



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RÔMULO LUIZ NEVES BOGÉA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO
NEGRA DO MAIOR QUILOMBO URBANO DA AMÉRICA LATINA**

São Luís – MA

2026

RÔMULO LUIZ NEVES BOGÉA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO
NEGRA DO MAIOR QUILOMBO URBANO DA AMÉRICA LATINA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Nucleadora UFMA, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Eixo da Saúde Coletiva: Ciências Sociais e Humanas em Saúde

São Luís – MA

2026

Bogéa, Rômulo Luiz Neves.

Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial na
População Negra do Maior Quilombo Urbano da América Latina
/ Rômulo Luiz Neves Bogéa. - 2026.

58 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2025.

1. População Negra. 2. Hipertensão. 3. Adesão Ao
Tratamento. 4. Quilombolas. I. Sardinha, Ana Hélia de
Lima. II. Título.

RÔMULO LUIZ NEVES BOGÉA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO
NEGRA DO MAIOR QUILOMBO URBANO DA AMÉRICA LATINA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima de Sardinha (Orientadora)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dr.^a Maria Isis Freire de Aguiar
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Prof.^a Dr.^a Sally Cristina Moutinho Monteiro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Aprovado em:

São Luís, 2026

Agradecimentos

À Universidade Federal do Maranhão e à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, pela oportunidade de formação e pelo apoio institucional que viabilizaram este percurso.

A minha orientadora, Ana Hélia de Linha Sardinha, pela paciência nos momentos de particular indecisão e direcionamentos quando necessário.

Ao meu pai, Luiz Antônio Bogéa, que possibilitou que eu chegasse onde estou, por ter proporcionado todas as oportunidades de estudo que estavam ao seu alcance.

As minhas mães, Raquel Neves e Josilene Bogéa, por se mostrarem super empolgadas pela perspectiva de crescimento profissional que o mestrado possibilitaria.

Ao meu companheiro de vida, Rafael Ribeiro, pelo apoio e palavras de animação quando pensava em desistir, mantendo sua característica mais marcante que é o se importar com os seus.

A minha amiga, Thamyris Machado, por ter insistido que eu realizasse o mestrado e aberto minha visão para as oportunidades profissionais que poderiam surgir a partir dessa decisão.

A minha amiga, Jadeane Medeiros, pelo apoio, escuta ativa e palavras nos momentos certos, que me conduziram às boas decisões.

A minha amiga, Eusiene Furtado, que esteve presente em diversas situações de animosidades, mostrando-se disponível em ajudar no que fosse preciso.

Aos demais amigos que estiveram envolvidos durante todo o processo, ajudando com palavras de motivação e contribuições explícitas na elaboração deste produto.

Por fim, aos meus colegas de turma 05 e aos professores da Renasf por terem proporcionado momentos incríveis de construção de conhecimento e troca de experiências, que me elevaram enquanto indivíduo e profissional de enfermagem.

RESUMO

A Hipertensão Arterial (HA) impõe elevada carga no Brasil e afeta de modo desproporcional a população negra, em especial quando determinantes sociais e arranjos de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) limitam continuidade terapêutica e controle pressórico; nesse contexto, comunidades quilombolas urbanas merecem atenção por combinarem proximidade geográfica dos serviços com microbarreiras organizacionais que impactam a efetividade do cuidado. Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas negras residentes em um quilombo urbano. Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativo, realizado em um centro de saúde de um quilombo urbano em São Luís, Maranhão, Brasil. A amostra foi constituída por 288 usuários cadastrados com diagnóstico de HA e que se autodeclaravam negros. Foram aplicados para coleta de dados dois instrumentos, o primeiro sobre o perfil sociodemográfico, hábitos de vida e saúde, e o segundo relacionado à adesão ao tratamento da HA. Foram utilizadas análises descritivas e modelos multivariados para estimar as associações entre escore de adesão e o controle pressórico. Os resultados mostraram majoritariamente mulheres (69,4%) e idosos (51%), com baixa escolaridade (46%) e renda (87,1%); além disso, o excesso de peso foi frequente (63,3%). Observou-se proporção muito elevada de adesão (98,6%), porém uma parcela substancial manteve pressão arterial acima da meta clínica recomendada (52,4%); além disso, escores mais altos de adesão associaram-se a menores níveis de pressão diastólica, enquanto o efeito sobre a pressão sistólica foi menos consistente. Esses achados sugerem que apenas o uso de medicamentos não basta para garantir controle ótimo da pressão arterial, quando persistem outras condições que impactam nesses níveis pressóricos. A adesão autorreferida pode ser alta e ainda coexistir com controle pressórico aquém do ideal; o acesso continuado e o vínculo assistencial mostraram potencial para elevar a percepção da adesão; contudo, os determinantes sociais e estilo de vida seguem também orientando sobremaneira a resposta clínica, desse modo, profissionais da atenção primária, ao pensar em estratégias para melhoria da adesão, precisam combinar tais aspectos aos arranjos de cuidado para o controle efetivo da HA.

Palavras-chave: População Negra; Hipertensão; Adesão ao Tratamento; Quilombolas

ABSTRACT

Hypertension imposes a heavy burden in Brazil and disproportionately affects the black population, especially when social determinants and primary health care arrangements limit therapeutic continuity and blood pressure control. In this context, urban quilombo communities deserve attention because they combine geographical proximity to services with organizational microbarriers that impact the effectiveness of care. This study aimed to evaluate adherence to antihypertensive treatment in black people living in an urban quilombo. This is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach, conducted at a health center in an urban quilombo in São Luís, Maranhão, Brazil; the sample consisted of 288 registered users diagnosed with hypertension who self-identified as black. Two instruments were used for data collection: the first on sociodemographic profile, lifestyle, and health, and the second related to adherence to hypertension treatment. Descriptive analyses and multivariate models were used to estimate associations between adherence scores and blood pressure control. The results of the survey showed that the majority were women (69.4%) and elderly (51%), with low education (46%) and income (87.1%); overweight was frequent (63.3%). A very high proportion of adherence was observed according to the instrument applied (98.6%), but a substantial portion maintained blood pressure above the recommended clinical target (52.4%); in addition, higher adherence scores were associated with lower diastolic blood pressure levels, while the effect on systolic blood pressure was less consistent. These findings suggest that medication use alone are not sufficient to ensure optimal blood pressure control when other conditions that impact blood pressure levels persist. Self-reported adherence may be high and still coexist with suboptimal blood pressure control; continued access and care bonding showed potential to increase adherence; however, social determinants and lifestyle also continue to significantly influence the clinical response, thereby primary care professionals, when considering strategies to improve adherence, need to combine these aspects with care arrangements for the effective control of hypertension.

Keywords: Black Population; Hypertension; Treatment Adherence; Quilombolas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis socioeconômicas dos participantes da pesquisa	29
Tabela 2 – Distribuição das variáveis de hábitos de vida dos participantes da pesquisa	31
Tabela 3 – Distribuição das variáveis segundo aspectos clínicos dos participantes da pesquisa	32
Tabela 4 – Distribuição dos participantes segunda a nova classificação da Pressão Arterial.....	32
Tabela 5 – Distribuição dos participantes segundo classificação do Índice de Massa Corporal.....	33
Tabela 6 – Resultado do Instrumento de Avaliação de Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial.....	33
Tabela 7 – Distribuição da PA controlada e médias de PAS/PAD por tercis internos do escore de adesão.....	33
Tabela 8 – Associação entre escore de adesão e níveis pressóricos.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HA	Hipertensão Arterial
DM	Diabetes Mellitus
OMS	Organização Mundial de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
IMC	Índice de Massa Corporal

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	GERAL	12
2.2	ESPECÍFICOS	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1	SAÚDE, RAÇA E TERRITÓRIO: FUNDAMENTOS CONCEITUAIS	13
3.2	POPULAÇÃO NEGRA E COMUNIDADES QUILOMBOLAS	14
3.3	HIPERTENSÃO ARTERIAL	15
3.3.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO NEGRA.....	16
3.3.2	HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO NEGRA DO BRASIL	17
3.3.3	HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO NEGRA DO MARANHÃO.....	18
3.4	ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	19
3.5	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EQUIDADE RACIAL.....	20
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	TIPO DE ESTUDO	22
4.2	LOCAL E PERÍODO	22
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
4.4	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	25
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	26
5	RESULTADOS.....	27
6	DISCUSSÃO	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES.....	53
	ANEXOS	58

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição crônica não transmissível encarada como um desafio à saúde pública, e que se caracteriza pela elevação persistente dos níveis pressóricos. Essa enfermidade associa-se a distúrbios funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas, aumentando o risco de complicações cardiovasculares graves e a um aumento da mortalidade (Brandão *et al.*, 2025).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a HA afeta, globalmente, de 20 a 40% da população adulta. Além disso, em se tratando de mortalidade, ela é responsável por 45% das mortes por cardiopatias (Fiório *et al.*, 2020).

No Brasil, a HA também representa um dos grandes desafios de saúde pública. Dados da Vigitel Brasil (2023) estimam que aproximadamente 30% dos brasileiros adultos convivem com a doença. No Maranhão, estudo realizado em São Luís apontou uma prevalência de 31,3% entre adultos, com associação estatisticamente significativa entre HA e fatores como idade, raça/cor e escolaridade (Gomes *et al.*, 2024)

Sousa *et al.* (2022) demonstram que a população negra, em relação à população branca, apresenta baixa efetividade no controle da pressão arterial com a maioria das classes de anti-hipertensivos, levando à reflexão que essa maior probabilidade de descontrole dos níveis pressóricos pode estar mais relacionada aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) do que à classe medicamentosa.

De acordo com o Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, a população negra é definida como "o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme os critérios adotados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE". Paralelamente, segundo o último censo do IBGE de 2022, o Maranhão é o quinto estado de maior contingente proporcional de pessoas que se declararam da cor preta no Brasil (10,9%), além do mais, a maioria dos maranhenses (66%) se declaram da cor parda.

Além de uma população negra numerosa, o Maranhão enfrenta dificuldades significativas em termos de infraestrutura de saúde e recursos humanos. A prevalência de HA na população negra do estado é alarmante, e os indicadores de saúde revelam uma situação preocupante, com altos índices de mortalidade e hospitalizações relacionadas a essa condição crônica (Cavalcante *et al.*, 2024).

As realidades no estado são diversas e o acesso aos serviços varia conforme o território. Evidências brasileiras recentes mostram que áreas rurais enfrentam barreiras estruturais de acesso e continuidade do cuidado, o que se associa a pior adesão e controle pressórico em comparação a contextos urbanos (Franco; Lima; Giovanella, 2021). Em quilombos, essas barreiras se agravam, com desabastecimento e seguimento clínico intermitente descritos na literatura, repercutindo em desfechos piores da HA (Borges; Kimura, 2023; Rosa *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é decisiva para qualificar o cuidado da HA ao articular continuidade do seguimento, manejo e ações de educação em saúde culturalmente competentes. Quando bem organizada, a APS melhora a utilização efetiva do serviço e cria condições para adesão sustentada ao tratamento, reduzindo perdas no percurso assistencial (Silva; Fausto; Gonçalves, 2023; Franco; Lima; Giovanella, 2021).

A relevância desta pesquisa reside, portanto, em compreender o grau de adesão ao tratamento da HA em população negra de um quilombo urbano, tomando a APS como cenário de análise para orientar estratégias sensíveis ao contexto quilombola e comprometidas com o enfrentamento das iniquidades em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a adesão ao tratamento das pessoas negras hipertensas de um quilombo urbano.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos, estilo de vida e de saúde das pessoas negras hipertensas;
- Classificar a adesão ao tratamento das pessoas negras hipertensas;
- Verificar a associação entre o escore total de adesão ao tratamento e os valores pressóricos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SAÚDE, RAÇA E TERRITÓRIO: FUNDAMENTOS CONCEITUAIS

A compreensão contemporânea do processo saúde-doença ultrapassa a dimensão biológica e requer uma leitura que considere os determinantes sociais, raciais e territoriais que condicionam o adoecimento.

O modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), sistematizado por Dahlgren e Whitehead (1991), propõe que a saúde resulta da interação entre fatores econômicos, culturais, ambientais e políticos, distribuídos de maneira desigual entre grupos populacionais.

Essa perspectiva é central para compreender por que doenças crônicas, como a HA, apresentam prevalências desiguais quando se cruzam os eixos de classe social, raça e território.

No contexto brasileiro, a categoria “raça” assume importância analítica singular. As desigualdades raciais não são apenas expressões estatísticas, mas consequências históricas de um racismo estrutural que se atualiza em práticas institucionais, inclusive na saúde (Brasil, 2025).

O racismo estrutural, entendido como matriz de produção e reprodução de desigualdades sociais (Almeida, 2019), se manifesta em indicadores de morbimortalidade mais elevados entre pessoas negras, no acesso desigual aos serviços e na sub-representação dessa população em políticas de prevenção e cuidado.

A Saúde Coletiva brasileira tem reconhecido que o racismo institucional constitui um determinante social de saúde autônomo, pois interfere no acesso, na qualidade do cuidado e na confiança entre usuários e profissionais (Silva; Almeida, 2023).

O território, por sua vez, é elemento constitutivo da saúde. Segundo Milton Santos (2006), o território é espaço vivido, dotado de significados e relações de poder. No caso das comunidades quilombolas, ele representa simultaneamente espaço de resistência histórica e base da reprodução sociocultural.

A saúde, portanto, não pode ser dissociada das condições territoriais que sustentam a vida comunitária, como o acesso à água, à terra e à alimentação saudável, elementos frequentemente comprometidos pela exclusão geográfica e pela negligência estatal (Almeida, 2019).

Essa dimensão territorial assume relevância especial na discussão sobre equidade em saúde, princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Garantir equidade implica reconhecer que populações com trajetórias históricas distintas requerem políticas diferenciadas. Contudo, a distância física das unidades de atenção primária, a escassez de profissionais capacitados e o racismo institucional dificultam a materialização desse princípio (Silva, 2024).

Pensar saúde, raça e território de forma articulada significa deslocar o olhar do indivíduo para o contexto social. O enfrentamento das iniquidades raciais em saúde exige compreender que os processos de adoecimento são, antes de tudo, expressões de desigualdades estruturais. Essa base conceitual sustenta a análise das condições de saúde e do controle da HA em populações quilombolas, nas quais o corpo, o território e a ancestralidade se entrelaçam como dimensões indissociáveis.

3.2 POPULAÇÃO NEGRA E COMUNIDADES QUILOMBOLAS

As comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais formados a partir da resistência ao sistema escravocrata e da luta pela autonomia territorial e cultural. Reconhecidas pela Constituição Federal de 1988 (art. 68 do ADCT) e pelo Decreto n.º 4.887/2003, elas representam hoje mais de seis mil comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares, concentradas majoritariamente nas regiões Norte e Nordeste.

A composição étnico-racial das comunidades quilombolas é majoritariamente negra; Souza e Brito (2023) observam que “o quilombo, por ter grande parte da sua população negra, sofre constantemente os reflexos do racismo brasileiro”, evidenciando que a experiência quilombola é, essencialmente, uma expressão coletiva da negritude no território. Essa predominância reflete o caráter histórico dos quilombos como espaços de resistência da população africana escravizada e de seus descendentes.

Como destaca Arruti (2020), os quilombos não são apenas agrupamentos territoriais, mas expressões políticas e culturais de um projeto coletivo de negritude e liberdade. Portanto, as desigualdades em saúde observadas nesses territórios precisam ser analisadas à luz do racismo estrutural que historicamente condiciona a vida da população negra brasileira.

Ao longo da história brasileira, a população negra tem sido sistematicamente submetida a condições de extrema vulnerabilidade social, caracterizadas por miséria

e resistência. Desde o período colonial, essa população foi compelida a exercer atividades sob regime escravista, sobretudo nos engenhos de cana-de-açúcar, nas lavouras e nos serviços domésticos, sendo frequentemente desumanizada e relegada a uma condição subalterna (Guimarães *et al.*, 2024).

O Brasil configura-se como uma das nações com a maior população de origem africana do mundo. Uma parcela expressiva dessa população, majoritariamente composta por pessoas negras, ainda enfrenta intensas desigualdades estruturais, evidenciadas por diversos indicadores socioeconômicos, como renda, acesso à educação e saúde e racismo estrutural (Souza; Brito, 2023).

Nesse contexto, observa-se que uma significativa proporção dessa população é dependente do SUS. Dados recentes demonstram que usuários negros compõem a maioria dos atendimentos realizados tanto na APS quanto nas internações hospitalares, revelando um padrão de maior exposição à precariedade dos DSS (Oliveira *et al.*, 2024).

A população negra apresenta maior suscetibilidade a múltiplas comorbidades, em decorrência de fatores multifatoriais, dentre os quais se destaca a condição social em que está inserida, contribuindo significativamente para o agravamento das condições de saúde, com impactos diretos na maior incidência de doenças crônicas (Souza *et al.*, 2023).

3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HA configura-se como uma das principais causas de morbimortalidade em nível global, sendo caracterizada por níveis persistentemente elevados da pressão arterial. Trata-se de uma condição clínica multifatorial, geralmente silenciosa, que pode evoluir para alterações estruturais e funcionais em órgãos-alvo, como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos (Silva; Fausto; Gonçalves, 2023).

A HA é classificada em duas formas: primária (ou essencial) e secundária. A forma primária representa cerca de 95% dos casos e possui etiologia complexa e não totalmente elucidada, envolvendo múltiplos fatores ambientais e comportamentais, como excesso de sal na dieta, obesidade, sedentarismo e estresse, além de fatores hereditários (Gomes *et al.*, 2024).

Já a HA secundária, menos comum, está associada a causas específicas e potencialmente reversíveis, como doenças renais, distúrbios endócrinos

(hiperaldosteronismo, feocromocitoma), apneia obstrutiva do sono e uso de determinados medicamentos (Brandão *et al.*, 2025).

A nova Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2025) atualizou a classificação e os parâmetros clínicos para diagnóstico e acompanhamento. Mantém-se o ponto de corte clássico para hipertensão em $\geq 140/90$ mmHg, mas o documento introduz o conceito de “Pré-Hipertensão” para valores entre 120–139/80–89 mmHg.

Essa mudança busca promover ações preventivas antes que o quadro se estabeleça, reforçando o papel da APS no rastreamento e no manejo dos fatores de risco. Além disso, a diretriz de 2025 enfatiza a adoção de estilos de vida saudáveis, a monitorização residencial da pressão arterial e o uso racional de medicamentos (Brandão *et al.*, 2025).

Estima-se que mais de um bilhão de pessoas no mundo vivam com HA, representando mais de 30% da população adulta global. A doença figura como a principal causa de morte prematura, especialmente em países de baixa e média renda, onde se concentram dois terços dos casos. O aumento da urbanização, mudanças no estilo de vida e desigualdades estruturais explicam, em parte, esse padrão epidemiológico (Ribeiro; Uehara, 2022).

Outro aspecto relevante é o papel do envelhecimento populacional. A transição demográfica mostra um aumento progressivo da população idosa, o que tende a ampliar a prevalência da HA (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023). Essa tendência impõe novos desafios à APS, que precisa adaptar o cuidado às condições de vida das pessoas idosas com HA, muitas vezes isoladas geograficamente e com vínculos frágeis com os serviços de saúde.

3.3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO NEGRA

A literatura científica contemporânea tem reiteradamente demonstrado que a população negra apresenta risco significativamente maior para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, notadamente a HA (Tsao *et al.*, 2022; Magnani, 2023; Akinyelure *et al.*, 2023). Nos Estados Unidos, por exemplo, a prevalência de HA entre adultos negros é de aproximadamente 40%, superior à observada em outros grupos étnicos (Abrahamowicz *et al.*, 2023).

O risco não se limita à maior prevalência da condição, mas estende-se à sua manifestação precoce e curso clínico mais agressivo, o que eleva sobremaneira a

probabilidade de desfechos adversos, como Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e doença renal crônica (Alves *et al.*, 2023).

Contudo, as explicações para esse quadro não devem ser buscadas prioritariamente em bases genéticas. Estudos recentes, como os conduzidos por Magnani (2023) e Akinyelure *et al.* (2023), evidenciam que os DSS — incluindo pobreza estrutural, acesso limitado à educação e serviços de saúde, e a experiência persistente de racismo — são os principais fatores que modulam a vulnerabilidade da população negra frente à HA.

A compreensão da HA como uma “doença social” (Magnani, 2023) exige, portanto, o abandono de explicações biologizantes e a adoção de uma abordagem interseccional e crítica, capaz de reconhecer como desigualdades históricas e estruturais se traduzem em sobrecarga de doenças crônicas e em uma distribuição profundamente injusta dos agravos à saúde.

3.3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO NEGRA DO BRASIL

A HA no Brasil configura-se como um dos principais desafios de saúde pública, com estimativas indicando que aproximadamente 28% da população adulta apresenta diagnóstico médico da condição, segundo dados do Vigitel (2023). Essa prevalência varia conforme fatores como sexo, idade, escolaridade e raça/cor, sendo mais expressiva entre mulheres e população negra.

A população negra, em particular, apresenta maior vulnerabilidade ao desenvolvimento e controle da HA, o que evidencia a interseção entre desigualdades raciais e determinantes sociais da saúde (Silva; Fausto; Gonçalves, 2023).

Embora o acesso à APS tenha se ampliado por meio do SUS, persistem desigualdades substanciais no acesso e na qualidade do cuidado prestado à população negra. Estudos demonstram que pessoas negras têm menor chance de diagnóstico precoce, menor adesão ao tratamento e maior taxa de complicações associadas à HA (Sousa *et al.*, 2022; Magnani, 2023).

Esses desfechos estão associados não apenas a fatores individuais, mas também de fatores relacionados ao território, à política de saúde e às estruturas sociais, como o racismo institucional e a precariedade das redes de atenção nas áreas historicamente marginalizadas (Sousa *et al.*, 2022; Coelho *et al.*, 2024).

Além disso, o modelo de atenção à HA adotado no país ainda se mostra insuficiente para responder às especificidades culturais e sociais da população negra.

A baixa eficácia das estratégias padronizadas de tratamento, aliada à falta de integração entre ações de saúde e políticas sociais mais amplas, compromete os avanços no controle da doença entre os grupos mais vulneráveis (Akinyelure *et al.*, 2023).

Portanto, a situação brasileira exige a formulação e implementação de políticas intersetoriais que reconheçam o papel central dos determinantes sociais e do racismo estrutural na distribuição da HA, promovendo ações afirmativas que garantam equidade no acesso, na qualidade do cuidado e nos desfechos em saúde (Julião; Souza; Guimarães, 2021).

3.3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO NEGRA DO MARANHÃO

A prevalência da HA entre a população negra no estado do Maranhão é particularmente preocupante, considerando o perfil demográfico da região. Segundo dados do Censo IBGE (2023), o Maranhão ocupa a quinta posição entre os estados brasileiros com maior proporção de pessoas autodeclaradas pretas, representando 10,9% da população, além de contar com 66% de pessoas autodeclaradas pardas.

Essa alta prevalência entre a população negra no Maranhão está fortemente associada aos DSS, como baixa escolaridade, renda reduzida, acesso limitado a serviços de saúde e condições habitacionais precárias (Cavalcante *et al.*, 2024). O impacto do racismo estrutural e das desigualdades sociais agrava essa situação, resultando em maior exposição a fatores de risco, como estresse crônico e menor acesso a cuidados de saúde de qualidade (Magnani, 2023).

Além disso, é importante destacar que se trata de um estado marcado por situações de vulnerabilidade social e extrema pobreza, com desafios estruturais históricos no sistema de saúde (Viana, 2023), o que agrava o manejo da HA, especialmente entre as populações mais vulneráveis.

Estudo realizado por Cardoso *et al.* (2023) no município de Imperatriz – MA revela que a baixa renda, a escassez de medicamentos e as barreiras de acesso às consultas médicas dificultam o acompanhamento contínuo dos pacientes hipertensos, impactando negativamente a adesão ao tratamento.

A carência de políticas públicas com enfoque territorial e racial agrava essas desigualdades, exigindo estratégias que integrem a APS, ações intersetoriais e programas de educação em saúde voltados para a população negra. Reconhecer e

enfrentar esses fatores estruturais é essencial para a promoção da equidade no cuidado da HA no estado.

3.4 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A maioria dos indivíduos com diagnóstico de HA necessita de tratamento farmacológico contínuo, associado a modificações no estilo de vida, como prática de atividade física regular, alimentação balanceada e redução do consumo de sódio e álcool (Costa *et al.*, 2023).

O tratamento adequado, quando devidamente seguido, contribui de forma significativa para a redução das taxas de morbimortalidade associadas à HA. O gerenciamento farmacoterapêutico eficaz está vinculado à melhora dos desfechos clínicos, exigindo, contudo, uma vigilância permanente sobre o risco cardiovascular (Costa *et al.*, 2023).

No âmbito do SUS, estão disponíveis diversas classes de medicamentos anti-hipertensivos, entre os quais se destacam: diuréticos, poupadores de potássio, betabloqueadores seletivos e não seletivos, agentes alfa, antiadrenérgicos de ação central, bloqueadores seletivos dos canais de cálcio e agentes vasodilatadores de ação direta sobre o músculo liso arteriolar (Kremer *et al.*, 2022).

A adesão ao tratamento da HA permanece como um desafio persistente no campo da saúde pública, particularmente em populações historicamente vulnerabilizadas. Trata-se de um fenômeno multidimensional, fortemente influenciado por determinantes sociais. Evidências recentes demonstram que a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo contribui significativamente para o agravamento das condições clínicas e a sobrecarga do sistema de saúde (Kremer *et al.*, 2022; Coelho *et al.*, 2024).

O conceito de adesão envolve muito mais do que o uso regular da medicação. Inclui também o comparecimento às consultas, a realização de exames, a prática de atividades físicas e a adoção de hábitos alimentares adequados. Trata-se, portanto, de um processo contínuo, que depende da interação entre o paciente, o profissional de saúde e o contexto social em que ambos estão inseridos (Almeida; Malagris, 2023).

No caso da população negra, as taxas de não adesão tendem a ser superiores, reflexo das desigualdades estruturais que atravessam sua experiência cotidiana com o sistema de saúde. Fatores como desinformação sobre a doença, baixa escolaridade, dificuldades econômicas, experiências prévias de discriminação no atendimento e

ausência de vínculo longitudinal com profissionais de saúde são frequentemente citados como barreiras significativas (Rosa *et al.* 2020; Abrahamowicz *et al.*, 2023; Akinyelure *et al.*, 2023).

Ademais, a adesão medicamentosa não pode ser compreendida fora do contexto dos DSS. Estudos demonstram que a instabilidade no acesso aos medicamentos anti-hipertensivos, mesmo quando distribuídos pelo SUS, compromete a continuidade do tratamento e desestimula o seguimento das orientações clínicas (Coelho *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024).

Diversas pesquisas indicam que a escuta qualificada, o respeito à cultura e às práticas de cuidado da população negra, bem como a adoção de estratégias de comunicação culturalmente sensíveis, são fatores decisivos para fortalecer a adesão. A abordagem centrada no paciente, com reconhecimento das especificidades étnico-raciais, emerge como elemento fundamental na construção de práticas de cuidado mais equitativas e efetivas (Magnani *et al.*, 2023).

É imprescindível que as estratégias de enfrentamento à HA ultrapassem o modelo biomédico tradicional e incorporem ações intersetoriais, que articulem saúde, educação, assistência social e justiça racial. Apenas com essa integração será possível reduzir as desigualdades na adesão ao tratamento e promover um cuidado verdadeiramente integral e inclusivo (Silva; Fausto; Gonçalves, 2023; Coelho *et al.*, 2024).

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EQUIDADE RACIAL

A discussão sobre saúde e raça no Brasil é inseparável da análise das políticas públicas que buscam enfrentar as desigualdades históricas vividas pela população negra. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde, representa um marco no reconhecimento do racismo como DSS. Seu objetivo é promover a equidade, assegurando o direito ao acesso universal e de qualidade, com atenção às especificidades culturais, territoriais e históricas da população negra.

A PNSIPN estrutura-se em eixos estratégicos que incluem: a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, a qualificação de profissionais para o enfrentamento do racismo institucional, o incentivo à participação social e a promoção da saúde com respeito à diversidade cultural (Brasil, 2017). Esses princípios, no entanto, enfrentam obstáculos persistentes para se efetivarem. Estudos

alertam que, mesmo com avanços normativos, a política pende pela baixa institucionalização, escassez de recursos e fragmentação intersetorial (Figueiredo *et al.*, 2024).

Em muitas regiões, a política permanece restrita ao plano formal, sem tradução concreta nas práticas das equipes de saúde. A falta de indicadores específicos e de monitoramento contínuo impede avaliar seu impacto sobre a redução das iniquidades raciais. Além disso, a rotatividade de gestores e a ausência de formação antirracista entre profissionais de saúde comprometem a continuidade das ações (Oliveira; Magalhães, 2022).

No Maranhão, a discussão sobre equidade racial em saúde ganhou força com a criação, em 27 de novembro de 2017, da Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e Comunidades Tradicionais. Essa política, alinhada à PNSIPN, busca adaptar as diretrizes nacionais à realidade local, considerando a expressiva presença de comunidades quilombolas no estado (Maranhão, 2017). O Maranhão concentra uma das maiores populações quilombolas certificadas do país, e essa condição demanda estratégias específicas de atenção básica, vigilância e promoção da saúde (Gomes *et al.*, 2024).

Apesar de avanços pontuais, como ações itinerantes de saúde e campanhas educativas, persistem desafios significativos. Há descontinuidade das políticas públicas, dependência de gestões municipais e carência de recursos humanos e materiais. Muitos territórios quilombolas continuam sem cobertura plena da ESF, o que evidencia a distância entre o discurso de equidade e a prática cotidiana (Siqueira; Paula, 2024).

A operacionalização dessas políticas requer o fortalecimento do controle social e a ampliação da participação comunitária. Conselhos locais de saúde e associações quilombolas têm papel fundamental na construção de agendas públicas, no acompanhamento das ações e na denúncia de práticas discriminatórias. Quando as comunidades são protagonistas do processo, há maior efetividade e sustentabilidade das intervenções (Dantas; Leita; Oliveira, 2025).

Assim, a análise das políticas públicas revela um paradoxo: o Brasil possui um arcabouço normativo avançado no campo da equidade racial, mas sua implementação ainda é fragmentada e desigual. Superar essa divergência exige compromisso político, financiamento adequado e inclusão efetiva das populações negras e quilombolas na formulação e no controle das políticas de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL E PERÍODO

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde da Liberdade do município de São Luís – MA, cuja população é de 1.108.975 habitantes, área territorial de 582,974 km² e uma densidade populacional de 1.320 hab./km², sendo 167.396 de habitantes residindo na zona rural e 927.271 habitantes na zona urbana, com densidade demográfica de 1.309 hab./Km² (Brasil, 2020).

O Centro de Saúde da Liberdade fica localizado na rua Machado de Assis, no bairro da Liberdade, que é considerado o maior quilombo urbano da América Latina, reconhecido pela Fundação Cultural Palmares (FCP) pela Portaria Nº 192 de 13 de novembro de 2019, certificada no livro Cadastro Geral nº 020, sob o Nº 2.783, às fls.006, publicada na p. 06 da Seção 1 do Diário Oficial da União (DOU) em 14 de novembro de 2019. Dessa forma, evidencia-se a relevância do local ao se considerar o público alvo da pesquisa.

O Centro de Saúde funciona no horário das 07:00h às 18:00h e aos sábados das 07h às 12h, no ano de 2021 teve toda a sua estrutura física requalificada, permitindo ampliação da Estratégia Saúde da Família, passando de três equipes para seis equipes, cobrindo 100% de todo o território da Liberdade (Jornal Pequeno, 2021).

Desde o dia 28/06/2021 foi implantado no Centro de Saúde da Liberdade o então chamado, Centro de Atendimento ao Hipertenso e Diabético, objetivando acompanhar as pessoas com HA e Diabetes Mellitus (DM), além destes atendimentos conta com as seguintes especialidades: cardiologista, nefrologista, cirurgião vascular com foco em avaliação do pé diabético, oftalmologista, endocrinologista, nutricionista, ginecologista e obstetra, psicólogo e assistente social. Há também oferta alguns exames como eletrocardiograma e doppler vascular. Além dos atendimentos citados, ainda é possível encontrar na unidade consultas e procedimentos odontológicos, de enfermagem, imunização e realização de curativos.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro e agosto de 2025.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população correspondeu aos usuários que se autodeclararam negros, com diagnóstico de HA há pelo menos 6 meses, de ambos os sexos, com idade igual ou maior que 18 anos, cadastrados no Centro de Saúde da Liberdade.

Na unidade de saúde selecionada existem 2440 indivíduos cadastrados como negros ou pardos e com HA, obtidos do relatório extraído do e-SUS. O cálculo amostral baseou-se no estudo de Verma e Verma (2020) e utilizou-se uma prevalência esperada de 50% segundo o estudo de Barbosa *et al.* (2019), dessa forma o tamanho da amostra necessária foi de 288, com 95% de nível de confiança e margem de erro de 6%, considerando uma perda de 10%. Utilizou-se a *Scalex SP calculator* para o cálculo amostral (Naing, 2022)

Critérios de Inclusão: usuários negros diagnosticados com HA e acompanhados no Centro de Saúde, com idade igual ou maior que 18 anos.

Critérios de não inclusão: usuários que apresentarem alguma condição cognitiva que possa limitar ou impedir a realização da pesquisa, para isso foi realizada avaliação pelo Mini Exame do Estado Mental (Brucki *et al.*, 2003).

4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- Procedimentos de Coleta

A abordagem aconteceu no momento da triagem, em que foi possível averiguar, pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Ministério da Saúde, se o usuário estava cadastrado na referida unidade de saúde, se possuía diagnóstico de HA e se havia autodeclaração da cor/raça preta ou parda. Uma vez confirmado tais critérios, o usuário era convidado a participar da pesquisa, realizada em uma sala reservada para manter a privacidade. Nesse momento, foi aplicado Mini Exame do Estado Mental e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

- Instrumentos de Coleta

O instrumento para coleta das condições sociodemográficas, hábitos de vida e de saúde foi desenvolvido pelo próprio autor contendo as seguintes variáveis:

- Variáveis Sociodemográficas: Contendo informações sobre gênero, idade, cor/raça, renda familiar, situação conjugal, nível de escolaridade,

estado civil, ocupação, religião, habitação, saneamento básico, apoio social e lazer.

- Variáveis de Hábitos de Vida: Contendo informações sobre tabagismo, etilismo e atividade física.
- Variáveis das Condições de Saúde: Contendo informações sobre o tempo de diagnóstico e tratamento, complicações e comorbidades. Além de dados sobre pressão arterial, peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC).

A mensuração da pressão arterial foi baseada nas Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. Foi utilizado esfigmomanômetro e estetoscópio e, com paciente em repouso de no mínimo cinco minutos, realizou-se três medidas com intervalo de um a dois minutos, sendo considerada a média das duas últimas. Para caracterização pressórica, empregou-se a classificação 2025 (PA normal, pré-hipertensão e estágios da hipertensão arterial) e, para o desfecho binário de controle, adotou-se PA controlada = Pressão Sistólica (PAS) < 140 e Pressão Diastólica (PAD) < 90 mmHg.

Nas medidas antropométricas, classificou-se os participantes segundo seu estado nutricional em: IMC <18,5 (baixo peso), IMC $\geq$ 18,5 e $\leq$ 24,9 (eutróficos), IMC $\geq$ 25 a $\leq$ 29,9 (sobrepeso) e IMC $\geq$ 30 (obeso) (WHO, 1997). Para a medida do peso foi utilizada balança digital devidamente calibrada, foi orientado aos participantes que estes ficassem descalços em posição ortostática e pés afastados do quadril.

A estatura foi mensurada com estadiômetro vertical fixo, em ambiente plano e iluminado. Os participantes foram avaliados descalços, sem acessórios na cabeça, em posição ortostática, com calcanhares unidos, pés em leve abertura natural e joelhos estendidos. Cada medida foi realizada duas vezes; quando a diferença entre leituras excedeu 0,5 cm, efetuou-se uma terceira mensuração, adotando-se a média das duas mais próximas. O equipamento foi calibrado conforme orientação do fabricante e inspecionado diariamente quanto ao zero e à verticalidade.

Antes da aplicação desse instrumento, foi realizado um teste-piloto com 15 participantes com HA, com a finalidade de adequação. Com os resultados do teste-piloto realizou-se ajustes necessários para o início da coleta dos dados oficiais do estudo.

Instrumento de avaliação de Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial (Anexo A): Para investigar o grau de adesão foi utilizado um instrumento

elaborado e validado por Borges (2012), alicerçado na compreensão sistêmica da não adesão ao tratamento da HA. Consiste em 24 perguntas que avaliam os indivíduos em quatro dimensões: a pessoa; a doença/tratamento; o serviço de saúde e o ambiente. Os dados são medidos por meio de uma escala Likert. Para calcular a pontuação final alcançada por cada pessoa, o valor 1 foi definido para a coluna "sempre", o valor 2 foi definido para "quase sempre", o valor 3 foi definido para "às vezes", o valor 4 foi definido para "quase nunca" e 5 foi a pontuação definida para "nunca", totalizando 120 pontos possíveis.

A classificação foi estabelecida com base em uma estimativa de pontuação que dividiu em proporções o total de pontos obtidos pelos entrevistados: 'não adesão total': aqueles que obtiveram de 24 a 48 pontos; 'risco de não adesão' para escores entre 49 e 72 pontos; 'adesão' para aqueles que obtiveram de 73 a 120 pontos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados no Excel 2019 e analisados no SPSS 24.0; análises complementares reprodutíveis foram conduzidas em ambiente computacional (Python/statsmodels). A distribuição das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov–Smirnov; resultados descritivos são apresentados como média e desvio padrão (distribuições simétricas) e as variáveis categóricas como frequência (%).

Devido à concentração da amostra na categoria 'adesão', o escore total de adesão (73–120 pontos) foi também analisado como variável contínua. Adicionalmente, para explorar gradientes internos de adesão dentro da faixa considerada 'aderente', o escore foi categorizado em tercís internos (T1, T2, T3), definidos com base na distribuição observada na amostra, os quais subsidiaram as análises descritivas e comparativas da pressão arterial sistólica e diastólica.

Foram ajustados modelos de regressão linear (OLS) tendo PAS e PAD como desfechos contínuos e o escore de adesão como preditor contínuo. Os resultados foram apresentados como β (mmHg por 10 pontos de aumento no escore), com IC95% e p-valor. Todas as inferências foram bicaudais, com nível de confiança de 0,05.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo está de acordo com os princípios delineados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa que foi realizada está vinculada ao projeto de pesquisa “SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: CONDIÇÕES CRÔNICAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA” que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário/HU-UFMA com parecer: 6.843.557.

5 RESULTADOS

Esta pesquisa avaliou a adesão ao tratamento da HA em 288 pessoas negras hipertensas, acompanhadas pelas equipes de saúde da família de um centro de saúde localizado em um quilombo urbano do município de São Luís, considerando determinantes individuais e sociais.

Os resultados indicam, conforme Tabela 1, que a maioria das pessoas negras eram do gênero feminino (69,4%), enquanto os outros 30,6% eram do gênero masculino, a idade média foi de 60 anos, sendo possível observar que a maioria dos indivíduos eram casados (76%), 13,2% eram solteiros, 7,6% eram divorciados e 3,1% destes eram viúvos.

Em relação à renda familiar, a maioria vivia com renda de 1 a 3 salários mínimos (87,1%), enquanto 12,2% viviam com renda ainda abaixo de 1 salário. A escolaridade também é baixa, 14,6% das pessoas entrevistadas afirmou nunca ter estudado, porém sabia ler e escrever, 31,5% com ensino fundamental incompleto, seguido do ensino médio completo (23%) e somente 1,7% afirmaram ter ensino superior completo.

Em relação a ocupação, a grande maioria destes eram aposentados (54,7%), 28,8% afirmaram garantir sua renda por meio informal/autônomo, 14% deles encontravam-se desempregados no momento e somente 2,5% trabalhavam de carteira assinada. 88,5% dos indivíduos não recebiam benefício social, e dos que recebiam, 79,4% recebiam bolsa família, enquanto 5,9% destes afirmaram receber auxílio por condição de doença.

Em se tratando da religião, 86,1% das pessoas eram católicas, 11,1% afirmaram ser evangélicas, 0,7% se designou como espírita e outros 1,75% alegaram não possuir nenhuma religião.

Em se tratando das características de moradia, é possível observar que 100% das casas eram feitas de tijolo, 82,3% dos entrevistados relataram dividir a moradia com um total de 2 a 3 pessoas, 11,5% moravam com 4 a 5 pessoas e 1% relataram morar com mais de 6 pessoas.

Em se tratando da coleta de lixo, 100% dos participantes afirmaram que os lixos eram recolhidos por coleta pública, quando questionados sobre o destino dos dejetos do banheiro, a maioria afirmou que tinha acesso à rede coletora de esgoto (85,4%). O abastecimento de água foi maior em água encanada, representando 97,9% das afirmativas, 1,4% dos indivíduos afirmaram usar água de poço. No que diz

respeito à água para consumo, 66,3% afirmaram fazer uso de água mineral, enquanto 33,3% fazem uso de água filtrada.

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas dos participantes da pesquisa. São Luís – MA, 2025.

Variáveis socioeconômicas e demográficas		N	%
Faixa etária	18 a 24	1	0,3%
	25 a 39	18	6,3%
	40 a 59	122	42,4%
	60 ou mais	147	51%
Gênero	Feminino	200	69,4%
	Masculino	88	30,6%
Estado Civil	Casado	219	76%
	Divorciado	22	7,6%
	Solteiro	38	13,2%
	Viúvo	9	3,2%
Renda Familiar	Menos de 1 salário	35	12,2%
	1 a 3	251	87,1%
	4 a 6	2	0,7%
Escolaridade	Sabe ler e escrever	42	14,6%
	EF incompleto	91	31,5%
	EF completo	56	19,5%
	EM incompleto	22	7,7%
	EM completo	66	23%
	ES incompleto	6	2%
	ES completo	5	1,7%
Ocupação	Desempregado	40	14%
	Informal/Autônomo	83	28,8%
	Carteira assinada	7	2,5%
	Aposentado	157	54,7%
Benefício Social	Auxílio Doença	2	5,9%
	Bolsa Família	27	79,4%
	BPC	3	8,8%
	Colônia de Pescador	1	2,9%
	Não	255	88,5%
Religião	Católico	248	86,1%
	Espírita	2	0,7%
	Evangélico	32	11,1%
	Outra	1	0,35%
	Sem religião	5	1,75%
Quantas pessoas moram com você na sua residência?	Sozinho	2	0,7%
	1	13	4,5%
	2 a 3	237	82,3%
	4 a 5	33	11,5%
	6+	3	1%
A sua casa é feita de que?	Tijolo	288	100%
Como o lixo é recolhido no seu	Coleta pública	288	100%

bairro?			
Para onde é o destino dos dejetos do banheiro?	Rede coletora	246	85,4%
	Fossa séptica	42	14,6%
Como é o abastecimento de água na sua casa?	Encanada	282	97,9%
	Poço	4	1,4%
	Cisterna	2	0,7%
Como é a sua água para consumo?	Fervida	1	0,35%
	Filtrada	96	33,3%
	Mineral	191	66,3%

Fonte: Do autor, 2025.

A tabela 2 caracteriza os hábitos de vida dos participantes, 88,5% das pessoas relataram não ser fumante, enquanto 11,5% afirmaram fazer o uso de cigarro, sendo 72,7% em uma quantidade de menos de 1 maço por dia, enquanto 27,3% relataram utilizar entre 1 a 2 maços de cigarro por dia. Quando questionados sobre o consumo de bebidas alcoólicas, 78,8% negaram fazer o uso e, entre os que utilizavam, 81,9% afirmaram utilizar socialmente.

Em relação a atividade física, foi possível detectar que a maioria não tem o hábito de realizar exercício físico (64,9%), e os que realizavam, 42,6% responderam realizar pelo menos dois dias na semana, seguido daqueles que realizavam uma vez na semana (38,6%).

Tabela 2. Distribuição das variáveis de hábitos de vida dos participantes da pesquisa. São Luís – MA, 2025.

Variáveis de hábitos de vida		N	%
Você fuma?	Não	255	88,5%
	Sim	33	11,5%
Quantos cigarros/dia?	Menos de 1 maço	24	72,7%
	1 a 2 maços	9	27,3%
Você consome bebida alcoólica?	Não	227	78,8%
	Sim	61	21,2%
Quantas vezes você bebe?	Socialmente	50	81,9%
	Toda semana	11	18,1%
Você pratica atividade física?	Não	187	64,9%
	Sim	101	35,1%
Quantas vezes você faz atividade física?	1x/semana	39	38,6%
	2x/semana	43	42,6%
	3x ou mais	19	18,8%

Fonte: Do autor, 2025.

Em se tratando dos aspectos clínicos (Tabela 3), quando questionados sobre o tempo de diagnóstico médico, 51% afirmaram que tem diagnóstico confirmado entre 6 a 9 anos, 32,2% tem 10 ou até mais anos de diagnóstico, 9,3% tem entre 3 a 6 anos de diagnóstico e 1% tem pelo menos 6 meses de diagnóstico. Na variável de complicações derivadas da HA, 1,4% dos pacientes entrevistados apresentou complicação, enquanto 98,6% negaram complicações derivadas da HA. Com relação a possuir outra condição crônica, 80,9% responderam não ter, enquanto 19,1% referiram possuir outras comorbidades.

Tabela 3. Distribuição das variáveis segundo aspectos clínicos dos participantes da pesquisa. São Luís – MA, 2025.

Aspectos Clínicos		N	%
Quanto tempo você tem diagnóstico de pressão arterial?	6 meses a 1 ano	3	1,0%
	1 a 3 anos	17	5,9%
	3 a 6 anos	27	9,3%
	6 a 9 anos	147	51%
	10 ou mais	93	32,2%
	Sem informação	2	0,6%
Você já teve alguma complicação por causa da hipertensão arterial?	Não	284	98,6%
	Sim	4	1,4%
Possui outra condição crônica?	Não	233	80,9%
	Sim	55	19,1%

Fonte: Do autor, 2025.

A respeito da classificação da pressão arterial (Tabela 4), identificou-se que 40,6% dos participantes se encontravam na faixa de valores da PA classificada como Pré-Hipertensão, seguidos por aqueles que se classificavam como HA Estágio 1 (38,5%), em seguida os que se encontravam na faixa do Estágio 2 (12,5%), 6,9% tiveram a classificação como PA normal e 1,4% como HA Estágio 3.

Tabela 4. Distribuição dos participantes segunda a nova classificação da Pressão Arterial. São Luís – MA, 2025.

Classificação PA nova	N = 288
PA normal (<120 e/ou <80)	20 (6.9%)

Pré-hipertensão (120-139 e/ou 80-89)	117 (40.6%)
HA Estágio 1 (140-159 e/ou 90-99)	111 (38.5%)
HA Estágio 2 (160-179 e/ou 100-109)	36 (12.5%)
HA Estágio 3 (≥ 180 e/ou ≥ 110)	4 (1.4%)

Fonte: Do autor, 2025.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos participantes segundo a classificação do IMC: baixo peso (0,3%), eutrofia (31,9%), sobrepeso (40,7%) e obesidade (22,6%). Não foi possível obter informação de 13 usuários, pois precisaram se ausentar no momento da coleta.

Tabela 5. Distribuição dos participantes segundo classificação do Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís – MA, 2025.

Categoria de IMC	Ponto de corte (kg/m²)	N	%
Baixo Peso	< 18,5	1	0,3
Eutrofia	18,5 – 24,9	92	31,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9	117	40,7
Obesidade	$\geq 30,0$	65	22,6
Sem informação	-	13	4,5
Total	-	288	100

Fonte: Do autor, 2025.

Pelo resultado do Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial (Tabela 6), observou-se que a maioria (98,6%) foi classificado como “Adesão”, enquanto apenas 1,4% apresentou a classificação “Risco de não adesão”, nenhum dos participantes apresentou a classificação de “Não adesão total”.

Devido à concentração de mais de 98% dos participantes na categoria ‘adesão’, não foi possível comparar categorias de adesão, segundo níveis pressóricos, pela ausência de variação real nas demais categorias. Optou-se, portanto, por explorar gradientes internos do escore de adesão dentro da faixa considerada ‘adesão’, por meio de tercis internos e de modelos de regressão linear com PAS e PAD como desfechos contínuos.

Tabela 6. Resultado do Instrumento de Avaliação de Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. São Luís – MA, 2025

Classificação	N = 288
Não adesão total (24 a 48 pontos)	0
Risco de não adesão (49 a 72 pontos)	4 (1.4%)

Adesão (73 a 120 pontos)

284 (98.6%)

Fonte: Do autor, 2025.

Na Tabela 7, o escore de adesão (73–120) foi particionado em T1: 73–79, T2: 80–82 e T3: 83–120. As médias de pressão foram, em mmHg, PAS: 127 (T1), 133 (T2) e 124 (T3); PAD: 87 (T1), 84 (T2) e 80 (T3). Em relação às médias do IMC em kg/m²: 26,7 (T1), 27,7 (T2) e 23,5 (T3). O resultado permitiu visualizar a distribuição desses indicadores ao longo dos níveis crescentes de adesão.

Tabela 7. Distribuição da Pressão Arterial Sistólica e Diastólica e do Índice de Massa Corporal por tercís internos do escore de adesão. São Luís – MA, 2025.

Tercil de adesão	PAS média (mmHg)	PAD média (mmHg)	IMC média kg/m²
T1 (73 – 79)	127	85	26,7
T2 (80 - 82)	133	84	27,7
T3 (83 - 120)	124	80	23,5

Fonte: Do autor, 2025.

Nos modelos lineares com o escore total de adesão contínuo (Tabela 8), não houve associação significativa com a PAS ($p=0,805$). Para a PAD, observou-se redução dos níveis com escores mais altos ($p=0,006$), o que corresponde a aproximadamente $-4,2$ mmHg para cada 10 pontos adicionais no escore.

Tabela 8. Associação entre escore de adesão (contínuo) e pressões arteriais sistólica e diastólica. São Luís – MA, 2025.

Desfecho	β por ponto (mmHg)	IC95%	p	β por 10 pontos (mmHg)
PAS (mmHg)	-0,07	-059 a 0,45	0,805	-0,7 (-5,9 a 4,5)
PAD (mmHg)	-0,42	-0,73 a -0,12	0,006	-4,2 (-7,3 a -1,2)

Fonte: Do autor, 2025.

6 DISCUSSÃO

O território estudado foi um quilombo urbano com ampla cobertura da APS e retaguarda especializada para HA e DM, o que sugere bom acesso assistencial contínuo. Essa configuração provavelmente contribuiu para altos escores de adesão autorreferida pela população.

A população estudada foi composta majoritariamente de mulheres e pessoas idosas, com baixa escolaridade e renda familiar limitada, um perfil compatível com a distribuição social dos determinantes da HA no Brasil e com iniquidades que estruturam o risco e o manejo das condições crônicas.

Inquéritos nacionais recentes descrevem maior carga autorreferida de doenças crônicas e pior autoavaliação de saúde entre indivíduos com menor escolaridade e renda, o que se reflete na maior proporção de HA em estratos socialmente vulneráveis (Palmeira *et al.*, 2022). Esses padrões aparecem nas edições mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que mostram gradientes por idade, escolaridade e renda na prevalência de HA e no uso de serviços (Brasil., 2021)

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2025) reconhecem explicitamente os fatores socioeconômicos como determinantes do risco e do controle pressórico, alinhando-se à evidência de que desigualdades sociais modulam todo o percurso “diagnóstico–tratamento–controle” da HA (Brandão *et al.*, 2025).

Ponte *et al.* (2024) descrevem que a baixa renda amplia barreiras ao cuidado em saúde, do acesso e seguimento terapêutico ao controle adequado da pressão arterial, além de dificultar alimentação equilibrada e prática regular de atividade física, em paralelo ao maior risco de exposição a estressores. Nesse enquadramento, quanto menor a renda, maior a probabilidade de desfechos cardiovasculares adversos, devido ao acúmulo de restrições materiais e psicossociais que comprometem prevenção, manejo e controle da HA.

No recorte por sexo, a prevalência autorreferida de HA é mais alta entre mulheres e cresce acentuadamente com a idade, o que dialoga com o maior contato feminino com a APS e serviços especializados. A PNS 2019, por exemplo, estimou 26,4% de HA autorreferida em mulheres adultas, com elevação marcada nas faixas etárias mais avançadas, enquanto diretrizes nacionais reportam incremento da frequência de HA em ambos os sexos com o envelhecimento (Malta *et al.*, 2022).

Uma ampla literatura nacional é consistente ao mostrar que homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, por razões socioculturais e

organizacionais, o que se traduz em menor diagnóstico oportuno e menor uso de ações preventivas no grupo masculino (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Palmeira *et al.*, 2022).

Esse quadro sustenta o conhecido “paradoxo saúde-sobrevivência”: as mulheres acumulam maior morbidade e utilizam mais os serviços, mas apresentam sobrevida superior à dos homens. Evidências demográficas e epidemiológicas no país descrevem esse descompasso entre expectativa de vida e carga de doença, especialmente nas idades avançadas, com implicações para demanda assistencial e planejamento do cuidado (Silva *et al.*, 2024).

A predominância de aposentados entre os participantes indica uma amostra envelhecida que, no contexto da pesquisa, costuma conviver com renda limitada e, não raro, com complementação por trabalho informal, compondo um arranjo econômico instável que tensiona o manejo de condições crônicas (Brasil, 2025)

O fato de a maioria ser casada sugere a existência de rede de apoio doméstica potencialmente favorável à organização do cuidado. Em populações negras urbanas, esse capital relacional pode mitigar barreiras clássicas de acesso, entretanto, cabe reconhecer que a condição conjugal não é homogênea em termos de proteção, pois arranjos familiares podem gerar sobrecarga para cuidadores, conflitos na priorização de despesas e limitações na autonomia para decisões em saúde (Marcelino *et al.*, 2024).

Em relação aos indicadores domiciliares e de saneamento, os dados mostraram-se majoritariamente positivos. Em um quilombo urbano com boa inserção da APS, esses fatores funcionam como ativos de saúde: reduz exposição a riscos ambientais imediatos, poupa tempo/energia domésticos e facilita práticas cotidianas de cuidado (preparo alimentar, armazenamento seguro de água, manejo de resíduos), condições que indiretamente favorecem a gestão das condições crônicas (Metlock *et al.*, 2024).

A literatura em saúde ambiental e determinantes sociais reconhece que disponibilidade e qualidade de água integram determinantes ambientais da saúde e se articulam aos desfechos de doenças crônicas por vias materiais e psicossociais (Okesanya *et al.*, 2024; Souza; Santos; Lisboa, 2025).

Quanto aos hábitos de vida, embora o tabagismo e o etilismo tenham apresentado baixas porcentagens, a baixa prática de atividade física na amostra é um gargalo para o controle pressórico, especialmente da Pressão Arterial Sistólica (PAS).

Há evidência de que programas bem estruturados reduzem os níveis pressóricos em adultos com HA, com maior efeito em intervenções de maior intensidade/volume e boa aderência, sendo o exercício como componente de primeira linha no tratamento. Em suma, a alta inatividade relatada tende a limitar o potencial de queda pressórica, mesmo quando a adesão medicamentosa autorreferida é elevada (Dassanayake *et al.*, 2022; Edwards *et al.*, 2023).

Tal aspecto é evidenciado nos resultados, pois, somando-se os percentuais, a maioria dos participantes encontravam-se em faixas hipertensivas (estágios 1, 2 e 3), o que caracteriza um perfil de alto risco cumulativo mesmo em cenário de seguimento na APS. Esse padrão é coerente com a vigilância nacional e com coortes brasileiras, que mostram prevalência elevada de HA e pior controle em subgrupos socioeconomicamente desfavorecidos, como a população negra (Palmeira *et al.*, 2022; Neri *et al.*, 2024).

A PNS 2019 estimou HA autorreferida em cerca de um quarto da população adulta, com maior frequência entre mulheres e idosos, e gradientes por escolaridade e renda; além disso, indicadores de qualidade do cuidado para HA apresentaram declínio entre 2013 e 2019, com pior desempenho nos serviços públicos e entre pessoas de baixa renda e mulheres negras, o que ajuda a entender por que grande parte permanece em estágios hipertensivos apesar do contato com os serviços.

Em conjunto, esses dados sustentam que estágios 1–3 concentrados em populações socialmente vulneráveis refletem tanto o risco biológicos (idade, comorbidades) quanto determinantes sociais (escolaridade, renda, raça/cor) que condicionam o percurso diagnóstico-tratamento-controle.

A Diretriz Brasileira de Hipertensão (2025) reforça a leitura de risco gradativo: a manutenção da PA acima de metas (do estágio 1 ao 3) associa-se a maior probabilidade de eventos, justificando acompanhamento estreito e manejo oportuno; o achado de maioria nos estágios hipertensivos dialoga com a epidemiologia nacional recente, na qual a consciência, tratamento e controle ainda estão aquém do desejável e com marca das desigualdades socioeconômicas no controle pressórico (Albuquerque; Tomasi, 2024) .

O achado de maioria com excesso de peso (soma de sobrepeso e obesidade > 50%) reproduz o cenário brasileiro atual, no qual a obesidade em adultos já atinge cerca de 20% na média nacional enquanto o sobrepeso permanece amplamente prevalente. Sínteses recentes indicam relação entre IMC e risco de HA, e, uma vez

instalada, a presença de excesso ponderal dificulta o controle pressórico e se associa a piores perfis metabólicos (Garcia *et al.*, 2024).

No que tange aos achados sobre adesão ao tratamento da HA, os dados mostraram elevada adesão. Tal achado pode ser explicado por se tratar de um contexto urbano, em que, geralmente, as barreiras logísticas são menores e há maior disponibilidade e acesso aos serviços de saúde.

Estudos internacionais demonstraram maior probabilidade de adesão em áreas urbanas em comparação às rurais, efeito atribuído à melhor acesso geográfico, disponibilidade de serviços e menores barreiras logísticas, o que dialoga diretamente com o território estudado (Abreu, 2025; Yousuf *et al.*, 2025).

Essa oferta assistencial superior à média de contextos periféricos, por si só, não neutraliza os DSS que modulam risco, acesso qualificado e controle pressórico na população negra. A literatura recente reforça que a HA é, em grande medida, uma “doença social”, e que desigualdades estruturais sustentam o excesso de agravos e o pior controle entre negros, mesmo quando há acesso formal ao serviço (Magnani, 2024).

Apesar disso, o resultado encontrado contrasta com uma gama de literatura recente, que geralmente descreve adesão moderada ou baixa no tratamento da HA mesmo em contextos urbanos (Coelho *et al.*, 2024; Ribeiro *et al.*, 2025). Essa divergência pode estar relacionada a diferenças metodológicas entre os estudos, sobretudo no que se refere aos instrumentos de mensuração da adesão e aos critérios utilizados para sua classificação, aspectos que influenciam diretamente a estimativa desse desfecho.

No recorte de quilombos/comunidades negras, a evidência também não sugere um cenário de “adesão quase universal”. Em comunidade quilombola, observa-se alta prevalência de descontrole pressórico, um desfecho difícil de conciliar com adesão plena, atribuído a determinantes socioeconômicos e barreiras de cuidado persistentes (Rosa *et al.*, 2020).

Diante disso, deve-se levar em consideração que os dados são autorrelatados, que, por si só, já se configura como um viés para superestimar a classificação encontrada.

Há pelo menos duas fontes de viés que podem superestimar a adesão quando o método é autorrelato:

- i. Desejabilidade social e viés de memória: participantes tendem a relatar o que é socialmente esperado (“tomo direitinho”) e esquecem lapsos, o que empurra as estimativas para cima.
- ii. Viés de seleção do serviço: estudos ancorados na APS/ambulatório capturam quem já está vinculado ao cuidado; usuários mais desconectados e, tipicamente, menos aderentes entram menos na amostra, inflando a média de adesão.

Uma revisão sobre escalas validadas no Brasil destaca explicitamente a superestimação por desejabilidade social e memória; o mesmo alerta aparece em pesquisas nacionais como a de Soares *et al.* (2024) para validação do Questionário Simplificado de Adesão à Medicação, que observou baixa especificidade e possível influência da desejabilidade social na identificação de não aderentes (Soares *et al.*, 2024).

Diretrizes e documentos nacionais lembram que a não adesão segue muito prevalente no Brasil e que medidas baseadas em autorrelato, isoladamente, não garantem que a medicação esteja sendo implementada de forma consistente dia após dia (Brandão *et al.*, 2025).

Importante ressaltar que acesso e autorrelato de adesão não se traduziram em controle pressórico ótimo, dado que 38,5% permaneceram em estágio 1. Esse descompasso indica que fatores de qualidade do cuidado e determinantes não farmacológicos podem estar impedindo a queda adicional da PA. Em outras palavras, o sistema parece eficaz em engajar e manter usuários em seguimento, mas ainda não converte integralmente esse engajamento em alvo pressórico.

Um dado importante foi que maiores escores de adesão se associaram a PAD mais controlada, ao passo que a PAS permaneceu mais resistente. Esse desenho é plausível e coerente com estudos em que maior adesão se relaciona a melhor controle global de PA, ainda que a proporção sob meta permaneça modesta em cenários de prática real, ou seja, aderir ajuda, mas não resolve tudo, principalmente para a PAS (Filippone; Farber, 2025).

Revisões recentes e diretrizes atualizadas reforçam que a PAS é, por natureza fisiopatológica, mais difícil de controlar do que a PAD, especialmente com o envelhecimento vascular. A literatura sobre a “curva-J” diastólica explicita que “a PAS é notoriamente mais difícil de controlar” até as novas metas, em contraste com a

resposta diastólica, que costuma ser mais sensível ao efeito vasodilatador quando a implementação diária do regime é boa (Filippone; Farber, 2025; Mcevoy, 2025).

Essa assimetria se explica pelo papel da rigidez arterial, pois com a idade e a incidência de comorbidades, a complacência aórtica diminui, elevando a PAS e tornando-a menos responsiva a ajustes modestos de tratamento, ao passo que a PAD reflete mais diretamente a redução da resistência periférica que ocorre quando o uso é regular (Maruhashi; Higashi, 2025).

As Diretrizes Brasileiras 2025 refletem esse entendimento ao reconhecer a dificuldade prática de atingi-la e enfatiza estratégias de manejo contínuo para fechar a lacuna entre adesão e meta sistólica, sobretudo em adultos mais velhos.

Em conjunto, os resultados delineiam um cenário no qual a organização do cuidado em um quilombo urbano se associa a elevada adesão autorreferida ao tratamento da HA. Contudo, esse mesmo contexto convive com níveis pressóricos acima das metas em parcela expressiva da amostra, especialmente no componente sistólico, bem como com predomínio de excesso de peso entre os participantes. Essa dissociação evidencia que o seguimento do tratamento, embora necessário, não é suficiente para assegurar o controle adequado da pressão arterial.

Tal combinação sugere que, mesmo na presença de vínculo assistencial e de acompanhamento regular, persistem determinantes que limitam o alcance das metas terapêuticas. O excesso de peso, por exemplo, reconhecidamente associado à elevação da pressão arterial (Sousa *et al.*, 2021), pode atuar como fator central nesse processo, potencializando a dificuldade de controle pressórico mesmo entre usuários aderentes.

No recorte da população negra, isso significa reconhecer a ambivalência típica desses territórios, o acesso e a continuidade do cuidado atenuam desigualdades, mas não desfazem de imediato os efeitos acumulados de desvantagens estruturais ao longo do curso de vida, que se expressam na fisiopatologia, como o envelhecimento arterial, e no cotidiano, como rotinas, estresse e ambiente social.

Algumas limitações devem balizar a interpretação. O desenho transversal impede inferir causalidade e não captura dinâmicas temporais entre adesão, mudança de esquema e evolução da PA. A mensuração autorreferida de adesão está sujeita a desejabilidade social e viés de memória, com provável superestimação. Por fim, a especificidade do contexto limita a generalização para outros quilombos e áreas com menor acesso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, conduzido em um quilombo urbano, demonstra que arranjos assistenciais mais estruturados podem coexistir com elevada adesão autorreferida ao tratamento da HA em população majoritariamente negra, sem que isso se traduza, de forma automática, em controle pressórico pleno.

Ao colocar a população negra no centro da análise, os resultados contribuem para evidenciar a literatura que, em média, descreve piores indicadores de cuidado e controle pressórico nesse grupo. Aqui, o acesso continuado e o vínculo assistencial mostraram potencial para elevar a adesão; contudo, os determinantes sociais, como renda e escolaridade, e estilo de vida, seguem modulando a resposta clínica.

Em termos científicos, a principal contribuição é evidenciar que boas estruturas de cuidado podem atenuar desigualdades de processo, por exemplo a adesão, mas não eliminam de modo imediato o gradiente de risco acumulado no curso de vida racialmente marcado.

Assim, a pesquisa acrescenta evidência empírica a um debate central da saúde coletiva brasileira: como arranjos de cuidado e determinantes sociais se combinam para produzir, ou limitar, o controle efetivo da HA em populações historicamente vulnerabilizadas.

Por fim, este trabalho abre vias de investigação: estudos longitudinais que distingam persistência e implementação da adesão; medidas objetivas de uso de medicamentos combinadas a autorrelato; avaliação do ajuste terapêutico e desfechos centrados no paciente.

Em conjunto, tais percepções podem aprofundar a compreensão da distância entre seguir o tratamento e alcançar controle pressórico sustentado, distância que, como mostrado aqui, é especialmente relevante quando analisada sob a lente da equidade racial.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMOWICZ, A. A. *et al.* Racial and ethnic disparities in hypertension: barriers and opportunities to improve blood pressure control. **Current Cardiology Reports**, v. 25, n. 17–27, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01826-x>. Acesso em: 01 nov. 2024.

ABREU, A. P. de. Hypertension in Latin America and the Caribbean: an analysis of recent progress and remaining challenges. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 47, n. 3, e20240245, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/wngd4P57vdpMJ3PGSRxWm7R/?lang=en>. Acesso em: 12 dez. 2025.

AKINYELURE, O. P. *et al.* Social determinants of health and uncontrolled blood pressure in a national cohort of Black and White US adults: the REGARDS Study. **Hypertension**, v. 80, n. 7, p. 1403–1413, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.20219>. Acesso em: 9 jun. 2025.

ALBUQUERQUE, P. V. C. de; TOMASI, E. Assessing hypertension care quality in Brazil: gender, race, and socioeconomic intersection in public and private services, 2013 and 2019 national health surveys. **BMC Health Services Research**, v. 24, art. 939, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11358-5>. Acesso em: 4 nov. 2025.

ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação de fatores de influência na adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 19, n. esp. 1, p. 33-42, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20230032>. Acesso em: 04 out. 2025.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p. ISBN 978-85-98349-75-6.

AMADOR, E. O. *et al.* Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para quilombolas: uma revisão sistemática. **Revista**

Eletrônica Acervo Saúde, v. 4, 2024. Disponível em:

<https://doi.org/10.25248/reas.e14922.2024>. Acesso em: 02 nov. 2024.

ARRUTI, J. M. **Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2020.

BARBOSA, M. E. M. *et al.* Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e45894-e45894, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/45894>. Acesso em: 20 out. 2024.

BORGES, J. W. P. **Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e validação de conteúdo. 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=73709>. Acesso em: 20 out. 2024

BORGES, V. M.; KIMURA, L. Panorama da hipertensão arterial nos quilombos do Brasil: uma revisão narrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33050, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2023.v33/e33050/en/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRANDÃO *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2025. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 122, n. 9, set. 2025. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-122-09-e20250624/0066-782X-abc-122-09-e20250624.x66747.pdf. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. **Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em:

<file:///C:/Users/User/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/ibge.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. **Censo 2022**: uniões consensuais ultrapassam casamentos no civil e religioso. Agência IBGE Notícias. 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/44958-censo-2022-unioes-consensuais-ultrapassam-casamentos-no-civil-e-religioso>. Acesso em: 8 nov. 2025.

BRASIL. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf. Acesso em: 8 nov. 2025.

BRASIL. **Um a cada quatro idosos trabalhava em 2024**. Agência IBGE Notícias. 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/45343-ibge-mostra-que-um-a-cada-quatro-idosos-trabalhava-em-2024>. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Certificação Quilombola**. Brasília: FCP, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/palmares/pt-br/departamentos/protecao-preservacao-e-articulacao/certificacao-quilombola>. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Portaria nº 192**, de 13 de novembro de 2019. Reconhece o Quilombo Liberdade no Livro Cadastro Geral nº 020, sob o nº 2.783, às fls. 006. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 06, 14 nov. 2019. Disponível em: https://www.gov.br/palmares/pt-br/assuntos/noticias/ii-premio-oliveira-silveira-2013-infantojuvenil/ResultadoPreliminar_IIPremioOliveiraSilveira.pdf. Acesso em: 20 out. 2024

BRASIL. **Lei nº 12.288**, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jul. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 02 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Igualdade Racial. **Monitoramento e avaliação nº 3** - Edição Censo Demográfico 2022. Brasília: DF, fev. 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/informativos/Informe-edicao-censo-demografico2022.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sem Racismo**. Brasília: MS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo>. Acesso em: 29 nov. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p. ISBN 978-85-334-2515-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 4 out. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/v/vigitel>. Acesso em: 11 jun. 2025.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 139 p. ISBN 978-65-87201-76-4. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2025

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777–781, 2003. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/YgRksxZVZ4b9j3gS4gw97NN/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025.

CARDOSO, B. C. C. *et al.* Perfil de adesão de pacientes hipertensos atendidos em unidade básica de saúde no município de Imperatriz, Maranhão. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 16, n. 1, p. 59–64, 2023. Disponível em: <https://revista.unitpac.com.br/itpac/article/view/132>. Acesso em: 8 jun. 2025.

CAVALCANTE, E. S. *et al.* **Análise dos óbitos por doenças cardiovasculares no estado do Maranhão.** *Journal of Social Issues and Health Sciences*, Teresina, v. 1, n. 7, p. 1–13, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14510929>. Acesso em: 29 nov. 2025.

COBO, B.; CRUZ, C; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n9/4021-4032/>. Acesso em: 9 nov. 2025

COELHO, J. C. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1–17, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.19282022>. Acesso em: 8 jun. 2025.

COELHO, R.; CAMPOS, G. O campo de estudos sobre saúde da população negra no Brasil: uma revisão sistemática das últimas três décadas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220754pt>. Acesso em: 07 jan. 2025.

CORREA, R. R. *et al.* Hipertensão arterial na etnia negra: uma revisão da terapia medicamentosa. **RBSCR**, v. 27, n. 1, p. 157-159, jun./ago. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200307.pdf. Acesso em: 02 nov. 2024.

COSTA, A. J. R. *et al.* Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial em pacientes atendidos na Atenção Primária da cidade de Imperatriz-MA. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, e23012441252, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41252>. Acesso em: 9 jun. 2025.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**: background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991. (Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2007:14). ISBN 978-91-85619-18-4. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health. Acesso em: 12 out. 2025.

DANTAS, J. E. F.; LEITE, L. K. T.; OLIVEIRA, J. R. de *et al.* Direito à saúde da população quilombola: entre vulnerabilidade e problematização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 13–23, abr./jun. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v14i2.1351>. Acesso em: 12 out. 2025.

DASSANAYAKE, S. *et al.* Effectiveness of Physical Activity and Exercise on Ambulatory Blood Pressure in Adults with Resistant Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. **High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention**, v. 29, p. 275–286, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40292-022-00517-6>. Acesso em: 4 nov. 2025.

EDWARDS, J. J. *et al.* Exercise training and resting blood pressure: a large-scale pairwise and network meta-analysis of randomised controlled trials. **British Journal of Sports Medicine**, v. 57, p. 1317–1326, 2023. DOI: 10.1136/bjsports-2022-106503. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106503>. Acesso em: 4 nov. 2025.

FIGUEIREDO, F. J. B. *et al.* Políticas de saúde para a população negra: desafios na implementação da equidade no SUS. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 6, n. 4, p. 18268–18280, dez. 2024. Disponível em:

<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/2553>. Acesso em: 12 out. 2025.

FILIPPONE, E. J.; FARBER, J. L. The diastolic blood pressure J-curve revisited: an update. **Current Hypertension Reports**, v. 23, 2021. (Artigo em acesso público no PubMed Central). Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10978147/>. Acesso em: 6 nov. 2025.

FIÓRIO, C. E. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, p. E200052, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200052>. Acesso em: 01 nov. 2024.

FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, e00310520, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2025.

GARCIA, C. A. B *et al.* Obesity and associated factors in Brazilian adults: systematic review and meta-analysis of representative studies. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 21, 1022, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph21081022>. Acesso em: 4 nov. 2025

GOMES, A. A. C. *et al.* Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos. **Revista Foco**, v. 17, n. 10, p. 1–20, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n10-023>. Acesso em: 11 jun. 2025.

GUIMARÃES, W. C. S. S. Reflexões sobre agendas de cuidado e população negra brasileira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230076, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230076>. Acesso em 17 jan. 2025.

JORNAL PEQUENO. **Inaugurado Centro de Atendimento ao Hipertenso e Diabético em São Luís**. Jornal Pequeno, 29 jun. 2021. Disponível em:

<https://jornalpequeno.com.br/2021/06/29/inaugurado-centro-de-atendimento-ao-hipertenso-e-diabetico-em-sao-luis/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

JULIÃO, R. S.; SOUZA, A. de; GUIMARÃES, R. R. M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4217–4227, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08092021>. Acesso em: 8 jun. 2025.

KREMER, C. M. S. *et al.* Percepção de hipertensos e diabéticos sobre a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Saúde em Redes**, v. 8, n. 2, p. 131–143, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n2p131-143>. Acesso em: 8 jun. 2025.

MAGNANI, J. W. Hypertension: a social disease that needs social solutions. **AHA Journals**, v. 80, n. 7, p. 1414–1416, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21296>. Acesso em: 21 out. 2024.

MARANHÃO. **Decreto nº 33.661**, de 27 de novembro de 2017. Institui a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão. Diário Oficial, 27 nov. 2017. Disponível em: <https://igualdaderacial.ma.gov.br>. Acesso em: 12 out. 2025.

MARCELINO, K. G. S. *et al.* Características da família e solidão entre adultos mais velhos: evidências do ELSI-Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, e240054, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2024.v27/e240054/pt/>. Acesso em: 8 dez. 2026.

MARUHASHI, T.; HIGASHI, Y. Current topic of vascular function in hypertension in 2023–2024. **Hypertension Research**, v. 47, 2024. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41440-024-01885-3>. Acesso em: 6 nov. 2025.

MCEVOY, J. W. *et al.* 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. **European Heart Journal**, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39210715/>. Acesso em: 6 nov. 2025.

METLOCK, F. E. *et al.* Impact of Social Determinants of Health on Hypertension Outcomes: A Systematic Review. **Hypertension**, Dallas, v. 81, n. 8, p. 1675–1700, ago. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.22571>. Acesso em: 8 nov. 2025.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos**: o Brasil está preparado? Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, fev. 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf. Acesso em: 4 out. 2025.

NAING L *et al.* Sample size calculation for prevalence studies using Scalex and ScalaR calculators. **BMC Medical Research Methodology**, v 22, n 209, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01694-7>. Acesso em: 30 out. 2024.

OKESANYA, O. J. *et al.* Water, sanitation, and hygiene (WASH) practices in Africa: exploring the effects on public health and sustainable development plans. **Tropical Medicine and Health**, v. 52, n. 68, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41182-024-00614-3>. Acesso em: 04 nov. 2025.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Reflexões e perspectivas das desigualdades raciais e a saúde da população negra. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151188, 2024. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1188>. Acesso em: 12 jan. 2025.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, e0214, p. 1–13, 2022. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/2065>. Acesso em: 12 out. 2025.

PALMEIRA, N. C. *et al.* Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo características sociodemográficas, de saúde e região de residência: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 2, e2021385, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/jhSpt69k9S4WNspf7Pj5pbP/>. Acesso em: 9 nov. 2025.

PONTE, M. C. C. R. *et al.* O impacto dos fatores socioeconômicos na prevalência da hipertensão: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 3387–3399, 2024. Disponível em:

<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p3387-3399>. Acesso em: 17 out. 2025

RIBEIRO, A. C.; UEHARA, S. C. S. A. Hipertensão arterial sistêmica como fator de risco para a forma grave da covid-19: revisão de escopo. **Revista de Saúde**

Pública, v. 56, p. 20, 2022. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004311>

RIBEIRO, M. D. A. *et al.* Adesão medicamentosa de hipertensos na atenção primária à saúde: influência dos hábitos de vida. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 99, supl. 1, e025056, 2025. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2278>. Acesso em: 12 dez. 2025.

ROSA, R. S. *et al.* Factors associated to adherence to hypertensive medicinal treatment for African descent people resident in quilombola community: a cross-sectional study. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 3, e1168, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1168>. Acesso em: 8 jun. 2025.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SILVA, A. M. da; FAUSTO, M. C. R.; GONÇALVES, M. J. F. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v.

1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT163722>. Acesso em: 02 nov. 2024.

SILVA, A. N.; ALMEIDA, M. A. S. Racismo institucional como mecanismo estrutural de produção de desigualdades em saúde. **SciELO Preprints**, 2023. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/13408/24776/25530>. Acesso em: 02 out. 2025.

SILVA, S. L. A. *et al.* Diferenças entre homens e mulheres na prevalência da fragilidade e fatores associados entre adultos mais velhos: evidências do ELSI-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BvzkkTfxghyrXJS3XYHL4vP/>. Acesso em: 9 nov. 2025.

SIQUEIRA, C. A.; PAULA, A. C. de. Políticas de saúde quilombola no Brasil: gênese, desenvolvimento e avaliação. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade**, Vitória da Conquista, v. 9, n. 3, p. 180–202, dez. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/odeere.v9i3.15277>. Acesso em: 12 out. 2025.

SOARES, S. M. *et al.* The Simplified Medication Adherence Questionnaire: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. **Frontiers in Pharmacology**, v. 15, art. 1348917, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1348917>. Acesso em: 8 nov. 2025.

SOUSA, A. P. de M. *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000300014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2021.v30n3/e2020838/>. Acesso em: 04 jan. 2026.

SOUSA, C. T. *et al.* Diferenças raciais no controle da pressão arterial em usuários de anti-hipertensivos em monoterapia: resultados do estudo ELSA-Brasil. **Arquivos**

Brasileiros de Cardiologia, v. 118, n. 3, p. 614-622, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.36660/abc.20201180>. Acesso em: 01 nov. 2024.

SOUZA, G.; SANTOS, C.; LISBOA, E. Water, sanitation, and hygiene in urban areas: a review. **Water (Basel)**, v. 17, art. 2634, 2025. Disponível em:
<https://doi.org/10.3390/w17172634>. Acesso em: 04 nov. 2025

SOUZA, S. C. de; BRITO, A. E. C. de. Famílias quilombolas, pobreza e Serviço Social: um debate necessário a partir de comunidades do município de Ouro Verde de Minas-MG. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 26, n. 1, p. 174–195, jan./jul. 2023. Disponível em:
<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/46118>. Acesso em 04 out. 2025.

SOUZA, B. T. N. de *et al.* Política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN) e a adesão da população negra aos serviços de saúde. **International Seven Journal of Multidisciplinary**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 125–138, 2023. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/ISJM/article/view/1505>. Acesso em: 17 jan. 2025.

TSAO, C. W. *et al.* Heart disease and stroke statistics – 2022 update: A report from the American Heart Association. **AHA Journals**, v. 145, n. 8, p. e153–e639, 2022. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001052>. Acesso em: 02 nov. 2024.

VERMA, J. P.; VERMA, Priyam. **Determining sample size and power in research studies**. Singapore: Springer Singapore, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1007/978-981-15-5204-5>. Acesso em: 25 out. 2024

VIANA, A. A. P. **Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados**: uma revisão integrativa. 2023. 76 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2023. Disponível em:

<https://tedeabc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/4799/2/AntoniaViana.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2025.

VIEIRA, M. A. S. *et al.* Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the Brazilian population: a nationwide analysis. **BMC Public Health**, 2025.

Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-22008-8>. Acesso em: 6 nov. 2025.

YOUSUF, J; *et al.* Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at public hospitals in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 20, n. 5, e0322655, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322655>. Acesso em: 8 nov. 2025

World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva.1997. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/638544>. Acesso em: 8 nov. 2025

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Data de nascimento: / /
Endereço:	Contato: ()
Raça/Cor:	Data da coleta: / /

BLOCO A: DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____	2. Gênero () Masculino () Feminino Outro: _____	3. Estado Civil () Solteiro (a) () Casado (a) ou união estável () Separado(a)/Divorciado(a) () Viúvo (a) () Outro: _____
4. Renda Familiar () menos de 1 salário mínimo () entre 1 a 3 salários mínimos () entre 4 a 6 salários mínimos () mais de 6 salários mínimos	6. Escolaridade: () Analfabeto () Sabe ler e escrever () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós graduação	7. Ocupação: () Aposentado () Trabalha informalmente () Trabalha com carteira assinada () Desempregado
5. Você recebe algum tipo de benefício social? () Sim. Qual: _____ () Não		
8. Religião () Católico () Evangélico () Espírita () Candomblecista /Umbandista () Sem religião () Outra: _____	9. Com quem você mora atualmente? () Sozinho () Com os pais e/ou parentes () Com cônjuge e/ou filhos () Com outras pessoas	10. Quantas pessoas moram com você na sua residência? () 1 pessoa () 2 a 3 pessoas () 4 a 5 pessoas () 6 ou mais pessoas
11. Além do serviço público, você utiliza o serviço privado? () Sim () Não	13. A sua casa é feita de quê? () Tijolo (Alvenaria) () Taipa () Outro: _____	14. Como o lixo é recolhido no seu bairro? () Coleta pública () Queimado/enterrado () Céu aberto () Outro: _____
12. Com que frequência você utiliza o serviço de saúde? () Regularmente (Rotina) () Urgência/Emergência () Não utilizo frequentemente		
15. Como é o abastecimento de água da sua casa? () Rede encanada () Poço/Nascente () Cisterna () Outro: _____	16. Como é sua água para consumo? () Filtrada () Fervida () Mineral () Outro: _____	17. Para onde é o destino dos dejetos do banheiro? () Rede coletora de esgoto () Fossa séptica () Fossa rudimentar (Sentina) () Outra: _____

BLOCO B: HÁBITOS DE VIDA

18. Você fuma? ☐ Sim ☐ Não 19. Há quanto tempo? 20. Quantos cigarros/dia? ☐ menos de 1 maço/dia ☐ 1 a 2 maços por/dia ☐ 3 ou mais maços/dia	21. Você consome bebida alcoólica? ☐ Sim ☐ Não 22. Há quanto tempo? 23. Quantas vezes você bebe: ☐ Socialmente ☐ Toda semana ☐ Todo dia	24. Você pratica atividade física? ☐ Sim ☐ Não 25. Quantas vezes faz atividade física? ☐ 1x/semana ☐ 2x/semana ☐ 3x/semana ☐ mais de 3x/semana
26. Você participa de algum grupo do seu bairro? ☐ Sim ☐ Não	27. Se sim, que grupo você participa? ☐ Grupo religioso ☐ Grupo de dança ☐ Grupo político ☐ Grupo educativo ☐ Outro: _____	28. Você gosta de fazer o quê para seu lazer? (Pode marcar mais de 1) ☐ Sair/conversar com amigos/família ☐ Ler/estudar ☐ Assistir TV/Filme ☐ Outra coisa: _____ ☐ Não tenho tempo de lazer

BLOCO C: ASPECTOS DE SAÚDE

29. Quanto tempo você tem o diagnóstico de Hipertensão Arterial? ☐ 6 meses a 1 ano ☐ 1 a 3 anos ☐ 4 a 6 anos ☐ 7 a 9 anos ☐ maior ou igual a 10 anos	30. Você está em tratamento medicamentoso para esta condição? ☐ Sim ☐ Não	31. Você já teve alguma complicação por causa da hipertensão arterial? ☐ Sim ☐ Não 32. Se sim, qual? ☐ Derrame ☐ Infarto ☐ Outra: _____
33. Você tem outra(s) condição saúde crônica? ☐ Sim ☐ Não	34. Se sim, qual: ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Obesidade ☐ Outra: _____ 35. Faz tratamento para essa outra condição de saúde? ☐ Sim. Para qual? ☐ Não	36. Há quanto tempo você tem o diagnóstico? ☐ Menor de 1 ano ☐ 1 a 3 anos ☐ 4 a 6 anos ☐ 7 a 9 anos ☐ maior ou igual a 10 anos
Pressão Arterial: 	Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário da Pesquisa **“ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DETERMINANTES DE SAÚDE ASSOCIADOS EM NEGROS DE UM QUILOMBO URBANO”** que têm por objetivo avaliar adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial dos usuários negros acompanhados pela Estratégia Saúde da Família e como os determinantes sociais de saúde estão relacionados à essa adesão.

Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa contribuirão para a reflexão e análise das atividades desenvolvidas pela ESF, no sentido de promover ações que visem a melhoria da adesão nessa população, considerando os fatores socioeconômicos, demográficos, clínicos e de estilo de vida a que esses pacientes estão expostos.

RISCOS E BENEFÍCIOS ASSOCIADOS AO ESTUDO

Esta pesquisa envolve riscos mínimos de cunho emocional devido desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário. Caso ocorra algum tipo de risco mínimo (como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário) será prestada assistência imediata ao participante como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso este aceite ainda participar da pesquisa, não acarretando ônus de qualquer espécie. Além disso, quando formulados os resultados dessa pesquisa você receberá um código, codinome que de forma alguma será revelada sua identidade pessoal, mantendo-se em anonimato todas informações prestadas pelo senhor(a) nesta pesquisa.

O pesquisador avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os benefícios do melhor regime, conforme determinações da Resolução CNS/MS nº466/12.

Este estudo prevê, como benefício, a possibilidade de melhor expandir os conhecimentos acerca dos fatores que impactam na adesão ao tratamento em usuários negros hipertensos acompanhados pela APS, auxiliando na elaboração de estratégias e intervenções culturalmente sensíveis, que impactem na qualidade de vida dessa população.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE

Todos os seus dados registrados nas fichas, que serão preenchidas durante a pesquisa, serão considerados sigilosos, ou seja, todo esforço será feito no sentido de

resguardar o sigilo sobre os dados fornecidos por você, bem como o acesso ao prontuário e informações complementares.

DIREITO À RETIRADA DO ESTUDO

Será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento do estudo, sem ocasionar prejuízo para continuidade do seu tratamento.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES (RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO)

A participação no estudo não envolve nenhum custo para você. Desta forma, não há indenização ou qualquer tipo de recompensa financeira. No entanto, estão assegurados a você, se necessário, o direito de pedir indenizações ou ressarcimento a cobertura material para reparação a algum dano causado pela pesquisa. Poderá ser feito o ressarcimento ou indenização de qualquer despesa referente a transporte, alimentação e diária devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Asseguramos a você o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação na pesquisa, pelo tempo que for necessário.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação neste estudo é voluntária. Caso recuse-a, não haverá qualquer tipo de retaliação ou perda de direito à saúde. Terá também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas sempre que forem solicitados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias de igual teor e deverá conter rubricas do participante da pesquisa e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante, caso o participante esteja impossibilitado de assinar, usaremos a impressão digital.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Por estar devidamente informado(a) a respeito da minha participação neste estudo, tendo sido discutidos com os responsáveis quais os propósitos, desconfortos e eventuais riscos, de forma isenta de despesas, com garantia de confidencialidade, expresse o consentimento para minha inclusão, como sujeito, nesta pesquisa; mantendo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento.

GARANTIA DE ACESSO AOS RESPONSÁVEIS PELO ESTUDO

A qualquer momento durante a pesquisa, você pode entrar em contato com pesquisador principal professora Ana Hélia de Lima Sardinha, que poderá ser encontrada no endereço Avenida dos Portugueses, Cidade Universitária, Bacanga, CEP: 65080-80,

São Luís- MA e através dos telefones: (98) 98159-9161 de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h. E-mail: ana.helia@ufma.br. Poderá ainda consultar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão/HUPD/UFMA para saber sobre os aspectos éticos desta pesquisa, de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h, pelo telefone: (98) 2109-1250; Endereço: Rua Viana Vaz, nº 238, B. Centro, CEP: 65.020-660, São Luís - MA.

Os comitês de ética em pesquisa (CEP) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter público, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos, em observância a Resolução CNS/MS nº466/12.

São Luís (MA), ____ de ____ de ____

Assinatura do participante

Documento assinado digitalmente
 ANA HELIA DE LIMA SARDINHA
Data: 20/11/2024 08:16:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
Pesquisadora Responsável

Documento assinado digitalmente
 ROMULO LUIZ NEVES BOGEA
Data: 02/12/2024 15:24:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Rômulo Luiz Neves Bogéa
Pesquisador Participante

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE NÃO ADESAO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

AÇÕES/ATIVIDADES	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
	1	2	3	4	5
1) Quando você está bem, deixa de tomar a medicação?					
2) Esquece-se de tomar o medicamento?					
3) Com o início do tratamento, faz uso de alimentação rica em sal?					
4) Com o início do tratamento, faz uso de alimentação rica em frituras/gordura?					
5) Com o início do tratamento, faz uso de bebida alcoólica?					
6) Com o início do tratamento, faz uso de alimentação como pizzas, sanduíches, pastéis, batatas fritas, salgadinhos em geral e empanados?					
7) Procura com frequência a unidade de saúde porque sua pressão arterial está alta?					
8) Possui rotina diária sem exercícios físicos?					
9) Não tem tempo para realizar exercícios físicos?					
10) Tem dificuldades quanto às pessoas da sua família ajudarem no tratamento da hipertensão?					
11) Possui alimentação pobre em frutas e verduras?					
12) Acredita que não precisa mudar o estilo de viver?					
13) Deixa de tomar os medicamentos quando a unidade de saúde não os oferece?					
14) Falta às consultas para tratamento da hipertensão?					
15) Para de tomar a medicação por sentir-se mal com ela?					
16) Sente dificuldades para tomar a medicação ao ter de ingerir mais que dois comprimidos de uma só vez?					
17) Sente dificuldades para tomar a medicação ao ter de fazê-lo mais de uma vez ao dia?					
18) Quando aferida, sua Pressão Arterial encontra-se elevada?					
19) Mantém um estilo de vida estressante?					
20) Apresenta baixa participação em grupos de educação em saúde?					
21) Sente dificuldades em conversar com os profissionais de saúde que o atendem?					
22) Faltam medicamentos na unidade de saúde?					
23) Sente-se mal atendido na unidade de saúde onde faz acompanhamento?					
24) Falta local conveniente para realização de atividades físicas?					