

DESIGUALDADES RACIAIS E EDUCACIONAIS NA MORTALIDADE POR HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA COM DADOS DO DATASUS

RACIAL AND EDUCATIONAL INEQUALITIES IN MORTALITY FROM ARTERIAL HYPERTENSION IN BRAZIL: AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS USING DATASUS DATA

DESIGUALDADES RACIALES Y EDUCATIVAS EN LA MORTALIDAD POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN BRASIL: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO CON DATOS DE DATASUS

Alana Beatriz Bueno Vieira¹
Affonso Lompa Thomaz²
Alana de Oliveira Vicentin³
Anna Beatriz Consalter Richter⁴
Beatriz Nogueira Borges⁵
Isadora Fernandes Casotti⁶
Juliana Paisana Del Quiqui⁷
Julia Carvalho Remonti⁸
Luana Francisca Gonchorek de Paula⁹
Maria Luiza Soares de Almeida¹⁰

1

RESUMO: A hipertensão arterial sistêmica constitui importante problema de saúde pública, associada a elevada morbimortalidade e fortemente influenciada por determinantes sociais da saúde. Este estudo teve como objetivo analisar as desigualdades raciais e educacionais na mortalidade por hipertensão arterial no Brasil, no período de 2015 a 2024. Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado com dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Foram incluídos os óbitos por residência cuja causa básica foi classificada como hipertensão essencial, segundo a CID-10, analisando-se as variáveis cor/raça e escolaridade. No período estudado, foram registrados 313.603 óbitos por hipertensão arterial no país. Houve predomínio de óbitos entre indivíduos brancos (46,50%), seguidos por pardos (39,27%) e pretos (11,19%). Quanto à escolaridade, observou-se maior frequência de óbitos entre indivíduos sem escolaridade (25,85%), com 1 a 3 anos de estudo (23,42%) e com 4 a 7 anos (20,28%). Os achados evidenciam desigualdades sociodemográficas relevantes na mortalidade por hipertensão, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas à equidade, ao diagnóstico precoce e ao cuidado longitudinal.

¹ Graduanda de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

² Graduando de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

³ Graduanda de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

⁴ Graduanda de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

⁵ Graduanda de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

⁶ Graduanda de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

⁷ Graduanda de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

⁸ Graduanda de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

⁹ Médica orientadora do curso de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

¹⁰ Graduanda de Medicina na Universidade Cesumar - (UniCesumar).

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Mortalidade. Desigualdades sociodemográficas.

ABSTRACT: Systemic arterial hypertension constitutes an important public health problem, associated with high morbidity and mortality and strongly influenced by social determinants of health. This study aimed to analyze racial and educational inequalities in mortality from arterial hypertension in Brazil from 2015 to 2024. This is an ecological, observational, retrospective, descriptive study with a quantitative approach, conducted using secondary data from the Mortality Information System (SIM/DATASUS). Deaths by place of residence whose underlying cause was classified as essential hypertension according to ICD-10 were included, analyzing the variables race/color and educational level. During the studied period, 313,603 deaths from arterial hypertension were recorded in the country. There was a predominance of deaths among white individuals (46.50%), followed by mixed-race individuals (39.27%) and black individuals (11.19%). Regarding educational level, a higher frequency of deaths was observed among individuals with no formal education (25.85%), 1 to 3 years of schooling (23.42%), and 4 to 7 years of schooling (20.28%). The findings highlight relevant sociodemographic inequalities in hypertension mortality, reinforcing the need for public policies focused on equity, early diagnosis, and longitudinal care.

Keywords: Arterial hypertension. Mortality. Sociodemographic inequalities.

RESUMEN: La hipertensión arterial sistémica constituye un importante problema de salud pública, asociado a una elevada morbimortalidad y fuertemente influenciado por los determinantes sociales de la salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar las desigualdades raciales y educativas en la mortalidad por hipertensión arterial en Brasil, en el período de 2015 a 2024. Se trata de un estudio ecológico, observacional, retrospectivo, descriptivo y de enfoque cuantitativo, realizado con datos secundarios del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM/DATASUS). Se incluyeron las muertes por lugar de residencia cuya causa básica fue clasificada como hipertensión esencial, según la CIE-10, analizándose las variables color/raza y nivel educativo. En el período estudiado, se registraron 313.603 muertes por hipertensión arterial en el país. Hubo predominio de muertes entre individuos blancos (46,50%), seguidos por pardos (39,27%) y negros (11,19%). En cuanto al nivel educativo, se observó mayor frecuencia de muertes entre individuos sin escolaridad (25,85%), con 1 a 3 años de estudio (23,42%) y con 4 a 7 años de escolaridad (20,28%). Los hallazgos evidencian importantes desigualdades sociodemográficas en la mortalidad por hipertensión, reforzando la necesidad de políticas públicas orientadas a la equidad, al diagnóstico precoz y al cuidado longitudinal.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Mortalidad. Desigualdades sociodemográficas.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica crônica, multifatorial e de elevada relevância epidemiológica, caracterizada pela elevação persistente dos níveis pressóricos e associada a aumento expressivo do risco cardiovascular, cerebrovascular e renal. De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025, em medidas de consultório, considera-se hipertensão quando a pressão arterial sistólica é maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é maior ou igual a 90 mmHg, sendo a classificação em estágios geralmente estabelecida como estágio 1 para valores de 140–159/90–99 mmHg, estágio 2 para 160–

179/100–109 mmHg e estágio 3 para valores maiores ou iguais a 180/110 mmHg. Seu diagnóstico deve ser realizado com técnica adequada, em medidas repetidas e em diferentes ocasiões, podendo ser complementado por métodos como a monitorização ambulatorial da pressão arterial e a monitorização residencial da pressão arterial, que ampliam a precisão diagnóstica e permitem identificar fenótipos como hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada (BRANDÃO et al., 2025). Além de representar uma das principais condições crônicas na população adulta, a hipertensão deve ser compreendida no contexto do risco cardiovascular global, uma vez que sua ocorrência, seu controle e seus desfechos são influenciados não apenas por fatores biológicos e comportamentais, mas também por determinantes sociais da saúde, como escolaridade, renda e acesso aos serviços de saúde (MILL, 2019; MALTA et al., 2018).

A HAS constitui um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e permanece como um importante problema de saúde pública em nível global e nacional. Estima-se que a condição esteja associada a elevada morbimortalidade, contribuindo significativamente para a ocorrência de eventos cardiovasculares, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica (MALTA et al., 2018; MARQUES et al., 2019). No Brasil, a hipertensão apresenta alta prevalência na população adulta, estando associada a múltiplos fatores de risco, incluindo hábitos de vida, predisposição genética e condições socioeconômicas adversas (SIMONETTI et al., 2002; MILL, 2019).

Dentre os fatores que compõem o exossoma social, o nível educacional destaca-se pela sua consistência em predizer desigualdades estruturais na saúde cardiovascular. A correlação entre baixa escolaridade e piores indicadores de saúde é multifatorial, envolvendo desde a dificuldade de adesão a medidas não medicamentosas até a exposição a ambientes que dificultam escolhas saudáveis. Nesse contexto, o analfabetismo e o baixo nível socioeconômico atuam como preditores de inércia terapêutica e pior prognóstico, exigindo estratégias de cuidado multiprofissional mais personalizadas para mitigar o risco de mortalidade, (SHAO et al., 2025; KING et al., 2022). Nesse cenário, as desigualdades socioeconômicas configuram-se como vetores fundamentais das assimetrias nos desfechos clínicos, impondo uma carga desproporcional de eventos cardiovasculares fatais aos estratos populacionais que enfrentam maiores barreiras no acesso à saúde e na educação.

Entre esses determinantes, o nível educacional destaca-se como um dos indicadores mais consistentes de desigualdade em saúde. Indivíduos com menor escolaridade tendem a apresentar maior prevalência de hipertensão, pior controle da pressão arterial e maior risco de

complicações cardiovasculares (ALVES; FAERSTEIN, 2016; DULGHEROFF et al., 2021). No Brasil, análises populacionais indicam que as desigualdades educacionais permanecem relevantes ao longo do tempo, influenciando não apenas a ocorrência da doença, mas também seus desfechos clínicos e mortalidade associada.

Outro eixo fundamental das desigualdades em saúde refere-se às diferenças raciais. Estudos brasileiros e internacionais têm demonstrado que indivíduos pertencentes a grupos raciais historicamente vulnerabilizados apresentam maior risco de hipertensão e pior controle da doença, resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos, socioeconômicos e estruturais (FAERSTEIN et al., 2014; BARROSO et al., 2022). Além disso, experiências de discriminação racial e desigualdades estruturais têm sido associadas a maior prevalência de hipertensão e piores desfechos cardiovasculares (MENDES et al., 2018).

A literatura também aponta que as desigualdades raciais e sociais frequentemente se sobrepõem, intensificando os riscos cardiovasculares em determinados grupos populacionais. A interação entre raça, escolaridade e outras condições sociais pode resultar em acúmulo de vulnerabilidades que impactam negativamente o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e ao controle adequado da hipertensão (MEYEROVITZ et al., 2023; SHAO et al., 2025). Nesta ótica, o reconhecimento dessas sobreposições de vulnerabilidade constitui uma premissa fundamental para o desenvolvimento de intervenções intersetoriais voltadas à neutralização das assimetrias estruturais que comprometem o diagnóstico precoce e o controle efetivo da morbimortalidade cardiovascular em populações historicamente vulnerabilizadas.

No Brasil, a expansão da atenção primária à saúde tem sido associada à redução de desigualdades em indicadores de mortalidade evitável; contudo, disparidades raciais e socioeconômicas ainda persistem em diferentes regiões do país (HONE et al., 2017). Assim, análises epidemiológicas baseadas em dados nacionais podem contribuir para identificar padrões de desigualdade e orientar estratégias de prevenção e controle da hipertensão. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar as desigualdades raciais e educacionais na mortalidade por hipertensão arterial no Brasil, com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), no período de 2015 a 2024.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado com dados secundários de domínio público referentes à mortalidade por

hipertensão arterial no Brasil, no período de 2015 a 2024. Foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), considerando os óbitos por local de residência cuja causa básica foi classificada na Categoria CID-10 I10 (hipertensão essencial), no grupo das doenças hipertensivas. A população de estudo compreendeu todos os registros de óbitos inclusos nessa categoria no território nacional durante o período analisado. As variáveis selecionadas foram raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorada) e escolaridade (nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos ou mais e ignorado), conforme categorização padronizada pelo próprio sistema. Os dados foram extraídos por meio de tabulação no TABNET/DATASUS, organizados em planilha eletrônica e analisados por estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas para caracterização da distribuição dos óbitos segundo escolaridade, raça/cor e região do país. A análise teve como foco identificar padrões de desigualdade educacional e racial na mortalidade por hipertensão arterial no Brasil, destacando diferenças na distribuição dos óbitos entre os estratos sociodemográficos estudados. Por se tratar de estudo com dados secundários, agregados, anonimizados e de acesso público, sem possibilidade de identificação individual, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Segundo a tabela 1, entre 2015 e 2024, foram registrados 313.603 óbitos por hipertensão arterial no Brasil. Na análise da distribuição segundo cor/raça, observou-se predomínio de óbitos entre indivíduos brancos, com 145.827 registros (46,50%), seguidos por indivíduos pardos, com 123.159 óbitos (39,27%). A população preta respondeu por 35.095 óbitos (11,19%), enquanto as categorias amarela e indígena apresentaram frequências substancialmente menores, com 1.699 (0,54%) e 787 (0,25%) óbitos, respectivamente. Os registros classificados como ignorado corresponderam a 7.036 casos (2,24%).

Quanto à escolaridade, verificou-se concentração dos óbitos nos estratos de menor instrução formal. Indivíduos sem escolaridade representaram a maior proporção, com 81.064 óbitos (25,85%), seguidos daqueles com 1 a 3 anos de estudo, com 73.439 registros (23,42%), e de 4 a 7 anos de estudo, com 63.608 óbitos (20,28%). Em contraste, os menores percentuais foram observados entre indivíduos com 8 a 11 anos de estudo, totalizando 35.848 óbitos (11,43%), e,

sobretudo, entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade, com 10.012 registros (3,19%). Ressalta-se, ainda, a presença de 49.632 óbitos com escolaridade ignorada (15,83%).

Em conjunto, os dados evidenciam um gradiente educacional na mortalidade por hipertensão arterial, com maior concentração de óbitos entre indivíduos com menor nível de escolaridade. No que se refere à cor/raça, embora os maiores números absolutos tenham ocorrido entre pessoas brancas, a expressiva participação de indivíduos pardos e pretos no total de óbitos reforça a importância de considerar as desigualdades sociodemográficas na análise desse agravo no contexto brasileiro.

Tabela 1 - Distribuição de óbitos por hipertensão essencial segundo raça/cor e escolaridade, Brasil, 2015–2024 (DATASUS).

Variável	N	%
Cor/Raça		
Branca	145.827	46,50%
Preta	35.095	11,19%
Amarela	1.699	0,54%
Parda	123.159	39,27%
Indígena	787	0,25%
Ignorado	7.036	2,24%
Escolaridade		
Nenhuma	81.064	25,85%
1 a 3 anos	73.439	23,42%
4 a 7 anos	63.608	20,28%
8 a 11 anos	35.848	11,43%
12 anos e mais	10.012	3,19%
Ignorado	49.632	15,83%
Total	313.603	100%

Fonte: Dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), Ministério da Saúde, Brasil.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo ratificam a magnitude da morbimortalidade por hipertensão arterial no Brasil entre 2015 e 2024, evidenciando um nítido gradiente social e racial nos desfechos fatais. Observou-se uma carga desproporcional de óbitos nos estratos de menor instrução formal, sugerindo que a baixa literacia em saúde atua como uma barreira crítica ao autogerenciamento e controle pressórico efetivo. Adicionalmente, a participação expressiva de

populações pardas e pretas sublinha o impacto das assimetrias estruturais e do risco residual associado à cor da pele na história natural da doença. Em conjunto, esses resultados sugerem que a mortalidade por hipertensão no país não pode ser compreendida apenas a partir de fatores biológicos ou clínicos, mas deve ser interpretada à luz de condições sociais, econômicas e estruturais que moldam tanto a ocorrência da doença quanto suas possibilidades de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle (MILL, 2019; SHAO et al., 2025; KING et al., 2022).

A identificação de um nítido gradiente social fundamentado na escolaridade configura-se como um dos achados basilares deste estudo. A prevalência desproporcional de eventos fatais entre indivíduos sem instrução formal ou com escolaridade limitada (até sete anos de estudo) corrobora a literatura contemporânea, que aponta o nível educacional como um determinante crítico e transversal da saúde cardiovascular. Essa correlação sistemática sublinha como a baixa literacia em saúde e as barreiras socioeconômicas impactam negativamente a capacidade de autogerenciamento da doença e a adesão terapêutica, culminando em indicadores prognósticos e desfechos clínicos desfavoráveis. Alves e Faerstein (2016) demonstraram que as desigualdades educacionais em hipertensão, no Brasil, apresentam padrão complexo, articulando-se também com gênero e raça. De forma complementar, Dulgheroff et al. (2021) mostraram que as disparidades educacionais relacionadas à hipertensão persistiram ao longo do tempo na população adulta brasileira, o que reforça que a baixa escolaridade não atua apenas como marcador social isolado, mas como expressão de trajetórias de vida mais vulneráveis, frequentemente associadas a menor acesso à informação em saúde, piores condições de trabalho e renda, maior exposição a fatores de risco e menor acesso oportuno a cuidados continuados.

Essa relação entre escolaridade e mortalidade por hipertensão é plausível do ponto de vista epidemiológico e clínico. Indivíduos com menor instrução tendem a apresentar maiores barreiras para o reconhecimento precoce da doença, menor adesão ao seguimento longitudinal e maior dificuldade no manejo não farmacológico e farmacológico da pressão arterial, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Além disso, o controle pressórico depende de acompanhamento regular, acesso a serviços de saúde, oferta de medicamentos, compreensão das orientações terapêuticas e capacidade de incorporação de mudanças no estilo de vida, aspectos frequentemente atravessados pela posição socioeconômica (BRANDÃO et al., 2025; MALTA et al., 2018; MARQUES et al., 2019). Nesse sentido, a concentração dos óbitos em grupos menos escolarizados sugere que a hipertensão, embora altamente prevalente em toda a população, produz desfechos mais graves onde se acumulam maiores desvantagens sociais.

No que se refere à cor/raça, a maior frequência absoluta de óbitos entre indivíduos brancos, seguida por pardos, deve ser interpretada com cautela. Como o presente estudo utilizou números absolutos de óbitos, sem padronização por idade ou cálculo de taxas específicas segundo composição populacional, os dados não permitem afirmar, por si sós, maior risco de morte entre um grupo racial em comparação a outro. A maior quantidade de óbitos entre brancos pode refletir, ao menos em parte, a distribuição demográfica e etária da população brasileira, bem como diferenças regionais na estrutura populacional. Ainda assim, a expressiva participação de pessoas pardas e pretas no conjunto dos óbitos chama atenção e é compatível com a literatura que aponta que a desigualdade racial influencia a ocorrência, o manejo e os desfechos da hipertensão arterial (FAERSTEIN et al., 2014; MENDES et al., 2018; BARROSO et al., 2022).

A interpretação racial da hipertensão no Brasil exige considerar a atuação do racismo estrutural e de seus efeitos cumulativos ao longo do curso de vida. Estudos nacionais demonstram que experiências de discriminação racial percebida se associam à hipertensão, sugerindo que a exposição crônica ao estresse psicossocial pode contribuir para maior risco cardiovascular em grupos racialmente vulnerabilizados (MENDES et al., 2018). Além disso, Faerstein et al. (2014) mostraram que raça, racismo percebido e educação se articulam de modo relevante na determinação da hipertensão, indicando que as desigualdades raciais em saúde não devem ser interpretadas de maneira dissociada das desigualdades socioeconômicas. Nessa mesma direção, Barroso et al. (2022) defendem a necessidade de ampliar o olhar sobre o controle da pressão arterial no Brasil para além do tratamento medicamentoso, incorporando a influência da composição racial e das iniquidades sociais sobre os resultados clínicos.

A literatura internacional também reforça esse entendimento. Meyerovitz et al. (2023), ao avaliarem mulheres em idade reprodutiva com hipertensão, demonstraram que determinantes sociais e inequidades raciais comprometem o controle pressórico, enquanto King et al. (2022) evidenciaram que múltiplas vulnerabilidades sociais se associam tanto à hipertensão quanto à mortalidade. De forma convergente, Shao et al. (2025) apontaram que a carga acumulada de determinantes sociais desfavoráveis eleva o risco de hipertensão, o que sustenta a hipótese de que os desfechos observados no presente estudo decorrem de processos sociais complexos e interdependentes. Assim, a mortalidade por hipertensão não representa apenas o estágio final de uma condição clínica mal controlada, mas também o produto de desigualdades persistentes no acesso a recursos protetores de saúde.

Outro aspecto relevante é que a hipertensão arterial constitui condição fortemente sensível ao cuidado longitudinal e à prevenção cardiovascular. A diretriz brasileira mais recente reforça que o diagnóstico precoce, a estratificação do risco e o seguimento contínuo são fundamentais para reduzir complicações e mortes evitáveis (BRANDÃO et al., 2025). Nesse contexto, a persistência de desigualdades na mortalidade sugere que os benefícios do cuidado e do controle da doença ainda não são distribuídos de forma equitativa. Embora a expansão da atenção primária à saúde no Brasil tenha sido associada à redução de desigualdades raciais em mortalidade por causas sensíveis à atenção primária, tais iniquidades não foram completamente superadas (HONE et al., 2017). Portanto, os resultados encontrados reforçam a necessidade de fortalecer políticas públicas orientadas pela equidade, com foco em populações socialmente vulnerabilizadas, especialmente no âmbito da prevenção, rastreamento, seguimento e controle adequado da pressão arterial.

Ademais, a expressividade dos dados faltantes na variável escolaridade demanda uma análise cautelosa. O fato de quase um sexto dos registros apresentar essa informação como ignorada sinaliza lacunas críticas no registro administrativo e na completitude das declarações de óbito, o que pode subestimar as reais disparidades educacionais e comprometer a acurácia da estratificação socioeducacional. Embora a subnotificação do quesito cor/raça tenha sido menos acentuada, a persistência dessas omissões ratifica a existência de obstáculos na decodificação fidedigna do perfil sociodemográfico da morbimortalidade por hipertensão no Brasil. Essa limitação é inerente ao uso de dados secundários do SIM e deve ser considerada na interpretação dos achados. Da mesma forma, a análise com base em frequências absolutas não permite estimar risco populacional, tampouco controlar diferenças etárias, regionais ou demográficas entre os grupos, o que reforça a necessidade de estudos futuros com cálculo de taxas padronizadas e modelagens analíticas mais refinadas.

Apesar dessas limitações, o estudo apresenta pontos fortes importantes. O uso de dados nacionais, de abrangência temporal extensa e provenientes de sistema oficial de informação em saúde permite delinear um panorama amplo da mortalidade por hipertensão arterial no Brasil. Ademais, a análise simultânea de escolaridade e cor/raça contribui para uma leitura mais abrangente das desigualdades em saúde, aproximando-se de uma perspectiva interseccional. Os resultados, portanto, sustentam a interpretação de que a mortalidade por hipertensão no país permanece socialmente determinada e desigualmente distribuída, sobretudo entre indivíduos em condições de maior vulnerabilidade social.

Em síntese, os achados do presente estudo dialogam com a literatura ao indicar que a hipertensão arterial, embora biologicamente definida, manifesta-se epidemiologicamente de forma profundamente influenciada por desigualdades sociais e raciais. A maior concentração de óbitos entre indivíduos com menor escolaridade e a expressiva participação de pessoas pardas e pretas no total de mortes reforçam a necessidade de políticas de enfrentamento que transcendam o modelo estritamente biomédico, incorporando estratégias de equidade social, qualificação da atenção primária, melhoria do acesso ao cuidado e enfrentamento das desigualdades estruturais que condicionam a saúde cardiovascular no Brasil.

CONCLUSÃO

A mortalidade por hipertensão arterial no Brasil, no período de 2015 a 2024, apresentou distribuição desigual segundo escolaridade e cor/raça, evidenciando a persistência de importantes iniquidades sociais no perfil epidemiológico da doença. A maior concentração de óbitos entre indivíduos com menor nível de instrução, bem como a participação expressiva de pessoas pardas e pretas, reforça que os desfechos relacionados à hipertensão não dependem apenas de fatores biológicos ou clínicos, mas também das condições sociais, econômicas e estruturais que influenciam o acesso à informação, à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento contínuo.

10

Nesse contexto, os achados deste estudo indicam que a hipertensão arterial deve ser compreendida também como um agravo fortemente atravessado pelos determinantes sociais da saúde, o que exige respostas mais amplas e integradas do sistema de saúde. Torna-se fundamental o fortalecimento da atenção primária, com ampliação das ações de rastreamento, monitoramento e educação em saúde, especialmente nos grupos socialmente mais vulneráveis. Além disso, políticas públicas orientadas pela equidade são essenciais para reduzir barreiras de acesso, qualificar o cuidado longitudinal e promover intervenções que considerem as desigualdades raciais e educacionais historicamente presentes no país.

Por fim, os resultados reforçam a necessidade de estratégias intersetoriais que ultrapassem o modelo centrado apenas no tratamento medicamentoso, incorporando ações voltadas à redução das vulnerabilidades sociais e à promoção da justiça em saúde. Dessa forma, o enfrentamento da mortalidade por hipertensão arterial no Brasil depende não somente do aprimoramento da assistência, mas também do compromisso com políticas públicas capazes de mitigar desigualdades e garantir cuidado mais efetivo, oportuno e equânime à população.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. F.; FAERSTEIN, E. Educational inequalities in hypertension: complex patterns in intersections with gender and race in Brazil. *International Journal for Equity in Health*, v. 15, n. 1, p. 146, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0441-6>.
- BARROSO, W. K. S. et al. Influência da composição racial brasileira no controle da pressão arterial: a necessidade de novos olhares além do tratamento medicamentoso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 118, n. 3, p. 623-624, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20220063>.
- BRANDÃO, A. A. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 9, p. e20250624, 2025.
- DULGHEROFF, P. T. et al. Educational disparities in hypertension, diabetes, obesity and smoking in Brazil: a trend analysis of 578 977 adults from a national survey, 2007-2018. *BMJ Open*, v. 11, n. 7, e046154, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046154>.
- FAERSTEIN, E. et al. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: the Pró-Saúde Study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, supl. 2, p. 81-87, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060007>.
- HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Medicine*, v. 14, n. 5, e1002306, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>.
- KING, J. B. et al. Multiple social vulnerabilities to health disparities and hypertension and death in the REGARDS Study. *Hypertension*, v. 79, n. 1, p. 196-206, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15196>.
- MALTA, D. C. et al. Prevalence of arterial hypertension according to different diagnostic criteria, National Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, supl. 1, e180021, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>.
- MARQUES, A. P. et al. Prevalence of arterial hypertension in Brazilian adults and its associated factors and activity limitations: a cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal*, v. 137, n. 4, p. 312-321, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0251220719>.
- MENDES, P. M. et al. Association between perceived racial discrimination and hypertension: findings from the ELSA-Brasil study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, e00050317, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050317>.
- MEYEROVITZ, C. V. et al. Social determinants, blood pressure control, and racial inequities in childbearing age women with hypertension, 2001 to 2018. *Journal of the American Heart Association*, v. 12, n. 5, e027169, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.027169>.
- MILL, J. G. Social determinants of hypertension. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 113, n. 4, p. 696-698, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190220>.

PEREIRA, F. E.; TEIXEIRA, F. C.; RAUSCH, A. P. S. B.; RIBEIRO, B. G. Prevalence of arterial hypertension in children in schools of Brazil. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, v. 36, n. 1, p. 85-93, 2016.

SHAO, J. et al. Association of social determinants of health and their cumulative inequities with risk of hypertension: a population-based study. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, v. 12, p. 1607604, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2025.1607604>.

SIMONETTI, J. P. et al. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 415-422, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300016>.