



ADRIANE DE LIMA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL: ENTRE 2014 A 2023**

GUARAPUAVA

2025

ADRIANE DE LIMA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL: ENTRE 2014 A 2023**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Banca Avaliadora, como critério para obtenção
do grau de bacharel (a) em Nutrição.

Orientador(a): Prof^ª. Me^ª. Josieli M^ª Kosak

GUARAPUAVA

2025

Lista de autores

Autor 1 –

[Adriane de Lima Silva]
[Guarapuava]
[Centro Universitário Campo Real]
[adrianelimanut@gmail.com]

Orientadora 2 –

[Josieli Maria Kosak]
[Guarapuava]
[Centro Universitário Campo Real]
[prof_josielikosak@camporeal.edu.br]

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL:
ENTRE 2014 A 2023**

*EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MORTALITY FROM SYSTEMIC ARTERIAL
HYPERTENSION IN BRAZIL: FROM 2014 TO 2023*

*PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD POR HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA EN BRASIL: ENTRE 2014 Y 2023*

✉ *Adriane de Lima Silva*¹, ✉ *Josieli Maria Kosak*²

RESUMO

A hipertensão arterial é um dos principais agravos crônicos no Brasil e representa um importante desafio para o Sistema Único de Saúde, influenciada por fatores sociodemográficos como envelhecimento populacional, condições de vida, escolaridade e desigualdades regionais. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil da hipertensão no país e analisar sua distribuição nas cinco regiões brasileiras. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, realizado com dados de mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica registrados entre 2014 e 2023 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), utilizando estimativas populacionais do IBGE. Foram incluídos óbitos classificados nos códigos I10 a I15 da CID-10, calculando-se taxas por 100 mil habitantes segundo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil e região. Os resultados evidenciam maior vulnerabilidade entre idosos e populações de baixa renda, além de importantes disparidades regionais, demonstrando que a hipertensão é fortemente influenciada por determinantes sociais e requer ações equitativas em saúde pública.

¹ Centro Universitário Campo Real. Guarapuava/Paraná - Brasil.

² Centro Universitário Campo Real. Guarapuava/Paraná - Brasil.

Descritores: Hipertensão; Epidemiologia; Fatores Sociais; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Arterial hypertension is one of the main chronic conditions in Brazil and represents a significant challenge for the Unified Health System, influenced by sociodemographic factors such as population aging, living conditions, educational level, and regional inequalities. This study aimed to describe the profile of hypertension in the country and analyze its distribution across the five Brazilian regions. It is an epidemiological, descriptive, and cross-sectional study conducted using mortality data related to Systemic Arterial Hypertension recorded between 2014 and 2023 in the Mortality Information System (SIM), with population estimates provided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Deaths classified under ICD-10 codes I10 to I15 were included, and mortality rates per 100,000 inhabitants were calculated according to sex, age group, race/color, education, marital status, and region. The results show greater vulnerability among older adults and low-income populations, as well as marked regional disparities, indicating that hypertension is strongly influenced by social determinants and requires equitable public health actions.

Keywords: Hypertension; Epidemiology; Social Factors; Health Services Accessibility; Public Health.

RESUMEN

La hipertensión arterial es uno de los principales problemas crónicos en Brasil y representa un desafío significativo para el Sistema Único de Salud, siendo influenciada por factores sociodemográficos como el envejecimiento poblacional, las condiciones de vida, el nivel educativo y las desigualdades regionales. El objetivo de este estudio fue describir el perfil de la hipertensión en el país y analizar su distribución en las cinco regiones brasileñas. Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, realizado con datos de mortalidad por Hipertensión Arterial Sistémica registrados entre 2014 y 2023 en el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), utilizando estimaciones poblacionales del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Se incluyeron los óbitos clasificados en los códigos I10 a I15 de la CID-10, calculándose tasas por 100 mil habitantes según sexo, grupo de edad, raza/color, escolaridad, estado civil y región. Los resultados evidencian mayor vulnerabilidad entre personas mayores y poblaciones de bajos ingresos, además de importantes disparidades regionales, demostrando que la hipertensión está fuertemente influenciada por determinantes sociales y requiere acciones equitativas en salud pública.

Palabras clave: Hipertensión; Epidemiología; Factores Sociales; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), conhecida popularmente como pressão alta, é uma condição médica em que a pressão do sangue nas artérias permanece elevada por um período prolongado. Conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Barroso et al., 2021), considera-se hipertensão quando a pressão arterial sistólica é igual ou superior a 140 mmHg, ou a diastólica é igual ou superior a 90 mmHg, em medições repetidas. Essa elevação da pressão pode causar alterações no funcionamento e na estrutura do sistema cardiovascular, aumentando o risco de problemas sérios, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto do coração, insuficiência cardíaca e problemas nos rins (Brasil, 2021).

Estudos apontam que a hipertensão contribui para mais de 10 milhões de mortes por ano em todo o mundo (World Health Organization, 2023). Um dos desafios é que, na maioria dos casos, a doença não apresenta sintomas claros, o que dificulta seu diagnóstico e o início do tratamento. Entre os principais fatores que aumentam o risco de desenvolver hipertensão estão a idade avançada, histórico familiar, excesso de peso, falta de atividade física, alimentação rica em sal, baixo consumo de frutas e verduras, tabagismo e consumo excessivo de álcool (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).

No Brasil, a hipertensão é um problema de saúde pública muito presente. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 revelou que quase 24% da população adulta já havia recebido um diagnóstico médico de pressão alta, sendo essa proporção ainda maior entre os idosos (Malta et al., 2022). Além disso, as mulheres foram as que mais relataram a condição em comparação aos homens. Outro levantamento importante, o VIGITEL, feito pelo Ministério da Saúde, confirma que a doença é bastante comum, com índices próximos ou superiores a 25% entre adultos nas capitais brasileiras (Brasil, 2024).

O impacto da hipertensão na mortalidade brasileira é preocupante. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2021 a taxa de mortes por hipertensão atingiu o maior valor dos últimos dez anos, com 18,7 óbitos para cada 100 mil habitantes. Esse aumento foi observado especialmente em pessoas com mais de 50 anos, e os idosos acima de 80 anos apresentaram uma taxa ainda mais alta, com mais de 380 óbitos por 100 mil habitantes. Pesquisas recentes mostram que a hipertensão não é apenas causa direta de morte, mas também contribui para falecimentos relacionados às suas complicações, como doenças cardíacas e cerebrais. (Brasil, 2021).

Compreender o perfil epidemiológico da mortalidade por hipertensão é essencial para apoiar a criação de políticas públicas mais eficazes, melhorar os serviços de saúde e orientar ações de prevenção. Esses estudos ajudam a identificar mudanças ao longo do tempo, diferenças entre regiões, grupos mais vulneráveis e possíveis falhas no diagnóstico e tratamento (Oliveira et al., 2021). Além disso, contribuem para acompanhar o cumprimento das metas da Organização Mundial da Saúde, que busca reduzir a prevalência de hipertensão descontrolada e diminuir as mortes prematuras por doenças cardiovasculares até 2030 (World Health Organization, 2023).

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar o comportamento da mortalidade por hipertensão arterial nas cinco regiões do Brasil, entre os anos de 2014 a 2023.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, que tem como objetivo analisar a mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nas cinco regiões do Brasil no ano de 2014 a 2023. Esse tipo de pesquisa permite observar como a doença se comporta em diferentes partes do país, identificando desigualdades e discutindo fatores que podem explicar por que algumas regiões são mais afetadas do que outras.

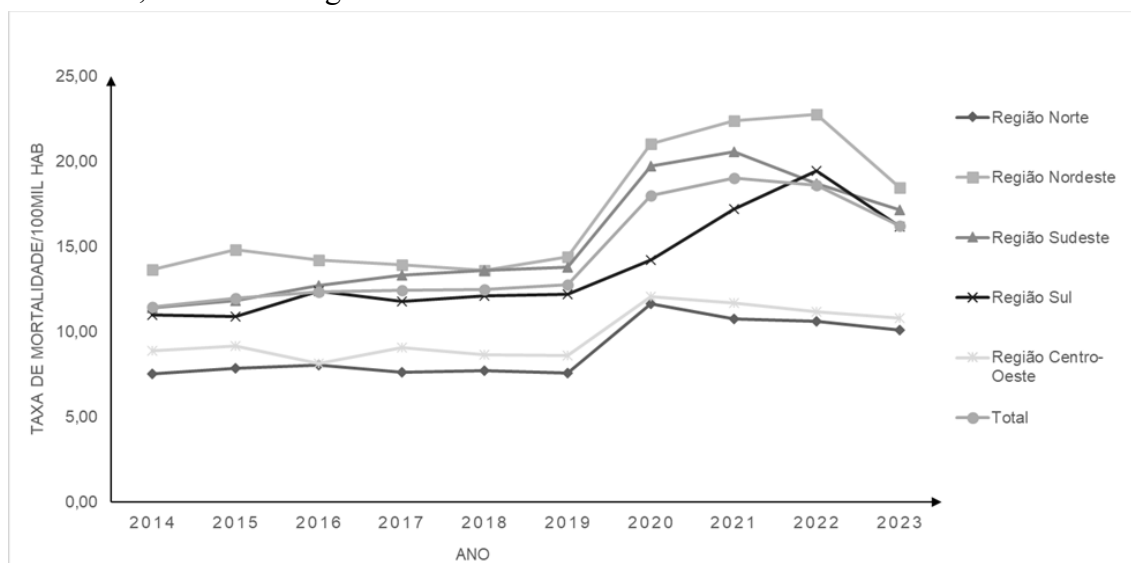
Para a realização do estudo, os dados foram coletados por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, e as estimativas populacionais utilizadas para calcular as taxas foram fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram considerados todos os óbitos registrados cuja causa básica foi hipertensão arterial, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (códigos I10 a I15).

As taxas de mortalidade por doença específica foram calculadas por 100 mil habitantes e analisadas de acordo com as variáveis: faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil e região geográfica. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos para facilitar a compreensão e destacar as diferenças entre as regiões.

RESULTADOS

No período de 2014 a 2023, observaram-se maiores taxas de mortalidade por HAS nas regiões Nordeste e Sudeste, segundo informações do SIM/DATASUS. A análise considerou a população de 100 mil habitantes em todas as regiões do país (Gráfico 1).

Gráfico 1. Taxa de Mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica por 100 mil habitantes, nas Cinco Regiões do Brasil. 2025.



Fonte: Autores (2025).

Em relação às taxas de mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), segundo faixa etária e região do Brasil, observa-se que a mortalidade aumenta progressivamente com o avanço da idade. As maiores taxas foram registradas na faixa etária de 75 anos ou mais, destacando-se a Região Nordeste, com 2.966,58 óbitos por 100 mil habitantes, seguida pela Região Norte (2.397,35), Sul (1.947,73), Centro-Oeste (1.814,00) e Sudeste (2.034,35).

Nas faixas etárias intermediárias (45 a 64 anos), os maiores índices também foram observados no Nordeste (206,53 entre 45-54 anos e 564,49 entre 55-64 anos), enquanto o Sudeste apresentou 220,64 e 522,35, respectivamente.

Já nas faixas etárias mais jovens (0 a 24 anos), as taxas de mortalidade foram consideravelmente menores em todas as regiões, com destaque para o Nordeste e Norte, que apresentaram valores mais elevados em comparação às demais regiões, embora ainda baixos (Tabela 1).

Tabela 1. Taxa de Mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica por 100 mil habitantes, segundo faixa etária, nas cinco regiões do Brasil. 2025.

Região	Faixa etária (anos)								
	0 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 e +
Região Norte	0,64	0,21	1,14	3,43	13,77	53,29	161,22	479,04	2397,35
Região Nordeste	0,57	0,23	1,42	5,77	23,89	80,44	206,53	564,49	2966,58
Região Sudeste	0,09	0,12	0,97	4,58	22,11	84,62	220,64	522,35	2034,35
Região Sul	0,26	0,00	0,33	3,15	18,31	69,63	185,65	441,16	1947,73
Região Centro-Oeste	0,08	0,04	0,65	4,01	20,17	63,55	166,11	433,59	1814,00
Total	1,64	0,61	4,51	20,94	98,25	351,52	940,15	2440,64	3858,24

Fonte: Autores (2025).

Ao analisar as regiões do Brasil, verificou-se que, segundo o sexo, as maiores taxas de mortalidade por hipertensão ocorreram entre as mulheres, sobretudo na região Nordeste. Em relação à raça/cor, observou-se predomínio entre indivíduos pardos, com maior destaque no Nordeste, enquanto os brancos apresentaram maiores índices no Sul. Quanto à escolaridade, constatou-se que os menores níveis de instrução estão associados às maiores taxas, sendo mais expressivas entre pessoas sem escolaridade no Nordeste. No que se refere ao estado civil, os maiores valores foram encontrados entre casados no Nordeste e entre viúvos nas regiões Sudeste e Sul (Tabela 2).

Tabela 2. Taxa de Mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica por 100 mil habitantes, segundo sexo, raça/cor, escolaridade e estado civil, nas cinco regiões do Brasil. 2025.

Regiões do Brasil					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Sexo					
Masculino	90,92	154,95	144,07	134,82	101,94
Feminino	88,53	193,60	161,79	140,85	95,21
Raça/cor					
Branca	19,86	43,93	83,22	111,32	39,28
Preta	6,89	17,37	21,23	7,24	10,09
Amarela	0,38	0,61	0,98	0,92	0,73
Parda	59,99	100,45	44,63	15,80	46,23
Indígena	1,01	0,47	0,12	0,22	0,79
Escolaridade					
Nenhuma	33,01	71,12	24,36	44,44	2,23
1 a 3 anos	18,53	34,35	40,39	67,03	1,74
4 a 7 anos	16,35	21,78	33,26	68,23	1,71
8 a 11 anos	8,54	11,55	20,46	30,15	0,86
12 anos e mais	2,31	2,67	6,17	8,00	0,27
Estado civil					
Solteiro	19,18	37,96	30,02	19,93	21,83
Casado	27,06	48,78	46,48	42,73	28,04
Viúvo	27,54	55,99	52,69	50,76	30,27
Separado judicialmente	3,59	5,30	11,73	10,11	8,16
Outros	5,80	6,42	2,80	3,41	3,43

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

De acordo com os dados analisados, as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica. No caso do Sudeste, um dos principais fatores explicativos é o envelhecimento populacional. Essa região possui uma das maiores proporções de idosos do país, o que naturalmente eleva a incidência de doenças crônicas, como a hipertensão, aumentando o risco de óbito (Malta et al., 2018; Malta et al., 2020). Já no Nordeste, embora a população seja relativamente mais jovem, observam-se dificuldades no acesso aos serviços de saúde, menor escolaridade média e barreiras para a continuidade do tratamento, o que contribui para o aumento da mortalidade (Villela et al., 2019; Almeida-Santos et al., 2018; Brasil, 2023).

Esses resultados estão em consonância com dados do Ministério da Saúde (2022), que apontam desigualdades persistentes na distribuição dos recursos de saúde e na cobertura da Atenção Primária entre as regiões brasileiras.

Por outro lado, as regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram taxas menores em comparação, mas ainda assim preocupantes. Nessas áreas, fatores como hábitos alimentares com alto consumo de sal e o sedentarismo continuam sendo desafios importantes para o controle da pressão arterial (Brasil, 2021; Malta et al., 2020).

De acordo com Malta et al. (2020), as regiões com menor desenvolvimento socioeconômico apresentam maiores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, especialmente hipertensão, devido à dificuldade de acesso a serviços de diagnóstico, acompanhamento e tratamento contínuo. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011–2022) já enfatizava a importância da regionalização das estratégias, dado o impacto das desigualdades sociais na ocorrência da hipertensão e suas complicações (Brasil, 2022).

No que se refere às diferenças entre os sexos, estudos brasileiros mostram que, embora os homens apresentem maior prevalência de hipertensão, as mulheres apresentam maior mortalidade e menor sobrevida, especialmente em faixas etárias avançadas. Isso ocorre porque as mulheres vivem mais tempo com a doença, permanecendo expostas por mais anos às complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca (Lima-Costa et al., 2019; Chor et al., 2018). Além disso, mudanças hormonais do período pós-menopausa contribuem para pior controle pressórico, aumentando o risco de eventos fatais (Pereira et al., 2020).

No estudo em questão, foi observada maior mortalidade entre indivíduos pardos, seguidos de pretos e brancos, o que reflete a composição populacional das regiões, mas também evidencia as desigualdades raciais em saúde. Evidências do ELSA-Brasil indicam que pessoas pretas e pardas relatam mais experiências de discriminação, maior dificuldade de acesso a serviços de saúde e menor efetividade no tratamento da hipertensão (Mendes et al., 2018; Sousa et al., 2022). Além disso, desigualdades estruturais como residir em áreas com menor oferta de serviços, menor infraestrutura e piores condições socioeconômicas prejudicam o diagnóstico, o acompanhamento e o controle da doença (Guimarães et al., 2024; Barber et al., 2018). Esses elementos se articulam ao impacto do racismo estrutural na saúde e ajudam a explicar a maior prevalência, o pior controle e a maior mortalidade por hipertensão entre a população negra no país (Paradies et al., 2015; Nascimento et al., 2020).

Outro aspecto relevante refere-se à escolaridade: indivíduos com menos anos de estudo apresentam maior risco de morrer por doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão. Pesquisas nacionais mostram que a baixa escolaridade está associada a piores condições de saúde vascular, menor compreensão sobre a doença, menor adesão ao tratamento e mais dificuldades no manejo da pressão arterial (Victor et al., 2022; Melo, Jeraldo & Reis, 2025). Fatores sociais, como solidão e isolamento — especialmente comuns entre idosos viúvos — também agravam o quadro. Estudos do ELSI-Brasil indicam que o isolamento social está associado a piores indicadores de saúde e maior dificuldade no controle da pressão arterial, aumentando o risco de desfechos cardiovasculares fatais (Da Silva et al., 2023; Sandy Junior et al., 2024).

Os resultados também evidenciaram maior mortalidade em faixas etárias avançadas, especialmente entre indivíduos com 75 anos ou mais. Esse achado está em consonância com dados do IBGE (2022) e com pesquisas como a de Siqueira et al. (2021), que mostram um crescimento expressivo da mortalidade por hipertensão em idosos devido ao acúmulo de comorbidades e às alterações fisiológicas do envelhecimento. Ademais, a pandemia de Covid-19 intensificou esse cenário, contribuindo para o aumento da mortalidade em 2022. Entre os fatores relacionados estão a interrupção do acompanhamento regular, o aumento do sedentarismo e a insegurança alimentar durante o período pandêmico (Opas, 2022; Ferreira et al., 2023). Redução nas consultas, queda no acesso a medicamentos e piora no controle pressórico agravaram ainda mais o quadro, especialmente entre idosos e pessoas com doenças crônicas mal controladas.

Embora seja reconhecida a possibilidade de subnotificação de óbitos e erros no preenchimento das declarações de óbito, o que pode interferir na real dimensão do problema, principalmente se tratando da HAS, ainda assim, os dados do SIM são considerados a principal fonte oficial sobre mortalidade e apresentam um cenário preocupante para a saúde pública brasileira (Brasil, 2023). Os achados reforçam que a mortalidade por hipertensão no país está fortemente associada aos determinantes sociais da saúde, como escolaridade, renda, raça/cor e acesso aos serviços públicos. Evidências indicam que populações em situação de maior vulnerabilidade apresentam maior prevalência e pior controle da hipertensão, o que aumenta substancialmente o risco de complicações e óbitos. Mill et al. (2019) demonstram que a hipertensão é fortemente influenciada por desigualdades socioeconômicas, afetando mais intensamente indivíduos pretos e pardos e aqueles com menor escolaridade.

O enfrentamento da hipertensão, portanto, deve ultrapassar o modelo biomédico tradicional e incorporar ações de promoção da saúde, educação em saúde, prevenção e reorganização dos serviços para o cuidado contínuo das condições crônicas. Mendes (2012), em documento da OPAS/OMS, destaca que o controle efetivo das doenças crônicas exige o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a adoção de abordagens territoriais mais integradas.

A persistência das desigualdades regionais evidencia a necessidade de políticas públicas sustentáveis e territorializadas, que considerem o perfil sociodemográfico local e priorizem grupos mais vulneráveis. O fortalecimento da Atenção Primária (APS), a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a educação permanente dos profissionais de saúde são estratégias fundamentais para a redução da mortalidade por hipertensão no país

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados neste estudo vão além de simples números e evidenciam que a distribuição da hipertensão arterial sistêmica no Brasil reflete um conjunto de fatores inter-relacionados. As diferenças regionais observadas não resultam apenas das características demográficas, como o envelhecimento populacional, mas também das desigualdades sociais e estruturais que influenciam o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento contínuo no sistema público de saúde. A falta de políticas equitativas e de uma rede de atenção adequada pode acarretar diagnósticos tardios, baixa adesão ao tratamento e pior controle pressórico, especialmente em regiões marcadas por vulnerabilidade social. Esses fatores ampliam o risco de complicações graves, como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), doença renal crônica e aumento da mortalidade precoce, impactando não apenas a saúde individual, mas também os indicadores populacionais e a sobrecarga do sistema público de saúde.

Diante desse cenário, percebe-se a importância de ações que fortaleçam a promoção da saúde, a prevenção e o controle da hipertensão arterial. Torna-se necessário investir no aprimoramento da Atenção Primária à Saúde (APS), ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolver políticas públicas sensíveis às especificidades regionais e priorizar grupos populacionais mais vulneráveis. Essas medidas, quando implementadas de forma articulada, têm potencial para reduzir desigualdades, melhorar o manejo da doença e favorecer desfechos mais positivos relacionados à hipertensão arterial no Brasil.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por iluminar meu caminho, fortalecer minha fé e me dar forças nos momentos em que pensei em desistir. Sem Sua presença, esta conquista não seria possível.

Agradeço profundamente à minha família, que sempre acreditou em mim. Cada palavra de incentivo, cada gesto de carinho e cada demonstração de apoio foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Vocês são a base que sustenta meus sonhos.

Manifesto também minha sincera gratidão à minha orientadora, pela paciência, disponibilidade e comprometimento durante todo o processo de construção deste trabalho. Sua orientação, suas críticas e seu cuidado foram fundamentais para meu crescimento acadêmico e profissional. Obrigada por acreditar no meu potencial e por me guiar com tanto respeito e dedicação.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo. Cada conversa, cada troca e cada incentivo fizeram diferença para que este momento se tornasse realidade.

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
3. World Health Organization. Hypertension. Geneva: WHO; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020;116(3):516–658. DOI: 10.36660/abc.20200185.
5. Malta DC, et al. Hipertensão arterial autorreferida: PNS 2019. Rev Saúde Pública. 2022;56:122. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056004177.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM: Estatísticas de Mortalidade 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-sim>.
8. Oliveira RJ, Almeida A, Costa MB. Desigualdades raciais e mortalidade cardiovascular. Cad Saúde Pública. 2021;37(4):1–12.
9. Almeida-Santos MA, et al. Análise espacial e tendências de mortalidade associada a doenças hipertensivas nos estados e regiões do Brasil entre 2010 e 2014. Int J Cardiovasc Sci. 2018;31(3):250–260. DOI: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180017>.

10. Malta DC, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o impacto do envelhecimento da população brasileira. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23(supl 1):1–15.
11. Villela PB, Klein CH, Oliveira GMM. Socioeconomic factors and mortality due to cerebrovascular and hypertensive disease in Brazil. *Rev Port Cardiol.* 2019;38(3):205–212. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.007>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>.
13. Malta DC, et al. Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e regiões: tendências, desigualdades e causas evitáveis. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23(supl 1):1–15. DOI: 10.1590/1980-549720190030.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011–2022.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
15. Lima-Costa MF, et al. Hipertensão arterial e mortalidade cardiovascular em idosos brasileiros: ELSA-Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2019;53:7. DOI: 10.11606/s1518-8787.2019053000613.
16. Chor D, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: impacto social e desafios para a saúde pública. *Saúde Debate.* 2018;42(spe1):148–160. DOI: 10.1590/0103-11042018S112.
17. Pereira RS, Bernandes N, Oliveira AM. Fisiopatologia da hipertensão arterial na mulher pós-menopausa: revisão. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(9):575–582. DOI: 10.1055/s-0040-1713129.
18. Mendes PM, Nobre AA, Griep RH, Guimarães JMN, Juvanhol LL, Barreto SM, et al. Association between perceived racial discrimination and hypertension: findings from the ELSA-Brasil study. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(2):e00050317. DOI: 10.1590/0102-311X00050317.
19. Sousa CT, Ribeiro A, Barreto SM, Giatti L, Brant LC, Lotufo PA, et al. Diferenças raciais no controle da pressão arterial em usuários de anti-hipertensivos em monoterapia: resultados do Estudo ELSA-Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2022;118(3):614–622. DOI: 10.36660/abc.20201180.
20. Guimarães JMN, Jackson JW, Barber S, Griep RH, Fonseca MDJM, Gamelo LV, et al. Racial inequities in the control of hypertension... *J Racial Ethn Health Disparities.* 2024;11(2):1024–1032. DOI: 10.1007/s40615-023-01582-w.

21. Barber S, Diez Roux AV, Cardoso L, Santos S, Toste V, James S, et al. At the intersection of place, race, and health in Brazil... *Soc Sci Med.* 2018;199:67–76. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.05.047.
22. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(9):e0138511. DOI: 10.1371/journal.pone.0138511.
23. Nascimento MO, Lima MR, et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Texto & Contexto Enferm.* 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3BsyWTjgcyrgs8vWMmXvXnj/?lang=en>.
24. Victor A, et al. Association between educational level and premature death from cardiovascular diseases in adults in Brazil. *Res Soc Dev.* 2022;11(15):e35111536025. DOI: 10.33448/rsd-v11i15.36025.
25. Melo LS, Jeraldo AR, Reis LA. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos brasileiros. *Res Soc Dev.* 2025;14(1):e1231414393. DOI: 10.33448/rsd-v14i1.14393.
26. Da Silva RA, Oliveira MF, Lima FR. Solidão e sua associação com indicadores de saúde em adultos mais velhos: evidências do ELSI-Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2023;39(7):e00221322. DOI: 10.1590/0102-311XPT213222.
27. Sandy Junior, PA et al. Associations of social isolation with sociodemographic aspects... *Geriatrics Gerontol Aging.* 2024;18:e0000209. DOI: 10.53886/gga.e0000209.
28. Ibge. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para 1980–2050. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>.
29. Siqueira ASE, Pereira RSM, Lopes MV, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil... *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(7):2607–2616. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vc7v6gCgS/?lang=pt>.
30. Opas. Impacto da COVID-19 nos serviços para DCNT na América Latina e Caribe. Washington, DC: OPAS; 2022.
31. Ferreira MD, Borges PKO, et al. O impacto da COVID-19 em pacientes hipertensos: revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/40985/33396>.
32. Malta DC, Freitas MLS, Barros MBA, et al. Projeção da mortalidade por doenças crônicas no Brasil... *Rev Bras Epidemiol.* 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200007.

33. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/344424>.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade por hipertensão arterial... 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>.
35. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. Brasília: OPAS; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
36. Mill JG, et al. Determinantes sociais na hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787–789. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20190210>.

ANEXOS

Normas para submissão: Revista Cadernos ESP

Obs: Para facilitar a correção pela banca, no texto, as referências foram mantidas em ABNT.

Template Base

- **Formato da Página:** Papel A4, margens de 2,5 cm, espaçamento de 1,5 linhas, recuo de parágrafo 1,25 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- **Limite de Palavras:** O número máximo de palavras, incluindo figuras e referências bibliográficas, varia conforme o tipo de manuscrito (ver seção Tipo de Manuscrito).
- **Submissão de Manuscritos:** Os manuscritos devem ser submetidos online pela Plataforma Cadernos ESP (link), após o cadastro dos autores na plataforma. Não há taxa para submissão ou avaliação dos manuscritos na Revista Cadernos ESP.
- **Eixo Temático:** No momento da submissão, os autores devem indicar um eixo temático que se adeque ao manuscrito, dentre os seguintes: Educação, Saúde Coletiva, Tecnologias e Inovação.

Título

- **Formato:** Negrito, tamanho 16, alinhamento centralizado; até 60 caracteres (sem espaços). O título deve ser conciso e informativo. Incluir a versão em inglês e espanhol em tamanho 12, centralizado e itálico.

Subtítulos

- **Formato:** Negrito, tamanho 14, alinhamento à esquerda (ex.: RESUMO, INTRODUÇÃO, MÉTODOS...).

Nome(s) do(s) Autor(es)

- Todos os autores devem informar sua filiação institucional (em ordem decrescente: Universidade, Faculdade e Departamento), cidade, estado, país, e-mail, link do Lattes e OrcID. O autor responsável pela correspondência deve também fornecer seu endereço completo (logradouro, cidade, CEP, estado, país).

Resumo

- **Idiomas:** O resumo deve ser redigido em português, inglês e espanhol. Ele deve refletir os aspectos fundamentais do trabalho, contendo até 150 palavras em cada idioma, incluindo: objetivo da pesquisa, metodologia adotada, principais resultados e conclusões. Os resumos em inglês e espanhol são de responsabilidade dos autores.

Palavras-Chave

- **Quantidade:** De 3 a 5 palavras-chave, no idioma do texto, em inglês e espanhol, apresentadas após o resumo. Os autores devem consultar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) no link: [DeCS](#), separadas por ponto e vírgula.

Ilustrações

- **Definição:** Inclui imagens (figuras, fotos), gráficos, tabelas e quadros.

Imagens (Figuras, Fotos e Gráficos)

- As imagens devem ser enviadas em alta resolução (300 dpi) no formato PDF, com largura mínima de 8 cm, em arquivos separados do texto.
- Cada ilustração (fotografia, gráfico e demais imagens) deve ser enviada individualmente como um arquivo .pdf de alta resolução.
- Configuração da letras em Figuras, Quadros e Tabelas Os textos inseridos em figuras, quadros e tabelas devem obedecer ao mesmo padrão tipográfico do artigo: fonte Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento simples.
- Para cada imagem, informe o título acima. **Fonte:** indicar autoria própria e/ou dados de terceiros, em estilo Time News Roman, tamanho 10.

Referências

- Devem ser apresentadas apenas as citações constantes no texto, referenciadas e organizadas conforme a norma Vancouver. Use fonte tamanho 11 e numeradas em linha.
- Para mais esclarecimentos, consulte: [Vancouver](#) (em português) ou [ICMJE](#) (em inglês).