pressão arterial que isole completamente indivíduos livres de risco cardiovascular, configurando a pressão arterial como uma variável de risco contínuo (ABBAS AK, et al., 2021).

A HAS tem caráter multifatorial, envolvendo a interação complexa de componentes genéticos, epigenéticos e ambientais. A maioria dos casos (90% a 95%) é classificada como hipertensão essencial ou idiopática, enquanto o percentual restante decorre de causas secundárias bem documentadas (BRANDÃO AA, et al., 2025, ABBAS AK, et al., 2021). Em relação à hipertensão essencial, apesar de não haver um fator etiológico isolado, a patogênese resulta da desregulação dinâmica e interdependente dos sistemas de controle hemodinâmico, nos quais destacam-se a ativação crônica do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), a hiperatividade do sistema nervoso simpático, além de processos inflamatórios subclínicos de baixo grau e o estresse oxidativo. Tal quadro fisiopatológico sustenta o aumento da resistência vascular periférica e, consequentemente, promove o remodelamento do leito vascular, culminando em lesões em órgãos-alvo, cujas manifestações clínicas mais graves incluem a retinopatia hipertensiva, o AVE e o IAM (HARRISON DG, et al., 2021).

No cenário brasileiro, a importância epidemiológica da doença é demonstrada pelos dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2023, que apontam uma prevalência média de 27,9% de hipertensos nas capitais estaduais. Além disso, esses dados expuseram uma importante desigualdade social para os grupos populacionais com menores índices de escolaridade, o que evidencia o componente social da hipertensão arterial (BRASIL,

2023). Acresça-se, ainda, que o Relatório Global sobre Hipertensão da Organização Mundial da Saúde (OMS) expõe dados ainda mais alarmantes mundialmente, estimando que 46% dos adultos entre 30 e 79 anos sofrem de hipertensão, sendo que apenas 54,5% apresentam controle pressórico satisfatório (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025). A nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) divulgou que, entre os anos de 2010 e 2023, a hipertensão foi a causa direta de 6% do total de óbitos registrados no país, constando adicionalmente como comorbidade antecedente em 8,9% das declarações de óbito cuja causa básica foi correlacionada (BRASIL, 2025).

Neste contexto, o profissional médico atua para estabelecer o controle da pressão arterial e, assim, reduzir os índices de mortalidade cardiovascular. Isto ocorre por meio do diagnóstico precoce, da estratificação do risco cardiovascular e da instituição de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas personalizadas, garantindo o monitoramento longitudinal e integral do paciente.

A relevância do presente estudo fundamenta-se na necessidade de compreender a transição de paradigmas no manejo clínico da HAS no contexto brasileiro ao longo dos últimos 35 anos, período marcado por descobertas científicas que redefiniram progressivamente os limites de segurança vascular. Diante disso, este trabalho se propõe a realizar uma revisão narrativa evolutiva e histórica da abordagem diagnóstica e terapêutica da HAS no cenário nacional, por meio da investigação sistemática das diretrizes e consensos brasileiros publicados entre 1991 e 2025. Busca-se, para tanto, analisar as transformações metodológicas de aferição, o deslocamento das preferências terapêuticas farmacológicas e identificar as mudanças conceituais que orientaram a unificação dos alvos terapêuticos e a estruturação do panorama clínico-epidemiológico atual do país.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, fundamentada em uma revisão narrativa da literatura associada à análise documental histórica. A revisão narrativa contribui para a atualização crítica e a síntese interpretativa do conhecimento disponível acumulado. Dado que o objeto de estudo reside na evolução de normas clínicas institucionais brasileiras, este método permite descrever e contextualizar as modificações de paradigmas validados pelas sociedades de especialidades médicas do país. Para a condução do estudo, definiu-se a seguinte questão norteadora: *“Quais foram as principais mudanças nos consensos diagnósticos e terapêuticos da hipertensão arterial sistêmica estabelecidas pelas diretrizes nacionais no intervalo histórico de 1991 a 2025?”*

O levantamento documental utilizou como fontes primárias o acervo oficial publicado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Foram selecionados documentos normativos nacionais direcionados ao manejo da HAS em indivíduos adultos, publicados entre 1991 e 2025, totalizando nove fontes eletrônicas mapeadas e analisadas, conforme exposto na **(Tabela 1)**. Além das diretrizes nacionais, utilizaram-se estudos clássicos e documentos internacionais para contextualização histórica das mudanças observadas.

Por meio da análise narrativa da literatura, realizou-se a investigação das variáveis: parâmetros de determinação de hipertensão e pré-hipertensão, estratificação do risco cardiovascular, métodos de diagnóstico e tratamento.

Tabela 1 – Documentos normativos nacionais analisados sobre o manejo da hipertensão arterial sistêmica.

Nome do Consenso ou Diretriz	Ano	Sociedades Médicas
I Consenso Brasileiro para o Tratamento da HAS	1991	SBC, SBN
II Consenso Brasileiro para o Tratamento da HAS	1994	SBC, SBH, SBN
III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial	1998	SBC, SBH, SBN
IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial	2002	SBC, SBH, SBN
V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial	2007	SBC, SBH, SBN
VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial	2010	SBC, SBH, SBN
VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial	2016	SBC, SBH, SBN
Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial	2020	SBC, SBH, SBN
Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial	2025	SBC, SBH, SBN

Nota: SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia; SBH: Sociedade Brasileira de Hipertensão; SBN: Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Fonte: Paiva FA, et al.,2026.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evolução dos critérios diagnósticos de Hipertensão Arterial Sistêmica

A partir da análise de nove documentos normativos brasileiros relacionados ao manejo da hipertensão arterial, pode-se evidenciar a evolução dos parâmetros normativos, a mudança dos limites de segurança vascular e definição de hipertensão em ambiente ambulatorial, conforme apresentado na (**Tabela 2**).

No I Consenso Brasileiro (1991), estabeleceu-se que o diagnóstico da hipertensão arterial em adultos baseava-se apenas na constatação de uma Pressão Arterial Diastólica (PAD) sustentada ≥ 90 mmHg (SBC, 1991). Naquele período, a Pressão Arterial Sistólica (PAS) exercia um papel secundário como preditor de risco isolado, embora já se mapeasse a "Hipertensão Arterial Sistólica Isolada" (PAS ≥ 160 mmHg com PAD < 90 mmHg). Apesar dos dados do ensaio clínico SHEP (1991) terem comprovado cientificamente o peso da pressão sistólica como fator de risco independente em idosos, o II Consenso (1994) optou por manter uma transição conservadora, preservando o patamar da sistólica isolada em 160 mmHg, demonstrando um lapso temporal entre a evidência internacional e a normatização interna (SBC, 1994).

A principal motivação por trás do foco quase exclusivo na PAD no início da década de 1990 ancorava-se na herança hemodinâmica clássica, que assumia a pressão diastólica como reflexo direto da resistência vascular periférica total e motor primário do dano arteriolar (SAFAR ME, 1989). A pressão sistólica elevada era encarada de forma condescendente, como um reflexo inevitável e benigno do enrijecimento aórtico decorrente da idade.

Embora o estudo SHEP em 1991 tenha rompido esse conceito ao provar que a PAS alta predizia melhor AVE e infartos em idosos (SHEP COOPERATIVE RESEARCH GROUP, 1991), a motivação para o conservadorismo do II Consenso (1994) residia possivelmente na interpretação clínica de que a redução agressiva da PAS gerasse hipotensão diastólica acentuada.

Tabela 2 – Evolução cronológica dos critérios para Diagnóstico de Hipertensão Arterial

Documento normativo (Ano)	Critério Diagnóstico Principal para HAS
I Consenso Brasileiro (1991)	PAD sustentada ≥ 90 mmHg
II Consenso Brasileiro (1994)	PAD sustentada ≥ 90 mmHg
III Consenso Brasileiro (1998)	PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg
IV Diretriz (2002)	PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg
V Diretriz (2007)	PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg
VI Diretriz (2010)	PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg
VII Diretriz (2016)	PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg
Diretriz Brasileira (2020)	PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg
Diretriz Brasileira (2025)	PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg

Nota: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica.

Fonte: Paiva FA, et al., 2026.

A mudança definitiva de paradigma ocorreu no III Consenso (1998), documento que consolidou a PAS como critério diagnóstico de primeira ordem ao reduzir o limite para ≥ 140 mmHg além de introduzir a categoria conceitual de "Normal Limítrofe" (130-139 / 85-89 mmHg), com o objetivo de realizar intervenções em grupos de risco (SBC, 1998). As motivações científicas para essa redução em 1998 originaram-se do acúmulo de dados epidemiológicos internacionais, em especial o relatório norte-americano JNC VI (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997). Os ensaios clínicos consubstanciados nesse relatório demonstraram que o incremento do risco cardiovascular ocorre de forma contínua, evidenciando que a intervenção terapêutica a partir do patamar de 140 mmHg reduzia drasticamente a incidência de desfechos clínicos maiores, notadamente o acidente vascular encefálico e a insuficiência cardíaca.

A necessidade de alinhar a prática nacional às evidências globais de proteção cardiovascular influenciou a redução do ponto de corte da PAS para 140 mmHg para capturar pacientes assintomáticos sob risco acelerado de lesão em órgãos-alvo, expandindo o escopo preventivo. Uma vez unificado, o critério de 140/90 mmHg mostrou-se operacionalmente sólido, o que justifica sua manutenção estática nas diretrizes de 2002, 2007, 2010, 2016, 2020 e 2025.

Adoção do conceito de Pré-hipertensão

Paralelamente à definição de hipertensão, a desconstrução do conceito de normalidade e a expansão gradativa da faixa de transição pressórica revelam uma preocupação cada vez mais precoce com o risco cardiovascular, conforme exposto na (Tabela 3).

Tabela 3 – Evolução das categorias e faixas de Pré-Hipertensão e equivalentes.

Documento normativo (Ano)	Categoria Diagnóstica	Faixa Pressórica Correspondente (mmHg)
I Consenso Brasileiro (1991)	Padrão de Normalidade	PAD < 90 mmHg
II Consenso Brasileiro (1994)	Padrão de Normalidade	PAD < 90 mmHg
III Consenso Brasileiro (1998)	Normal Limítrofe	PAS 130-139 e/ou PAD 85-89 mmHg
IV Diretriz (2002)	Normal Limítrofe	PAS 130-139 e/ou PAD 85-89 mmHg
V Diretriz (2007)	Normal Limítrofe	PAS 130-139 e/ou PAD 85-89 mmHg
VI Diretriz (2010)	Normal Limítrofe	PAS 130-139 e/ou PAD 85-89 mmHg
VII Diretriz (2016)	Pré-Hipertensão	PAS 130-139 e/ou PAD 85-89 mmHg
Diretriz Brasileira (2020)	Pré-Hipertensão	PAS 130-139 e/ou PAD 85-89 mmHg
Diretriz Brasileira (2025)	Pré-Hipertensão	PAS 120-139 e/ou PAD 80-89 mmHg

Nota: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica.

Fonte: Paiva FA, et al., 2026.

O III Consenso (1998) introduziu a categoria conceitual de "Normal Limítrofe" (130-139 / 85-89 mmHg), com o objetivo de sinalizar a necessidade de intervenções em grupos de risco (SBC, 1998). Anos depois, a VI Diretriz (2010) refinou essa análise ao subdividir a faixa abaixo da hipertensão entre as categorias "Ótima" (abaixo de 120/80 mmHg) e "Normal" (120-129 / 80-84 mmHg) (SBC, 2010).

A motivação fisiopatológica subjacente para essa fragmentação progressiva das faixas pré-hipertensivas decorreu do entendimento de que o endotélio vascular não sofre uma transição binária de saúde para doença. A consolidação epidemiológica desse entendimento foi impulsionada pelo estudo clássico de Vasan RS, et al. (2001) com dados do *Framingham Heart Study*. Ao acompanhar 6.859 participantes inicialmente livres de hipertensão e de doença cardiovascular, o referido trabalho demonstrou que indivíduos com pressão normal-alta (130-139 / 85-89 mmHg) apresentavam um risco significativamente elevado de eventos cardiovasculares maiores em um seguimento médio de 11 anos. Em comparação ao grupo com pressão ótima, o risco ajustado foi 2,5 vezes maior para mulheres e 1,6 vezes maior para homens, evidenciando um impacto ainda mais severo na população idosa (65 a 90 anos), cuja incidência cumulativa de eventos em 10 anos atingiu 18% no sexo feminino e 25% no sexo masculino. Esses achados forneceram o substrato científico que justificava a necessidade premente de estabelecer categorias operacionais que estimulassem o acompanhamento continuado antes do estabelecimento franco da doença.

Esse processo evolutivo ganhou contornos nitidamente pragmáticos na VII Diretriz (2016) e na Diretriz de 2020, que substituíram o termo "Normal Limítrofe" pela nomenclatura oficial de "Pré-hipertenso". O objetivo central dessa mudança foi alertar sobre o risco cardiovascular subjacente e romper com a inércia diagnóstica e terapêutica associada ao termo "normal" (BARROSO WKS, et al., 2021, MALACHIAS MVB, et al., 2016).

Outra grande motivação científica para o fortalecimento do termo 'pré-hipertensão' nas diretrizes de 2016 e 2020 adveio do mapeamento do risco cardiovascular precoce em populações heterogêneas. O estudo prospectivo de Kshirsagar AV, et al. (2006), conduzido com 8.960 participantes da coorte ARIC, evidenciou que os níveis pressóricos pré-hipertensivos associam-se a um incremento expressivo no risco de

eventos cardiovasculares, com marcado predomínio de desfechos coronarianos em detrimento dos cerebrovasculares. Ademais, o referido trabalho revelou que essa correlação não é homogênea, mostrando-se drasticamente acentuada em subgrupos de maior vulnerabilidade clínica, nos quais o risco relativo ajustado atingiu patamares de 3,29 para indivíduos negros, 3,56 para obesos e 4,10 para pacientes diabéticos.

Alinhada aos estudos pioneiros de Vasan RS, et al. (2001) e Kshirsagar AV, et al. (2006) sobre o risco contínuo e progressivo da pressão arterial, a Diretriz de 2025 promoveu uma mudança histórica (BRANDÃO AA, et al., 2025). O documento redefiniu a faixa de pré-hipertensão para englobar de forma ampliada os valores de 120-139 / 80-89 mmHg, refletindo um entendimento contemporâneo focado na prevenção primordial.

A motivação definitiva para a mudança radical operada em 2025 reside na consolidação da *prevenção primordial*, que visa impedir o surgimento e a fixação dos próprios fatores de risco cardiovasculares. Sob a luz dos ensaios contemporâneos, percebeu-se que aguardar o paciente atingir níveis limítrofes tardios significava agir tardiamente sobre uma vasculatura já remodelada e fibrótica. Ao alargar o espectro da pré-hipertensão a partir de 120/80 mmHg e substituir o termo "normal" dessas faixas, a Diretriz de 2025 incentiva a abordagem de modificação de estilo de vida de modo precoce, impedindo a progressão do dano endotelial contínuo e modificando a história natural da morbimortalidade cardiovascular no Brasil.

Evolução Tecnológica dos Métodos de Aferição e Validação de Ferramentas Ambulatoriais

Os métodos de aferição da pressão arterial no contexto clínico nos últimos 35 anos fundamentaram-se em três tecnologias distintas: o esfigmomanômetro de mercúrio, o aneróide e o digital automático. O método "padrão-ouro" inicialmente consagrado era o esfigmomanômetro de mercúrio, devido à sua estabilidade de calibração física. Contudo, ele caiu em desuso devido à toxicidade ambiental do metal pesado, culminando na proibição da fabricação, importação e comercialização de novos esfigmomanômetros de mercúrio, com prazos estabelecidos para sua substituição nos serviços de saúde do país, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 145/2017 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em vigor desde janeiro de 2019 (BRASIL, 2017).

A motivação institucional para essa transição tecnológica compulsória respondeu a compromissos globais de saúde coletiva e ecológica. O Brasil, como signatário da Convenção de Minamata sobre Mercúrio (2013), comprometeu-se internacionalmente a reduzir e eliminar progressivamente os usos não essenciais do metal pesado, em razão do seu alto potencial de bioacumulação e contaminação de ecossistemas aquáticos e terrestres (UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME, 2013). Na esfera prática, o fim do mercúrio gerou impacto técnico expressivo, uma vez que a coluna física de mercúrio prescindia de recalibrações periódicas por sua estabilidade física intrínseca, uma vantagem que os equipamentos substitutos não reproduzem. Os manômetros aneróides, ao contrário, dependem de engrenagens e molas mecânicas sujeitas a desgaste progressivo, originando descalibrações frequentes e imperceptíveis na rotina clínica diária.

Com o banimento do mercúrio, os modelos aneróides e os oscilométricos digitais assumiram o papel assistencial. A diretriz mais recente confere predominância aos dispositivos digitais automáticos devidamente validados (BRANDÃO AA, et al., 2025). Esses aparelhos garantem maior acurácia e segurança ao eliminarem fatores como o erro de leitura por hipoacusia, a velocidade inadequada de deflação e o "vício de dígito" (arredondamento sistemático dos valores para dígitos terminados em 0 ou 5), além de contornarem a necessidade de calibração manual rigorosa e frequente, historicamente negligenciada na rotina dos consultórios.

A motivação técnica para a consagração dos aparelhos eletrônicos oscilométricos automáticos reside na padronização metodológica. Enquanto o método auscultatório tradicional exige alta acuidade auditiva do examinador para identificação precisa das fases I e V dos sons de Korotkoff, a tecnologia

oscilométrica baseia-se em algoritmos matemáticos que captam as oscilações da parede arterial transmitidas ao manguito inflado (PICKERING TG, et al., 2005). Essa mudança mitiga o viés do observador e anula erros humanos sistemáticos que distorciam os diagnósticos em consultórios de triagem no Sistema Único de Saúde.

Paralelamente, a validação da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) como ferramenta diagnóstica essencial ocorreu a partir da IV Diretriz (2002) (SBC, 2002). Isto se deveu aos avanços promovidos pelos estudos epidemiológicos da década de 1990, com destaque para o estudo PIUMA (VERDECCHIA P, et al., 1994) e o subestudo Syst-Eur (STAESSEN JA, et al., 1997), que demonstraram que a monitorização contínua de 24 horas apresenta acurácia prognóstica superior à medida isolada de consultório. Adicionalmente, o estudo SAMPLE (MANCIA G, et al., 1997) consolidou a superioridade do MAPA na correlação com a regressão de lesões estruturais em órgãos-alvo, como a hipertrofia ventricular esquerda.

A grande motivação clínica para a inserção do MAPA foi a necessidade de desmascarar as variações tensionais decorrentes do ambiente. Estudos evidenciaram que as aferições isoladas em consultório eram distorcidas pelo fenômeno da Hipertensão do Avental Branco ou pela Hipertensão Mascarada. Ao registrar os níveis tensionais durante as atividades habituais de vigília e durante o período de sono, o exame forneceu a capacidade inédita de analisar o perfil hemodinâmico circadiano.

Apesar de a aplicabilidade do MAPA ter enfrentado barreiras estruturais no Brasil, os seus parâmetros normativos tornaram-se progressivamente mais rigorosos. Os valores de normalidade adotados na IV Diretriz (Vigília $\geq 140/90$ mmHg; Sono $\geq 125/80$ mmHg; Média $\geq 135/85$ mmHg) foram reduzidos a partir da V Diretriz (2007) para Vigília $\leq 135/85$ mmHg, Sono $\geq 120/70$ mmHg e Média $\geq 130/80$ mmHg, alterações sustentadas pelas metanálises de Staessen e pelo banco de dados internacional IDACO (STAESSEN JA, et al., 2007).

As motivações científicas para o enrijecimento progressivo dos pontos de corte do MAPA apoiaram-se nas evidências colhidas pelo banco de dados internacional *International Database on Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcomes* (IDACO). As análises combinadas demonstraram de forma robusta que a perda ou atenuação do descenso noturno (a redução fisiológica de 10% a 20% nos níveis pressóricos durante o sono) apresentava uma associação direta com o aumento do risco de AVE e mortalidade por todas as causas, independentemente dos valores de consultório (STAESSEN JA, et al., 2007). Assim, o estreitamento das margens de normalidade visou aumentar a sensibilidade diagnóstica para perfis de alta vulnerabilidade cardiovascular crônica.

Estadiamento Clínico e Estratificação de Risco Cardiovascular

Após a confirmação diagnóstica, a propedêutica clínica exige o estadiamento da pressão arterial para auxiliar na definição da conduta. Historicamente, o I e o II Consenso realizavam uma divisão puramente hemodinâmica entre "cifras baixas" ($90 \leq \text{PAD} < 110$ mmHg) e "cifras altas" ($\text{PAD} \geq 110$ mmHg), com ou sem presença de lesão de órgão-alvo (LOA) (SBC, 1991, 1994).

A partir do III Consenso (1998), em conjunto com o relatório norte-americano JNC VI (1997), estruturou-se o estadiamento em três níveis fixados pela gravidade: Estágio I (PAS 140-159 mmHg e/ou PAD 90-99 mmHg), Estágio II (PAS 160-179 mmHg e/ou PAD 100-109 mmHg) e Estágio III (PAS ≥ 180 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg), modelo que permanece como a base das classificações subsequentes. No entanto, a clínica contemporânea exige que esses valores sejam estritamente cruzados com os fatores de risco e comorbidades do paciente, conforme estruturado na (Tabela 4).

Tabela 4 – Estratificação de Risco Cardiovascular de acordo com a Pressão Arterial e Fatores Associados de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. CV: Cardiovascular; LOA: Lesão de Órgão Alvo; DM Diabetes Mellitus; DCV: Doença Cardiovascular; DRC: Doença Renal Crônica.

Fatores de risco CV, LOA ou DCV	Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Estágio 1 (140-159/90-99)	Estágio 2 (160-179/100-109)	Estágio 3 (≥180/≥110)
Sem fatores de risco CV	Baixo	Baixo	Moderado	Alto
1 ou 2 fatores risco CV	Baixo	Moderado	Alto	Alto
≥ 3 fatores risco CV	Moderado	Alto	Alto	Alto
LOA, DRC Estágio 3 ou DM	Alto	Alto	Alto	Muito alto
DCV estabelecida ou DRC Estágio ≥ 4	Muito alto	Muito alto	Muito alto	Muito alto

Fonte: Brandão AA, et al., 2025.

Embora a busca por LOA e patologias associadas fosse recomendada de forma isolada desde as primeiras convenções, a estratificação de risco sistemática consolidou-se apenas no III Consenso (1998). Esta foi fundamentada nos Grupos de Risco A (ausência de fatores e LOA), B (presença de fatores de risco, exceto diabetes, e sem LOA) e C (presença de LOA, diabetes mellitus e/ou doença cardiovascular estabelecida) do JNC VI (JNC, 1997; SBC, 1998).

A partir da V Diretriz (2007), ocorreu o refinamento dessa lógica, estabelecendo-se as categorias de risco baixo, médio, alto e muito alto (**Tabela 4**). Essa matriz evoluiu com escores matemáticos preditivos em longo prazo, como o Escore de Risco Global e, posteriormente, o escore Prevent (reintroduzido e atualizado na diretriz de 2025), auxiliando o profissional médico na tomada de decisão baseada no prognóstico real e não apenas em números isolados (BARROSO WKS, et al., 2021, BRANDÃO AA, et al., 2025).

A Mudança de Paradigma Terapêutico: Da Monoterapia Progressiva à Terapia Combinada Precoce

A evolução das abordagens terapêuticas anti-hipertensivas nas últimas três décadas revela uma mudança completa de paradigma, abandonando o modelo de monoterapia progressiva em etapas em favor da instituição precoce da terapia combinada. No início da década de 1990, o I Consenso Brasileiro (1991) preconizava um modelo rígido onde o tratamento começava por um único fármaco em dose baixa, elegendo preferencialmente a classe dos diuréticos. Caso houvesse falha terapêutica, o consenso recomendava aumentar a dose até o limite preconizado ou promover a substituição sequencial por outra classe, ainda em monoterapia. A associação de um segundo medicamento era um recurso tardio de resgate, restrito a quadros refratários.

A motivação farmacológica para a defesa da monoterapia escalonada residia na prudência quanto aos efeitos colaterais e na falta de formulações comerciais em doses fixas combinadas seguras. Contudo, a evolução da fisiopatologia revelou que a hipertensão é uma doença de gênese multifatorial. A grande motivação clínica para a superação da monoterapia em dose máxima foi a constatação de que a elevação da dose de uma única classe farmacológica ativa potentes mecanismos contrarregulatórios homeostáticos.

No final da década de 1990, o JNC VI (1997) e o III Consenso (1998) preservaram a preferência inicial pela monoterapia com diuréticos ou betabloqueadores em casos não complicados, recomendando uma janela de observação e titulação de um a dois meses antes de associar uma droga de classe distinta. Embora o JNC VI já tivesse descrito as vantagens de eficácia e tolerabilidade das combinações em doses fixas baixas, o início imediato com dois agentes permanecia como uma conduta de exceção, restrita a pacientes do Grupo de Risco C ou em Estágio III (JNC, 1997, SBC, 1998).

Esse fluxograma expandiu-se com a IV Diretriz (2002), que passou a recomendar a terapia combinada como conduta de primeira linha para hipertensos nos Estágios II e III ou com alto risco cardiovascular acompanhado, como portadores de diabetes mellitus (SBC, 2002). As V e VI Diretrizes (2007 e 2010) ampliaram a terapia combinada para indivíduos em Estágio I com múltiplos fatores de risco, impulsionadas por ensaios clínicos randomizados que evidenciaram a falência da monoterapia isolada em atingir as metas em mais de dois terços da população geral (SBC, 2007, 2010).

A principal motivação científica para essa expansão da terapia combinada para grupos de alto risco encontrou amparo no estudo ADVANCE, publicado em 2007. Este ensaio clínico randomizado demonstrou que a introdução precoce da combinação de um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) com um diurético (perindopril e indapamida) reduziu de forma significativa o risco relativo de morte por causas cardiovasculares em 18% e o desfecho primário composto que congregava eventos macrovasculares maiores e complicações microvasculares em 9%, além de promover uma redução robusta de 21% especificamente no total de eventos renais, em uma população com diabetes tipo 2, independentemente dos níveis pressóricos basais (PATEL A, et al., 2007). Os dados do ADVANCE consolidaram a percepção de que a combinação de drogas fornecia uma proteção tecidual vascular que ultrapassava o mero efeito hemodinâmico de redução tensional.

A mudança definitiva do fluxograma consolidou-se na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) e na Diretriz de 2020, as quais alçaram a terapia dupla inicial à condição de conduta padrão para a maior parte dos pacientes, restringindo a monoterapia a um nicho muito específico de idosos frágeis ou indivíduos em Estágio I com baixo risco global. Por fim, a Diretriz de 2025 consagrou a era do tratamento de precisão baseado no risco vascular sistêmico. O início terapêutico por meio da combinação de dois fármacos foi generalizado como conduta inicial padrão, fundamentado na natureza fisiopatológica multifatorial da doença, que exige bloqueios simultâneos de vias regulatórias distintas. Sob as diretrizes vigentes, o limiar de intervenção farmacológica foi antecipado significativamente, consolidando o entendimento científico de que a rapidez e o rigor no controle tensional precoce são os determinantes primordiais para a redução real da morbimortalidade cardiovascular global.

A grande motivação de vanguarda que consolidou essa mudança definitiva do fluxograma tensional, culminando nas diretrizes de 2016, 2020 e 2025, foi a publicação do histórico ensaio clínico SPRINT (*Systolic Blood Pressure Intervention Trial*), em 2015. O SPRINT revolucionou o manejo da hipertensão ao comparar, de forma randomizada, uma estratégia de tratamento padrão (meta de PAS abaixo de 140 mmHg) com uma estratégia de tratamento intensivo (meta de PAS abaixo de 120 mmHg) em pacientes com alto risco cardiovascular. Os resultados foram tão expressivos que o estudo foi interrompido precocemente por constatação inequívoca de benefício no grupo intensivo. Esse grupo apresentou redução de 25% no desfecho primário composto (infarto, AVE, insuficiência cardíaca e morte cardiovascular) e de 27% na mortalidade por todas as causas. Cumpre registrar, contudo, que o ensaio suscitou debate metodológico relevante: a medição da pressão arterial foi realizada de forma automatizada em consultório e sem supervisão (*Automated Office Blood Pressure* - AOBP), divergindo do método auscultatório padrão de consultório, o que pode ter subestimado os valores do grupo intensivo em comparação com estudos precedentes. Adicionalmente, o grupo de controle intensivo apresentou maior incidência de eventos adversos graves, incluindo hipotensão sintomática, síncope e lesão renal aguda, aspectos que reforçam a necessidade de individualização terapêutica na prática clínica.

As mudanças observadas nas diretrizes brasileiras não ocorreram de forma isolada, mas refletiram a incorporação progressiva de evidências produzidas por grandes estudos epidemiológicos e ensaios clínicos internacionais. Dessa forma, a evolução dos critérios diagnósticos e terapêuticos nacionais acompanhou a transição global de um modelo centrado exclusivamente nos níveis pressóricos para uma abordagem baseada no risco cardiovascular global e na prevenção de eventos clínicos maiores.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a investigação histórica dos 35 anos de normativas nacionais de hipertensão arterial sistêmica evidenciou uma sólida mudança de paradigma clínico, consolidando a transição de um modelo semiológico analógico e de monoterapia progressiva rígida por etapas para um panorama contemporâneo focado na estratificação do risco cardiovascular global e na instituição precoce da terapia combinada. O refinamento dos critérios diagnósticos, o banimento dos esfigmomanômetros de mercúrio e a expansão operacional da faixa de pré-hipertensão refletem a evolução técnico-científica observada nas diretrizes

nacionais no combate à inércia médica e na promoção da proteção vascular sistêmica. As limitações deste trabalho centram-se na natureza estritamente documental das fontes institucionais analisadas, sugerindo-se que futuras pesquisas investiguem os desafios práticos de implementação e o nível de adesão das equipes de atenção primária à saúde frente às diretrizes vigentes no cenário público brasileiro.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), pela infraestrutura e suporte institucional que possibilitaram a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ABBAS AK, et al. Robbins & Cotran: bases patológicas das doenças. 10. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro-RJ, 2021; p1408.
2. AMORIM JS, et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Uma revisão da literatura atual. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2024; 6(7): 2549-2563.
3. BARROSO WKS, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2021; 116(3): 516-658.
4. BRANDÃO AA, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2025; 124(9): e20250624.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 145, de 21 de março de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 2017.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2023.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Morbimortalidade por hipertensão no Brasil entre 2006 e 2023. *Boletim Epidemiológico*, 2025; 56(14).
8. HARRISON DG, et al. Pathophysiology of hypertension: the mosaic theory and beyond. *Circulation research*, 2021; 128(7): 847-863.
9. JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Archives of Internal Medicine*, 1997; 157(21): 2413-2446.
10. KSHIRSAGAR AV, et al. Blood pressure usually considered normal is associated with an elevated risk of cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*, 2006; 111(2): 133-141.
11. MALACHIAS MVB, et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial: capítulo 3-avaliação clínica e complementar. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 2016; 107: 14-17.
12. MANCIA G, et al. Ambulatory blood pressure is superior to clinic blood pressure in predicting treatment-induced regression of left ventricular hypertrophy. *Circulation*, 1997; 95(6): 1464-1470.
13. PATEL A, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 2007; 370(9590): 829-840.
14. PICKERING TG, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1: Blood pressure measurement in humans. *Circulation*, 2005; 111(5): 697-716.
15. SAFAR ME. Pulse pressure in essential hypertension: clinical and therapeutical implications. *Journal of hypertension*, 1989; 7(10): 769-776.

16. SHEP COOPERATIVE RESEARCH GROUP. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). JAMA, 1991; 265(24): 3255-3264.
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 1991; 56(1): 1-16.
18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 1994; 63(4): 333-347.
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 1998; 71(4): 301-320.
20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2002; 82(supl 4): 1-14.
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2007; 89(3): e24-e79.
22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2010; 95(1 supl 1): 1-51.
23. SPRINT RESEARCH GROUP. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. New England Journal of Medicine, 2015; 373(22): 2103-2116.
24. STAESSEN JA, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Lancet, 1997; 350(9080): 757-764.
25. STAESSEN JA, et al. Conventional and ambulatory blood pressure measurement in the prediction of cardiovascular outcomes: the International Database on Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Relation to Cardiovascular Outcomes (IDACO). Blood Pressure Monitoring, 2007; 12(6): 355-357.
26. UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME. Minamata Convention on Mercury. UNEP: Kumamoto, 2013. Disponível em: <https://www.mercuryconvention.org>. Acesso em: 05 jun. 2026.
27. VASAN RS, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. New England New England journal of medicine, 2001; 345(18): 1291-1297.
28. VERDECCHIA P, et al. Ambulatory blood pressure. An independent predictor of prognosis in essential hypertension. Hypertension, 1994; 24(6): 793-801.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on hypertension 2025: high stakes – turning evidence into action. World Health Organization: Geneva, 2025; p342.

Título em português deve ser conciso e informativo **Negrito, Arial 14**

Título em inglês **Centralizado, Arial 12**

Título em espanhol **Centralizado, Arial 12**

Nome Completo dos Autores^{1*}, Segundo Autor², Terceiro Autor² **Centralizado, Arial 12**
Máximo 10 autores, vínculos iguais compartilham do mesmo número no rodapé

RESUMO **Entre 150 e 200 palavras, Centralizado, Negrito, Arial 10**

Objetivo: **Negrito** Iniciar com o verbo no infinitivo, de forma clara quais são os objetivos do trabalho.
Métodos: **Negrito** Descrever todos os pontos metodológicos de forma sucinta, público, localização, coleta de dados e instrumento de pesquisa. Para estudo de revisão narrativa esta seção não é necessária.
Resultados/Revisão bibliográfica/Relato de experiência/ou/Detalhamento de caso: **Negrito** Para cada tipo de artigo usar o subtítulo pertinente. Mostrar os principais resultados/detalhamento/relato que respondem à pergunta/propósito do estudo. Lembre-se que esta seção é a mais importante do artigo.
Conclusão/Considerações finais: **Negrito** Escrever de forma clara, máximo 2 frases, os pontos fortes do estudo e as limitações. Deve ser pertinente aos resultados apresentados.

Palavras-chave: **Negrito** Palavra-chave1, Palavra-chave2, Palavra-chave3. **Separada por vírgula**

EXEMPLO DE RESUMO **Entre 150 e 200 palavras**

Objetivo: Descrever o conhecimento e consumo de alimentos funcionais por usuários de restaurante *self-service* da capital piauiense. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal descritivo, conduzido com 161 indivíduos, de ambos os sexos, idade de 20 a 59 anos. Os usuários foram investigados quanto à definição de alimentos funcionais. A dieta habitual foi avaliada por aplicação de um questionário de frequência alimentar, adaptado para alimentos funcionais, com as categorias de consumo: habitual, não habitual, raramente consumido e nunca consumido. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva com auxílio do software IBM SPSS Statistics. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A amostra, com média de idade de 38,6 ± 9,0 anos, apresentou maioria masculina (57,8%), com ensino superior completo (73,3%). Desta, apenas 36,6% dos indivíduos definiram corretamente a terminologia “alimentos funcionais”, em contradição ao esperado para escolaridade elevada como

¹ Universidade Brasileira (UNIBRA), Cidade - Estado.

² Faculdade Mineira (UNIMINAS), Juiz de Fora - MG.

³ **Autores da mesma instituição compartilham do mesmo número**

Caso tenha sido financiado por alguma agência incluir aqui o nome, modalidade e processo

SUBMETIDO EM: XX/2026

ACEITO EM: XX/2026

PUBLICADO EM: XX/2026

determinante do conhecimento e qualidade alimentar. A dieta habitual caracterizou-se por baixa ingestão semanal de frutas, hortaliças, cereal integral, leguminosas, óleos insaturados, peixes, oleaginosas, chás e especiarias, sendo insuficiente. **Conclusão:** Conclui-se que a população de adultos ativos participante deste estudo possui conhecimento inadequado sobre alimentos funcionais, os quais não estão incluídos em sua alimentação habitual.

Palavras-chave: Alimentos Funcionais, Dieta, Doença Crônica.

EXEMPLO DE ABSTRACT **Entre 150 e 200 palavras**

Objective: To describe the knowledge and consumption of functional foods for self-service restaurant users in the capital of Piauí. **Methods:** This was a cross-sectional study, conducted with 161 individuals of both sexes, aged from 20 to 59 years. Users were investigated regarding the definition of functional foods. The usual diet was evaluated using a food frequency questionnaire, adapted for functional foods, with consumption categories: habitual, not habitual, rarely consumed and never consumed. The data were analyzed by descriptive statistics using IBM SPSS Statistics software. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The sample, with mean age of 38.6 ± 9.0 years, presented male majority (57.8%) and complete higher education (73.3%). Of this, only 36.6% of the individuals correctly defined "functional foods", in contradiction to what was expected for high schooling as a determinant of knowledge and food quality. The usual diet was characterized by a low weekly intake of fruits, vegetables, whole grains, legumes, unsaturated oils, fish, oilseeds, teas and spices. **Conclusion:** It is concluded that the active adult population participating in this study has inadequate knowledge about functional foods, which are not included in their usual diet.

Key words: Functional Foods, Diet, Chronic Disease.

EXEMPLO DE RESUMEN **Entre 150 e 200 palabras**

Objetivo: Describir el conocimiento y consumo de alimentos funcionales de usuarios de restaurante *self service* de la capital piauiense. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, conducido con 161 individuos, de ambos sexos, edad de 20 a 59 años. Los usuarios fueron investigados en cuanto a la definición de alimentos funcionales. La dieta habitual fue evaluada por aplicación de un cuestionario de frecuencia alimentaria, adaptado para alimentos funcionales, con las categorías de consumo: habitual, no habitual, raramente consumido y nunca consumido. Los datos obtenidos fueron analizados por estadística descriptiva con ayuda del software IBM SPSS Statistics. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** La muestra, con una media de edad de $38,6 \pm 9,0$ años, presentó mayoría masculina (57,8%) y enseñanza superior completa (73,3%). De esta, sólo el 36,6% de los individuos definieron correctamente los "alimentos funcionales", en contradicción a lo esperado para escolaridad elevada como determinante del conocimiento y de la calidad alimentaria. La dieta habitual se caracterizó por una baja ingesta semanal de frutas, hortalizas, cereal integral, leguminosas, aceites insaturados, pescados, oleaginosas, té y especias, siendo insuficiente. **Conclusión:** Se concluye que la población de adultos activos participante de este estudio posee conocimiento inadecuado sobre alimentos funcionales, los cuales no están incluidos en su alimentación habitual.

Palabras clave: Alimentos Funcionales, Dieta, Enfermedad Crónica.

INTRODUÇÃO **Negrito, Arial 10**

Deve ser sucinta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve ser compreensível para o leitor em geral **Arial 10**.

O texto não deve ser extenso, mas também tem que ser suficiente para introduzir ao leitor as principais informações sobre o tema. **NOTA: Usar citação direta apenas em ocasiões especiais onde não há como transcrever o texto, como é o exemplo de artigos de leis; nesse caso a seção direta deve estar em recuo de 2 cm em itálico.**

As siglas e abreviaturas, quando utilizadas pela primeira vez, deverão ser precedidas do seu significado por extenso. Ex.: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

As citações de autores >>**NO TEXTO**<< deverão seguir os seguintes exemplos:

Quadro 1 - Exemplos de citação indireta usando o Estilo Acervo+.

Início de frase	
1 autor	Baptista DR (2002) declaram que...
2 autores	Souza JG e Barcelos DF (2012) descrevem que...
3 autores	Porto AS, et al. (1989) abordam a....
Final de frase	
1 autor	...fim da citação indireta (BAPTISTA DR, 2002).
2 autores	...fim da citação indireta (SOUZA JG e BARCELOS DF, 2012).
3 autores	...fim da citação indireta (PORTO AS, et al., 1989).

Fonte: Acervo+, 2026. **Usar citação direta apenas em ocasiões especiais onde não há como transcrever o texto, como é o exemplo de artigos de leis; nesse caso a seção direta deve estar em recuo de 2 cm em itálico.**

MÉTODOS **Negrito, Arial 10**

Devem descrever de forma clara e sem prolixidade as fontes de dados, a população estudada, a amostragem, os critérios de seleção, procedimentos analíticos e questões éticas relacionadas à aprovação do estudo por comitê de ética em pesquisa (pesquisa com seres humanos e animais) ou autorização institucional (levantamento de dados onde não há pesquisa direta com seres humanos ou animais).

RESULTADOS **Negrito, Arial 10**

Devem se limitar a descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações e/ou comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas figuras. Caso haja figuras, gráficos e/ou tabelas os mesmos devem ser citados no texto dos resultados ao final do parágrafo de apresentação dos dados, exemplo: **(Figura 1), (Gráfico 1), (Tabela 1)** **Numerado, negrito e entre parênteses**.

São consideradas **figuras** as tabelas, gráficos ou imagens, sendo estas limitadas a 6 no total; nelas devem constar apenas dados imprescindíveis.

Tabela 1 Negrito - Caracterização dos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde, n=100. **O título da figura deve ser claro e objetivo**

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	80	80
Feminino	20	20
Idade		
30-40	valor absoluto	porcentagem
41-50	valor absoluto	porcentagem
51-60	valor absoluto	porcentagem
Etc...	valor absoluto	porcentagem
Escolaridade		
etc...	valor absoluto	porcentagem
Outras variáveis etc...	valor absoluto	porcentagem
Total	100	-

Fonte: Negrito Para dados originais colocar o nome de citação de vocês autores + o ano em que o artigo será publicado. Exemplo: Souza DF, et al., 2026.

Para coleta em banco de dados públicos deve ser citado também a fontes de coleta Exemplo: Souza DF, et al., 2026. Dados extraídos do DATASUS, ano.

DISCUSSÃO **Negrito, Arial 10**

Deve incluir a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações, a comparação dos achados com a literatura, as limitações do estudo e eventuais indicações de caminhos para novas pesquisas. **Se acharem conveniente pode apresentar os Resultado e Discussões em uma mesma seção.**

CONCLUSÃO ou CONSIDERAÇÕES FINAIS **Negrito, Arial 10**

Deve ser pertinente aos dados apresentados. **Limitada a um parágrafo final.**

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO **Negrito, Arial 10**

Menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores. Quanto ao financiamento, a informação deverá ser fornecido o nome da agência de fomento por extenso seguido do número de concessão.

REFERÊNCIAS **Negrito, Arial 10**

Mínimo de 20 e máximo de 40 e devem incluir apenas aquelas estritamente relevantes ao tema abordado. As referências deverão ser **numeradas em ordem alfabética** conforme os seguintes exemplos

Formatação da lista de referências usando o Estilo Acervo+.

Artigos		
Estrutura básica: SOBRENOME I N I C I A I S. Título do artigo. Nome da Revista, ano de publicação; volume(número): página inicial - página final.		
Exempl o	1 autor	JÚNIOR CC. Trabalho, educação e promoção da saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2014; 6(2): 646-648.
	2 autores	QUADRA AA, AMÂNCIO AA. A formação de recursos humanos para a saúde. Ciência e Cultura, 1978; 30(12): 1422-1426.
	3 ou mais autores	BONGERS F, et al. Structure and floristic composition of the lowland rain forest of Los Tuxtlas, Mexico. Vegetatio, 1988; 74: 55-80.

Livros		
Estrutura básica: SOBRENOME I N I C I A I S. Título do livro. Edição. Editora: Cidade-Estado, ano de publicação; página usada para citação.		
NOTA: Usar somente em casos extraordinários, pois será avaliado o propósito do uso		
Exempl o	Livros impresso	CLEMENT S e SHELFORD VE. Bio-ecology: an introduction. 2nd ed. J. Willey: New York City-NY, 1966; p425.
	E-book	SOUZA DF. Manual de saúde pública atual. Editora Acervo, Brasil, 2020; p156. Link de publicação: http://acervomais.com.br/e-book-3234323

Teses e Dissertações		
Estrutura básica: SOBRENOME I N I C I A I S. Título da obra. Tipo de obra (Título e área) – Departamento. Instituição, Cidade-Estado, ano; página usada para citação.		

Exe mpl o	DILLENBURG LR. Estudo fitossociológico do estrato arbóreo da mata arenosa de restinga em Emboaba, RS. Dissertação (Mestrado em Botânica) – Instituto de Biociências. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 1986; p258.
-----------------	--

Páginas da Internet

NOTA: Usar somente em casos extraordinários, pois será avaliado o propósito do uso

	POLÍTICA. 1998. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática. Disponível em: http://www.dicionario.com.br/língua-portuguesa . Acesso em: 8 mar. 1999.
--	---

Fonte: Acervo+, 2026.

UTILIZE COMO MODELO OS ARTIGOS PUBLICADOS NO SITE DA REVISTA

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA NO
REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL - RI/UFPI**

1. Identificação do material bibliográfico:

- [] Tese [] Dissertação [] Monografia ☒ TCC Artigo [] Livro
[] Capítulo de Livro [] Material Cartográfico ou Visual [] Música
[] Obra de Arte [] Partitura [] Peça de Teatro [] Relatório de pesquisa
[] Comunicação e Conferência [] Artigo de periódico [] Publicação seriada
[] Publicação de Anais de Evento

2. Identificação do Trabalho Científico:

Curso de Graduação: Bacharelado em Medicina

Programa de pós-graduação: -

Outro: -

Autor(a): Felipe Araújo Paiva

E-mail: felipearaujo@ufpi.edu.br

Orientador (a): João Antônio Leal de Miranda

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Membro da banca: Ellem Barros Araújo Lopes Luz

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Membro da banca: Valter de Carvalho Oliveira

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Título obtida: Bacharelado em Medicina

Data da defesa: 17 / 06 / 2026

Título do trabalho: EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL (1991-2025): REVISÃO NARRATIVA E ANÁLISE DOCUMENTAL DAS DIRETRIZES NACIONAIS

Agência de fomento (em caso de aluno bolsista): _____

3. Informações de acesso ao documento no formato eletrônico:

Liberação para publicação:

Total: ☒

Parcial: ☐. Em caso de publicação parcial especifique a(s) parte(s) ou o(s) capítulos(s) a serem publicados: _____

.....

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Em atendimento ao Artigo 6º da Resolução CEPEX nº 264/2016 de 05 de dezembro de 2016, autorizo a Universidade Federal do Piauí - UFPI, a disponibilizar gratuitamente sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral ou parcial da publicação supracitada, de minha autoria, em meio eletrônico, no Repositório Institucional (RI/UFPI), no formato especificado* para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela *internet*, a título de divulgação da produção científica gerada pela UFPI a partir desta data.

Local: Picos - PI Data: 22 / 07 / 2026

Assinatura do(a) autor(a): Julipe Araújo Pereira

* **Texto** (PDF); **imagem** (JPG ou GIF); **som** (WAV, MPEG, MP3); **Vídeo** (AVI, QT).