

DESIGUALDADES SOCIAIS E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.070-009>

Allyne Kelly Carvalho Farias

Especialista em Hematologia Clínica e Banco de Sangue, Faculdade Monte Pascoal
E-mail: allynnnek10@gmail.com

Maria de Lourdes Machado de Resende Neta

Profissional de Educação Física Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
E-mail: maria.machado@aluno.uespi.br

Ícaro Soares de Carvalho Pinheiro

Enfermeiro Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
E-mail: icarocarvalho671@gmail.com

Paulo Henrique de Sousa Gomes

Profissional de Educação Física Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
E-mail: paulo.gomes@aluno.uespi.br

Luisa Chrisdayla Macêdo Santos

Enfermeira Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Estadual do Piauí - UESPI
E-mail: chris.dayla@gmail.com

Luziane Cruz Ferreira Guimarães

Profissional de Educação Física
Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
E-mail: luzianecfg@aluno.uespi.br

Juliane Andressa Sousa Costa

Profissional de Educação Física
Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Estadual do Piauí – UESPI
E-mail: julianeandressasc@gmail.com

Pedro Rafael Araujo Ramos dos Santos

Graduando em Medicina, UNIMA | AFYA/AL
E-mail: pedrorfael13@gmail.com

Adilson Cordeiro dos Santos

Enfermeiro especialista em Nefrologia, UNIP
E-mail: dilsons470@gmail.com

Francy Mary da Silva Câmara
Enfermeira Intensivista Adulto, FAVENI
E-mail: francymc@yahoo.com.br

Eder Farias Azevedo
Farmacêutico Clínico e Hospitalar, FAVENI
E-mail: eder_ecologia@yahoo.com.br

Vitória Cavalcante Damasceno
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Maranhão – UFMA
E-mail: vivid2603@gmail.com

Monik Cavalcante Damasceno
Fisioterapeuta Residente em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia – ESPVS
E-mail: monikcavalcante19@gmail.com

Resumo

A hipertensão arterial permanece como importante problema de saúde pública, e seu controle é influenciado tanto pelas condições de vida quanto pela organização dos serviços de saúde. Objetivo: analisar as desigualdades sociais relacionadas ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da hipertensão arterial no contexto da Atenção Primária à Saúde. Método: revisão integrativa da literatura, orientada pelas etapas de formulação da pergunta, busca, seleção, extração, avaliação crítica e síntese. A pergunta norteadora foi: como os determinantes sociais influenciam o controle da hipertensão arterial entre adultos acompanhados ou alcançados pela Atenção Primária à Saúde? Realizou-se busca preliminar no PubMed/MEDLINE, abrangendo publicações de janeiro de 2020 a setembro de 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram considerados estudos originais com adultos que analisaram controle pressórico ou etapas da linha de cuidado e pelo menos um marcador social, econômico, étnico-racial, territorial ou de acesso aos serviços. Dezoito estudos compuseram a síntese preliminar. Resultados: menor renda, instabilidade de cobertura assistencial, barreiras geográficas, residência em territórios vulnerabilizados, desigualdades étnico-raciais, baixo letramento em saúde e fragilidade da continuidade do cuidado apareceram associados a piores trajetórias de diagnóstico, adesão e controle. A oferta de tratamento, isoladamente, não eliminou as diferenças entre grupos sociais. Vínculo longitudinal, acesso regular, organização centrada na pessoa e estratégias territorializadas mostraram potencial para reduzir as lacunas. Conclusão: o controle da hipertensão não depende apenas de decisão individual ou prescrição medicamentosa. Resulta da interação entre condições de vida e capacidade da Atenção Primária de produzir acesso, continuidade e cuidado responsivo às desigualdades. A dupla checagem independente da seleção e da extração deve ser concluída antes da submissão do manuscrito.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Controle da Pressão Arterial; Desigualdades em Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Hipertensão.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial constitui uma condição crônica de elevada relevância sanitária por sua frequência, evolução frequentemente silenciosa e relação com eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (World Health Organization, 2023; Barroso et al., 2021). O problema, entretanto, não se esgota na identificação de valores elevados de pressão arterial. Entre reconhecer a condição, iniciar o tratamento, manter o acompanhamento e alcançar controle sustentado, existe uma sequência de etapas sujeita a perdas. Essas perdas compõem uma linha de cuidado marcada por diagnóstico tardio, interrupções terapêuticas, acesso irregular aos serviços e dificuldade para incorporar medidas de autocuidado à vida cotidiana.

A Organização Mundial da Saúde destaca a hipertensão como uma das principais causas evitáveis de adoecimento e morte prematura e assinala que grande parte das pessoas afetadas não apresenta controle adequado (World Health Organization, 2023). O desafio é particularmente expressivo em países de baixa e média renda, mas não se limita a eles. Mesmo em sistemas com ampla disponibilidade de medicamentos e serviços, persistem diferenças segundo renda, escolaridade, raça ou etnia, local de residência, cobertura assistencial e condições de trabalho. Dessa maneira, médias populacionais de controle podem ocultar grupos que permanecem sistematicamente afastados dos benefícios alcançados por outros segmentos.

A abordagem dos determinantes sociais da saúde ajuda a compreender por que indivíduos expostos ao mesmo diagnóstico não dispõem das mesmas possibilidades de cuidado. Renda insuficiente pode disputar espaço com despesas de alimentação, transporte e moradia; baixa escolaridade não equivale automaticamente a baixo conhecimento, mas pode combinar-se a materiais pouco acessíveis e comunicação profissional inadequada; morar longe de uma unidade ou em território inseguro pode dificultar consultas regulares; instabilidade ocupacional pode impedir o comparecimento no horário de funcionamento dos serviços. Assim, comportamentos frequentemente tratados como escolhas individuais são condicionados por oportunidades concretas e por restrições socialmente distribuídas.

Essa discussão é especialmente pertinente à Atenção Primária à Saúde (APS). Como porta de entrada preferencial e espaço de acompanhamento longitudinal, a APS reúne condições para rastrear, diagnosticar, tratar e monitorar a hipertensão. Também pode articular educação em saúde, cuidado farmacêutico, orientação alimentar, práticas corporais, apoio psicossocial, visitas domiciliares e coordenação com outros níveis assistenciais. Contudo, a simples presença de uma unidade não garante acesso oportuno, vínculo ou continuidade. A capacidade de reduzir desigualdades depende de como os

serviços organizam agendas, equipes, busca ativa, comunicação, disponibilidade de medicamentos e respostas às características do território (World Health Organization, 2025).

O controle pressórico costuma ser apresentado como resultado clínico individual, mas também funciona como indicador da qualidade e da equidade dos sistemas de saúde. Quando determinados grupos apresentam menor probabilidade de alcançar metas mesmo após entrar em tratamento, é necessário examinar não apenas adesão ou estilo de vida, mas a adequação do cuidado recebido. Estudos recentes têm investigado diferenças associadas a renda, origem migratória, cobertura de saúde, raça, ruralidade e acessibilidade espacial, porém os resultados estão dispersos entre países e desenhos metodológicos (Metlock et al., 2024).

Diante dessa dispersão, a presente revisão concentra-se na dimensão das desigualdades sociais e na forma como elas atravessam as etapas da linha de cuidado. O interesse não é produzir uma lista indiferenciada de fatores de risco, mas compreender quais condições sociais e características dos serviços ampliam ou reduzem a possibilidade de controle entre grupos populacionais.

A síntese pode subsidiar diferentes núcleos profissionais. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos participam diretamente do diagnóstico, ajuste terapêutico e seguimento; nutricionistas e profissionais de Educação Física atuam em componentes não farmacológicos; fisioterapeutas contribuem na capacidade funcional e no manejo de condições associadas; psicólogos e assistentes sociais ajudam a enfrentar sofrimento, barreiras de acesso e vulnerabilidades. A pertinência multiprofissional, contudo, não significa diluir responsabilidades. Significa reconhecer que o controle sustentado requer ações clínicas, educativas, organizacionais e intersetoriais.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar as desigualdades sociais relacionadas ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da hipertensão arterial no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Buscou-se identificar os determinantes mais frequentemente examinados, os mecanismos sugeridos pelos estudos e as implicações para um cuidado orientado pela equidade.

2 MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO E QUESTÃO DE PESQUISA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método permite reunir estudos com diferentes delineamentos para construir uma compreensão abrangente de problemas clínicos e organizacionais, desde que a pergunta, os critérios de seleção e a forma de síntese sejam apresentados com transparência. Foram consideradas as etapas de identificação do problema, busca da literatura, avaliação dos estudos, análise dos dados e apresentação da síntese (Whittemore; Knafl, 2005; Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A pergunta foi estruturada pela estratégia PICO: população (P), adultos com hipertensão arterial; fenômeno de interesse (I), desigualdades e determinantes sociais relacionados ao diagnóstico, tratamento

ou controle; contexto (Co), Atenção Primária à Saúde e serviços comunitários que desempenham funções equivalentes. A questão norteadora foi: como os determinantes sociais influenciam o controle da hipertensão arterial entre adultos acompanhados ou alcançados pela Atenção Primária à Saúde?

2.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca preliminar foi realizada em 8 de setembro de 2026 no PubMed/MEDLINE. Foram combinados descritores e termos livres relacionados a hipertensão, controle pressórico, determinantes sociais e Atenção Primária. A estratégia utilizou, em síntese: (Hypertension OR hypertens*) AND (uncontrolled OR blood pressure control OR controlled blood pressure) AND (Social Determinants of Health OR socioeconomic* OR income OR education OR race OR ethnicity OR insurance OR food insecurity) AND (Primary Health Care OR primary care), com delimitação de janeiro de 2020 a setembro de 2026.

A estratégia recuperou 226 identificadores. Cinco registros não apresentavam, no momento da coleta automatizada, estrutura bibliográfica equivalente a artigo indexado e 221 registros foram disponibilizados para triagem preliminar. A seleção apresentada neste manuscrito resultou em 18 estudos potencialmente elegíveis. Por integridade metodológica, os números definitivos de exclusão por etapa e a busca complementar em LILACS/BVS, SciELO e Scopus devem ser confirmados por dois revisores independentes antes da submissão. Portanto, o fluxo aqui informado descreve a etapa preliminar e não deve ser convertido em diagrama PRISMA definitivo sem essa conferência (Page et al., 2021).

Foram também consultados documentos oficiais e estudos de revisão para fundamentar a introdução e a discussão, sem que esses materiais compusessem a amostra de estudos primários. Essa separação evita misturar evidência utilizada para contextualização com os artigos submetidos à extração comparativa.

2.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos estudos originais publicados em português, inglês ou espanhol; realizados com pessoas de 18 anos ou mais; inseridos na APS, em serviços comunitários ou em bases populacionais com avaliação explícita da linha de cuidado; e que apresentassem o controle pressórico, a consciência diagnóstica, o tratamento, a adesão ou a continuidade do cuidado como desfecho. Exigiu-se ainda a análise de pelo menos um marcador social: renda, escolaridade, ocupação, raça ou etnia, migração, cobertura assistencial, condições do território, ruralidade, vulnerabilidade econômica, acesso geográfico, letramento em saúde ou disponibilidade de recursos.

Foram excluídos protocolos, editoriais, revisões, estudos exclusivamente hospitalares, pesquisas sobre hipertensão secundária ou hipertensão gestacional, trabalhos sem resultados separados para

hipertensão e artigos centrados apenas em eficácia farmacológica ou fisiológica. Intervenções foram consideradas somente quando apresentavam análise de acesso, equidade ou diferenças entre grupos sociais.

2.4 EXTRAÇÃO, AVALIAÇÃO E SÍNTESE

A extração preliminar contemplou autoria, ano, país, delineamento, população, contexto assistencial, definição do desfecho, determinantes analisados e resultados principais. Os achados foram agrupados em quatro eixos: posição socioeconômica e proteção financeira; território e acesso à APS; raça, etnia e migração; e condições que mediam o cuidado, como letramento, vínculo e continuidade. A heterogeneidade de definições e medidas impediu combinação quantitativa apropriada, sendo realizada síntese narrativa.

A apreciação metodológica considerou adequação entre pergunta e desenho, clareza da população, mensuração da pressão arterial, controle de confundimento e coerência das conclusões. A maioria dos estudos observacionais permite identificar associação, mas não causalidade. A avaliação formal com instrumentos do Joanna Briggs Institute deve ser executada independentemente por dois avaliadores e anexada à versão submetida. Não foram atribuídas pontuações artificiais nesta versão, porque tal procedimento exigiria conferência integral e pareada dos textos.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por utilizar exclusivamente dados publicados e de acesso documental, a revisão não envolve recrutamento de participantes nem acesso a informações identificáveis, não demandando submissão ao sistema CEP/Conep. Mantêm-se, contudo, as responsabilidades de citação, fidelidade aos achados, declaração das contribuições autorais e transparência sobre os limites da busca.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

A síntese preliminar reuniu 18 estudos publicados entre 2020 e 2026. O conjunto incluiu pesquisas dos Estados Unidos, Colômbia, México, Suécia, Reino Unido, Índia, África do Sul, Malásia, Filipinas, China, Haiti e Bangladesh. Oito trabalhos foram realizados integralmente nos Estados Unidos, refletindo maior disponibilidade de bases eletrônicas com registro de raça, seguro e características dos centros de saúde. Os demais ampliaram a compreensão para sistemas universais, países de renda média e contextos de pobreza urbana, ruralidade ou crise humanitária.

Predominaram estudos transversais, levantamentos comunitários e análises de registros assistenciais. Também foram identificadas coortes retrospectivas, uma coorte populacional com seguimento, um estudo de métodos mistos e uma investigação qualitativa. As amostras variaram de pouco

mais de duzentos participantes a centenas de milhares de registros. Essa amplitude fortalece a diversidade contextual, mas dificulta comparações diretas, porque os estudos utilizaram diferentes pontos de corte para controle e nem todos distinguiram pessoas tratadas daquelas ainda não diagnosticadas.

A tabela 1 apresenta a caracterização dos estudos. Os resultados não foram interpretados como se todos tivessem o mesmo peso. Grandes bancos de dados oferecem precisão e análise de subgrupos, mas podem carecer de informações sobre experiências e barreiras cotidianas. Estudos qualitativos e de métodos mistos ajudam a explicar mecanismos, embora não estimem a magnitude das associações.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na síntese preliminar

Estudo	Local/delineamento	Dimensão social	Síntese dos achados
Kressin et al., 2020	EUA; coorte retrospectiva; 43.785 usuários	Instabilidade do seguro e raça/etnia	Cobertura estável associou-se a melhor controle; pessoas negras sem seguro apresentaram cenário mais desfavorável.
McDoom et al., 2020	EUA; transversal; 5.970 usuários	Renda e ambiente do bairro	Após ajustes, características do bairro não mantiveram associação com controle da pressão, indicando resultados contextuais não uniformes.
Londoño Agudelo et al., 2021	Colômbia; transversal; 1.873 adultos	Baixa renda, educação e lacunas do cuidado	Persistiram subdiagnóstico, não adesão e descontrole; seguimento e orientação não farmacológica insuficiente agravaram as perdas.
Gallardo-Rincón et al., 2021	México; retrospectivo; 743 mil triagens	Educação, território e acesso	Somente pequena parcela foi vinculada à unidade após rastreamento; ambiente rural/urbano, acesso e escolaridade influenciaram a trajetória.
Mourtzinis et al., 2021	Suécia; coorte retrospectiva; 48.254 usuários	Renda e país de nascimento	Menor renda e nascimento fora da Suécia associaram-se a menor probabilidade de atingir a meta; escolaridade não mostrou associação.
Luo et al., 2022	EUA; coorte COMPASS; 5.096 adultos	Acessibilidade espacial	Maior disponibilidade espacial de APS associou-se a melhores níveis de conhecimento do diagnóstico e controle.
Eastwood et al., 2023	Reino Unido; coorte retrospectiva; 782 mil usuários	Etnia e continuidade terapêutica	O controle foi menor em pessoas africanas/caribenhas; a diferença diminuiu após considerar persistência e adesão.
Singh et al., 2023	Índia; transversal; 8.850 adultos em favela/reassentamento	Pobreza urbana e continuidade	Alta proporção não diagnosticada e baixo controle; tabagismo associou-se a menor adesão.
Makukule et al., 2023	África do Sul; transversal; 400 usuários	Privação socioeconômica e comportamentos	Descontrole relacionou-se a adesão, consumo de sal, álcool, tabaco, inatividade e maior complexidade terapêutica.
Alosi; Curtis, 2024	EUA; análise de centros comunitários	Raça/etnia e organização do serviço	Pessoas negras apresentaram menor controle; centros com modelo assistencial centrado na pessoa obtiveram melhores resultados.
Adediran et al., 2024	EUA; transversal; 24.915 usuários	Raça/etnia e cobertura	Descontrole foi mais provável em alguns grupos raciais e entre pessoas sem cobertura regular.

Estudo	Local/delineamento	Dimensão social	Síntese dos achados
Kishore et al., 2024	EUA; ecológico; 1.205 centros	Necessidade clínica, raça/etnia e financiamento	Maior necessidade por descontrole não se converteu consistentemente em maior financiamento federal por paciente.
Palafox et al., 2025	Malásia/Filipinas; transversal; 1.191 adultos de baixa renda	Renda, território e itinerários de cuidado	Os caminhos terapêuticos diferiram entre países e entre áreas urbanas e rurais, exigindo respostas contextualizadas.
Yin et al., 2025	China rural; métodos mistos; 7.488 adultos e 82 entrevistas	Ruralidade, recursos e crenças	Baixa percepção de necessidade, medo do tratamento, capacidade diagnóstica limitada e seguimento irregular explicaram lacunas.
Metz et al., 2025	Haiti; coorte; 3.005 adultos	Pobreza extrema e crise civil	Cuidado gratuito e seguimento elevaram diagnóstico, tratamento e controle, embora jovens permanecessem com pior controle.
Yopez et al., 2025	EUA; transversal; 218 participantes, maioria hispânica	Acesso regular à APS	Ter profissional habitual de APS associou-se independentemente a melhor controle da pressão arterial.
Kramer et al., 2026	EUA; qualitativo; 54 entrevistados em 14 clínicas	Recursos, letramento, ruralidade e saúde mental	Letramento, recursos disponíveis, cuidado centrado na pessoa e sofrimento mental interferiram no manejo.
Monower et al., 2026	Bangladesh; inquéritos nacionais; 27.427 adultos	Renda, educação, sexo e território	O controle melhorou ao longo do tempo, mas a desigualdade favorável aos mais ricos aumentou.

Fonte: elaboração dos autores a partir dos estudos incluídos (2026).

3.2 POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA E PROTEÇÃO FINANCEIRA

A renda apareceu como marcador recorrente, mas seu efeito variou conforme o sistema de saúde. Na Suécia, mesmo em um contexto de cobertura universal, pessoas situadas no menor estrato de renda apresentaram probabilidade discretamente inferior de atingir a meta pressórica. Em Bangladesh, o controle cresceu entre os dois inquéritos analisados, porém a concentração dos melhores resultados entre os mais ricos aumentou (Mourtzinis et al., 2021; Monower et al., 2026). Esses achados indicam que expansão global do cuidado pode coexistir com ampliação relativa das desigualdades quando os grupos socialmente favorecidos se beneficiam mais rapidamente.

A proteção financeira mostrou influência direta nos Estados Unidos. A instabilidade do seguro associou-se a maior frequência de pressão não controlada, com pior situação entre pessoas negras continuamente sem cobertura. Em outro estudo, a ausência de seguro regular ou o pagamento direto apareceram relacionados ao descontrole. A existência de financiamento público, por sua vez, não demonstrou distribuição consistentemente proporcional à necessidade clínica dos centros comunitários (Kressin et al., 2020; Adediran et al., 2024; Kishore et al., 2024). Desse modo, não basta ampliar recursos totais; é necessário alocá-los de acordo com carga de doença, complexidade social e capacidade local de resposta.

Nos estudos de comunidades de baixa renda na Colômbia, Índia, Malásia e Filipinas, a vulnerabilidade econômica combinou-se a trajetórias descontínuas. A entrada no tratamento não garantia

seguimento, adesão ou orientação adequada (Londoño Agudelo et al., 2021; Singh et al., 2023; Palafox et al., 2025). Custos indiretos, tempo de deslocamento, trabalho informal e experiências anteriores com os serviços podem explicar parte dessas perdas, ainda que nem todos os estudos tenham medido cada mecanismo separadamente. É metodologicamente inadequado atribuir à renda um efeito único: ela opera por alimentação, transporte, moradia, possibilidade de repouso, compra de medicamentos quando há desabastecimento e disponibilidade de tempo para o cuidado.

3.3 TERRITÓRIO, RURALIDADE E ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os estudos mostraram que acesso é mais amplo que distância física. Em Chicago, maior acessibilidade espacial aos serviços de APS associou-se a melhores níveis de conhecimento e controle da hipertensão. Entre participantes predominantemente hispânicos, dispor de um profissional habitual de atenção primária reduziu a prevalência de pressão não controlada mesmo após ajuste por características demográficas e cobertura (Luo et al., 2022; Yepez et al., 2025). Esses resultados reforçam a importância de um ponto regular de cuidado, capaz de acompanhar resultados, renovar prescrições e reconhecer falhas antes que se tornem interrupções prolongadas.

No México, uma estratégia de rastreamento digital alcançou grande número de pessoas sem acesso prévio, mas apenas uma pequena proporção foi efetivamente vinculada ao centro de saúde correspondente. O achado expõe a diferença entre detectar risco e garantir cuidado. Programas de triagem que acumulam triagens sem mecanismos de referência, retorno e monitoramento podem aumentar diagnósticos registrados sem produzir controle clínico sustentado (Gallardo-Rincón et al., 2021).

A ruralidade apareceu associada a limitações diagnósticas, menor oferta profissional e seguimento inconsistente na China. Entretanto, território rural não deve ser tratado como sinônimo automático de fracasso. O efeito depende de transporte, capilaridade das equipes, estoque de medicamentos, confiança nos profissionais e articulação comunitária. Na Malásia e nas Filipinas, os itinerários diferiram entre áreas urbanas e rurais, mostrando que a mesma estratégia pode produzir efeitos distintos segundo a organização local (Yin et al., 2025; Palafox et al., 2025).

O Haiti apresentou um contraponto relevante: mesmo em cenário de extrema pobreza e instabilidade civil, a oferta gratuita de acompanhamento regular elevou diagnóstico, tratamento e controle ao longo de dois anos (Metz et al., 2025). O resultado não elimina a influência da crise, mas demonstra que condições sociais adversas não tornam o cuidado ineficaz. Serviços acessíveis e persistentes podem reduzir perdas importantes, desde que mantenham vínculo e capacidade operacional.

3.4 DESIGUALDADES ÉTNICO-RACIAIS, MIGRAÇÃO E PERTENCIMENTO

As desigualdades étnico-raciais foram mais documentadas nos Estados Unidos e no Reino Unido. Nos centros comunitários estadunidenses, pacientes negros apresentaram menor controle pressórico que pacientes brancos e hispânicos. Em grandes bases de atenção primária, pessoas negras, nativas havaianas ou de ilhas do Pacífico também demonstraram maior probabilidade de descontrole (Alosi; Curtis, 2024; Adediran et al., 2024). Esses resultados não devem ser interpretados como diferenças biológicas inerentes aos grupos. Raça e etnia funcionam como marcadores de experiências sociais, discriminação, desigualdade econômica, acesso, exposição ambiental e qualidade diferencial do cuidado.

No Reino Unido, pessoas de origem africana ou afro-caribenha apresentaram menor controle após o início do tratamento. A diferença foi atenuada quando os modelos consideraram persistência e adesão aos medicamentos, sugerindo que o ponto crítico não estava apenas na prescrição inicial (Eastwood et al., 2023). A continuidade posterior, a adequação do acompanhamento e as condições para manter o tratamento explicaram parte da desigualdade. O resultado desloca o foco da suposta resistência individual para a trajetória produzida na relação entre usuário e sistema.

O país de nascimento também se associou ao alcance de metas na Suécia. Pessoas nascidas fora do país apresentaram menor probabilidade de controle em comparação às nascidas na Suécia (Mourtzinis et al., 2021). Barreiras linguísticas, familiaridade com o sistema, reconhecimento de prescrições anteriores e experiências de migração podem participar desse processo, embora não devam ser presumidas sem medição. A implicação prática é oferecer comunicação acessível e cuidado culturalmente responsivo sem estereotipar usuários.

3.5 LETRAMENTO, VÍNCULO, ADESAO E CONDIÇÕES DE VIDA

O letramento em saúde surgiu como mecanismo transversal. Nas entrevistas realizadas em serviços com diferentes desempenhos, profissionais e pacientes destacaram dificuldades para compreender a condição, avaliar riscos e transformar recomendações em rotina. Baixo letramento não corresponde apenas à escolaridade formal. Ele também reflete a clareza da comunicação institucional, a complexidade dos esquemas terapêuticos e a capacidade dos serviços de adaptar informações às necessidades do usuário (Kramer et al., 2026).

Adesão foi um mediador importante, mas não suficiente para explicar todas as diferenças. Na África do Sul, consumo elevado de sal, álcool, tabaco, menor atividade física, baixa adesão e maior número de medicamentos estiveram associados ao descontrole. Na Índia, o uso de tabaco relacionou-se à menor adesão (Makukule et al., 2023; Singh et al., 2023). Tais comportamentos possuem dimensão individual, mas são também influenciados por disponibilidade de alimentos, condições de trabalho, ambiente do bairro, sofrimento psíquico e apoio social.

Saúde mental apareceu na análise qualitativa como fator capaz de modificar o manejo. Ansiedade pode intensificar sintomas e percepção de risco, enquanto depressão pode reduzir motivação e capacidade de manter rotinas. Esse achado sustenta uma abordagem integral na APS, sem transformar toda dificuldade de adesão em diagnóstico psiquiátrico. Escuta, avaliação do sofrimento e articulação com apoio psicossocial podem ser necessárias quando o cuidado cardiovascular encontra barreiras emocionais persistentes.

Em conjunto, os estudos sugerem que vínculo e continuidade são pontos de convergência. Ter acesso a uma consulta isolada, receber prescrição ou participar de rastreamento não equivale a possuir cuidado longitudinal. O controle melhora quando existe retorno programado, possibilidade de ajuste, profissional ou equipe de referência e comunicação compreensível.

4 DISCUSSÃO

4.1 O CONTROLE PRESSÓRICO COMO RESULTADO SOCIAL E ASSISTENCIAL

A síntese mostra que o controle da hipertensão é produzido na interseção entre condições de vida e funcionamento dos serviços. A interpretação centrada apenas na adesão individual é insuficiente porque ignora quem consegue chegar à unidade, compreender a orientação, obter medicamentos, retornar para avaliação e reorganizar a rotina. Quando essas condições são desigualmente distribuídas, o controle também tende a ser desigual.

Os resultados convergem com abordagens contemporâneas dos determinantes sociais, segundo as quais educação, estabilidade econômica, acesso ao cuidado, ambiente do território e contexto social moldam prevenção e manejo (Metlock et al., 2024). Contudo, a revisão também encontrou resultados não uniformes. No estudo de Baltimore, características do bairro não permaneceram associadas ao controle da hipertensão após os ajustes. Na Suécia, escolaridade não se associou ao desfecho, enquanto renda e país de nascimento se mantiveram relevantes (Mcdoom et al., 2020; Mourtzinis et al., 2021). Essas divergências são importantes: determinantes sociais não atuam como marcadores universais e independentes do contexto. Seu efeito depende de políticas de proteção, desenho do sistema e correlação entre as variáveis.

A heterogeneidade reforça a necessidade de evitar generalizações simples. Menor renda pode ter consequências diferentes em sistemas com medicamentos gratuitos e em contextos baseados em seguro. Da mesma forma, residência rural pode significar isolamento assistencial em um território e forte presença de agentes comunitários em outro. A equidade exige identificar o mecanismo concreto de desvantagem, e não apenas classificar usuários como vulneráveis.

4.2 IMPLICAÇÕES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS ocupa posição estratégica porque acompanha a maior parte das pessoas com hipertensão e pode intervir antes do aparecimento de complicações. Para cumprir essa função, necessita organizar um percurso que vá além da consulta episódica. Rastreamento deve estar conectado à confirmação diagnóstica; diagnóstico deve gerar plano compartilhado; prescrição precisa ser acompanhada; e o descontrole deve produzir busca ativa, revisão terapêutica e investigação das barreiras.

Os achados apoiam pelo menos cinco frentes. A primeira é estratificar não apenas risco cardiovascular, mas risco de perda do cuidado: ausência frequente, dificuldade de transporte, instabilidade de cobertura, baixa renda, barreira linguística e sofrimento mental. A segunda é flexibilizar acesso por horários alternativos, renovação segura de receitas, acompanhamento domiciliar ou remoto quando adequado e integração com agentes comunitários. A terceira é simplificar regimes terapêuticos e garantir disponibilidade contínua de medicamentos. A quarta é qualificar comunicação com linguagem clara, confirmação de entendimento e materiais acessíveis. A quinta é monitorar indicadores por território, raça/cor, sexo e condição socioeconômica, porque a média geral pode esconder grupos sistematicamente desfavorecidos.

A atuação multiprofissional deve ser organizada em torno de necessidades, e não da soma de atendimentos fragmentados. Enfermagem pode coordenar monitoramento e educação; medicina participa da avaliação clínica e ajuste farmacológico; farmácia contribui na reconciliação, segurança e simplificação; nutrição apoia escolhas alimentares compatíveis com recursos e cultura; Educação Física e fisioterapia podem desenvolver estratégias seguras de movimento e capacidade funcional; psicologia e serviço social ajudam a enfrentar sofrimento e barreiras sociais. O resultado comum deve ser a continuidade do plano, evitando recomendações contraditórias.

O estudo de centros comunitários indicou melhores resultados onde havia organização centrada na pessoa (Alosi; Curtis, 2024). Essa abordagem não significa apenas cordialidade. Envolve conhecer prioridades, pactuar metas possíveis, adaptar condutas e manter responsabilidade compartilhada pelo seguimento. A pessoa não deve ser responsabilizada isoladamente por um plano inviável diante de renda, trabalho, transporte ou cuidado familiar.

4.3 EQUIDADE, MONITORAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

A redução das desigualdades requer informação capaz de revelar sua distribuição. Sistemas de registro devem permitir acompanhar cobertura, diagnóstico, tratamento e controle segundo características sociais relevantes, com proteção da confidencialidade. Quando diferenças aparecem, o indicador precisa orientar recursos, supervisão e redesenho do cuidado. A análise de financiamento dos centros estadunidenses mostrou que maior necessidade clínica nem sempre se converte em maior aporte por

usuário, evidenciando limite de modelos que distribuem recursos sem incorporar adequadamente a carga de vulnerabilidade (Kishore et al., 2024).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde oferece base normativa para universalidade e equidade, e a Estratégia Saúde da Família possui capilaridade territorial compatível com o enfrentamento da hipertensão. Ainda assim, cobertura nominal não assegura continuidade, disponibilidade de equipe ou resolutividade. O planejamento local precisa articular cadastro, aferição padronizada, confirmação diagnóstica, dispensação regular, acompanhamento e ações comunitárias. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da hipertensão reforça a necessidade de adesão e acompanhamento, mas sua implementação depende de capacidade municipal, educação permanente e monitoramento (Brasil, 2026).

Políticas intersetoriais também são necessárias. Alimentação adequada, mobilidade urbana, segurança do território, proteção social e condições de trabalho influenciam a possibilidade de seguir recomendações. A APS não resolve sozinha desigualdades estruturais, mas pode identificá-las, registrar seus efeitos, articular respostas e evitar que sejam convertidas em culpa individual.

4.4 LIMITAÇÕES E FORÇAS DA REVISÃO

Esta revisão apresenta limitações que impedem interpretar seus resultados como estimativa definitiva. A busca principal foi realizada em uma única base internacional e a triagem ainda necessita dupla conferência independente. Estudos em português e espanhol podem estar sub-representados. A maior presença de dados dos Estados Unidos amplia a discussão sobre raça e seguro, mas limita a transferência direta para sistemas universais. Além disso, diferentes pontos de corte foram utilizados para definir controle, e alguns estudos avaliaram toda a linha de cuidado, enquanto outros incluíram apenas pessoas tratadas.

O predomínio de desenhos transversais impede estabelecer temporalidade. Associação entre baixa renda e descontrole, por exemplo, não demonstra isoladamente o caminho causal. Medidas autorreferidas de adesão, alimentação e uso de substâncias estão sujeitas a viés. Também houve heterogeneidade na forma de registrar raça, etnia, migração, renda e território, o que inviabilizou síntese estatística conjunta.

Como força, a revisão articula estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos e examina simultaneamente fatores individuais, territoriais e organizacionais. O recorte nas desigualdades evita repetir revisões gerais de adesão e destaca mecanismos modificáveis pela APS. Para a versão final, recomenda-se ampliar a busca para LILACS/BVS, SciELO, Scopus ou Web of Science, concluir avaliação crítica pareada e registrar as razões de exclusão em diagrama PRISMA.

5 CONCLUSÃO

As evidências reunidas indicam que as desigualdades sociais atravessam todas as etapas do cuidado à hipertensão. Menor renda, instabilidade de cobertura, barreiras territoriais, desigualdades étnico-raciais, migração, baixo letramento em saúde e fragilidade do vínculo podem reduzir a chance de diagnóstico oportuno, adesão, seguimento e controle. Esses fatores não atuam de forma isolada nem apresentam o mesmo efeito em todos os sistemas.

O controle pressórico, portanto, não deve ser reduzido à responsabilidade individual ou à disponibilidade de uma prescrição. A APS precisa combinar acesso regular, comunicação compreensível, medicamentos disponíveis, monitoramento, cuidado multiprofissional coordenado e respostas adaptadas ao território. Estratégias universais devem ser acompanhadas de intensidade proporcional às necessidades, para que a melhora das médias não preserve ou amplie distâncias entre grupos.

A conclusão metodológica também é objetiva: o manuscrito dispõe de base teórica e síntese preliminar consistentes, mas somente estará pronto para submissão após busca complementar, seleção independente, conferência integral dos estudos e declaração das contribuições de cada autor. Essa etapa não é burocrática; é o que transforma um texto bem fundamentado em revisão científica reproduzível.

REFERÊNCIAS

ADEDIRAN, E. et al. Risk factors of undiagnosed and uncontrolled hypertension in primary care patients with hypertension: a cross-sectional study. **BMC Primary Care**, v. 25, n. 1, p. 311, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02511-4.

ALOSI, B.; CURTIS, D. S. Racial and ethnic disparities in blood pressure and glycemic control in the US community health center patient population. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 15, p. 21501319241226766, 2024. DOI: 10.1177/21501319241226766.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-resumido/pcdt-resumido-da-hipertensao-arterial-sistemica>. Acesso em: 8 set. 2026.

EASTWOOD, S. V. et al. Ethnic differences in hypertension management, medication use and blood pressure control in UK primary care, 2006-2019: a retrospective cohort study. **The Lancet Regional Health – Europe**, v. 25, p. 100557, 2023. DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100557.

GALLARDO-RINCÓN, H. et al. Integrated Measurement for Early Detection (MIDO) as a digital strategy for timely assessment of non-communicable disease profiles and factors associated with unawareness and control. **BMJ Open**, v. 11, n. 9, e049836, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049836.

KISHORE, S. et al. Cardiovascular equity and health center funding: associations of unmet hypertension and diabetes need by race/ethnicity and federal grants at federally qualified health centers, 2014-2019. **PLOS ONE**, v. 19, n. 9, e0310523, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0310523.

KRAMER, J. et al. Utilizing a health equity framework to explore patient-level factors impacting effective hypertension management across two academic health systems. **Medical Care Research and Review**, v. 83, n. 2, p. 144-155, 2026. DOI: 10.1177/10775587251391490.

KRESSIN, N. R. et al. Is insurance instability associated with hypertension outcomes and does this vary by race/ethnicity? **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 216, 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05095-8.

LONDOÑO AGUDELO, E. et al. Gaps in hypertension care and control: a population-based study in low-income urban Medellín, Colombia. **Tropical Medicine & International Health**, v. 26, n. 8, p. 895-907, 2021. DOI: 10.1111/tmi.13599.

LUO, J. et al. Urban spatial accessibility of primary care and hypertension control and awareness on Chicago's South Side: a study from the COMPASS cohort. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 15, n. 9, e008845, 2022. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008845.

MAKUKULE, A. et al. Uncontrolled hypertension, treatment, and predictors among hypertensive out-patients attending primary health facilities in Johannesburg, South Africa. **Healthcare**, v. 11, n. 20, p. 2783, 2023. DOI: 10.3390/healthcare11202783.

MCDOOM, M. M. et al. Neighborhood environment characteristics and control of hypertension and diabetes in a primary care patient sample. **Journal of General Internal Medicine**, v. 35, n. 4, p. 1189-1198, 2020. DOI: 10.1007/s11606-020-05671-y.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

METLOCK, F. E. et al. Impact of social determinants of health on hypertension outcomes: a systematic review. **Hypertension**, v. 81, n. 9, p. 1987-1999, 2024. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.22571.

METZ, M. et al. Improvements in blood pressure control and the hypertension care continuum over 2 years in urban Haiti amidst civil unrest. **Journal of Clinical Hypertension**, v. 27, n. 9, e70153, 2025. DOI: 10.1111/jch.70153.

MONOWER, M. M. et al. Hypertension control in Bangladesh: changes, sociodemographic variation, and socioeconomic inequality from the 2017-18 to 2022 Bangladesh Demographic and Health Surveys. **Global Heart**, v. 21, n. 1, p. 58, 2026. DOI: 10.5334/gh.1575.

MOURTZINIS, G. et al. Socioeconomic status affects achievement of blood pressure target in hypertension: contemporary results from the Swedish primary care cardiovascular database. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 39, n. 4, p. 519-526, 2021. DOI: 10.1080/02813432.2021.2004841.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

PALAFOX, B. et al. Pathways to hypertension control: unfinished journeys of low-income individuals in Malaysia and the Philippines. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 40, n. 2, p. 442-457, 2025. DOI: 10.1002/hpm.3889.

SINGH, M. M. et al. Hypertension care cascade in an urban resettlement colony and slum in Delhi, India: a cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, p. 2116, 2023. DOI: 10.1186/s12889-023-17021-8.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on hypertension: the race against a silent killer**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>. Acesso em: 8 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>. Acesso em: 8 set. 2026.

YEPEZ, C. et al. Evaluating the relationship between primary care provider access and high blood pressure among Hispanic patients: a cross-sectional study. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 44, n. 1, p. 402, 2025. DOI: 10.1186/s41043-025-01146-0.

YIN, X. et al. Unveiling pathways to enhance hypertension and diabetes care in rural China: a mixed methods study using the care cascade model. **The Lancet Regional Health – Western Pacific**, v. 58, p. 101574, 2025. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2025.101574.