doi.org/10.51891/rease.v12i10.30934

HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UBERLÂNDIA: DETERMINANTES SOCIAIS E LIMITES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

ARTERIAL HYPERTENSION IN UBERLÂNDIA: SOCIAL DETERMINANTS AND LIMITS OF PUBLIC POLICIES IN THE MUNICIPAL HEALTH PLAN 2022-2025

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UBERLÂNDIA: DETERMINANTES SOCIALES Y LÍMITES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL PLAN SANITARIO MUNICIPAL 2022-2025

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

RESUMO: Este estudo teve como objetivo analisar as estratégias do município de Uberlândia (MG) para o enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, com base no Plano Municipal de Saúde 2022–2025 e em suas características epidemiológicas e sociais. Trata-se de pesquisa documental, qualitativa, descritiva e exploratória, realizada mediante análise do referido plano, triangulada com literatura científica publicada entre 2020 e 2025 e documentos oficiais. Os resultados indicaram que a hipertensão não é tratada como prioridade no planejamento municipal, permanecendo inserida de forma genérica nas ações voltadas às doenças crônicas não transmissíveis. Embora o plano contemple fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, rastreamento e acompanhamento clínico, predominam ações assistenciais, com limitada incorporação dos determinantes sociais, ausência de indicadores desagregados por raça/cor e reduzida articulação intersetorial. Conclui-se que o planejamento municipal reconhece vulnerabilidades sociais, mas as traduz de forma insuficiente em ações estruturadas para o enfrentamento da hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Determinantes sociais da saúde. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the strategies of the municipality of Uberlândia (MG) to cope with Systemic Arterial Hypertension, based on the Municipal Health Plan 2022–2025 and its epidemiological and social characteristics. This is a documentary, qualitative, descriptive and exploratory research, carried out through the analysis of the aforementioned plan, triangulated with scientific literature published between 2020 and 2025 and official documents. The results indicated that hypertension is not treated as a priority in municipal planning, remaining generically inserted in actions aimed at chronic non-communicable diseases. Although the plan contemplates strengthening of Primary Health Care, screening and clinical follow-up, care actions predominate, with limited incorporation of social determinants, absence of indicators disaggregated by race/color and reduced intersectoral articulation. It is concluded that municipal planning recognizes social vulnerabilities, but translates them insufficiently into structured actions to cope with hypertension.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Social determinants of health. Public health policies.

[1]Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em desenvolvimento local da Universidade Dom Bosco. Universidade Dom Bosco.
[2]Doutora em Psicologia, Universidade Dom Bosco.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo analizar las estrategias del municipio de Uberlândia (MG) para hacer frente a la Hipertensión Arterial Sistémica, basándose en el Plan Municipal de Salud 2022–2025 y sus características epidemiológicas y sociales. Se trata de una investigación documental, cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada mediante el análisis del mencionado plan, triangulada con la literatura científica publicada entre 2020 y 2025 y documentos oficiales. Los resultados indicaron que la hipertensión no se considera prioritaria en la planificación municipal, permaneciendo genérica en acciones dirigidas a enfermedades crónicas no transmisibles. Aunque el plan contempla el fortalecimiento de la atención primaria, el cribado y el seguimiento clínico, predominan las acciones de atención, con una incorporación limitada de determinantes sociales, ausencia de indicadores desglosados por raza/color y una menor articulación intersectorial. Se concluye que la planificación municipal reconoce vulnerabilidades sociales, pero las traduce insuficientemente en acciones estructuradas para hacer frente a la hipertensión.

Palabras clave: Hipertensión arterial sistémica. Determinantes sociales de la salud. Políticas de salud pública.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um dos principais desafios para a saúde pública brasileira por sua elevada prevalência e por representar importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Dados do Ministério da Saúde mostram que a proporção de adultos com diagnóstico médico de hipertensão aumentou de 22,6% em 2006 para 26,3% em 2021. Entre 2010 e 2020, o Sistema de Informação sobre Mortalidade registrou 551.262 óbitos por doenças hipertensivas, evidenciando a magnitude do problema e seu impacto sobre a morbimortalidade da população brasileira (Brasil, 2022).

Embora seja caracterizada por níveis persistentemente elevados da pressão arterial, a HAS não pode ser compreendida apenas como uma alteração fisiológica individual. Sua ocorrência resulta da interação entre fatores biológicos, comportamentais e sociais, que influenciam tanto o risco de adoecimento quanto as possibilidades de prevenção, diagnóstico e tratamento (Dossena *et al.*, 2024). Essa perspectiva aproxima a hipertensão do debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), reconhecendo que condições de vida, renda, escolaridade, alimentação, trabalho e acesso aos serviços de saúde participam da produção e da distribuição desigual da doença.

As desigualdades raciais ocupam lugar central nesse processo. Estudos nacionais demonstram que a população negra apresenta maior prevalência de hipertensão e piores desfechos relacionados à doença, resultado de processos históricos e estruturais que limitam o acesso a direitos sociais, produzem exposição prolongada a situações de vulnerabilidade e

dificultam a continuidade do cuidado (Anjos *et al.*, 2023; Silva, 2022; Sousa *et al.*, 2022). Paralelamente, fatores nutricionais exercem papel importante nesse cenário. A elevada ingestão de sódio, característica do consumo de alimentos ultraprocessados, associada ao baixo consumo de alimentos *in natura* e de micronutrientes como potássio e magnésio, contribui para o aumento da pressão arterial e para a manutenção da elevada carga da doença na população (Bricarello *et al.*, 2020; Malta *et al.*, 2023).

Considerando essa complexidade, o enfrentamento da hipertensão exige estratégias que ultrapassem o manejo clínico individual. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental na prevenção, no diagnóstico precoce e no acompanhamento longitudinal dos usuários, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (Oliveira *et al.*, 2020). Entretanto, evidências mostram que a ampliação do acesso aos serviços, embora indispensável, não é suficiente para reduzir as desigualdades relacionadas à doença quando permanece dissociada de ações capazes de enfrentar seus determinantes sociais (Silva *et al.*, 2021).

Nesse contexto, os Planos Municipais de Saúde assumem papel estratégico, por constituírem o principal instrumento de planejamento do SUS em âmbito local. Esses documentos orientam a definição de prioridades, metas e indicadores, além de expressarem a forma como os problemas de saúde são reconhecidos e traduzidos em ações governamentais. Assim, analisar o tratamento conferido à hipertensão nesses instrumentos permite compreender não apenas quais intervenções são propostas, mas também quais dimensões da doença permanecem priorizadas ou invisibilizadas no planejamento municipal.

Uberlândia, localizada no Triângulo Mineiro, possui população estimada em mais de 700 mil habitantes (IBGE, 2024), apresenta características demográficas e socioeconômicas que tornam pertinente a análise das estratégias municipais de enfrentamento da hipertensão. Embora apresente elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH = 0,79), o município registra Índice de Gini de 0,50, evidenciando importantes desigualdades na distribuição de renda (Infosanbas, 2025). Essas desigualdades também se expressam no recorte racial: a renda média da população branca é 66% superior à da população negra (Uberlândia, 2017b), diferença que pode repercutir no acesso à alimentação adequada, aos serviços de saúde e aos recursos necessários para o controle da hipertensão. Em 2022, mais de 20 mil famílias viviam em situação de extrema pobreza, com renda mensal inferior a R$ 105 por pessoa (Azevedo, 2022).

No campo da educação, embora o município apresente taxa de alfabetização de 78%, persistem importantes desigualdades educacionais, uma vez que 25,8% da população branca possui ensino superior completo, enquanto entre a população negra esse percentual é de apenas 12,3% (Madeira, 2024).

As desigualdades socioeconômicas, raciais e educacionais observadas no município evidenciam que a hipertensão não pode ser enfrentada exclusivamente por meio de intervenções clínicas, exigindo estratégias de planejamento capazes de considerar os determinantes sociais que condicionam sua ocorrência e seu controle.

Apesar da relevância epidemiológica da doença e da importância do planejamento municipal para sua organização assistencial, ainda são escassos estudos que analisem como os Planos Municipais de Saúde incorporam os determinantes sociais da hipertensão e traduzem esse reconhecimento em estratégias concretas de enfrentamento. Essa lacuna é particularmente relevante porque a qualidade do planejamento influencia a capacidade do sistema de saúde em responder às necessidades da população e reduzir iniquidades.

Este estudo tem como objetivo analisar as estratégias do município de Uberlândia, Minas Gerais, para o enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, conforme descrito no "Plano Municipal de Saúde 2022-2025", em relação às características epidemiológicas e sociais da doença.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, exploratória e de revisão bibliográfica, com o objetivo de avaliar as estratégias do município de Uberlândia para o enfrentamento da HAS, à luz das características epidemiológicas e sociais da doença.

Na revisão de literatura foram selecionados estudos publicados em periódicos científicos, disponíveis em bases de dados como Scielo, PubMed e Google Scholar, que abordam a hipertensão arterial no Brasil, com ênfase em seus determinantes sociais, raciais, nutricionais e socioeconômicos.

Os critérios de inclusão compreenderam publicações entre 2020 e 2025, em português ou inglês, que apresentam evidências relevantes sobre a prevalência, os fatores de risco e os desafios no controle da hipertensão.

Já na análise documental foi utilizado o "Plano Municipal de Saúde 2022-2025" da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, selecionado como fonte primária para avaliar as políticas públicas locais voltadas para a hipertensão.

Os dados da literatura e do plano foram triangulados para discutir a adequação das ações de Uberlândia aos desafios da hipertensão, considerando os DSS. A análise foi qualitativa, privilegiando uma interpretação narrativa que destaca avanços e limitações das políticas locais, sem a aplicação de métodos estatísticos ou coleta de dados primários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

O Plano Municipal de Saúde de Uberlândia (2022–2025) constitui o principal instrumento de planejamento da gestão local do Sistema Único de Saúde, estruturado a partir de análise situacional que integra dados demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos do território, com definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Sua elaboração baseou-se na revisão do plano anterior (2018–2021), na incorporação das deliberações da 8ª Conferência Municipal de Saúde e na articulação com instrumentos de planejamento governamental, como Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

O processo de construção do documento incluiu participação institucional e social, com realização de reuniões preparatórias com representantes do Conselho Municipal de Saúde, consulta pública aberta no portal da prefeitura e audiência pública realizada em julho de 2021, cujas contribuições foram incorporadas à versão final do plano. A elaboração contou com a atuação de diferentes setores da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo áreas técnicas, administrativas, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, planejamento, regulação e controle, além da participação da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde.

Do ponto de vista operacional, o plano estabelece mecanismos formais de monitoramento e avaliação por meio da Programação Anual de Saúde (PAS), dos Relatórios Detalhados Quadrimestrais (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), configurando um sistema contínuo de acompanhamento das metas e ações previstas, com participação das instâncias de controle social.

Apesar de sua relevância, o plano informa que aproximadamente 66% da população do município possui cadastro ativo no sistema de saúde local, o que indica que uma parcela

significativa da população permanece fora dos registros assistenciais, limitando a capacidade de planejamento e monitoramento das ações em saúde.

ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (2022-2025) PARA A HIPERTENSÃO

A análise documental evidencia que, embora a HAS represente uma das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, ela ocupa espaço reduzido no Plano Municipal de Saúde de Uberlândia (2022–2025). Ao longo do documento, a doença não é apresentada como uma prioridade específica de planejamento, sendo incorporada ao conjunto geral das condições crônicas e ao processo de envelhecimento populacional.

A única menção explícita à hipertensão ocorre no capítulo destinado à saúde da mulher, associada aos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia como causa de mortalidade materna (Uberlândia, 2021, p. 31). Nas diretrizes voltadas às condições crônicas, o Plano estabelece como meta apenas a aferição semestral da pressão arterial em 50% das pessoas hipertensas (Uberlândia, 2021, p. 90), uma ação que carece de objetivos, indicadores ou estratégias especificamente direcionadas ao enfrentamento da patologia.

A definição de uma meta exclusivamente quantitativa, centrada na aferição da pressão arterial, reduz o planejamento à realização de procedimentos clínicos. Ao estabelecer a aferição semestral como principal estratégia, o Plano trata a hipertensão predominantemente como um problema biológico e individual, sem incorporar de forma explícita as condições sociais e territoriais que influenciam sua ocorrência e controle no município.

A fragilidade dessa abordagem torna-se ainda mais evidente quando confrontada com a realidade epidemiológica local. A escassez de informações epidemiológicas específicas no município restringe o acompanhamento contínuo da doença, visto que Uberlândia não dispõe de boletins epidemiológicos recentes dedicados à HAS, concentrando seus dados nos Planos Municipais e em estudos acadêmicos pontuais. Recuperando o Plano Municipal de Saúde anterior (2018–2021), estimava-se uma prevalência de hipertensão de 32,5% na população com mais de 30 anos, ultrapassando 50% na faixa de 60 a 69 anos e alcançando 75% após os 70 anos, além de registrar que 54% das internações por HAS ocorriam em idosos (Uberlândia, 2017a). Apesar da relevância, esses indicadores eram apresentados de forma agregada, sem estratificação por raça/cor, renda ou território, omitindo como as desigualdades influenciavam a distribuição da doença, uma limitação que se perpetuou no Plano posterior.

O panorama epidemiológico recente confirma a urgência dessa qualificação dos dados, dado que, entre 2021 e 2022, Uberlândia registrou um aumento de aproximadamente 42% nos casos de hipertensão, contabilizando 15.842 novos diagnósticos em 2022 e mais de dez mil casos até julho de 2023 (Diário de Uberlândia, 2023). Esse cenário local se soma à prevalência autorreferida nacional de 27,9% (Brasil, 2023) e estadual de 21,85% (Minas Gerais, 2022).

Além disso, um estudo desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia demonstrou a predominância de pessoas pretas e pardas, com baixa escolaridade e renda de até dois salários mínimos entre os indivíduos hipertensos atendidos (Camargo, 2023), confirmando localmente as iniquidades descritas pela literatura.

Essa diluição da HAS no planejamento merece atenção porque a hipertensão constitui a condição crônica de maior prevalência na Atenção Primária à Saúde e um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Embora compartilhe características com outras DCNT, a HAS apresenta perfil epidemiológico próprio, elevada carga de morbimortalidade e forte influência dos determinantes sociais da saúde. Trata-se de uma condição multifatorial cuja distribuição na população acompanha padrões de desigualdade relacionados à renda, escolaridade, raça/cor, condições de trabalho, alimentação, moradia e acesso aos serviços de saúde (Anjos *et al.*, 2023; Silva, 2022; Sousa *et al.*, 2022).

Entre essas disparidades, destacam-se as iniquidades raciais, visto que estudos nacionais evidenciam que a população negra apresenta maior prevalência de hipertensão, diagnóstico em idades mais precoces, pior controle pressórico e maior ocorrência de complicações cardiovasculares (Anjos *et al.*, 2023; Silva, 2022; Sousa *et al.*, 2022).

Essas diferenças refletem processos históricos e estruturais que condicionam oportunidades desiguais e geram maior exposição aos fatores de risco ao longo da vida (Gonçalves, 2024). Essa compreensão encontra respaldo na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que reconhece o racismo como determinante social da saúde e estabelece que as desigualdades étnico-raciais devem orientar a formulação, o monitoramento e a utilização de informações desagregadas por raça/cor para promover a equidade (Brasil, 2010).

Apesar da vigência da PNSIPN como norma federal, o Plano Municipal de Saúde silencia sobre suas diretrizes. Ao ignorar o quesito raça/cor na definição de metas para a HAS, o documento incorre em uma omissão técnica e contribui para a reprodução do racismo institucional, uma vez que essa omissão invisibiliza as desigualdades no adoecimento e

dificulta o direcionamento de ações e recursos da rede pública para os territórios e populações historicamente vulnerabilizados.

Embora o Plano Municipal de Saúde de Uberlândia (2022–2025) identifique diferenças demográficas e socioeconômicas do território e priorize populações vulneráveis na proposta de cuidado integral (Uberlândia, 2021, p. 14–16), tais informações permanecem descritivas. Não há desdobramento em estratégias específicas para os grupos populacionais mais vulneráveis à hipertensão nem ações direcionadas ao enfrentamento das desigualdades raciais, revelando um distanciamento entre o diagnóstico territorial e as respostas institucionais formuladas.

Essa mesma lacuna de resolutividade repete-se nas condições de alimentação e nutrição, outro aspecto central na determinação social da doença. A ingestão excessiva de sódio e o consumo frequente de ultraprocessados aumentam a pressão arterial, enquanto dietas ricas em alimentos *in natura* exercem efeito protetor (Bricarello *et al.*, 2020; Malta *et al.*, 2023), escolhas que são condicionadas por renda, preços e segurança alimentar. Em relação a esse aspecto, o Plano Municipal limita-se a monitorar o índice de massa corporal de crianças e adolescentes e a prever ações educativas gerais de hábitos saudáveis (Uberlândia, 2021, p. 90,97), omitindo estratégias voltadas à redução do consumo de sódio, ao enfrentamento da insegurança alimentar ou à qualificação do ambiente alimentar local.

A necessidade de ir além do manejo clínico ganha relevância diante do impacto que os processos de discriminação, exclusão e pobreza exercem diretamente no organismo. Evidências demonstram que a exposição prolongada ao estresse decorrente das desigualdades sociais promove a ativação persistente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do sistema nervoso simpático, favorecendo o acúmulo de alterações fisiológicas conhecidas como carga alostática (*allostatic load*), o que resulta na elevação sustentada da pressão arterial (Lawrence *et al.*, 2022). Assim, as forças sociais atuam diretamente nos mecanismos biológicos da doença, exigindo ferramentas de vigilância epidemiológica para monitorar esses impactos.

Contudo, a incorporação biológica desse estresse social não pode ser interpretada sob uma ótica estritamente patologizante ou individual. Se o estresse crônico decorrente do racismo e das iniquidades produz alterações hemodinâmicas no organismo, a resposta do sistema de saúde não pode se limitar à prescrição medicamentosa ou ao incentivo de "mudanças de estilo de vida" impostas ao indivíduo. Tratar os efeitos corporais da desigualdade unicamente com medicamentos assistenciais representa uma tentativa de medicalizar contradições que são de ordem estrutural e política. As forças sociais atuam diretamente nos mecanismos biológicos da

doença, exigindo não apenas vigilância epidemiológica, mas intervenções que alterem as condições concretas de vida (Baumer *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, as respostas propostas pelo município concentram-se no fortalecimento da rede assistencial. Observam-se investimentos na Atenção Primária à Saúde como porta de entrada, na ampliação do acesso a medicamentos essenciais e no acompanhamento longitudinal das condições crônicas (Uberlândia, 2021, p. 11,95). Embora essas iniciativas sejam indispensáveis para o controle clínico e alinhadas às diretrizes do SUS, elas atuam prioritariamente sobre as manifestações clínicas já instaladas, sem articular intervenções estruturais sobre os determinantes que geram o adoecimento.

Para romper com esse modelo exclusivamente assistencial, a intersetorialidade deve ser integrada como um princípio organizador das políticas públicas, pressupondo planejamento conjunto, coordenação intersetorial e responsabilidades compartilhadas entre diferentes setores, de modo que as decisões governamentais considerem sistematicamente seus impactos sobre a saúde e a equidade (WHO, 2014). A prevenção e o controle sustentável da hipertensão dependem da articulação da saúde com políticas voltadas à alimentação saudável e à promoção da atividade física, operacionalizando-se por meio da reformulação de alimentos para redução do teor de sódio, da rotulagem nutricional, das compras públicas de alimentos saudáveis, das campanhas de educação alimentar e de estratégias que promovam programas comunitários e ambientes favoráveis à prática de atividade física (WHO, 2024).

Essa abordagem exige que as ações municipais enfrentem diretamente as raízes sociais da doença, deslocando o foco tradicional do planejamento em saúde para uma perspectiva orientada pelos determinantes sociais da saúde e pela promoção da equidade (WHO, 2014).

Esse deslocamento teórico é fundamental porque compreende que os processos de adoecimento se enraízam nas práticas e estruturas sociais, rompendo definitivamente com a centralidade do corpo biológico como a origem ou o território isolado da enfermidade. Sob essa ótica, o corpo deixa de ser um receptáculo puramente mecânico de disfunções hemodinâmicas e passa a ser entendido como o espaço onde as desigualdades históricas e estruturais se materializam.

Consequentemente, descentraliza-se também o hospital ou o consultório clínico como os únicos lugares legítimos onde a hipertensão deve ser tratada. O principal desafio do planejamento municipal de Uberlândia reside, portanto, em transformar o diagnóstico das iniquidades territoriais em eixos estratégicos coordenados, reconhecendo que intervir sobre os

determinantes que produzem o risco na sociedade é tão indispensável quanto o manejo clínico do indivíduo já adoecido.

CONCLUSÃO

Este estudo alcançou o objetivo de analisar as estratégias previstas no Plano Municipal de Saúde de Uberlândia (2022–2025) para o enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica à luz das características epidemiológicas e sociais da doença. A análise evidenciou que, embora o Plano reconheça o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis e apresente diagnóstico das condições socioeconômicas do município, a hipertensão não é tratada como prioridade específica de planejamento. As ações identificadas concentram-se no acompanhamento clínico das condições crônicas, com limitada incorporação de estratégias voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais relacionados à doença.

Os resultados permitem concluir que a principal fragilidade do planejamento municipal não reside apenas na ausência de metas específicas para a hipertensão, mas na dificuldade de transformar o reconhecimento das desigualdades sociais em ações concretas de enfrentamento. A caracterização do território, das vulnerabilidades e dos grupos prioritários não se desdobra, de forma consistente, em estratégias intersetoriais, indicadores de equidade ou mecanismos de monitoramento capazes de orientar intervenções direcionadas às populações mais vulneráveis.

Nesse sentido, compreender a hipertensão como um processo social implica reconhecer que sua prevenção e controle dependem de políticas que ultrapassem o setor saúde e articulem ações sobre alimentação, educação, assistência social, mobilidade urbana e condições de vida.

Dessa forma, o estudo reforça que o aprimoramento do planejamento municipal para a hipertensão requer mais do que a ampliação de ações assistenciais. É necessário incorporar a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença como eixo estruturante da gestão, traduzindo as desigualdades identificadas no território em prioridades, metas e estratégias intersetoriais capazes de promover maior equidade no cuidado e reduzir, de forma sustentável, a carga da doença

REFERÊNCIAS

ANJOS, Vanessa Prada dos *et al.* Particularidades da hipertensão arterial sistêmica na população preta e parda: uma revisão atualizada. **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 6, n. 4 e p. 15687–15694, 2023.

AZEVEDO, Silvio. **Número de famílias em situação de pobreza extrema cresce quase 60% em Uberlândia**. 2022. Disponível em: https://diariodeuberlandia.com.br/noticia/32388/numero-de-familias-em-situacao-de-pobreza-extrema-cresce-quase-60-em-uberlandia. Acesso em: 19 jun. 2025.

BAUMER, Yvonne *et al.* By what molecular mechanisms do social determinants impact cardiometabolic risk? **Clinical Science**, Basel, v. 137, n. 6, p. 469–494, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010; 56p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao_negra.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório aponta que número de adultos com hipertensão aumentou 3,7% em 15 anos no Brasil**. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/relatorio-aponta-que-numero-de-adultos-com-hipertensao-aumentou-3-7-em-15-anos-no-brasil. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool — Ministério da Saúde**. Brasília, 2023; 70p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2023-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool/view. Acesso em: 23 mar. 2025.

BRICARELLO, Liliana Paula *et al.* Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1421–1432, 2020.

CAMARGO, Yanne da Silva. **Adesão medicamentosa e não medicamentosa em pacientes com hipertensão arterial sistêmica**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2023; 26p. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/38195. Acesso em: 29 mar. 2025.

DIÁRIO DE UBERLÂNDIA. **A cada 24h, 58 pessoas são diagnosticadas com hipertensão em Uberlândia**. Uberlândia: 2023. Disponível em: https://diariodeuberlandia.com.br/noticia/33984/a-cada-24h-58-pessoas-sao-diagnosticadas-com-hipertensao-em-uberlandia. Acesso em: 19 set. 2025.

DOSSENA C, et al. Hipertensão arterial sistêmica e fatores de riscos associados à saúde da população. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, 2024; 6(9):3568-3580.

GONÇALVES, Rafael. **População negra tem menos acesso a alimentos saudáveis em Uberlândia - Mg**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2024; 16p. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/43999. Acesso em: 29 mar. 2025.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama. Acesso em: 22 dez. 2024.

INFOSANBAS. **Informações contextualizadas sobre saneamento no Brasil- Uberlândia-MG**. 2025. Disponível em: https://infosanbas.org.br/municipio/uberlandia-mg/. Acesso em: 19 jun. 2025.

LAWRENCE, Jourdyn A. *et al.* A systematic review and meta-analysis of the Everyday Discrimination Scale and biomarker outcomes. **Psychoneuroendocrinology**, Dordrecht, 2022; 142:105772.

MADEIRA, Juan. **Em 12 anos, número de pessoas alfabetizadas cresce quase 23% em Uberlândia**. 2024. Disponível em: https://diariodeuberlandia.com.br/noticia/35730/em-12-anos-numero-de-pessoas-alfabetizadas-cresce-quase-23-em-uberlandia. Acesso em: 19 jun. 2025.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2023; 56:122.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis em Minas Gerais: boletim epidemiológico 2022**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2022. Disponível em: http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/boletim-epidemiologico-dcnt-2022/?wpdmdl=15495. Acesso em: 5 jun. 2025.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de *et al.* A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, 2020; 23:e200006.

SILVA, Etna Kaliane Pereira da. **Iniquidades raciais e de gênero na incidência e controle da hipertensão arterial no ELSA-Brasil: uma abordagem interseccional**. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/49359. Acesso em: 29 mar. 2025.

SILVA, Regina Lúcia Dalla Torre *et al.* Implantação do Programa de Assistência às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, São Paulo, 2021; 29(3):366-375.

SOUSA, Camila Tavares *et al.* Diferenças Raciais no Controle da Pressão Arterial em Usuários de Anti-Hipertensivos em Monoterapia: Resultados do Estudo ELSA-Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, 2022; 118(3):614-622.

UBERLÂNDIA. **Plano Municipal de Saúde 2018–2021**. Uberlândia, MG: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2017a. Disponível em: https://www.uberlandia.mg.gov.br/2017/09/01/confira-o-plano-municipal-de-saude-2018-2021/. Acesso em: 20 set. 2026.

UBERLÂNDIA. **IDH de Uberlândia supera o estadual**. 2017b. Disponível em: https://diariodeuberlandia.com.br/noticia/11670/idh-de-uberlandia-supera-o-estadual. Acesso em: 19 jun. 2025.

UBERLÂNDIA. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Uberlândia: Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2021. Disponível em: https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/gestao-em-saude/. Acesso em: 30 mar. 2025.

WHO. Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action. **Health Promotion International**, Geneva, 2014; 29(Suppl. 1):i119-i28.

WHO. **Tackling NCDs: Best Buys and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2024; 31p. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/376624. Acesso em: 17 jul. 2026.