v7.n11.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

HIPERTENSÃO ARTERIAL, POPULAÇÃO NEGRA E DETERMINANTES SOCIAIS: ANÁLISE DO PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM UBERLÂNDIA, BRASIL

HYPERTENSION, BLACK POPULATION, AND SOCIAL DETERMINANTS: AN ANALYSIS OF MUNICIPAL HEALTH PLANNING IN UBERLÂNDIA, BRAZIL

HIPERTENSIÓN, POBLACIÓN NEGRA Y DETERMINANTES SOCIALES: UN ANÁLISIS DE LA PLANIFICACIÓN SANITARIA MUNICIPAL EN UBERLÂNDIA, BRASIL

Solange Maria dos Santos[1], Anita Guazzelli Bernardes[2]

e7119460
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i11.9460

PUBLICADO: 11/2026

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica relaciona-se aos determinantes sociais da saúde, sendo a raça/cor um marcador das desigualdades em saúde. Objetivou-se analisar a relação entre os determinantes sociais da saúde e a maior vulnerabilidade da população negra à hipertensão arterial sistêmica no município de Uberlândia (MG), examinando como os instrumentos municipais de planejamento incorporam a dimensão racial na formulação das políticas públicas. Trata-se de pesquisa documental e interpretativa, fundamentada nos determinantes sociais da saúde e na literatura sobre racismo estrutural e institucional. Foram analisados documentos municipais de planejamento, gestão, dados sociodemográficos e epidemiológicos. Os resultados evidenciam reconhecimento das desigualdades territoriais e socioeconômicas, mas incorporação limitada da variável raça/cor, sem análise sistemática. A literatura local aponta sobreposição entre vulnerabilidade territorial, concentração da população negra e maior ocorrência de hipertensão, relacionada à segregação socioespacial e ao racismo estrutural. Conclui-se que o descompasso entre o conhecimento científico e o planejamento municipal limita a identificação das desigualdades raciais e a efetivação da equidade. A análise sistemática da variável raça/cor pode contribuir para políticas públicas voltadas ao enfrentamento das iniquidades relacionadas à hipertensão.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial sistêmica. Determinantes sociais da saúde. População negra. Racismo estrutural. Equidade em saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is related to the social determinants of health, with race/color being a marker of health inequalities. The objective of this study was to analyze the relationship between the social determinants of health and the greater vulnerability of the black population to systemic arterial hypertension in the municipality of Uberlândia (MG), examining how municipal planning instruments incorporate the racial dimension in the formulation of public policies. This study employed a qualitative documentary analysis informed by the social determinants of health and

[1] Universidade Católica Dom Bosco, doutoranda em Desenvolvimento Local.
[2] Universidade Católica Dom Bosco, doutora em Psicologia.

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 literature on structural and institutional racism. Municipal documents on planning, management, sociodemographic and epidemiological data were analyzed. The results show recognition of territorial and socioeconomic inequalities, but limited incorporation of the race/color variable, without systematic analysis. The local literature points to overlap between territorial vulnerability, concentration of the black population and greater occurrence of hypertension, related to socio-spatial segregation and structural racism. It is concluded that the mismatch between scientific knowledge and municipal planning limits the identification of racial inequalities and the realization of equity. The systematic analysis of the race/color variable can contribute to public policies aimed at addressing hypertension-related inequities.

KEYWORDS: *Systemic arterial hypertension. Social determinants of health. Black population. Structural racism. Health equity.*

RESUMEN

La hipertensión arterial sistémica está relacionada con los determinantes sociales de la salud, siendo la raza/color un marcador de desigualdades en salud. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la mayor vulnerabilidad de la población negra a la hipertensión arterial sistémica en el municipio de Uberlândia (MG), examinando cómo los instrumentos de planificación municipal incorporan la dimensión racial en la formulación de políticas públicas. Se trata de una investigación documental e interpretativa, basada en los determinantes sociales de la salud y la literatura sobre racismo estructural e institucional. Se analizaron documentos municipales sobre planificación, gestión, datos sociodemográficos y epidemiológicos. Los resultados muestran el reconocimiento de desigualdades territoriales y socioeconómicas, pero la incorporación limitada de la variable raza/color, sin análisis sistemático. La literatura local señala solapamiento entre vulnerabilidad territorial, concentración de población negra y mayor incidencia de hipertensión, relacionada con la segregación socioespacial y el racismo estructural. Se concluye que la desconexión entre el conocimiento científico y la planificación municipal limita la identificación de desigualdades raciales y la realización de la equidad. El análisis sistemático de la variable raza/color puede contribuir a políticas públicas destinadas a abordar las desigualdades relacionadas con la hipertensión.

PALABRAS CLAVE*: Hipertensión arterial sistémica. Determinantes sociales de la salud. Población negra. Racismo estructural. Equidad en salud.*

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial, constituindo importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais[1,2]. No Brasil, a HAS acomete aproximadamente 27,9% da população adulta, configurando-se como um dos principais

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.

problemas de saúde pública devido à sua elevada frequência e ao impacto sobre a morbimortalidade[3].

A distribuição da HAS na população, entretanto, não ocorre de forma homogênea. Estudos demonstram que a doença apresenta maior frequência, menor controle e piores desfechos entre indivíduos expostos a condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa renda, menor escolaridade, precariedade habitacional e dificuldades de acesso aos serviços de saúde[4,5]. Essas desigualdades evidenciam que o processo de adoecimento não depende exclusivamente de fatores individuais, podendo ser compreendido à luz dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que reconhecem a influência das condições sociais, econômicas e ambientais sobre o processo saúde-doença[6].

Entre os DSS, a variável raça/cor constitui um importante marcador das desigualdades em saúde. Estudos nacionais e internacionais demonstram maior ocorrência e pior controle da hipertensão entre a população negra quando comparada à população branca[7–9]. No contexto local, Camargo[10] identificou maior frequência de hipertensão entre pessoas pretas e pardas atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

No Brasil, a população autodeclarada negra representa 55,5% dos habitantes[11] e, em Uberlândia, corresponde a 47,46%[12]. Em Uberlândia, Gonçalves[13] identificou que a população negra concentra-se predominantemente em regiões periféricas e, segundo relatório UFU/CEPES,[14] mais de 74% da população residente em Favelas e Comunidades Urbanas de Uberlândia é composta por pessoas negras. Essa configuração territorial decorre de processos históricos associados à segregação socioespacial e à persistência de desigualdades sociais[15]. Nesse contexto, Camargo[10] observou ainda que a maior frequência de hipertensão entre pessoas pretas e pardas esteve associada às condições de precarização e desproteção no acesso a possibilidades de equidade social, caracterizadas por baixa escolaridade, menor renda e elevada frequência de sedentarismo.

O enfrentamento dessas desigualdades depende da produção de evidências epidemiológicas e da forma como elas são incorporadas aos processos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os enfrentamentos das formas de produção de desigualdades sociais pautadas no racismo, entre outras dimensões da organização social, política e econômica do País. Os instrumentos municipais de planejamento orientam a definição de prioridades, metas e estratégias de intervenção e, por isso, desempenham papel fundamental na tradução dos problemas de saúde em políticas públicas. Para que cumpram essa função sob a perspectiva da equidade, é necessário que sejam capazes

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.

de identificar os diferentes padrões de adoecimento existentes na população e reconhecer os grupos em maior situação de vulnerabilidade.

A compreensão das desigualdades raciais em saúde exige considerar tanto as condições sociais que influenciam a distribuição do adoecimento quanto os processos históricos e institucionais que produzem e reproduzem essas desigualdades. Nesse sentido, os determinantes sociais da saúde permitem analisar a influência das condições de vida sobre o processo saúde-doença[6,16], enquanto os conceitos de racismo estrutural e institucional contribuem para compreender a reprodução das desigualdades raciais nas estruturas sociais e nas práticas das instituições[17]. A segregação socioespacial, por sua vez, permite considerar como a organização desigual do espaço urbano se relaciona ao acesso a recursos e serviços[18]. Articuladas, essas perspectivas fundamentam uma abordagem da equidade em saúde voltada ao reconhecimento das desigualdades e à formulação de respostas públicas compatíveis com as necessidades dos diferentes grupos populacionais[6].

Nesse contexto, a incorporação da variável raça/cor nos sistemas de informação e nos instrumentos de planejamento em saúde constitui elemento estratégico para identificar desigualdades na distribuição das doenças, monitorar iniquidades em saúde e subsidiar a formulação de políticas públicas orientadas pela equidade[19]. Em contrapartida, a ausência dessa dimensão analítica limita a identificação das iniquidades raciais e dificulta o planejamento de ações específicas voltadas à redução das desigualdades em saúde.

Embora a literatura reconheça a influência dos DSS na ocorrência da HAS e a relevância da variável raça/cor para a identificação das desigualdades em saúde, ainda são escassos os estudos que investigam como esses elementos são incorporados aos instrumentos municipais de planejamento e gestão.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a relação entre os determinantes sociais da saúde e a maior vulnerabilidade da população negra à HAS no município de Uberlândia (MG), examinando como os instrumentos municipais de planejamento incorporam a dimensão racial na formulação das políticas públicas.

2. METODOLOGIA

Pesquisa de análise documental e interpretativa dos principais instrumentos públicos de gestão e planejamento municipal. Foram examinados o Banco de Dados Integrados (2021), os Relatórios de Gestão (2021 e 2023), o Plano Plurianual (2022–2025), o Plano Diretor (2024–2034), o Plano Municipal de Saúde (2022–2025) e o Boletim Epidemiológico Municipal (2025),

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.

do município de Uberlândia-MG, escolhidos por apresentarem dados sobre vulnerabilidade social, distribuição territorial, indicadores de saúde e políticas públicas intersetoriais.

Os documentos foram lidos integralmente e sistematizados conforme as informações relacionadas à desigualdade social, territorial e racial, identificando-se a presença ou ausência da variável raça/cor, bem como a forma como tratam as desigualdades de acesso aos serviços públicos. Essa análise foi orientada pelo referencial teórico dos DSS de Buss *e Pellegrini Filho*[6] e Solar *e Irwin*[16] e pela literatura crítica sobre racismo estrutural e institucional, Carneiro[20], Akotirene[21], Munanga[22], Nascimento[23].

Os dados foram organizados em uma matriz comparativa que sintetiza os achados (Quadro 1):

Quadro 1. Presença da variável raça/cor e principais eixos temáticos nos documentos institucionais do município de Uberlândia-MG

Fonte analisada	Recorte racial presente	Principais indicadores ou temas observados
Banco de Dados Integrados (2021)	Não	Vulnerabilidade social; renda per capita; famílias no CadÚnico; CRAS
Relatórios de Gestão (2021 e 2023)	Não	Ações assistenciais nas regiões Leste e Norte; programas e obras
Plano Plurianual (2022–2025)	Não	Metas de habitação, infraestrutura e segurança alimentar
Plano Diretor (2024–2034)	Não	Diagnóstico de desigualdade territorial e déficit urbano
Plano Municipal de Saúde (2022–2025)	Parcial	22,92% dos cadastros sem raça/cor; metas clínicas
Boletim Epidemiológico (2025)	Não	Casos de HAS por faixa etária e sexo, sem recorte racial

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir da análise documental (2025).

Os documentos institucionais selecionados foram analisados visando examinar a incorporação dos DSS na abordagem da HAS, com atenção específica à dimensão racial e territorial. Também foram examinados dados sociodemográficos e epidemiológicos municipais, com vistas a verificar o nível de desagregação das informações por raça e território.

A análise documental considerou: (i) a presença ou ausência da variável raça/cor nos diagnósticos situacionais e indicadores; (ii) a forma de apresentação dos dados relativos à HAS e às doenças crônicas não transmissíveis; (iii) a articulação explícita entre condições socioeconômicas, território e morbimortalidade; e (iv) a incorporação do princípio da equidade na formulação de metas e estratégias.

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.

A Tabela 1 apresenta a matriz analítica construída para orientar a comparação entre os documentos institucionais municipais e a produção científica acerca das determinações sociais da HAS. A organização por eixos temáticos permitiu sistematizar os critérios de leitura adotados na análise documental, especialmente no que se refere à incorporação da variável raça/cor, à articulação entre território e vulnerabilidade e ao tratamento do princípio da equidade nas políticas públicas.

Tabela 1. Comparação analítica entre documentos institucionais municipais e literatura científica quanto à abordagem da raça nas determinações da HAS

Eixo de Análise	Documentos Institucionais Municipais	Literatura Científica
Tratamento da variável raça/cor	Ausência ou registro administrativo sem uso analítico sistemático	Uso da raça/cor como categoria explicativa das desigualdades em saúde. Silva[9]; Crispim e Oliveira[19]; Almeida[17]; Carneiro[20].
Relação entre HAS e população negra	Não explicitada como grupo prioritário ou de maior vulnerabilidade	Evidências consistentes de maior prevalência, pior controle e maior mortalidade. Camargo[10]; Silva[9].
Racismo como determinante social	Não mencionado como fator estruturante das desigualdades	Reconhecimento do racismo estrutural e institucional como produtor de iniquidades. Almeida[17]; Carneiro[20]; Akotirene[21]; Munanga[22]; Nascimento[23].
Territorialização e raça	Vulnerabilidade descrita em termos socioeconômicos gerais	Associação entre segregação territorial, raça e risco cardiovascular. Gonçalves[13]; Lima[18]; IBGE[12]; UFU/CEPES[14]; Akotirene[21].
Equidade em saúde	Abordagem universalista, sem recorte racial explícito	Defesa de políticas com enfoque em equidade racial. Almeida[17]; Munanga[22]; Paim e Almeida-Filho[40]; Nascimento[23]; Silva[9].

Fonte: Elaborado pelas autoras com base na análise documental e revisão da literatura (2025).

A matriz comparativa indica diferenças na forma de abordagem da HAS e de seus determinantes sociais entre os documentos institucionais e a literatura científica. Enquanto os documentos municipais tendem a adotar uma formulação universalista, com baixa incorporação analítica da variável raça/cor, a produção acadêmica tem reconhecido o racismo estrutural como componente constitutivo das desigualdades em saúde. A discussão será conduzida à luz desse referencial teórico, compreendendo a invisibilização institucional como parte do processo de produção e reprodução das iniquidades raciais.

Para esta pesquisa, a relação entre raça, território e vulnerabilidade social é compreendida a partir de uma perspectiva que não estabelece equivalência entre pertencimento

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.

racial e pobreza, nem pressupõe que a população negra esteja exclusivamente localizada em territórios vulneráveis. O conceito de território racializado refere-se aos processos sociais, políticos e institucionais pelos quais as relações raciais se articulam à organização do espaço e à distribuição dos grupos sociais. Na literatura analisada, essa perspectiva considera que políticas públicas, formas de organização urbana e estratégias de atenção à saúde podem assumir configurações distintas segundo as características sociais e raciais dos territórios. A racialização do território, portanto, diz respeito às formas pelas quais o racismo estrutural se articula à localização espacial e à raça/cor, repercutindo na distribuição de recursos, serviços, oportunidades e condições de vida.

A partir dessa compreensão, a análise dos instrumentos municipais considerou não apenas a presença explícita da variável raça/cor, mas também a forma como os documentos caracterizam os territórios, identificam desigualdades e definem estratégias de atenção à saúde e de outras políticas relacionadas aos DSS. Essa abordagem permitiu examinar a articulação entre raça, território e políticas públicas sem pressupor previamente a existência de diferenciações raciais nas ações municipais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. O diagnóstico territorial de Uberlândia e a abordagem universalista dos documentos oficiais

A análise documental dos instrumentos de planejamento e gestão de Uberlândia evidencia um padrão consistente de desigualdade socioespacial, cujos indicadores de maior vulnerabilidade se concentram nas regiões Leste, Norte e Oeste do município. Segundo os dados do Banco de Dados Integrados (BDI)[24], essas áreas abrigam 61,4% das famílias inscritas no Cadastro Único (CadÚnico) e geram a maior demanda por benefícios emergenciais e acompanhamento nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

O relatório aponta que mais de 70% das famílias atendidas pelos CRAS das regiões Leste e Norte possuem renda *per capita* inferior a meio salário-mínimo, baixa escolaridade e elevada dependência de auxílios temporários. O BDI destaca como núcleos críticos de vulnerabilidade social e insegurança alimentar os bairros Morumbi, Residencial Integração, Alvorada, São Jorge, Marta Helena, Dom Almir, Tocantins, Luizote de Freitas, Guarani e Segismundo Pereira.

Em convergência com esse diagnóstico, os Relatórios de Gestão de 2021 e 2023[25,26] registram que 66% das ações e atendimentos da Secretaria Municipal de Desenvolvimento

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.

Social, Trabalho e Habitação (SMDSTH) concentram-se nas regiões Leste e Norte, destacando intervenções como o Programa Comunidade Empreendedora (bairros Morumbi, Residencial Integração e Alvorada), o projeto "Tá na Praça" (Luizote de Freitas, Lagoinha e Planalto) e obras de infraestrutura em loteamentos periféricos como Residencial Pequis, Canaã e Novo Umuarama. Complementarmente, o Plano Diretor 2024–2034[27] e o Plano Plurianual (PPA) 2022–2025[28] reconhecem que o crescimento urbano do município ocorreu de forma "espraiada e desigual", caracterizada pelo déficit habitacional, ausência de saneamento básico, pavimentação precária e transporte público insuficiente nas periferias, enquanto a renda e os serviços se concentram nas regiões Central e Sul.

Sob a perspectiva analítica do modelo dos DSS propostos por Buss *e Pellegrini Filho*[6] e Solar *e Irwin*[16], interpreta-se que os documentos municipais se concentram precipuamente no mapeamento dos determinantes intermediários (condições materiais de moradia, saneamento e infraestrutura urbana) e em indicadores socioeconômicos de estratificação social (como renda e escolaridade do CadÚnico).

Contudo, a análise documental revela que tais instrumentos falham ao não incorporar a raça/cor como determinante estrutural articulador dessas desigualdades. Ao mencionar a promoção da igualdade racial apenas no eixo da cultura[28], os documentos operam sob uma lógica de universalismo abstrato que reconhece a precariedade do território, mas omite o marcador racial dos sujeitos que habitam essas áreas[29,30].

3.2. Segregação socioespacial e a racialização do território

Essa leitura desracializada do espaço urbano contrasta com as evidências trazidas pela literatura científica local. Em Uberlândia, 47,46% da população se autodeclara preta ou parda[12], contudo, essa distribuição territorial é assimétrica: a proporção de pessoas negras eleva-se expressivamente nos setores censitários do IBGE localizados nas regiões Leste e Norte. Além disso, dados da UFU/CEPES[14] mostram que 74,3% dos moradores das Favelas e Comunidades Urbanas do município são pessoas negras. Aprofundando essa análise espacial, Gonçalves[13] demonstra que as desigualdades descritas nos relatórios oficiais possuem demarcadores raciais definidos. A população negra do município reside predominantemente em áreas periféricas marcadas não apenas pela vulnerabilidade social, mas por restrições de acesso a alimentos *in natura*, o que compromete sua segurança alimentar e nutricional.

A pesquisa de Gonçalves[13] identifica uma distribuição desigual dos recursos urbanos de abastecimento: enquanto as regiões centrais do município, onde predomina a população branca, concentram a maior oferta de feiras livres, sacolões e hortas urbanas, as periferias com maior

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.

densidade de população negra apresentam menor disponibilidade desses equipamentos. Esses indicadores configuram o que Lima[18] define como "territórios da fome", espaços nos quais a pobreza estrutural e o restrito acesso à alimentação adequada se combinam para reforçar a vulnerabilidade e o adoecimento populacional.

Como analisa Carneiro[20], quando o planejamento urbano reconhece a precariedade da infraestrutura sem explicitar quem são os sujeitos que habitam esses territórios, produz-se uma leitura desracializada da desigualdade, que obscurece os mecanismos históricos de exclusão, pois, apesar de os dados indicarem recortes importantes de raça/cor, as estratégias não indicam ações que combatam essas formas de desigualdade.

A sobreposição entre vulnerabilidade territorial e concentração da população negra não constitui mera coincidência espacial, mas expressão da segregação socioespacial que marca a formação urbana brasileira. Essa dinâmica reflete a articulação entre raça, classe e território[21], evidenciando que a distribuição desigual dos recursos urbanos e das condições de vida constitui um importante determinante social das iniquidades em saúde, incluindo aquelas relacionadas à HAS.

3.3. O silêncio administrativo e as implicações da invisibilidade estatística na saúde

O Plano Municipal de Saúde 2022–2025[31] relata a inclusão da variável raça/cor no cadastro eletrônico do sistema municipal (Fastmedic), mas informa que 22,92% das fichas dos usuários não contêm essa informação. O preenchimento incompleto e a ausência de análises sistemáticas com base nesse indicador comprometem a realização de análises epidemiológicas desagregadas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, limitando a gestão a metas clínicas e biomédicas padronizadas[31].

A mesma limitação é observada no Boletim Epidemiológico Municipal de 2025[32] e no Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde[26], que, embora apresentem informações sobre a produção de serviços e o perfil epidemiológico da população, não divulgam indicadores desagregados por raça/cor.

A baixa incorporação analítica da variável raça/cor nos instrumentos de gestão dificulta a identificação de padrões diferenciados de morbimortalidade por HAS, bem como o planejamento de estratégias específicas de prevenção e cuidado direcionadas aos grupos mais vulneráveis[19]. A invisibilidade estatística não se limita à falta pontual de informação; ela opera como mecanismo institucional que naturaliza a desigualdade ao tratá-la sob um manto de universalidade.

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.

Conforme analisa Sueli Carneiro[20], o silêncio administrativo em torno do quesito raça/cor converte-se em um exercício de poder. Ao recusar-se a produzir a informação que explicita as assimetrias no adoecer e no morrer, o Estado desresponsabiliza-se da formulação de medidas equitativas e perpetua a marginalização das necessidades da população negra.

No campo da gestão da saúde em Uberlândia, essa omissão materializa-se na manutenção de metas padronizadas e estritamente biomédicas, que desconsideram o impacto do racismo estrutural na determinação social da hipertensão. Como aponta Almeida[17], o racismo institucional se consolida justamente por meio de rotinas e práticas administrativas aparentemente neutras que, ao ignorarem as estruturas sociais de dominação, reproduzem e aprofundam as desigualdades que deveriam combater. A pretensa neutralidade da gestão municipal, ao tratar sujeitos desiguais sob métricas idênticas, consolida a invisibilidade estatística como uma tecnologia de manutenção das iniquidades em saúde.

3.4. Determinantes sociais e a produção das iniquidades na hipertensão arterial sistêmica

A expressão da HAS em Uberlândia evidencia como as assimetrias estruturais se materializam no perfil de morbimortalidade local. Conforme demonstrado nos dados epidemiológicos do município e corroborado pelo estudo de Camargo[10] no Hospital de Clínicas, a carga mais severa da hipertensão incide sobre indivíduos pretos e pardos, de baixa renda e menor escolaridade. Contudo, a persistência de um planejamento municipal que ignora a estratificação racial impede que essa realidade territorial se traduza em políticas públicas orientadas pela equidade.

Embora a literatura médica tradicional frequentemente busque justificativas fisiológicas ou genéticas para responder à maior gravidade da HAS na população negra[33–36], a Saúde Coletiva contemporânea afasta o reducionismo biológico. A maior prevalência, o diagnóstico tardio e o pior controle pressórico nesse grupo[9] derivam do processo de incorporação biológica das iniquidades sociais ao longo do curso de vida. A vivência em territórios segregados, a exposição ao racismo diário, a insegurança alimentar e a precarização do trabalho submetem o organismo a um estado de estresse neuroendócrino crônico, convertendo a violência estrutural em hipertensão arterial e dano cardiovascular[37–39].

Nesse contexto, a ausência do recorte racial nos instrumentos de gestão de Uberlândia desdobra-se em profundos limites para a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS). Como analisa Kabengele Munanga[22], o racismo à brasileira opera frequentemente por meio da negação e da ilusão de uma neutralidade racial. Na rotina da APS, essa "universalidade cega" não decorre da omissão individual dos profissionais de saúde, mas de uma lacuna institucional de formação

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.

e planejamento. Sem dados desagregados e sem diretrizes municipais que operacionalizem a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no território, a rede é induzida a responder à complexidade da hipertensão apenas por meio de prescrições biomédicas e comportamentais. Assim, as reais barreiras enfrentadas pela população negra (como jornadas de trabalho exaustivas e o estresse do racismo estrutural) permanecem invisibilizadas no processo de cuidado, reduzindo uma questão de equidade a um desafio individual de "adesão ao tratamento".

Essa cegueira institucional na ponta do serviço transforma o princípio da universalidade do SUS em uma igualdade abstrata que produz injustiça real. Ao tratar desiguais de forma idêntica, a gestão municipal falha em operacionalizar a equidade, restringindo a resposta pública ao fornecimento de medicação e à contagem de consultas[40].

A permanência desse cenário sem respostas estruturais dialoga diretamente com a crítica de Abdias do Nascimento[23] ao genocídio institucional da população negra. A recusa da gestão em mensurar, visibilizar e combater as iniquidades raciais na hipertensão não representa apenas uma lacuna técnica, mas uma política de abandono. Ao naturalizar o adoecimento precoce, as complicações renais, os acidentes vasculares cerebrais e as mortes evitáveis da população negra como inevitabilidades biológicas, o Estado ratifica um mecanismo silencioso de eliminação e descarte de corpos marginalizados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu analisar a relação entre os DSS e a maior vulnerabilidade da população negra à HAS em Uberlândia, indicando que, embora os instrumentos municipais reconheçam desigualdades sociais e territoriais, a dimensão racial permanece pouco incorporada na produção e utilização das informações que orientam o planejamento das políticas públicas em saúde.

A análise documental evidenciou uma dissociação entre o conhecimento científico disponível e o planejamento municipal. Enquanto a literatura local e nacional demonstra que raça/cor constitui importante marcador das desigualdades relacionadas à HAS, os documentos institucionais analisados utilizam predominantemente abordagens universalistas, com baixa exploração analítica da variável raça/cor. Essa discrepância limita o reconhecimento das iniquidades raciais e reduz o potencial do planejamento para direcionar ações compatíveis com o princípio da equidade.

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.

Os resultados reforçam a importância de qualificar os sistemas municipais de informação e ampliar o uso analítico da variável raça/cor nos processos de diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Mais do que ampliar a disponibilidade de dados, trata-se de fortalecer a capacidade do planejamento municipal de reconhecer diferentes padrões de vulnerabilidade e subsidiar estratégias de enfrentamento da hipertensão alinhadas aos princípios da integralidade e da equidade do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão (pressão alta). 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao/hipertensao. Acesso em: 21 mar. 2025.

2. Feitosa ADM, Barroso WKS, Júnior DM, et al. Diretrizes brasileiras de medidas da pressão arterial dentro e fora do consultório – 2023. Arq Bras Cardiol. 2024;121(4). DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20240113.

3. Migowski A, Costa GTL. Análise temporal da prevalência de hipertensão arterial no Brasil entre 2006 e 2023: evidências a partir dos dados do Vigitel. OnScience. 2024;2(2):2. DOI: https://doi.org/10.33634/2764-0736.2024.0027.

4. Chor D, Pinho Ribeiro AL, Sá Carvalho M, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil study. PLoS One. 2015;10(6). DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127382.

5. Guarner-Lans V, Ramírez-Higuera A, Rubio-Ruiz ME, Castrejón-Téllez V, Soto ME, Pérez-Torres I. Early programming of adult systemic essential hypertension. Int J Mol Sci. 2020;21(4):1203. DOI: https://doi.org/10.3390/ijms21041203.

6. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17:77-93. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006.

7. Asgari S, Moazzeni SS, Azizi F, et al. Sex-specific incidence rates and risk factors for hypertension during 13 years of follow-up: the Tehran Lipid and Glucose Study. Glob Heart. 2020;15(1):29. DOI: https://doi.org/10.5334/gh.780.

8. Geldsetzer P, Manne-Goehler J, Marcus ME, et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. Lancet. 2019;394(10199):652-662. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30955-9.

9. Silva EKP. Iniquidades raciais e de gênero na incidência e controle da hipertensão arterial no ELSA-Brasil: uma abordagem interseccional [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/49359. Acesso em: 29 mar. 2025.

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.

10.Camargo YS. Adesão medicamentosa e não medicamentosa em pacientes com hipertensão arterial sistêmica [trabalho de conclusão de curso]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2023. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/server/api/core/bitstreams/01117879-d7d3-415d-970a-6f26c1d43f42/content. Acesso em: 29 mar. 2025.

11.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. 2023. Disponível em: https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html. Acesso em: 28 mar. 2025.

12.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores: Panorama do Censo Demográfico 2022. 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html. Acesso em: 22 jul. 2026.

13.Gonçalves R. População negra tem menos acesso a alimentos saudáveis em Uberlândia-MG [trabalho de conclusão de curso]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2024. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/43999. Acesso em: 29 mar. 2025.

14.Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Centro de Pesquisas Econômico-Sociais (CEPES). Perfil demográfico dos moradores de Favelas e Comunidades Urbanas de Uberlândia. 2025. Disponível em: https://www.ieri.ufu.br/cepes. Acesso em: 22 jul. 2026.

15.Reznik L, Neto HP. História da imigração no Brasil. Vol. 2. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2024.

16.Solar O, Irwin A. Um marco conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde. 2010. Disponível em: http://hdl.handle.net/1903/23135.

17.Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen Livros; 2019.

18.Lima FA. Territórios de vulnerabilidade social: construção metodológica e aplicação em Uberlândia-MG [dissertação de mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2016. DOI: https://doi.org/10.14393/ufu.di.2016.221.

19.Crispim JC, Oliveira JC. Doenças infecciosas e população negra em Uberlândia: desigualdades raciais reveladas pelo DATASUS em 10 anos. Hygeia. 2024;20. DOI: https://doi.org/10.14393/Hygeia2071805.

20.Carneiro AS. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/001465832. Acesso em: 19 set. 2025.

21.Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen Livros; 2019.

22.Munanga K. O mundo e a diversidade: questões em debate. Estud Av. 2022;36:117-129. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-4014.2022.36105.008.

23.Nascimento A. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Perspectiva; 2016.

24.Uberlândia. Prefeitura Municipal. Banco de Dados Integrados: ano 2021, base 2020. Uberlândia; 2021.

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.

25.Uberlândia. Prefeitura Municipal. Relatório de Gestão 2021. Uberlândia; 2021.

26.Uberlândia. Prefeitura Municipal. Relatório de Gestão 2023. Uberlândia; 2023.

27.Uberlândia. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. Plano Diretor Municipal de Uberlândia 2024–2034. Uberlândia; 2024.

28.Uberlândia. Prefeitura Municipal. Plano Plurianual do Município de Uberlândia: PPA 2022–2025. Uberlândia; 2021.

29.Buss PM. Saúde pública: complexidade, interdisciplinaridade e prática científica. In: Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL, editores. Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 33-35. DOI: https://doi.org/10.7476/9788575413470.

30.Conselho Federal de Psicologia. Psicologia brasileira na luta antirracista. Brasília; 2022. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/11/VOLUME-1-luta-antirracista-final.pdf. Acesso em: 21 jul. 2026.

31.Uberlândia. Plano Municipal de Saúde 2022–2025. Uberlândia: Secretaria Municipal de Saúde; 2024.

32.Uberlândia. Prefeitura Municipal. Boletim Epidemiológico Municipal. Uberlândia; 2025.

33.Capingana DP. Fatores de risco cardiovascular em diferentes níveis socioeconômicos de servidores públicos da Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola. 2012. Disponível em: http://repositorio.ufes.br/handle/10/8049. Acesso em: 29 mar. 2025.

34.Musemwa N, Gadegbeku CA. Hypertension in African Americans. Curr Cardiol Rep. 2017;19(12):129. DOI: https://doi.org/10.1007/s11886-017-0933-z.

35.Rayner BL, Spence JD. Hypertension in blacks: insights from Africa. J Hypertens. 2017;35(2):234. DOI: https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001171.

36.Winham SJ, de Andrade M, Miller VM. Genetics of cardiovascular disease: importance of sex and ethnicity. Atherosclerosis. 2015;241(1):219-228. DOI: https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.03.021.

37.Bricarello LP, Retondario A, Poltronieri F, Souza AM, Vasconcelos FAG. Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. Cien Saude Colet. 2020;25:1421-1432. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.17492018.

38.Lawrence JA, Kawachi I, White K, et al. A systematic review and meta-analysis of the Everyday Discrimination Scale and biomarker outcomes. Psychoneuroendocrinology. 2022;142:105772. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105772.

39.Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Moreira AD, Felisbino-Mendes MS, Velásquez-Meléndez JG. Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Rev Saude Publica. 2022;56:122. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004177.

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.

40.Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2022. Disponível em: https://abrascolivros.com.br/saude-coletiva/saude-coletiva-teoria-e-pratica-2-edicao/. Acesso em: 24 fev. 2025.

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.