v7.n7.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

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

ADHERENCE TO HYPERTENSION TREATMENT AMONG THE BLACK POPULATION OF THE LARGEST URBAN QUILOMBO IN LATIN AMERICA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN NEGRA DEL MAYOR QUILOMBO URBANO DE AMÉRICA LATINA

Rômulo Luiz Neves Bogéa[1], Eusiene Furtado Mota Silva[1], Thamyris Mendes Gomes Machado[1], Mariana Sousa de Abreu Menezes[2], Luis Saulo Sousa Santos[3], Marcos Ronad Mota Cavalcante[4], Rafaela Duailibe Soares[5], Ana Hélia de Lima Sardinha[6]

e778517
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i7.8517

PUBLICADO: 07/2026

RESUMO

A hipertensão arterial afeta de modo desproporcional a população negra, em especial quando determinantes sociais e arranjos de cuidado limitam o controle pressórico; nesse contexto, comunidades quilombolas urbanas merecem atenção por combinarem proximidade dos serviços com microbarreiras que impactam a efetividade do cuidado. O objetivo foi avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas negras residentes em um quilombo urbano. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado em um centro de saúde de um quilombo urbano em São Luís, Maranhão, Brasil. A adesão foi avaliada utilizando um instrumento validado de Borges (2012). A amostra foi constituída por 288 usuários que contemplavam os critérios estabelecidos. Foram aplicados instrumentos sobre o perfil sociodemográfico, hábitos de vida e saúde e a adesão ao tratamento da hipertensão. Os resultados mostraram majoritariamente mulheres (69,4%) e idosos (51%), com baixa escolaridade (46%) e renda (87,1%). Observou-se proporção muito elevada de adesão (98,6%), porém uma parcela manteve pressão arterial acima da meta clínica recomendada (52,4%). Esses achados mostram que 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. Os resultados destacam a importância de estratégias de acompanhamento contínuo e educação em saúde na Atenção Primária, visando otimizar o controle da hipertensão em populações vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: População Negra. Hipertensão. Adesão ao Tratamento. Quilombolas.

ABSTRACT

High blood pressure disproportionately affects the Black population, especially when social determinants and care arrangements limit blood pressure control. In this context, urban quilombola communities deserve attention because they combine proximity to services with microbarriers that impact the effectiveness of care.

[1] UFMA, mestre.
[2] Mestre.
[3] Ceuma, mestre.
[4] UFMA, doutor.
[5] UFMA, doutora.
[6] Instituto Central de Ciências Pedagógicas/ICCP, doutora.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

The objective was to evaluate adherence to antihypertensive treatment in black people residing in an urban quilombo. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in a health center in an urban quilombo in São Luís, Maranhão, Brazil. A sample of 288 users who met the established criteria was provided. Instruments on sociodemographic profile, lifestyle and health habits, and adherence to hypertension treatment were applied. The results showed a majority of women (69.4%) and elderly (51%), with low education (46%) and income (87.1%). A very high proportion of adherence was observed (98.6%), however, a portion maintained blood pressure above the recommended clinical target (52.4%). These findings show that self-reported adherence can be high and still coexist with less-than-ideal blood pressure control; continued access and care bonding have shown potential to increase perceived adherence; however, social determinants and lifestyle also continue to significantly influence the clinical response. The results highlight the importance of strategies for ongoing monitoring and health education in primary care, with the aim of optimizing hypertension management in vulnerable populations.

KEYWORDS*: Black Population. Hypertension. Treatment Adherence. Quilombolas.*

RESUMEN
La hipertensión afecta de manera desproporcionada a la población negra, especialmente cuando los determinantes sociales y las condiciones de atención limitan el control de la presión arterial. En este contexto, las comunidades quilombolas urbanas merecen atención, ya que combinan la proximidad a los servicios con microbarreras que impactan la efectividad de la atención. El objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas negras residentes en una comunidad quilombola urbana. Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado en un centro de salud de una comunidad quilombola urbana en São Luís, Maranhão, Brasil. La muestra estuvo compuesta por 288 usuarios que cumplieron con los criterios establecidos. Se aplicaron instrumentos para evaluar el perfil sociodemográfico, el estilo de vida, los hábitos de salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los resultados mostraron una mayoría de mujeres (69,4%) y personas mayores (51%), con bajo nivel educativo (46%) e ingresos bajos (87,1%). Se observó una muy alta proporción de adherencia (98,6%), sin embargo, una parte mantuvo la presión arterial por encima del objetivo clínico recomendado (52,4%). Estos hallazgos demuestran que la adherencia autoinformada puede ser alta y aun así coexistir con un control de la presión arterial subóptimo; el acceso continuo y el vínculo con el cuidador han demostrado potencial para aumentar la adherencia percibida; sin embargo, los determinantes sociales y el estilo de vida también siguen influyendo significativamente en la respuesta clínica. Los resultados ponen de relieve la importancia de las estrategias de seguimiento continuo y de educación sanitaria en la atención primaria, con el fin de optimizar el control de la hipertensión en las poblaciones vulnerables.

PALABRAS CLAVE*: Población negra. Hipertensión. Adherencia al tratamiento. Quilombolas.*

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição crônica não transmissível, caracterizada pela elevação persistente dos níveis pressóricos e associada a alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo, aumentando o risco de complicações cardiovasculares graves e mortalidade[1]. Afeta globalmente de 20 a 40% da população adulta, sendo responsável por 45% das mortes por cardiopatias[2].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

No Brasil, a prevalência de HA atinge aproximadamente 30% dos adultos[3], com 31,3% entre adultos negros em São Luís, Maranhão, associando-se significativamente à idade, escolaridade e raça/cor[4]. Estudos demonstram que a população negra apresenta menor efetividade no controle pressórico em comparação à população branca, possivelmente devido a determinantes sociais de saúde mais do que à classe medicamentosa utilizada[5].

No Maranhão, a população que se autodeclara negra corresponde a mais da metade da população segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[6]. Somando-se a isso, a infraestrutura de saúde e os recursos humanos limitados agravam o problema, resultando em altos índices de mortalidade e hospitalizações relacionadas a essa condição crônica[7].

O acesso a serviços de saúde varia segundo o território, sendo mais restrito em áreas rurais e em quilombos, com desabastecimento e seguimento clínico intermitente, prejudicando a adesão e o controle da HA[8,9]. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na promoção do cuidado contínuo, considerando as especificidades dos territórios, a partir de uma gestão de base populacional, favorecendo a adesão e o controle pressórico[8,10].

Diante deste cenário, a questão de pesquisa deste estudo é: como se configura a adesão ao tratamento da HA em pessoas negras residentes em um quilombo urbano e como ela se relaciona com os níveis pressóricos?

O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela necessidade de compreender os desafios específicos enfrentados pela população negra de quilombos urbanos para adesão ao tratamento anti-hipertensivo e controle de níveis pressóricos, visando orientar a implementação de estratégias de atenção integral e equitativa.

Com base nesse contexto, este estudo teve como objetivo avaliar a adesão ao tratamento das pessoas negras com hipertensão de um quilombo urbano, associando o escore de adesão ao tratamento aos valores pressóricos, de modo a fornecer subsídios para estratégias que promovam um cuidado mais efetivo e equitativo para essa população.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Saúde do bairro da Liberdade em São Luís, Maranhão, Brasil. O bairro 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[11]. Dessa forma, evidencia-se a relevância do local ao se considerar o público-alvo da pesquisa.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

O período de coleta de dados foi de fevereiro a agosto de 2025 e teve como população as pessoas que se autodeclaram negras, com diagnóstico de HA há pelo menos 6 meses, de ambos os sexos, com idade igual ou maior que 18 anos, cadastrados na área de abrangência da unidade.

O cálculo amostral baseou-se no estudo de Verma e Verma[12] e utilizou-se uma prevalência esperada de 50% segundo o estudo de Barbosa et al.[13], 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[14].

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 Miniexame do Estado Mental[15].

O instrumento para coleta das condições sociodemográficas, hábitos de vida e de saúde foi desenvolvido pelo próprio autor e submetido a pré-teste com cinco participantes, para ajustes que garantissem clareza das questões. As variáveis incluíram:

- 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[16]. 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[1].

Nas medidas antropométricas, classificou-se os participantes segundo seu estado nutricional em: IMC <18,5 (baixo peso), IMC ≥18,5 e ≤ 24,9 (eutróficos), IMC ≥25 a ≤29,9 (sobrepeso) e IMC ≥30 (obeso)[17]. Para a medida do peso foi utilizada balança digital devidamente

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

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.

Instrumento de avaliação de Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial: Para investigar o grau de adesão foi utilizado um instrumento elaborado e validado por Borges[18], 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.

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 tercis 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) com PAS e PAD como desfechos contínuos, tendo o escore de adesão como variável preditora principal. Os resultados foram

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

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.

Para minimizar viés de confusão, foram incluídas variáveis que poderiam influenciar tanto a adesão quanto os níveis pressóricos: idade, uma vez que a pressão arterial tende a aumentar com o envelhecimento vascular; gênero, devido às diferenças fisiológicas que podem afetar a pressão arterial e a resposta ao tratamento; IMC, pois excesso de peso e obesidade impactam diretamente na pressão e na eficácia da medicação, e presença de comorbidades, considerando que doenças crônicas adicionais, como diabetes ou doenças cardiovasculares, podem alterar a pressão arterial e influenciar o comportamento de adesão.

Cada fator foi mensurado ou categorizado de forma padronizada: idade em anos completos, gênero binário (masculino/feminino), IMC calculado a partir de peso e altura, e comorbidades registradas como presença ou ausência de doenças crônicas adicionais. A inclusão dessas variáveis permitiu estimar o efeito isolado do escore de adesão sobre a pressão arterial, controlando potenciais vieses e fornecendo uma análise mais precisa da associação.

O estudo está de acordo com os princípios delineados nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 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.

3. RESULTADOS

A pesquisa encontrou, conforme exposto na Tabela 1, que a maioria era feminina (69,4%), com idade média de 60 anos, sendo 76% casados. Quanto à renda, 87,1% recebiam de 1 a 3 salários-mínimos, e a escolaridade era baixa: 14,6% nunca estudaram, 31,5% ensino fundamental incompleto, 23% ensino médio completo e 1,7% ensino superior.

A ocupação predominante foi de aposentados (54,7%), seguidos de autônomos/informais (28,8%), desempregados (14%) e assalariados (2,5%). A grande maioria não recebia benefícios sociais (88,5%), e entre os que recebiam, 79,4% contavam com bolsa família.

Quanto à religião, 86,1% eram católicos e 11,1% evangélicos. Todas as residências eram de tijolo, com 82,3% dividindo a casa com 2 a 3 pessoas. Todos tinham coleta de lixo; 85,4% acesso à rede de esgoto e 97,9% água encanada, sendo que 66,3% utilizavam água mineral e 33,3% filtrada para consumo.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

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	0,30%
	25 a 39	18	6,30%
	40 a 59	122	42,40%
	60 ou mais	147	51%
Gênero	Feminino	200	69,40%
	Masculino	88	30,60%
Estado Civil	Casado	219	76%
	Divorciado	22	7,60%
	Solteiro	38	13,20%
	Viúvo	9	3,20%
Renda Familiar	Menos de 1 salário	35	12,20%
	1 a 3	251	87,10%
	4 a 6	2	0,70%
Escolaridade	Sabe ler e escrever	42	14,60%
	EF incompleto	91	31,50%
	EF completo	56	19,50%
	EM incompleto	22	7,70%
	EM completo	66	23%
	ES incompleto	6	2%
	ES completo	5	1,70%
Ocupação	Desempregado	40	14%
	Informal/Autônomo	83	28,80%
	Carteira assinada	7	2,50%
	Aposentado	157	54,70%
Benefício Social	Auxílio-Doença	2	5,90%
	Bolsa Família	27	79,40%
	BPC	3	8,80%
	Colônia de Pescador	1	2,90%
	Não	255	88,50%
Religião	Católico	248	86,10%
	Espírita	2	0,70%
	Evangélico	32	11,10%

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

	Outra	1	0,35%
	Sem religião	5	1,75%
Quantas pessoas moram com você na sua residência?	Sozinho	2	0,70%
	1	13	4,50%
	2 a 3	237	82,30%
	4 a 5	33	11,50%
	6+	3	1%
A sua casa é feita de quê?	Tijolo	288	100%
Como o lixo é recolhido?	Coleta pública	288	100%
Para onde é o destino dos dejetos do banheiro?	Rede coletora	246	85,40%
	Fossa séptica	42	14,60%
Como é o abastecimento de água na sua casa?	Encanada	282	97,90%
	Poço	4	1,40%
	Cisterna	2	0,70%
Como é a sua água para consumo?	Fervida	1	0,35%
	Filtrada	96	33,30%
	Mineral	191	66,30%

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 2 indica os hábitos de vida, sendo que 88,5% não fumavam e 78,8% não consumiam álcool regularmente. Atividade física era limitada: 64,9% não realizavam exercícios; entre os que se exercitavam, 42,6% praticavam ao menos dois dias por semana.

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	88,50%
	Sim	33	11,50%
Quantos cigarros/dia?	Menos de 1 maço	24	72,70%
	1 a 2 maços	9	27,30%
Você consome bebida alcoólica?	Não	227	78,80%

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

	Sim	61	21,20%
Quantas vezes você bebe?	Socialmente	50	81,90%
	Toda semana	11	18,10%
Você pratica atividade física?	Não	187	64,90%
	Sim	101	35,10%
Quantas vezes você faz atividade física?	1x/semana	39	38,60%
	2x/semana	43	42,60%
	3x ou mais	19	18,80%

Fonte: Elaborada pelos autores

Em termos clínicos, 51% possuíam diagnóstico entre 6 e 9 anos, 32,2% há 10 anos ou mais, 9,3% entre 3 e 6 anos. Apenas 1,4% relataram complicações derivadas da HA, e 19,1% tinham comorbidades adicionais.

A classificação da PA mostrou 40,6% em pré-hipertensão, 38,5% HA Estágio 1, 12,5% Estágio 2, 6,9% PA normal e 1,4% HA Estágio 3. Quanto ao IMC, 0,3% apresentavam baixo peso, 31,9% eutrofia, 40,7% sobrepeso e 22,6% obesidade.

Pelo resultado do Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial, observou-se na Tabela 3 que a maioria (98,6%) foi classificada no escore “Adesão”, enquanto apenas 1,4% apresentaram a classificação “Risco de não adesão”, nenhum dos participantes apresentou a classificação de “Não adesão total”.

Tabela 3. Resultado do instrumento de avaliação de não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. São Luís – MA, 2025

Classificação	**N = 288**
Total, Mdn (Q1; Q3)	71 (78;83)
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: Elaborada pelos autores

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

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

gradientes internos dentro da faixa considerada ‘adesão’, por meio de tercis internos e de modelos de regressão linear com PAS e PAD como desfechos contínuos.

Na Tabela 4, 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 4. Distribuição da pressão arterial sistólica e diastólica e do índice de massa corporal por tercis internos do escore 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: Elaborada pelos autores

Nos modelos lineares com o escore de adesão contínua (Tabela 5), não houve associação significativa com a PAS (p=0,805). Para a PAD, observou-se redução significativa (p=0,006), correspondendo a −4,2 mmHg para cada 10 pontos adicionais no escore de adesão.

Tabela 5. Associação entre escore 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	-0,59 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: Elaborada pelos autores

4. DISCUSSÃO

O território estudado foi um quilombo urbano com ampla cobertura da APS e retaguarda especializada para hipertensão arterial e diabetes mellitus, o que sugere bom acesso assistencial

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

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[19]. 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[20].

Ponte *et al.*[21] 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[22].

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[19,23]. 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[24].

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

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

complementação por trabalho informal, compondo um arranjo econômico instável que tensiona o manejo de condições crônicas[25].

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[26].

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, e a literatura reconhece que a disponibilidade e qualidade de água se articula aos desfechos de doenças crônicas, reduzindo exposição a riscos ambientais imediatos, poupando tempo/energia domésticos e facilitando práticas cotidianas de cuidado (preparo alimentar, armazenamento seguro de água, manejo de resíduos), condições que indiretamente favorecem a gestão das condições crônicas[27,28].

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[29,30].

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[19,31,32].

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[22], o que ajuda a entender por que grande parte permanece em estágios hipertensivos apesar do contato com os serviços.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

O resultado 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[33].

No que tange aos dados sobre adesão ao tratamento da HA, observou-se 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[34,35].

Essa oferta assistencial superior à média de contextos periféricos, por si só, não neutraliza os determinantes sociais de saúde 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[36].

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[37,38]. 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[39].

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 e esquecem lapsos, o que empurra as estimativas para cima.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

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.[40] para validação do Questionário Simplificado de Adesão à Medicação, que observou baixa especificidade e possível influência da desejabilidade social na identificação de não aderentes.

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[41].

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[41,32].

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[43]. As Diretrizes Brasileiras[1] 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

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

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[44], pode atuar como fator central nesse processo, potencializando a dificuldade de controle pressórico mesmo entre usuários aderentes.

No recorte da população negra de quilombos urbanos, 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.

5. 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

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

arranjos de cuidado e determinantes sociais se combinam para produzir, ou limitar, o controle efetivo da HA em populações historicamente vulnerabilizadas.

Nesse cenário, é fundamental que gestores e profissionais da APS priorizem o acompanhamento contínuo dos pacientes, promovendo ações educativas sobre hábitos de vida e adesão medicamentosa, reforçando o vínculo assistencial e integrando políticas públicas específicas voltadas à saúde da população negra. Estratégias comunitárias de suporte, alinhadas à realidade local, podem contribuir significativamente para reduzir barreiras estruturais e sociais, melhorar o controle pressórico e diminuir desigualdades em saúde.

Por fim, este trabalho abre vias de investigação: estudos longitudinais que distingam persistência e implementação da adesão e medidas objetivas de uso de medicamentos combinadas a autorrelato. 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

1. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9). Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-122-09-e20250624/0066-782X-abc-122-09-e20250624.x66747.pdf.

2. Fiório CE, Cesar CLG, Alves MCGP, Goldbaum M. Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200052. doi:10.1590/1980-549720200052.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel 2006–2023: morbidade referida e autoavaliação de saúde: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 11 jun 2025]. 57 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/v/vigitel/vigitel-2006-2023-morbidade-referida.pdf.

4. Gomes AAC, Nascimento EC, Padilha LL, Sodré SJL, Melo NAC, Cavalcante DV, et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos. Rev Foco. 2024;17(10):e6362. doi:10.54751/revistafoco.v17n10-023.

5. Sousa CT, Ribeiro A, Barreto SM, Giatti L, Brant LC, Lotufo PA, et al. Diferenças raciais no controle da pressão arterial em usuários de anti-hipertensivos em monoterapia: resultados do estudo ELSA-Brasil. Arq Bras Cardiol. 2022;118(3):614-622. doi:10.36660/abc.20201180.

6. Brasil. Secretaria de Gestão do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Diretoria de Avaliação, Monitoramento e Gestão da Informação. Informe: edição Censo Demográfico

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

2022. Brasília: Governo Federal; 2022 [acesso em 11 nov 2025]. 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-demogrfico2022.pdf.

7. Cavalcante ES, Silva ICS, Costa LMO, Silva JLA, Silva LFS, Rodrigues PKQ. Análise dos óbitos por doenças cardiovasculares no estado do Maranhão. J Soc Issues Health Sci. 2024;1(7):1-13. doi:10.5281/zenodo.14510929.

8. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. Cad Saúde Pública. 2021;37(7):e00310520. doi:10.1590/0102-311X00310520.

9. Borges VM, Kimura L. Panorama da hipertensão arterial nos quilombos do Brasil: uma revisão narrativa. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2023;33:e33050. doi:10.1590/S0103-7331202333050.

10. Silva AM, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. Cad Saúde Pública. 2023;39(1):e00163722. doi:10.1590/0102-311XPT163722.

11. Brasil. 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, Brasília, DF. 2019 nov 14. 06; Seção 1, p. 06.

12. Verma JP, Verma P. Determining Sample Size and Power in Research Studies: A Manual for Researchers. Singapore: Springer; 2020. doi:10.1007/978-981-15-5204-5.

13. Barbosa MEM, Bertelli EVM, Aggio CM, Scolari GAS, Marcon SS, Carreira L. Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica. Rev enferm UERJ. 2019;27:e45894. doi:10.12957/reuerj.2019.45894.

14. Naing L, Nordin RB, Rahman HA, Naing YT. Sample size calculation for prevalence studies using Scalex and ScalaR calculators. BMC Med Res Methodol. 2022;22:209. doi:10.1186/s12874-022-01694-7.

15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3-B):777-781.

16. Feitosa ADM, Barroso WKS, Mion Junior D, Nobre F, Mota-Gomes MA, Jardim PCB, et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. Arq Bras Cardiol. 2024;121(4):e20240113. doi:10.36660/abc.20240113.

17. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series, No. 894. Geneva: World Health Organization; 2000.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

18 Borges JWP. Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo [dissertação na Internet]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012 [acesso em 2024 out 20]. 217p. Disponível em: https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=73709.

19. Palmeira NC, Moro JP, Getulino FA, Vieira YP, Soares Junior AO, Saes MO. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Epidemiol Serv Saude. 2022;31(3):e2022966. doi:10.1590/S2237-96222022000300013.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos de vida. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 8 nov 2025]. Disponível em: https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf.

21. Ponte MCC, Rodrigues AVA, Queiroz KEL, Rabello CTM, Lima LAC, Lira AB et al. O impacto dos fatores socioeconômicos na prevalência da hipertensão: uma revisão de literatura. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(9):3387–3399. doi:10.36557/2674-8169.2024v6n9p3387-3399.

22. Malta DC, Bernal RTI, Prates EJ, Vasconcelos NM, Gomes CS, Stopa SR, et al. Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Epidemiol Serv Saude. 2022;31(nspe1):e2021369. doi:10.1590/ss2237-9622202200012.especial.

23. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2021;26(9):4021–4032. doi:10.1590/1413-81232021269.05732021.

24. Silva SLA, Brito GEG, Ygnatios NTM, Mambrini JVM, Lima-Costa MF, Torres JL. Diferenças entre homens e mulheres na prevalência da fragilidade e fatores associados entre adultos mais velhos: evidências do ELSI-Brasil. Cad Saúde Pública. 2024;40(3):e00144923. doi:10.1590/0102-311XPT144923.

25. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE mostra que um a cada quatro idosos trabalhava em 2024. Brasília: IBGE; 2025 [acesso 08 dez 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.

26. Marcelino KGS, Braga LS, Lima-Costa MF, Torres JL. Características da família e solidão entre adultos mais velhos: evidências do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Rev Bras Epidemiol. 2024;27:e240054. doi:10.1590/1980-549720240054.

27. Metlock FE, Hinneh T, Benjasirisan C, Alharthi A, Ogungbe O, Turkson-Ocran RA, et al. Impact of Social Determinants of Health on Hypertension Outcomes: A Systematic Review. Hypertension. 2024;81:1675–1700. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.22571.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

28. Souza G, Santos C, Lisboa É. Water, sanitation, and hygiene in urban areas: a review. Water. 2025;17:2634. doi:10.3390/w17172634.

29. Dassanayake S, Sole G, Wilkins G, Gray E, Skinner M. Effectiveness of physical activity and exercise on ambulatory blood pressure in adults with resistant hypertension: a systematic review and meta-analysis. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2022;29:275–286. doi:10.1007/s40292-022-00517-6.

30. Edwards JJ, De Caux A, Donaldson J, Arnold O, Cooper NJ, Wiles JD, et al. Exercise training and resting blood pressure: a large-scale pairwise and network meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Sports Med. 2023;57:1317–1326. doi:10.1136/bjsports-2022-106503.

31. Néri AKM, Xavier RMF, Matos SMA, Almeida MCC, Ladeira RM, Lopes AA, et al. Factors associated with non-treatment of hypertension and gender differences at baseline in the ELSA-Brasil cohort. Braz J Med Biol Res. 2024;57:e12937. doi:10.1590/1414-431X2023e12937.

32. Albuquerque PVC, 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 Serv Res. 2024;24:939. doi:10.1186/s12913-024-11358-5.

33. Garcia CAB, Meira KC, Souza AH, Oliveira ALG, Guimarães NS. Obesity and Associated Factors in Brazilian Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Representative Studies. Int J Environ Res Public Health. 2024;21:1022. doi:10.3390/ijerph21081022.

34. Abreu AP. Hipertensão na América Latina e no Caribe: uma análise do recente progresso e dos desafios remanescentes. Braz J Nephrol. 2025;47(3):e20240245. doi:10.1590/2175-8239-JBN-2024-0245pt.

35. Yousuf J, Roba KT, Ahmed N, Belsty T, Wondimneh F, Daba L, et al. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at public hospitals in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. PLoS One. 2025;20(5):e0322655. doi:10.1371/journal.pone.0322655.

36. Magnani JW. Hypertension – a social disease in need of social solutions. Hypertension. 2023;80:1414–1416. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21296.

37. Coelho JC, Guimarães MCLP, Vaz AKMG, Meira KC, Santos J, Drager LF, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. Ciênc Saúde Colet. 2024;29(8):1-17. doi:10.1590/1413-81232024298.19282022.

38. Ribeiro MDA, Ferreira FRM, Belarmino AC, Pedrosa KA, Bezerra ADC, Pinto FJM. Adesão medicamentosa de hipertensos na atenção primária à saúde: influência dos hábitos de vida. Rev Enferm Atual In Derme. 2025;99(supl.1):1-12. doi:10.31011/reaid-2025-v.99-n.supl.1-art.2278.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

39. Rosa RS, Ribeiro IJS, Mussi RFF, Santos ISC, Machado M, Pereira RDS. Fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em afrodescendentes hipertensos: estudo transversal. Rev Cuidarte. 2021;12(4):1–10. doi:10.15649/cuidarte.1168.

40. Soares SM, Diniz MQA, Davino DMBMC, Albieri FB, Santos AS, Jesus SEM, et al. The Simplified Medication Adherence Questionnaire: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. Front Pharmacol. 2024;15:1348917. doi:10.3389/fphar.2024.1348917.

41. Filippone EJ, Foy AJ, Naccarelli GV. The diastolic blood pressure J-curve revisited: An update. Am Heart J Plus Cardiol Res Pract. 2021;12:100065. doi:10.1016/j.ahjo.2021.100065.

42. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45:3912–4047. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.

43. Maruhashi T, Higashi Y. Current topic of vascular function in hypertension in 2023–2024. Hypertens Res. 2024;47:3310–3317. doi:10.1038/s41440-024-01885-3.

44. Sousa APM, Pereira IC, Araujo LL, Rocha MR, Bandeira HMM, Lima LHO. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(3):e2020838. doi:10.1590/S1679-49742021000300014.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.