

Eficácia de anti-hipertensivos em comunidades Quilombolas: revisão integrativa da literatura

Efficacy of antihypertensives in Quilombola communities: an integrative literature review

Eficacia de los antihipertensivos en comunidades Quilombolas: una revisión integradora de la literatura

DOI: 10.54901/educa.v9-610

Gustavo Gusmão Ramos¹

José Braz Costa Castro Junior²

Flavia Cristina Lima de Sousa Castro³

Acire Veríssimo Gama⁴

Sueli de Souza Costa⁵

RESUMO: Este estudo analisa a prescrição de medicamentos anti-hipertensivos em populações negras quilombolas, considerando a eficácia, efeitos adversos e o acesso aos tratamentos. A pesquisa consiste em uma revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre 2019 e 2025, conduzida nas plataformas de PubMed e na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando rigoroso protocolo de seleção sistemática. Os resultados evidenciam que bloqueadores de canais de cálcio e diuréticos tiazídicos apresentam superioridade clínica na redução da pressão arterial nessa demografia, com resposta aprimorada em mulheres, enquanto betabloqueadores exibem menor eficácia. A adesão terapêutica é significativamente favorecida pelo uso precoce de terapias combinadas em dose única diária disponibilizadas pelo Programa Farmácia Popular do Brasil. O perfil de segurança exige cautela quanto à maior incidência de angioedema por inibidores da enzima conversora de angiotensina na população negra, priorizando-se os bloqueadores dos receptores de angiotensina. Este estudo preenche uma lacuna fundamental ao demonstrar que o controle pressórico em comunidades quilombolas exige protocolos terapêuticos baseados na resposta diferenciada do sexo biológico e na superação dos determinantes sociais que restringem a eficácia farmacológica.

Palavras-chave: Quilombolas; hipertensão; interações medicamentosas; efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos.

¹ Graduando em Medicina, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Pinheiro, Maranhão, Brasil.
E-mail: gustavogusmaoramos@gmail.com.

² Graduado em Medicina, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Pinheiro, Maranhão, Brasil.
E-mail: josebraz.b@gmail.com.

³ Graduada em Medicina, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Pinheiro, Maranhão, Brasil.
E-mail: flaviacristina@outlook.com.

⁴ Graduado em Odontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: acire_vg@hotmail.com.

⁵ Doutora em Odontologia, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Pinheiro, Maranhão, Brasil.
E-mail: sueli.costa@ufma.br

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como a elevação consistente da pressão sistólica acima de 140 mmHg e da diastólica acima de 90 mmHg, confirmada em pelo menos duas aferições distintas sem o uso de medicamentos (Aggarwal *et al.*, 2021). Sendo um problema de saúde pública que afeta mais de um terço da população mundial, a HAS configura-se como um dos principais fatores de risco modificáveis para doença renal crônica, acidente vascular encefálico e mortalidade cardiovascular (Feitosa *et al.*, 2024). Constata-se, contudo, uma carência de estudos robustos que definam a combinação farmacológica ideal para diferentes perfis populacionais, lacuna que se torna ainda mais crítica no atendimento a grupos historicamente marginalizados (Ojji *et al.*, 2022a).

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar a prescrição de anti-hipertensivos em comunidades quilombolas, avaliando a eficácia clínica e os efeitos adversos à luz das interações medicamentosas e da acessibilidade aos fármacos. Espera-se que os achados embasem condutas terapêuticas mais seguras e otimizem o controle pressórico nessa população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A prevalência da HAS é consistentemente maior e de mais difícil controle em populações negras, incluindo as comunidades quilombolas (CQ), devido a particularidades fisiológicas como maior atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resistência à insulina e retenção de sódio que demandam uma abordagem terapêutica diferenciada (Goleva *et al.*, 2024).

Além das predisposições biológicas, os descendentes de africanos escravizados no Brasil enfrentam desafios estruturais singulares que afetam o desfecho clínico, como barreiras de acesso a serviços de saúde e condições de vida adversas (Barroso *et al.*, 2021; Santana *et al.*, 2021). Esse cenário é agravado pela alta prevalência de comorbidades nas CQ, destacando-se o diabetes mellitus, as dislipidemias e as doenças respiratórias crônicas, as quais exigem um manejo terapêutico complexo e rigorosa vigilância quanto a interações medicamentosas (Borges; Kimura, 2023).

Apesar dessa complexidade multifatorial, a utilização de diretrizes médicas baseadas estritamente na raça tem sido questionada internacionalmente. A cor da pele, isoladamente, é um critério insuficiente e potencialmente arriscado para a tomada de decisões clínicas na escolha de anti-hipertensivos (Holt *et al.*, 2022).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, delineamento que permite a síntese de evidências advindas de múltiplos métodos de pesquisa, oferecendo uma visão ampla e aprofundada para embasar a prática clínica (Dantas *et al.*, 2022). O estudo foi estruturado em seis etapas metodológicas: definição da pergunta norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas, avaliação crítica dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento.

A pesquisa foi norteada pela seguinte questão: “Qual a prescrição ideal de anti-hipertensivos em comunidades quilombolas, levando em consideração a eficácia e efeitos adversos à luz da acessibilidade e interações medicamentosas?”. Para responder a este questionamento, as buscas foram conduzidas nas plataformas PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexando as bases MEDLINE e LILACS, visando garantir uma ampla cobertura da literatura pertinente.

Para a formulação da estratégia de busca, utilizaram-se os termos padronizados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores foram cruzados por meio dos operadores booleanos, resultando na seguinte equação de busca aplicada em ambas as bases: a) ("Hypertension" AND "Antihypertensive Agents" AND "Black population" AND "Blood Pressure"), b) ("Hypertension" AND "Antihypertensive Agents" AND "African descent" AND "Blood Pressure"), c) ("Hypertension" AND "Antihypertensive Agents" AND "Black people" AND "Blood Pressure"), d) ("high blood pressure" AND "Antihypertensive Agents" AND "Black population" AND "Blood Pressure"), e) ("high blood pressure" AND "Antihypertensive Agents" AND "African descent" AND "Blood Pressure"), f) ("high blood pressure" AND "Antihypertensive Agents" AND "Black people" AND "Blood Pressure").

Os critérios de inclusão abrangeram artigos originais publicados entre os anos de 2019 e 2025, disponíveis na íntegra no idioma inglês, que abordassem comparativamente a eficácia da prescrição de anti-hipertensivos em monoterapia ou terapia combinada em populações quilombolas ou em grupos demográficos negros comparáveis. Foram excluídos artigos duplicados entre as bases de dados e estudos com delineamento de revisão de literatura.

A seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, seguindo as diretrizes do protocolo PRISMA (Page *et al.*, 2021) para o processo de triagem e elegibilidade por meio do diagrama de fluxo. Os dados de interesse, incluindo autoria, ano, desenho metodológico, principais resultados e conclusões, foram extraídos e organizados em

matrizes de síntese. A discussão dos achados foi conduzida à luz da literatura acadêmica atual, priorizando a análise do perfil de eficácia, incidência de efeitos adversos, redução de tomadas diárias, interações medicamentosas e a acessibilidade via Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB).

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente na análise de dados secundários e de domínio público, o presente estudo dispensa a submissão e aprovação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando em total conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

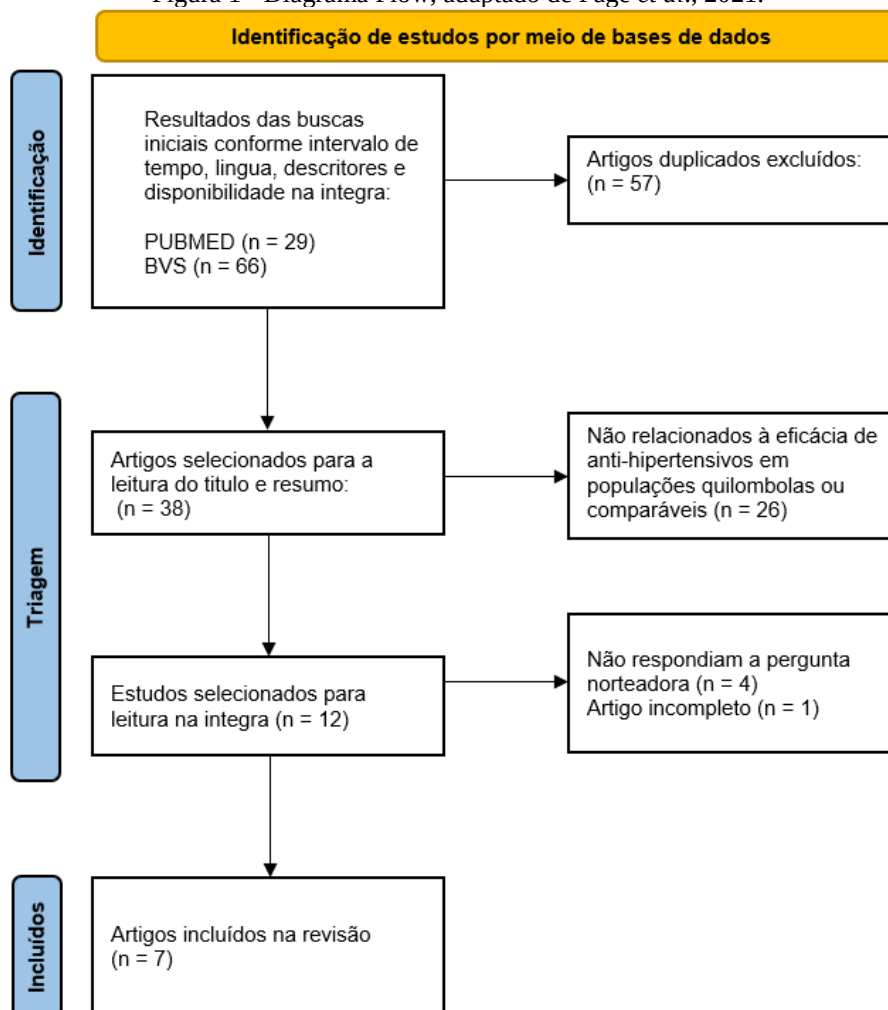
A estratégia de busca primária recuperou 95 registros (29 na PubMed e 66 na BVS), cuja distribuição por cruzamento de descritores encontra-se detalhada no Quadro 01. Após a remoção das duplicatas, restaram 38 artigos originais. A triagem por meio da leitura de títulos e resumos selecionou 12 manuscritos para avaliação na íntegra. Destes, cinco foram excluídos (quatro por inadequação à pergunta norteadora e um por dados incompletos), consolidando a amostra final em sete artigos, processo este esquematizado no diagrama PRISMA (Figura 01).

Quadro 1 - Número de artigos obtidos por meio da busca por descritores.

COMBINAÇÃO DESCRITORES	DOS	PUBMED	BVS (MEDLINE e LILACS)
a		3	4
b		2	5
c		22	26
d		0	3
e		0	4
f		2	24
TOTAL		29	66

Fonte: elaborado pelos autores, dados obtidos nas bases de dados PubMed e BVS.

Figura 1 - Diagrama Flow, adaptado de Page *et al.*, 2021.



Fonte: elaborado pelos autores, a partir do diagrama flow (2025).

4.1 Tabelas, Figuras e Gráficos

A síntese metodológica e os principais desfechos dos estudos selecionados estão dispostos no quadro 2. Cabe ressaltar a escassez de investigações focadas especificamente em comunidades quilombolas, registrando-se apenas um estudo brasileiro elegível. Em decorrência dessa lacuna empírica, a análise valeu-se da inclusão de populações negras com similaridades genéticas, compreendendo coortes da África Subsaariana e grupos demográficos de imigrantes negros.

Quadro 2 - Síntese dos artigos incluídos na revisão

Autor e Ano	Desenho e População	Intervenção	Resultados Principais
Ojji <i>et al.</i> (2019)	ECR, cego, multicêntrico (África)	Comparação de 3 grupos recebendo	Anlodipino + HCTZ ou perindopril proporcionaram maior redução da PAS em 24h

	Subsaariana). N = 728 pacientes negros com HAS não controlada.	terapias duplas (perindopril, anlodipino e HCTZ) ao longo de 6 meses.	(-3,14 e -3,00 mmHg; P<0,04) em comparação a perindopril + HCTZ. Sem diferença significativa entre as combinações com anlodipino. Efeitos adversos: tosse seca (iECA), edema e palpitações (BCC), hipocalemia.
Sinnott et al. (2020)	Coorte observacional (Reino Unido). N = 176.754 novos usuários de anti-hipertensivos.	Comparação da redução pressórica entre usuários de iECA/BRA, BCC e tiazídicos por etnia.	Pacientes negros tiveram redução adicional de 2,15 mmHg no grupo BCC comparado a iECA/BRA em 12 semanas. Após 1 ano, não houve diferença significativa na redução da PA entre os grupos, independentemente da raça. Efeito adverso principal: edema de tornozelo (BCC).
Sousa et al. (2022)	Coorte prospectiva transversal (ELSA-Brasil). N = 1.795 servidores com HAS em monoterapia.	Avaliação do controle da PA estratificada por raça autodeclarada e classe medicamentosa.	Maior incidência de PA descontrolada entre negros. Pior controle geral com iECA, seguido de BCC, tiazídicos, BRA e BB. Usuários negros de iECA mantiveram pior controle comparado a brancos (mesmo após ajustes). Entre usuários de BCC, a raça não se associou à PA descontrolada.
Ojji et al. (2022)	ECR, cego (análise secundária do estudo CREOLE). N = 728 pacientes negros com HAS.	Comparação por sexo da eficácia de terapias duplas (perindopril, HCTZ e anlodipino).	Mulheres com anlodipino + HCTZ ou perindopril apresentaram maior redução da PAS e PAD em 6 meses comparado a perindopril + HCTZ. Sem diferenças estatisticamente significativas entre os homens. Análise de efeitos adversos não estratificada por sexo.
Ojji et al. (2024)	ECR, aberto. N = 300 pacientes africanos negros com HAS não tratada ou monoterapia.	Comparação entre terapia tripla em baixas doses e monoterapia padrão com anlodipino.	Terapia tripla reduziu a PA em 31 mmHg contra 26 mmHg da monoterapia (diferença de 5,8 mmHg; P<0,001). Controle domiciliar (<130/80 mmHg) em 6 meses foi de 62% vs 28%. Efeitos adversos: cefaleia, hipotensão sintomática e hipocalemia. Nenhuma descontinuação.
Smith et al. (2024)	Coorte retrospectiva multicêntrica (EUA). N = 1.235 gestantes negras com HAS (2015-2022).	Comparação de eficácia clínica entre uso de nifedipino e labetalol.	Pacientes com nifedipino apresentaram maior redução da PAS (-2,08 mmHg; P<0,040) e PAD (-1,60 mmHg; P<0,028) em comparação ao labetalol, com menor necessidade de progressão de dose (P<0,001).
Van Apeldoorn et al. (2025)	Coorte prospectiva (HELIUS, Amsterdã). N = 22.164 avaliados.	Comparação do controle da HAS entre imigrantes africanos (Gana/Suriname) e população holandesa.	Maior dificuldade de controle da HAS em africanos (necessidade média de ≥ 2 drogas) e maior prescrição de BCC em terapias combinadas. Mulheres utilizando BCC e/ou tiazídicos obtiveram melhor controle pressórico; aquelas em uso de BB tiveram o pior controle.

Legenda: ECR (Ensaio Clínico Randomizado); HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); PA (Pressão Arterial); PAS (Pressão Arterial Sistólica); PAD (Pressão Arterial Diastólica); BCC (Bloqueadores dos Canais de Cálcio); iECA (Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina); BRA (Bloqueadores do Receptor de Angiotensina); BB (Betabloqueadores); HCTZ (Hidroclorotiazida).

Fonte: elaborado pelos autores, dados obtidos através das bases de dados PubMed e BVS, 2025

Dos resultados, dois autores indicam que os bloqueadores de canais de cálcio (BCC), como anlodipino e nifedipino, são consistentemente mais eficazes na redução da pressão arterial em pacientes negros (Ojji *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2022).

Três autores ressaltam uma resposta aprimorada de mulheres negras aos BCC (Ojji *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2024; Van Apeldoorn *et al.*, 2025). Desses, dois autores também observaram resultados menos favoráveis em pacientes que utilizam betabloqueadores (BB) (Smith *et al.*, 2024; Van Apeldoorn *et al.*, 2025).

No entanto, um autor apresenta uma perspectiva diferente, sugerindo que os BCC são mais eficazes para todos os pacientes, independentemente da raça, mas que essa diferença é reduzida até se tornar insignificante no período de um ano (Sinnott *et al.*, 2020). De forma sinérgica, dois autores não encontraram diferenças significativas na eficácia dos BCC em comparação com outras classes de medicamentos (Ojji *et al.*, 2022; Van Apeldoorn *et al.*, 2025). Desse grupo, Ojji *et al.* (2022b), em particular, destacam a ausência de uma maior eficácia de BCC na análise estratificada para homens.

Quanto à abordagem terapêutica, dois autores recomendam a terapia combinada em detrimento da monoterapia, mesmo em doses otimizadas (Ojji *et al.*, 2024; Van Apeldoorn *et al.*, 2025).

Quanto aos efeitos adversos, os três estudos que os abordaram relatam dor de cabeça, tontura, hipotensão sintomática, edema de tornozelos, hipocalcemia, tosse seca e palpitações, mas com baixa descontinuidade devido à eles (Ojji *et al.*, 2019, 2024; Sinnott *et al.*, 2020).

Por fim, dois autores convergem na ideia de que os determinantes sociais podem ter um impacto mais significativo nos resultados do que as próprias classes de medicamentos (Sinnott *et al.*, 2020; Sousa *et al.*, 2022).

A superioridade clínica dos BCC e diuréticos tiazídicos na população negra corrobora as diretrizes internacionais, consolidando-os como agentes de primeira linha (Harrison *et al.*, 2025; Ojji *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2022; Whelton *et al.*, 2018), enquanto BB e inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) apresentam menor resposta em monoterapia (Prisant; Mensah, 1996). Contudo, a vantagem dos BCCs pode não ser estatisticamente significativa a longo prazo ou em cenários de terapias combinadas (Ojji *et al.*, 2022b; Sinnott *et al.*, 2020; Van Apeldoorn *et al.*, 2025). A considerável sobreposição nas distribuições de resposta entre grupos raciais e a alta variabilidade aos iECA indicam que a ancestralidade é um critério isolado insuficiente para decisões clínicas absolutas (Sehgal, 2004), sendo as aparentes contradições na literatura frequentemente decorrentes de divergências metodológicas (Jones *et al.*, 2024).

A análise evidencia que a resposta farmacológica sofre forte influência do sexo biológico, com eficácia aprimorada dos BCCs em mulheres negras, refletindo-se em melhores desfechos, inclusive na hipertensão gestacional (Ojji *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2024; Van Apeldoorn *et al.*, 2025). Em contrapartida, o uso de BBs associa-se consistentemente a um pior controle pressórico nessa demografia, ratificando a recomendação de restringir essa classe a pacientes com indicações cardiovasculares mandatórias, evitando-os como primeira linha (Smith *et al.*, 2024; Van Apeldoorn *et al.*, 2025). A personalização do tratamento em comunidades quilombolas (CQ), portanto, deve extrapolar a etnia para incorporar fatores individuais, superando abordagens que utilizam a raça como mero marcador e mascaram determinantes genéticos e sociais multifatoriais (Borges *et al.*, 2025).

Para além da biologia, a consolidação terapêutica exige avaliar aspectos pragmáticos determinantes para a adesão contínua. Como a HAS em grupos africanos é frequentemente mais resistente e difícil de controlar, há consenso de que a adoção precoce da terapia combinada é superior à monoterapia, exigindo usualmente duas ou mais drogas para atingir as metas pressóricas (Ojji *et al.*, 2024; Van Apeldoorn *et al.*, 2025). A associação de fármacos que atuam em diferentes mecanismos fisiopatológicos, especialmente iECA ou BRA com BCC ou diuréticos tiazídicos, mostra-se consideravelmente mais efetiva (Goleva *et al.*, 2024). Evidências demonstram que até mesmo protocolos de terapia tripla em baixas doses alcançam controle pressórico superior com boa tolerabilidade (Ojji *et al.*, 2024).

Para as CQ, onde a continuidade do tratamento pode ser comprometida por fatores socioeconômicos e logísticos, a simplificação da posologia é um fator-chave. A utilização de combinações fixas em dose única diária reduz as taxas de abandono sem aumentar eventos adversos significativos. Nesse cenário, deve-se incentivar fortemente a prescrição de formulações disponíveis no PFPB como anlodipino, hidroclorotiazida e losartana, tornando imperativo que as políticas de saúde pública priorizem a aquisição e distribuição desses esquemas combinados para otimizar o manejo da HAS nessas populações.

A eficácia do tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é substancialmente limitada por fatores externos, de modo que os determinantes sociais em saúde exercem frequentemente maior impacto nos desfechos clínicos do que a classe do medicamento prescrito (Sinnott *et al.*, 2020; Sousa *et al.*, 2022). O risco cardiovascular e a dificuldade de controle pressórico são agravados pelo baixo status socioeconômico, pobreza concentrada e restrição a alimentos saudáveis (Borges *et al.*, 2025). No Brasil, populações negras e pardas residentes em áreas rurais, com menor escolaridade, apresentam os piores índices de conscientização e controle da doença (Vieira *et al.*, 2025). O êxito observado em ensaios

clínicos não se traduz na realidade quando o acesso aos serviços e a adesão estão comprometidos, evidenciando a raça como um marcador histórico de desigualdades estruturais (Jamerson; DeQuattro, 1996).

Nesse contexto, a acessibilidade aos fármacos desponta como um fator primordial para a adesão, visto que a limitação financeira frequentemente leva à descontinuidade do tratamento. O PFPB representa um avanço significativo para mitigar esse obstáculo, porém sua efetividade nas comunidades quilombolas (CQ) esbarra em falhas logísticas e de distribuição. A gratuidade dos medicamentos não garante a adesão se os pacientes necessitam percorrer longas distâncias ou enfrentar dificuldades de transporte para obtê-los, convertendo essas barreiras geográficas em causas reais de abandono terapêutico (Magnabosco *et al.*, 2015).

Diante dessa complexidade estrutural, a intervenção estritamente farmacológica torna-se insuficiente, exigindo uma abordagem intersetorial. Embora a Constituição Federal (Brasil, 1988) reconheça os direitos territoriais das CQ, a lentidão na titulação de terras afeta diretamente a infraestrutura local e a fixação de profissionais. Normativas como o Estatuto da Igualdade Racial (Brasil, 2010) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2017) preconizam a superação dessas iniquidades, mas a implementação prática permanece um desafio. Para efetivar o direito à saúde sob os princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990), é imprescindível ir além da simples disponibilidade de medicamentos em listas oficiais. Faz-se necessária a adoção de estratégias inovadoras, como programas de atenção farmacêutica, entrega domiciliar e criação de pontos de distribuição locais, integrando a dispensação anti-hipertensiva a ações de saneamento, educação e segurança alimentar.

A avaliação do perfil de segurança e o manejo de interações medicamentosas são cruciais para garantir a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em comunidades quilombolas (CQ), caracterizadas pela alta prevalência de comorbidades e pelo consequente risco de polifarmácia (Borges *et al.*, 2025; Salh *et al.*, 2025). Entre os efeitos adversos documentados, embora sintomas gerais como cefaleia, edema de tornozelos (frequente com BCCs) e hipocalcemia (associada a tiazídicos) apresentem baixas taxas de descontinuidade (Smith; Lennon; Carlsgaard, 2020), o risco de angioedema induzido por inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) exige atenção prioritária. Pacientes afrodescendentes apresentam um risco até cinco vezes maior de desenvolver essa complicação (Gibbs; Lip; Beevers, 1999; Mugo *et al.*, 2024). Devido à gravidade do quadro e ao acesso frequentemente limitado a serviços de emergência nas CQ, o uso de iECA como primeira linha deve ser evitado, priorizando-se os bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) quando a modulação do sistema renina-angiotensina for necessária.

Além das limitações intrínsecas de eficácia na população negra, o manejo da hipertensão arterial sistêmica deve evitar interações medicamentosas agravantes. A coadministração de BCCs com estatinas demanda cautela e ajuste de doses, visto que a inibição da enzima CYP3A4 pelos BCCs amplifica o risco de rabdomiólise (Morris *et al.*, 2025; Schröder; Goltz; Knoth, 2016). No contexto de pacientes diabéticos, a prescrição de BB deve ser rigorosamente evitada, não apenas por sua menor eficácia já estabelecida para esse grupo demográfico, mas pelo risco de prolongar quadros de hipoglicemia e mascarar seus sintomas adrenérgicos clássicos, dificultando o reconhecimento de episódios iminentes (Gaafar; Salama; El Batran, 1994; Kleinbaum; Shamoon, 1984; Zaman; Kendall; Biggs, 1982). Dessa forma, a gestão terapêutica eficaz nas CQ transcende a escolha do anti-hipertensivo mais potente, exigindo educação em saúde e a priorização de esquemas que minimizem riscos crônicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prescrição ideal de anti-hipertensivos em CQ exige transcender a eficácia clínica isolada, incorporando as particularidades fisiológicas, sociais e o perfil de comorbidades locais. Evidências apontam a leve superioridade dos BCC e diuréticos tiazídicos na redução da pressão arterial nesse grupo, com resposta mais expressiva em mulheres, enquanto os BB demonstram menor eficácia, devendo ser restritos a indicações cardiovasculares específicas. Para otimizar a adesão, é estratégico priorizar fármacos de dose única diária disponíveis no PFPB, como anlodipino, hidroclorotiazida e losartana. Sob essa ótica, a instituição precoce de terapia combinada apresenta-se preferível à elevação de doses em monoterapia, favorecendo o controle pressórico com maior tolerabilidade e efetividade.

O manejo seguro demanda vigilância direcionada aos efeitos adversos e interações medicamentosas específicas. Recomenda-se evitar BCCs em pacientes propensos a edema periférico, limitar a hidroclorotiazida na presença de hipocalcemia e monitorar a hipotensão sintomática, sobretudo em idosos. Dada a maior suscetibilidade da população negra ao angioedema induzido por iECA e à tosse seca, os bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) despontam como opções mais seguras, valorizando a losartana pela sua acessibilidade. Adicionalmente, o risco de mascaramento de sintomas hipoglicêmicos por BBs em pacientes diabéticos e a interação potencial entre sinvastatina e BCCs exigem monitoramento clínico rigoroso e, quando a associação for inevitável, a utilização de doses mínimas.

Por fim, aponta-se como limitação desta revisão a ausência de estudos de eficácia farmacológica conduzidos especificamente em populações quilombolas brasileiras, o que

exigiu a análise de dados oriundos de grupos populacionais negros comparáveis. Torna-se imperativa a realização de pesquisas primárias focadas na realidade miscigenada e genética do Brasil. Espera-se que os achados aqui sintetizados auxiliem o raciocínio clínico dos profissionais da atenção básica e embasam a estruturação de políticas públicas direcionadas a essas comunidades.

Conclui-se que a adoção de estratégias terapêuticas individualizadas e baseadas em evidências é determinante para o sucesso do tratamento. Espera-se que esta síntese oriente o raciocínio clínico dos profissionais na atenção básica e embase a formulação de políticas públicas focadas em garantir um acesso equitativo, seguro e eficaz para o manejo da hipertensão neste grupo populacional historicamente negligenciado.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, Rahul *et al.* Racial/Ethnic Disparities in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in the United States, 2013 to 2018. **Hypertension** (Dallas, Tex.: 1979), a. v. 78, n. 6, p. 1719–1726, dez. 2021.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 3 mar. 2021.

BORGES, Vinicius Magalhães *et al.* Genomic Exploration of Essential Hypertension in African-Brazilian Quilombo Populations: A Comprehensive Approach With Pedigree Analysis and Family-Based Association Studies. **Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease**, v. 14, n. 7, p. e036193, 21 mar. 2025.

BORGES, Vinicius Magalhães; KIMURA, Lilian. Panorama da hipertensão arterial nos quilombos do Brasil: uma revisão narrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33050, 15 dez. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. **Lei no 12.288, de 20 de julho de 2010**: Institui o Estatuto da Igualdade Racial, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm.

BRASIL. **Portaria GM/MS no 2.871, de 4 de dezembro de 2017**: Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. , 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2871_04_12_2017.html.

DANTAS, Hallana Laisa de Lima *et al.* Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 334–345, 13 mar. 2022.

FEITOSA, Audes Diogenes de Magalhães *et al.* Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 121, n. 4, 8 abr. 2024.

GAAFAR, K.; SALAMA, S.; EL BATRAN, S. Studies on the glycemc and lipidemic effect of atenolol and propranolol in normal and diabetic rats. **Arzneimittel-Forschung**, v. 44, n. 4, p. 496–501, abr. 1994.

GIBBS, C. R.; LIP, G. Y. H.; BEEVERS, D. G. Angioedema due to ACE inhibitors: increased risk in patients of African origin. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 48, n. 6, p. 861–865, dez. 1999.

GOLEVA, Slavina B. *et al.* Racial and Ethnic Disparities in Antihypertensive Medication Prescribing Patterns and Effectiveness. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 116, n. 6, p. 1544–1553, dez. 2024.

HARRISON, Anil *et al.* Comparative Effectiveness of Calcium-Channel Blockers, Angiotensin-Converting Enzyme/Angiotensin Receptor Blockers and Diuretics on Cardiovascular Events Likelihood in Hypertensive African-American and Non-Hispanic Caucasians: A Retrospective Study Across HCA Healthcare. **Clinical Cardiology**, v. 48, n. 1, p. e70075, 21 jan. 2025.

HOLT, Hunter K. *et al.* Differences in Hypertension Medication Prescribing for Black Americans and Their Association with Hypertension Outcomes. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 35, n. 1, p. 26–34, 1 jan. 2022.

JAMERSON, K.; DEQUATTRO, V. The impact of ethnicity on response to antihypertensive therapy. **The American Journal of Medicine**, v. 101, n. 3A, p. 22S–32S, 30 set. 1996.

JONES, Kamryn E. *et al.* The Evolving Role of Calcium Channel Blockers in Hypertension Management: Pharmacological and Clinical Considerations. **Current Issues in Molecular Biology**, v. 46, n. 7, p. 6315–6327, 22 jun. 2024.

KLEINBAUM, J.; SHAMOON, H. Effect of propranolol on delayed glucose recovery after insulin-induced hypoglycemia in normal and diabetic subjects. **Diabetes Care**, v. 7, n. 2, p. 155–162, 1984.

MAGNABOSCO, Patricia *et al.* Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations 1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 20–27, 2015.

MORRIS, Robert *et al.* The Association Between Statin Drugs and Rhabdomyolysis: An Analysis of FDA Adverse Event Reporting System (FAERS) Data and Transcriptomic Profiles. **Genes**, v. 16, n. 3, p. 248, 21 fev. 2025.

MUGO, Jacqueline W. *et al.* A GWAS of ACE Inhibitor-Induced Angioedema in a South African Population. **medRxiv: The Preprint Server for Health Sciences**, p. 2024.09.13.24313664, 15 set. 2024.

OJJI, Dike B. *et al.* Comparison of Dual Therapies for Lowering Blood Pressure in Black Africans. **New England Journal of Medicine**, v. 380, n. 25, p. 2429–2439, 20 jun. 2019.

OJJI, Dike B. *et al.* A Differential Response to Antihypertensive Therapy in African Men and Women: Insights From the CREOLE Trial. **American Journal of Hypertension**, v. 35, n. 6, p. 551–560, 16 jun. 2022a.

OJJI, Dike B. *et al.* Effect of 3, 2-Drug Combinations of Antihypertensive Therapies on Blood Pressure Variability in Black African Patients: Secondary Analyses of the CREOLE Trial. **Hypertension**, v. 79, n. 11, p. 2593–2600, nov. 2022b.

OJJI, Dike B. *et al.* Low-Dose Triple-Pill vs Standard-Care Protocols for Hypertension Treatment in Nigeria: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v. 332, n. 13, p. 1070–1079, 1 out. 2024.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, p. n71, 29 mar. 2021.

PRISANT, L. M.; MENSAH, G. A. Use of beta-adrenergic receptor blockers in blacks. **Journal of Clinical Pharmacology**, v. 36, n. 10, p. 867–873, out. 1996.

SALH, Hozan Jaza Hama *et al.* The Relation Between Polypharmacy, Potentially Inappropriate Medications, Organ Function, and Quality of Life in Elderly Patients with Type 2 Diabetes. **Hospital Pharmacy**, p. 00185787251337592, 11 maio 2025.

SANTANA, Katuscy Carneiro *et al.* Utilização de serviços de saúde por adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2807–2817, 2 jul. 2021.

SCHRÖDER, Jane; GOLTZ, Lisa; KNOTH, Holger. [Medication management: Simvastatin and Amlodipin - a clinically relevant drug-interaction?]. **Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946)**, v. 141, n. 21, p. 1575–1577, out. 2016.

SEHGAL, Ashwini R. Overlap between whites and blacks in response to antihypertensive drugs. **Hypertension** (Dallas, Tex.: 1979), v. 43, n. 3, p. 566–572, mar. 2004.

SINNOTT, Sarah-Jo *et al.* First line drug treatment for hypertension and reductions in blood pressure according to age and ethnicity: cohort study in UK primary care. **BMJ**, v. 371, p. m4080, 18 nov. 2020.

SMITH, Dustin K.; LENNON, Robert P.; CARLSGAARD, Peter B. Managing Hypertension Using Combination Therapy. **American Family Physician**, v. 101, n. 6, p. 341–349, 15 mar. 2020.

SMITH, Nicolina *et al.* Nifedipine outperforms labetalol: A comparative analysis of hypertension management in black pregnancies. **Pregnancy Hypertension**, v. 37, p. 101147, set. 2024.

SOUSA, Camila Tavares *et al.* Racial Differences in Blood Pressure Control from Users of Antihypertensive Monotherapy: Results from the ELSA-Brasil Study. **Arquivos Brasileiros De Cardiologia**, v. 118, n. 3, p. 614–622, mar. 2022.

VAN APELDOORN, Joshua A. N. *et al.* Antihypertensive Medication Category Prescriptions and Blood Pressure Control in African Surinamese and Ghanaian Migrants with Hypertension in Amsterdam, The Netherlands: The HELIUS Study. **High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention: The Official Journal of the Italian Society of Hypertension**, v. 32, n. 1, p. 69–77, jan. 2025.

VIEIRA, Maria Alice Souza *et al.* Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the Brazilian population and sociodemographic associated factors: data from National Health Survey. **BMC Public Health**, v. 25, p. 781, 25 fev. 2025.

WHELTON, Paul K. *et al.* 2017 ACC/ AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ AGS/ APhA/ ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Hypertension**, v. 71, n. 6, p. e13–e115, jun. 2018.

ZAMAN, R.; KENDALL, M. J.; BIGGS, P. I. The effect of acebutolol and propranolol on the hypoglycaemic action of glibenclamide. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 13, n. 4, p. 507–512, abr. 1982.