

Entre presenças e ausências: repensando as relações entre hipertensão, raça e cuidado¹

Between presences and absences: rethinking the relations among hypertension, race, and care

William Rosa

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil

RESUMO

Neste artigo, reflito sobre como a raça se apresenta e produz efeitos nas práticas elaboradas para o cuidado da hipertensão. A pressão alta é uma condição crônica de saúde prevalente entre pessoas negras, e proponho mostrar como diferenças e desigualdades afetam o seu cuidado. Desse modo, argumento que, mesmo quando não objetivamente acionados, a raça e o racismo se fazem presentes, em certa medida, justamente por meio de suas supostas ausências. Os dados apresentados são provenientes de trabalho de campo etnográfico realizado entre 2023 e 2024, em um serviço de atenção primária à saúde e em um grupo de pesquisa sobre saúde da população negra. A análise se concentra nas distintas formas de diagnosticar e tratar a pressão alta e em como domínios ontológicos distintos entrelaçam-se, produzindo efeitos em sua manifestação no corpo. Em vista disso, descrevo como a raça se constitui em uma presença ausente nas práticas de cuidado da hipertensão. Ao fazer esse movimento analítico, busco desnaturalizar explicações exclusivamente biológicas e revelar os efeitos concretos de processos de diferenciação e desigualdade nos modos de adoecer. Assim, argumento que o surgimento dessa condição de saúde está além de justificativas unicamente fisiopatológicas, tornando evidente que a raça, ainda que muitas vezes silenciada nas práticas de saúde, produz efeitos concretos no diagnóstico e no cuidado. Ao caminhar entre presenças e ausências ao longo do artigo, minha proposta é levar a sério não apenas objetos e práticas visíveis, mas também aqueles

¹ Este artigo é resultado da pesquisa de doutorado que vem sendo realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Em um primeiro momento, a pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e atualmente é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), nº do processo 2022/14611-0. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade do autor e não necessariamente refletem a visão da FAPESP. Agradeço aos pareceristas anônimos deste artigo pelas relevantes contribuições e pelos instigantes comentários. Certamente, foram fundamentais para que eu pudesse desenvolver e analisar de forma mais densa o material aqui apresentado.

Recebido em 18 de dezembro de 2024.

Avaliador A: 11 de março de 2025.

Avaliador B: 20 de abril de 2025.

Aceito em 27 de junho de 2025.



que não estão, de modo a descrever etnograficamente os efeitos da raça na manifestação, no diagnóstico e no cuidado da hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão, Raça, Racismo, Cuidado, Saúde.

ABSTRACT

In this article, I reflect on how race emerges and produces effects in the practices developed for hypertension care. High blood pressure is a chronic health condition prevalent among Black people, and I propose to show how differences and inequalities shape its care. I argue that, even when not objectively invoked, race and racism are nonetheless present, to some extent, precisely through their supposed absences. The data presented here stem from ethnographic fieldwork conducted between 2023 and 2024 in a primary health care service and a research group focused on Black population health. The analysis centers on the different ways hypertension is diagnosed and treated, and on how distinct ontological domains become entangled, producing effects on how the condition manifests in the body. In light of this, I describe how race constitutes an absent presence in hypertension care practices. By making this analytical move, I aim to denaturalize purely biological explanations and to expose the concrete effects of processes of differentiation and inequality on ways of falling ill. I argue that the emergence of this health condition goes beyond purely pathophysiological explanations, making it evident that race, although often silenced in health care practices, produces tangible effects in both diagnosis and care. By navigating presences and absences throughout the article, my aim is to take seriously not only visible objects and practices, but also those that are not, in order to ethnographically describe the effects of race on the manifestation, diagnosis, and care of hypertension.

Keywords: Hypertension, Race, Racism, Care, Health.

INTRODUÇÃO

Era uma tarde de segunda-feira, dia de agenda de Marina, umas das médicas de família e comunidade do Centro de Saúde Maria Odília Teixeira². Entre consultas, conversávamos sobre os atendimentos e eu aproveitava para lhe fazer eventuais perguntas. Depois de dois atendimentos naquela tarde, Marina comentou sobre o caso da próxima paciente, Ester. Uma

² Os dados etnográficos provenientes do trabalho de campo realizado no Centro de Saúde são sensíveis. Em vista disso, seu nome, os dos profissionais e usuários são fictícios.

mulher hipertensa que havia sido atendida há poucos dias, relatou. Pelo que constava em seu prontuário, no campo que dizia respeito a sua autodeclaração, tratava-se de uma mulher negra. Além do medo de sua pressão continuar a subir, a paciente estava preocupada com os rumos de sua vida, pois havia perdido tudo em uma enchente. Marina contou, na sequência, que a paciente havia ido com sua filha na última consulta, e ela esperava que nesta sua filha viesse também, pois é ela quem organiza seu cuidado. A médica, então, foi até a sala de espera para chamá-la. No caminho de volta, como de praxe, falou de minha presença, de modo a pedir o consentimento da paciente, que concordou com minha continuidade no consultório.

Mãe e filha chegaram à sala e eu migrei meu assento para a maca, pois nas salas do centro de saúde há apenas três cadeiras. Fiquei de frente para elas, que não me encararam, seguiam olhando e respondendo apenas à médica. A queixa da senhora era sobre sua pressão, mas também sobre um desconforto que estava sentindo em um dos lados do rosto, deixando-o ligeiramente dormente. Sua filha relatou que elas estavam com medo de que sua mãe tivesse um acidente vascular cerebral (AVC), pois sua avó havia morrido em decorrência de um desses episódios. Marina olhou complacente para as duas e relatou entender a preocupação, anotando tudo o que a paciente e sua filha diziam, de modo a compor mais um pedaço de sua história que permaneceria gravada no prontuário. A médica questionou, “quantos remédios você tem tomado diariamente?”, e a paciente, após refletir por alguns instantes, respondeu “três para pressão... fora os outros”. Marina tentava entender como ela os administrava, e a senhora contou, a fazendo entender que, talvez, ela não estaria fazendo o uso da medicação da maneira adequada, uma vez que não havia decorado todos os remédios que precisava ingerir. A médica, que já havia preparado seu medidor de pressão antes que a paciente entrasse, disse que iria medi-la naquele momento. Ester tirou uma das mangas de seu casaco para permitir que a braçadeira fosse passada ao redor de seu braço. Marina ligou o aparelho, pois estava usando um digital e não o aparelho clássico. Minutos depois, o visor marcou 180 mmHg x 90 mmHg, ou seja, “18 por 9”. Sua pressão estava alta.

Após esse procedimento, a médica pactuou com a paciente e sua filha a organização de seu cuidado, uma vez que era “preciso controlar a pressão e, nesse momento, nenhum tipo de intervenção poderia ser realizada caso fosse necessária, porque a pressão não estava controlada”. A paciente fez um movimento com a cabeça demonstrando que compreendia. Marina declarou que gostaria de tentar outras medicações para tentar controlar a pressão de Ester, mas para reorganizar os remédios precisaria checar seus exames de sangue antes. Essa medida era importante porque a interação medicamentosa poderia produzir alterações que precisavam ser devidamente previstas. Assim, recomendou o aumento de dose de um dos comprimidos que a paciente já tomava, a losartana. A médica solicitou alguns exames de sangue, e na sequência enfatizou que queria vê-la com brevidade, agendando sua consulta para a semana seguinte.

Paciente e filha saíram, Marina e eu começamos a comentar sobre o caso.

Enquanto a médica preenchia suas burocracias, como gostava de dizer, ela me mostrou o prontuário da paciente para que eu entendesse mais de seu histórico. O registro mais antigo que encontrei foi de 2013. Lá, naquela consulta, a sua pressão marcava “20 por 10”. Já outro registro, este em 2016, marcava “22 por 10”. A paciente possuía um histórico de pressão descontrolada que poderia ser justificado por inúmeros fatores, desde uma não adesão adequada ao tratamento ou até mesmo uma questão com as medicações que vinha tomando. Ainda, as condições em que vivia e suas complexas relações familiares, que também constavam registradas no prontuário, pareciam fatores potencialmente estressores, de acordo com os registros.

Essa descrição diz respeito aos processos de organização do cuidado da hipertensão arterial sistêmica (HAS) que acompanhei ao longo do trabalho de campo. Em vista disso, o objetivo deste artigo é explorar os impasses presentes nas práticas elaboradas para o tratamento da hipertensão, focalizando como a raça e os processos de racialização, a partir de suas presenças e ausências, produz efeitos nesse processo. O trabalho de campo de minha pesquisa de doutorado, que foi conduzido entre os anos de 2023 e 2024, consiste na realização de observação participante no Centro de Atenção Primária à Saúde (APS) Maria Odília Teixeira, no qual acompanhei, majoritariamente, consultas médicas e de enfermagem e as visitas domiciliares (VD). Paralelo a isso, acompanhei também as atividades do Race.ID, grupo de pesquisa sobre saúde da população negra vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), do qual também faço parte como pesquisador.

A hipertensão é uma condição de saúde crônica multifatorial, não estando associada a uma única causa. Seu diagnóstico ocorre por meio da aferição sistemática do nível pressórico, e só pode ser concluído a partir da produção de medidas sustentadas que precisam estar em pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, ou, em termos leigos, “14 por 9” (Brasil, 2014, 2014; Barroso *et al.*, 2021). Em 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. A primeira frase lida em seu prefácio anunciava que, mesmo silenciosa e, às vezes, assintomática, a “pressão arterial alta mata” (2023, p. 5), e doenças cardiovasculares são a maior causa de mortes ao redor do globo. Entre os anos de 1990 e 2019, o número de pessoas que conviviam com a hipertensão arterial dobrou para 1,3 bilhão, indica o relatório da OMS. Não é por acaso que essa condição tem sido alvo de instigantes investigações antropológicas (cf. Calvo-González, 2011; Canesqui, 2007, 2015; Fleischer, 2013, 2018; Maciel, 1988; Souza; Garnelo, 2008;). No início de 2024, o Ministério da Saúde mostrou que a HAS³, no país, atinge cerca de 27,9% da

3 Ao longo do artigo, usarei distintas categorias para aludir à mesma condição de saúde, como hipertensão, HAS, pressão alta e hipertensão arterial sistêmica.

população, sendo mais comum em mulheres (29,3%) do que em homens (26,4%). Em ambas as publicações, nada se fala acerca de como a prevalência da hipertensão também é racializada (Brasil, 2017). Dito de outro modo, é uma condição crônica com maior prevalência e de difícil controle nas populações negras.

A pressão alta é a principal causa para a ocorrência de AVCs, aneurismas, infartos e insuficiência renal crônica (Póvoa, 2020; Sousa *et al.*, 2022). Contudo, a despeito dos riscos de sua elevação para a vida, ela pode ser controlada de modo eficiente e com remédios de baixo custo. Mas apenas uma em cada cinco pessoas com a condição consegue controlá-la de modo eficiente (WHO, 2023). Além de seu franco crescimento entre a população mundial, a hipertensão apresenta riscos distintos, a depender dos sujeitos que são acometidos por ela. Em suma, trata-se de hipertensões, no plural. Além disso, diferenças e desigualdades contribuem diretamente para a sua manifestação e diagnóstico, mas também para o seu tratamento e para o cuidado com as lesões que podem afetar os órgãos-alvo⁴ (Brasil, 2017). Não é por acaso que, quando vamos às práticas, controvérsias que dizem respeito aos efeitos da raça na manifestação, diagnóstico e cuidado da hipertensão emergem. Ainda que se reconheça sua relevância, aspectos fisiopatológicos acabam por operar como protagonistas nessas práticas, deixando de lado elementos que dizem respeito aos outros domínios ontológicos que não o da Biologia.

O impasse que busco explorar neste artigo diz respeito, precisamente, a como a raça se faz presente a partir de suas ausências nas práticas direcionadas ao cuidado da pressão alta (M'Charek; Schramm; Skinner, 2014). Inspirada por Donna Haraway e Annemarie Mol, M'Charek (2013) advoga por uma relacionalidade radical da raça e a descreve como um objeto material semiótico que não pode ser reduzido a uma única coisa. Assim, a raça emerge apenas a partir da conexão que estabelece entre múltiplas relações e coisas. Atentar-se às práticas e aos modos como elas produzem a raça retira o foco do corpo somático, oferecendo-nos “uma maneira eficaz de desnaturalizar as diferenças raciais” (M'Charek, 2013, p. 434, tradução nossa), uma vez que ela é um objeto difuso (M'Charek, 2013; Mol, 2002; Mol, 2008; Mol; Law, 1994; Muniz, 2021).

Diante disso, proponho mostrar como a etnografia permite tornar visível coisas que estão, supostamente, invisíveis. Para tanto, em um primeiro momento, descrevo como encontrei a hipertensão apenas após o início do trabalho de campo e como ela passou a ser o objeto que tem me permitido refletir sobre as intrincadas relações entre raça, cuidado e saúde. A partir disso, exploro como as práticas de cuidado produzem múltiplas hipertensões. Por fim, as diferentes formas de produzir, diagnosticar e cuidar de uma condição de saúde crônica como a pressão alta levam-me a refletir sobre como sua manifestação está além de aspectos estritamente

4 Termo que diz respeito aos órgãos comumente afetados por determinada condição ou doença.

fisiopatológicos, de modo a promover o engajamento entre domínios ontológicos distintos.

ARTES DE NOTAR: HIPERTENSÕES, ÉTICAS E CUIDADOS

Meu contato com a hipertensão não foi prévio, somente após o início do trabalho de campo me deparei com os problemas relacionados à pressão arterial e suas complexas conexões com a raça e os processos de racialização. Tsing (2022) escreveu uma instigante etnografia acerca do *matsutake*, cogumelo que brota apenas em paisagens perturbadas e suas relações de escalabilidade com o sistema econômico mundial vigente. A antropóloga desvelou como, ainda que se tenha tentado assiduamente cultivá-lo de modo artificial, jamais conseguiram reproduzir sua paisagem “natural” – para o *matsutake*, o seu natural é um hábitat extremamente perturbado pela ação de distintos agentes, tornando-o singular em muitos sentidos e impossível de ser reproduzido. Talvez você deva estar se perguntando sobre as motivações que me levam a falar do *matsutake* aqui, quando meu trabalho está, ao que parece, em um raio diametralmente oposto ao que Tsing realizou. Contudo, valendo-me da possibilidade de estabelecer conexões parciais (Strathern, 2004), irei mostrar sua relevância, sobretudo, para a realização do trabalho de campo desta pesquisa, e que diz respeito, em certa medida, aos impasses que proponho explorar neste trabalho. Tsing (2022, p. 42) mostrou que coletar essas “iguarias gourmets valiosas” do solo exigia treinamento e sensibilidade. Assim, há um processo de educação dos sentidos que contribui para que seus coletores as encontrem em lugares em que se vê apenas terra e árvores.

Assim, para coletá-los em suas paisagens perturbadas é preciso revitalizar as artes de notar, propôs Tsing (2022). O verbo notar aqui faz alusão, segundo os tradutores de seu livro para a língua portuguesa, à espontaneidade do encontro, “um fruto do acaso que efetivamente depende de um envolvimento e uma investigação curiosa das linhas da vida” (Barreto; Rafael, 2022, p. 23). Apenas desse modo é possível, então, coletar cogumelos. Exploro brevemente as artes de notar propostas por Tsing, pois, lançando mão delas, foi possível encontrar o objeto que atualmente entremeia toda minha pesquisa. A partir de meu envolvimento em uma investigação curiosa, atento às linhas da vida e levando a sério as artes de notar, me deparei com a hipertensão e fiz dela o objeto que me permitiria elaborar uma etnografia sobre os efeitos da raça e processos de racialização nas práticas de cuidado da pressão arterial.

Em um primeiro momento, a hipertensão e os modos como raça incide sobre as práticas elaboradas para seu cuidado não era um objeto de meu interesse. Mas notei posteriormente que, desde o início do campo, etnograficamente, eu já convivía com essa condição – assim como muitos dos sujeitos que a têm. Sem me dar conta em um primeiro momento, escrevia sobre ela em meus diários e ela já produzia efeitos em minha pesquisa. Mas encontrá-la e diagnosticá-

la ou, dito de outro modo, notar a sua relevância e centralidade para minha etnografia só foi possível após decidir reler meus diários. Ao reler as centenas de páginas, deparei-me com ela. Mais especificamente, com as práticas cotidianas elaboradas para o seu cuidado. Ela, como gosta de referir Fleischer (2018), a hipertensão, estava constantemente presente em meu campo, e não me restou outra alternativa senão levá-la a sério de maneira ética e cuidadosa.

Pesquisas que envolvem estudantes e profissionais da saúde, bem como a condução de trabalho de campo em serviços de saúde, seja na Atenção Primária ou na alta complexidade, não constituem empreitadas simples, mesmo quando viabilizadas e aprovadas pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) (Ferreira; Fleischer, 2014), sobretudo quando se propõe descrever e refletir etnograficamente sobre as práticas cotidianas dos profissionais. Assim, tais etnografias demandam éticas e cuidados contingenciais. Em outras palavras, a depender do campo, negociações específicas precisarão ser elaboradas, e essas, por sua vez, estão além daquilo que um CEP pode ou não regular. No caso de minha pesquisa, tais acordos eram estabelecidos em cada um dos espaços em que ela ocorreu. Desse modo, precisei pensar sobre ética, mas também foi necessário refletir sobre como estabelecer relações cuidadosas (de la Bellacasa, 2017), uma vez que estaria acompanhando discussões e eventos sensíveis, que envolviam processos de adoecimento.

Diante das diferentes negociações envolvidas, é importante lembrar que todo conhecimento produzido pode gerar consequências e implicações inesperadas, tanto para quem o produz quanto para aqueles que contribuem para sua construção (Haraway, 1995). Não por acaso, para Haraway, a dimensão da responsabilidade é central na produção científica. Essa ideia é uma das bases do que ela chamou de “saberes localizados”, pois apenas perspectivas parciais e objetividades corporificadas podem assumir responsabilidade. Inspirando-se em Haraway, de la Bellacasa (2017) propõe unir responsabilidade e cuidado. Segundo essa visão, produzir conhecimento é um processo polifônico de viver e pensar com cuidado (de la Bellacasa, 2012). Assim, os modos de fazer pesquisa, os sujeitos envolvidos, as experiências que permeiam o processo e a forma como escrevemos sobre o vivido exigem éticas e cuidados específicos.

Diante disso, refleti eticamente não apenas sobre minha inserção em campo, mas também sobre as implicações da minha presença nos espaços que frequentei. No caso das consultas médicas, era necessário ter cuidado, pois tratava-se de ambientes íntimos, nos quais diferentes emoções podiam emergir. Por essa razão, minha presença nos consultórios nunca foi previamente garantida; a autorização para observar cada consulta precisava ser negociada a cada novo paciente que entrava na sala. Dessa forma, a pesquisa se desenvolve em meio as artes de notar, negociações constantes e uma ética cuidadosa, sempre atenta às complexidades das relações e às dinâmicas que envolvem as práticas de cuidado da hipertensão.

“A PRESSÃO ALTA TEM A VER COM A VIDA”: PRODUZINDO DOENÇAS E DIAGNÓSTICOS

Certa vez, em uma consulta, enquanto a paciente falava sobre sua pressão alta e as causas que identificava como estressoras, Célia, a médica que a atendia, reflexiva enquanto escutava, respondeu: “é... a pressão alta tem a ver com a vida mesmo”. Na sequência, pediu à paciente que trouxesse, na próxima consulta, seu aparelho de aferição de pressão, pois assim seria possível compará-lo com o do Centro de Saúde. Em certa medida, há distinções entre os aparelhos e os parâmetros apresentados, sobretudo se o medidor não está devidamente calibrado ou se se trata de um inadequado à circunferência do braço (Brasil, 2014). Para quem convive com a hipertensão, é importante que o aparelho esteja operando apropriadamente, pois é a partir dele que é possível acompanhar se a pressão está controlada.

A fala da médica está diretamente relacionada ao processo que Frankenberg (1980) denominou de construção social da doença, justamente porque ela sublinhou que a hipertensão está profundamente vinculada ao que acontece na vida cotidiana. Tal perspectiva contrasta com uma expectativa médica dominante, que tende a considerar a doença como resultado exclusivo de uma desordem biológica. Ainda, o que foi dito pela médica auxilia-me a refletir sobre as controvérsias que dizem respeito às possíveis causas da pressão alta, os processos de elaboração de seu diagnóstico, mas também sobre a produção de conhecimento sobre o assunto. Dito de outro modo, controvérsias que dizem respeito às práticas que são articuladas para o seu cuidado. Ao esmiuçar a frase dita por Célia, percebo que ela insinuou que as causas da pressão alta não se restringem apenas aos aspectos fisiopatológicos (Frankenberg, 1980), e fatores ambientais e sociais também parecem influenciar o surgimento dessa condição. No entanto, considerar elementos que extrapolam o domínio da Biologia para compreender a manifestação das doenças provoca tensionamentos nas práticas cotidianas de cuidado (Frankenberg, 1980; Calvo-González, 2011; Fleischer, 2018; Singer, 2004; Sousa *et al.*, 2020).

Viver em condições sociais precarizadas, ter que, diariamente, estar mais tempo em transportes públicos do que em sua própria casa, conviver com o medo de ser vítima do braço armado do Estado, dar conta de outros processos de adoecimento e a falta de recursos financeiros para manter uma vida digna podem ser considerados fatores estressores. Atrelado a isso, ter acesso deficitário a uma alimentação balanceada, enfrentar dificuldades de acesso aos serviços de saúde, não ter a possibilidade de realizar atividades físicas regulares, ter que viver em áreas com risco de desastres naturais também são fatores que contribuem diretamente para o aumento do nível pressórico (Calvo-González, 2011; Fleischer, 2018). Não à toa, “a pressão alta tem a ver com a vida” e não está dissociada dela e de tudo o que a envolve. Isso quer dizer

que aspectos biológicos, mas também ambientais e sociais, contribuem para produzir índices pressóricos acima da normotensão, favorecendo o aumento da pressão de maneira crônica e demandando a necessidade de seu controle, que só pode ocorrer a partir de mudanças no estilo de vida e com a ingestão diária de medicamentos.

Os parâmetros que estabelecem a normotensão, ou seja, a pressão arterial considerada normal, têm mudado historicamente ao longo das diretrizes elaboradas pelas distintas associações médicas existentes (Fleischer, 2018; Luna, 1999). Luna (1999 *apud* Pickering, 1939) descreveu distintos consensos acerca dos parâmetros ao longo da história. Em 1934, Ayman considerava que o limite para o normotenso seria 14 por 8, já Robinson e Baucer, em 1939, indicavam que seria 12 por 8. Em 1946, Bechgaard propõe outro parâmetro, dessa vez 16 por 10. Brown, em 1947, defendia que o mais adequado seria 13 por 7, Perera propõe 14 por 9 – como já conhecemos hoje. E, por fim, Burgess indica que o índice mais adequado seria 18 por 10.

O que temos hoje, pactuado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) — e por outras internacionais (Mancia *et al.*, 2023; Unger *et al.*, 2020) —, é considerar: “PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva” (Barroso *et al.*, 2021, p. 528). Dito de outro modo, para que a pressão seja considerada alta, ela deve ser igual ou maior a “14 por 9” em distintas aferições. Tais mudanças dizem respeito ao caráter transitório de seu diagnóstico, uma vez que precisa responder às demandas de suas respectivas épocas, bem como às de cientistas, médicos, pacientes, e dialogar com os dados epidemiológicos.

Diante disso, ao refletir sobre a produção de evidências, Latour (2017) descreveu como cientistas tentavam estabilizá-las e conferir-lhes certo ordenamento e pureza, a fim de apresentar sua fatualidade. Para alcançar esse objetivo, era necessário estabelecer uma distinção clara entre fato e ficção, já que “se algo foi fabricado, é falso; se foi construído deve ser desconstrutível” (Latour, 2017, p. 137). Sob essa lógica, a ciência não deveria estar baseada em fabricações. Contudo, assim como as mudanças das taxas de normotensão, o autor mostrou como fatos são elaborados a partir de processos de fabricação. Eles são construídos relacionalmente a partir das conexões estabelecidas entre diversos atores em uma vasta rede sociotécnica em dado momento e lugar e em certas condições específicas que podem e, provavelmente, irão mudar. Diante disso, as práticas elaboradas para o cuidado da hipertensão transformam-se de acordo com as mudanças das diretrizes, mas também são influenciadas pela própria vida e suas dinâmicas. Isso também tem ocorrido nos modos como a raça é articulada ou não para justificar a sua causa e organizar o tratamento de sujeitos hipertensos.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) apresenta um relevante panorama da saúde da população negra, mostrando dados que mostram desigualdades

na mortalidade materna, acesso aos serviços de saúde, bem como aos medicamentos e internações. Chama a atenção para as assimetrias no tratamento do HIV/AIDS e hepatites virais. Ainda, dedica uma seção para tratar das doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra. Este último item indica que há alguns processos de adoecimento que incidem, de modo particular, sobre a população preta e parda brasileira, a saber: anemia falciforme, diabetes mellitus (Tipo 2), hipertensão arterial e deficiência de glicose -6-fosfato desidrogenase. Se tais doenças são prevalentes nessa parcela da população, é relevante formular práticas específicas e que profissionais de saúde estejam atentos aos seus sinais, para que o diagnóstico possa ser elaborado o mais cedo possível, de modo a tentar mitigar possíveis agravos.

Refletir sobre saúde da população negra no Brasil não se trata de algo recente (Batista, 2012). Ainda assim, quando o assunto é levar a sério a raça no cuidado à saúde, há impasses e interdições que dizem respeito a articulá-la à produção de práticas que subsidiam o cuidado da pressão alta, por exemplo (Calvo-González, 2011). Nas principais diretrizes para seu manejo, é possível ler os seguintes trechos:

Na população negra, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso País, predomina a população miscigenada, que pode diferir da população negra quanto às características da hipertensão (Brasil, 2014, p. 60).

A etnia é um fator de risco importante para a HA, mas condições socioeconômicas e de hábitos de vida parecem ser fatores mais relevantes para as diferenças na prevalência da HA do que a implicação étnica propriamente dita (Barroso *et al.*, 2021, p. 528).

A prevalência, o tratamento e as taxas de controle da hipertensão variam significativamente de acordo com a etnia. Tais diferenças são atribuídas principalmente a fatores genéticos, mas o estilo de vida e o status socioeconômico possivelmente influenciam os comportamentos de saúde, como a dieta – que parecem ser grandes contribuintes (Unger *et al.*, 2020 p. 1350, tradução nossa).

Dado o grau de migração africana e asiática para a Europa, é imprescindível dar atenção aos fatores e diferenças no manejo da hipertensão relacionados à etnia. [...] A busca intensiva por ligações genéticas ao excesso de hipertensão ‘africana’ teve menos sucesso do que o esperado, mas, ainda assim, surgiram vários traços novos patofisiológicos específicos (Mancia *et al.*, 2023, p. 1969, tradução nossa).

O primeiro excerto foi extraído dos *Cadernos de Atenção Básica* do Ministério da Saúde. Os trechos seguintes estão, respectivamente, presentes nas *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020*, *2020 International Society of Hypertension: Global Hypertension Practice Guidelines* e *2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension*. Os excertos indicam que a hipertensão é mais comum em negros e não está atrelada apenas a componentes genéticos e biológicos, ainda que esses sejam elementos relevantes para

compreender a prevalência. No entanto, nas diretrizes, quando se mobiliza a noção de raça ou mesmo etnia, há um movimento de aproximá-las à Biologia. Isso se torna evidente quando se explicam as possíveis causas da hipertensão, dividindo-as em aspectos biológicos e sociais. Por um lado, componentes étnicos e raciais contribuem para sua manifestação. Por outro lado, elementos relacionados a aspectos sociais, econômicos, hábitos e condições de vida também são igualmente relevantes para seu surgimento. Raça, nesse sentido, não figura entre os elementos presentes no segundo grupo causal.

Há uma preocupação crescente em destacar que fatores sociais devem ser considerados no diagnóstico e no controle da pressão arterial. No entanto, a raça não parece ser incluída como parte desses fatores. Ela permanece, em certa medida, vinculada à genética (Brasil, 2004, 2014; Barroso *et al.*, 2021). Em outras palavras, os documentos em questão tendem a relegar, em certa medida, a raça ao domínio da Biologia.

Em relação ao remédio mais comum receitado para o controle da pressão, a losartana (Sousa *et al.*, 2021), outras controvérsias, relacionadas à sua eficácia, fazem-se presentes. Em sua bula é possível encontrar a seguinte informação:

Uso em Pacientes de Raça Negra com Pressão Alta e Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo: em um estudo que envolveu pacientes com pressão alta e hipertrofia do ventrículo esquerdo, losartana potássica diminuiu o risco de derrame e ataque cardíaco e ajudou os pacientes a viverem mais. No entanto, esse estudo também mostrou que esses benefícios, quando comparados aos benefícios de outro medicamento para hipertensão denominado atenolol, não se aplicam aos pacientes de raça negra. (Losartana Potássica, 1999, p. 5).

Isso quer dizer que esse medicamento, em dadas circunstâncias, é, supostamente, menos eficiente para pacientes negros com pressão alta. Em diálogos que tive com Luzia nas ocasiões em que acompanhei as consultas de Helena, uma paciente negra que ela atende há mais de dez anos, discutíamos sobre raça e medicamentos. Sobre esse assunto, ela afirmou que havia alguns remédios menos indicados à população negra. Compartilhei com ela que li na bula da losartana algo nesse sentido. Ela afirmou já ter visto tal informação também, mas não me disse claramente se concordava ou não. Em uma das duas consultas em que estive naquela tarde, Luzia aumentou justamente a dose de losartana de Helena. Na consulta em questão, a pressão de Helena estava 17 por 7. Ela já lidava com outras doenças crônicas além da hipertensão, mas havia uma novidade: ela estava enfrentando alguns episódios de *esquecimento*. Após o atendimento, peguei-me refletindo sobre como poderia questionar Luzia acerca das motivações que a levaram a aumentar a dose daquela medicação, sem parecer que estava questionando sua conduta. Primeiro, perguntei sobre os possíveis sintomas que aquele nível pressórico provocaria. Luzia disse que “nenhum, necessariamente. A hipertensão tende a ser assintomática, e é mais uma condição que facilita outras doenças, por isso precisamos ficar atentos aos órgãos-alvo”.

Aproveitei o ensejo e questioneei, “bom, para hipertensão ela está tomando três remédios, certo?”. E continuei, de modo a trazer a discussão sobre raça e medicamentos novamente, “por que ela segue tomando losartana e você aumentou a dose?”. Luzia olhou para mim, sorriu e explicou: “bom, é o que tem para ser dispensado pelo sistema, é a tecnologia que temos. Mas também é preciso levar em consideração a atuação do medicamento e sua eficácia, pois a losartana estava sendo eficiente no caso de Helena”. Era preciso, então, olhar para a doença, mas também para a pessoa doente e como o medicamento agia, pois determinado remédio poderia funcionar ou não em algumas pessoas e isso não teria a ver com diferença racial. Dito de outro modo, ao que parecia, Luzia estava indo na direção oposta ao que indicava a bula do medicamento.

Laguardia (2005) mostrou como o entrelaçamento entre raça e suscetibilidade genética pode levar à racialização das doenças em termos biológicos, de maneira “a priorizar os genes em detrimento dos sintomas, a desconsiderar explicações alternativas e, finalmente, a influenciar a disponibilidade e o acesso aos cuidados médicos” (Laguardia, 2005, p. 386). Desse modo, mostra como diferenças e desigualdades não se instauram nos genes, e que “as relações sociais não apenas se inscrevem nos corpos, mas influenciam até mesmo a nossa compreensão da biologia” (Laguardia, 2005, p. 390).

Em pesquisa acerca de como as diferenças raciais impactam o controle da pressão, é possível notar que a hipertensão, além de ser prevalente, é de difícil controle na população negra e, “*aparentemente*, a pior resposta a algumas classes de anti-hipertensivos explicaria, pelo menos parcialmente, o pior controle da hipertensão entre esses indivíduos” (Sousa *et al.*, 2022 p. 615, grifo nosso). O “*aparentemente*” é importante na construção do argumento dos autores, pois indica certa discordância com o que é orientado pela bula da losartana e das diretrizes que apresentei anteriormente. A utilização de medicamentos da classe da losartana não explica um pior controle do nível pressórico de pacientes negros, uma vez que outras classes de anti-hipertensivos apresentam resultados semelhantes. O que importa aqui, ao fim e ao cabo, é sublinhar que o pior controle e mesmo a prevalência de pressão alta nesse grupo de indivíduos podem estar mais relacionadas aos “determinantes sociais que à classe de anti-hipertensivos utilizada” (Sousa *et al.*, 2022 p. 621). Ou seja, estão relacionados aos aspectos que estão além dos fisiopatológicos e dizem respeito a como diferenças e desigualdades materializam-se nos processos de adoecimento, produzindo efeitos concretos no corpo.

Os interlocutores de minha pesquisa contaram-me sobre como falar sobre raça no cuidado em saúde seguia como uma espécie de interdição. Mas tal interdição não significava “a supressão da raça das práticas nem das narrativas biomédicas cotidianas ou das publicações do campo” (Muniz, 2021, p. 332-333), como podemos ver nas diretrizes anteriormente mencionadas e na bula do medicamento. No entanto, ao eleger corpos brancos como modelos

universais, os saberes e práticas em saúde “operacionalizam a raça o tempo todo, mas de modo que as intervenções são aparentemente desracializadas” (Muniz, 2021, p. 351), favorecendo a manutenção de desigualdades e tornando “refratários à intervenção tecnológica” (Muniz, 2021, p. 351) sujeitos não brancos.

Até aqui, parece não haver consenso sobre as justificativas para a prevalência da pressão alta em negros, ou mesmo se devem ou não existir prescrições de medicamentos baseadas em diferenças raciais. No entanto, as mesmas publicações que estão povoadas por controvérsias talvez deem pistas para compreender que, talvez, a prevalência da hipertensão e a dificuldade de seu controle nessa parcela da população não tenha a ver com predisposição genética ou com outra explicação estritamente biológica (Calvo-González, 2011; M’Charek, 2013; Muniz, 2021). Em suma, se trata de compreender que a pressão alta talvez seja produzida justamente pelo entrelaçamento de distintos domínios ontológicos, ou como elementos extracorpóreos materializam-se produzindo efeitos no próprio corpo.

ALÉM DO FISIOPATOLÓGICO: DINÂMICAS COTIDIANAS E SEUS EFEITOS NA PRESSÃO

Comumente encontrado nos serviços de saúde, o esfigmomanômetro é o aparelho responsável por aferir a pressão arterial. O modelo tradicional é composto por um manguito com câmara inflável que, no momento da medição, é passado ao redor do braço do paciente. Acoplado a ele há um manômetro, instrumento circular com números e ponteiros, semelhante a um relógio. Há, ainda, ligado ao manguito, uma válvula responsável por inflá-lo. Quando isso ocorre, os ponteiros passam a se movimentar. No momento da deflação, os ponteiros param nos números que indicam o valor da pressão arterial.

Tais aparelhos, ordinariamente chamados de medidores de pressão, produzem parâmetros distintos e inconclusivos quando não usados adequadamente ou quando descalibrados (Brasil, 2004, 2014). Além disso, o uso de manguitos inadequados ao biotipo do paciente também irá apresentar índices pressóricos pouco confiáveis. De acordo com Luzia, para um diagnóstico fiel, é preciso usar a braçadeira do esfigmomanômetro adequada ao biotipo do paciente. Isso significa que, caso se trate de uma pessoa obesa, é necessária uma braçadeira maior. Isso vale também, por exemplo, para crianças (Brasil, 2014). No entanto, mesmo quando tudo parece estar em conformidade com as diretrizes, os números são sempre interpretados pelos profissionais responsáveis pela aferição da pressão em determinado contexto e podem assumir distintos significados.

Quando no consultório, além de utilizar o aparato tecnológico adequado, a recomendação

é a de que, quando há suspeita de um possível diagnóstico de pressão alta, é preciso esperar o paciente tranquilizar-se ao entrar na sala. A partir disso, mede-se a pressão a partir de um braço e, na sequência, do outro braço, de modo a parametrizar os índices aferidos (Brasil, 2014). Há ainda de se levar em consideração se o paciente passou por algum episódio de estresse logo antes da consulta ou se está com dor, pois eventos como estes aumentam a pressão. Além disso, aferi-la logo após a ingestão de café ou outras bebidas estimulantes também podem contribuir para sua elevação. De acordo com Mateus, um dos médicos e pesquisadores do Race.ID com o qual dialoguei sobre os problemas de pressão, é possível também citar a bexiga cheia e as pernas cruzadas como *confundidores*. Em suas palavras, “o ideal é já ter urinado e estar com os dois pés apoiados no chão, braço na altura do coração”. Outro elemento a ser levado em conta na elaboração de um possível diagnóstico é a “hipertensão do jaleco branco” (Brasil, 2014, p. 33), que diz respeito a como a presença de um profissional de saúde pode provocar tensão em alguns sujeitos, contribuindo para a elevação de sua pressão e produzindo um quadro clínico reversível.

Há, ainda, diagnósticos equivocados – ou precipitados. Acerca disso, Eduardo confessou já ter atendido pacientes que chegaram do pronto atendimento com diagnóstico de hipertensão apenas em razão de uma medição realizada quando estiveram no hospital, sendo orientados a iniciar o tratamento com o uso de medicamentos. Tais pacientes eram, posteriormente, referidos à sua Unidade Básica de Saúde (UBS) para acompanhamento e renovação de receita médica. Eram nesses momentos que, ao investigar melhor, Eduardo revertia diagnósticos como esse. Ou melhor, desestabilizava-os, revelando que eles também estavam passíveis de contestação (Latour, 2017).

Eduardo checava no consultório a pressão arterial, agendava um retorno o mais breve possível, e pedia ao paciente que realizasse a medida de sua pressão em casa. No retorno, constatava que não havia hipertensão alguma, e orientava o paciente a deixar de tomar as medicações. A pressão arterial, como o próprio Eduardo exemplificou, pode ser alterada por múltiplos fatores. Talvez, na ocasião em que esses pacientes foram ao hospital, sua pressão estivesse alta em razão de um evento traumático ou estressante vividos, ou mesmo em função de uma forte dor, já que esses fatores contribuem para o seu aumento momentâneo. Em suma, como parametrizar os índices da pressão arterial diante de tantos elementos *confundidores*? Nesse sentido, parece mais adequado falar em múltiplas hipertensões, já que essa condição não pode ser compreendida de forma singular (Mol, 2002).

Nesse sentido, Mol (2002) analisa a aterosclerose não como uma doença única, mas como múltipla, pois ela se manifesta de maneiras distintas conforme o contexto prático em que é abordada. No hospital em que realizou sua etnografia, a aterosclerose é feita de modos diversos na clínica, na patologia, na cirurgia e nos exames laboratoriais. Cada uma dessas

práticas mobiliza objetos, instrumentos e formas de conhecimento específicos. Em vez de uma entidade única e universal, o que existe são múltiplas versões coexistentes da doença, o que também parece se aplicar ao caso da hipertensão.

A despeito de todas as recomendações e diretrizes, quando vamos às práticas as coisas insistem em ser diferentes. Todos os aspectos que mencionei até aqui dizem respeito ao processo de elaboração de diagnósticos de hipertensão e os modos como tecnologias e medicamentos contribuem para a performance da doença. No entanto, além de se levar em conta os aspectos técnicos, é preciso, também, levar em conta outros fatores que podem estar contribuindo para o quadro hipertensivo. Não que a descoberta de outros fatores, necessariamente, reverterá o quadro, mas poderá contribuir para a organização do cuidado e o possível controle da pressão arterial.

A hipertensão é um grave problema de saúde pública, tendo alta incidência e baixas taxas de controle (Brasil, 2014). Ela pode ser vista como uma das principais causas de redução do tempo e qualidade de vida das pessoas que a possuem. Nesse ponto, compreendo melhor o que Eduardo relatou certa vez em relação ao diagnóstico e cuidado da hipertensão: “metade da população não sabe que tem, metade dos que tem não cuidam, e apenas metade dos que cuidam tem resultados satisfatórios”. A isso ele denominou “regra do meio”. Isso porque ela é popularmente conhecida como uma doença silenciosa, além dos inúmeros caminhos possíveis para controlá-la. Em alguns casos, os médicos afirmavam que os medicamentos prescritos, por si só, provavelmente não seriam suficientes para o controle da pressão arterial. Era necessário, além do uso regular da medicação, promover mudanças nos hábitos alimentares e iniciar a prática de atividades físicas. Segundo eles, tratava-se de uma mudança radical no estilo de vida. Assim, o controle da pressão exigia dos profissionais sensibilidade para identificar e compreender que, além dos medicamentos e dos hábitos de vida, outros elementos poderiam ser fundamentais para o sucesso do tratamento.

Nesse ponto, parece relevante retomar os casos de Ester e Helena, já apresentados anteriormente. Ambas atravessavam momentos de instabilidade em suas vidas: Ester havia perdido tudo em uma enchente, enquanto Helena apresentava episódios recorrentes de *esquecimento*, que a faziam se perder em trajetos simples do cotidiano. Duas senhoras negras, conforme registrado em seus prontuários, que expressavam, cada uma a seu modo, como “a hipertensão tem a ver com a vida” e com tudo o que a compõe, não podendo ser dissociada dela. Seus casos sugerem que a conexão entre raça e hipertensão talvez não resida em uma suposta suscetibilidade genética (Laguardia, 2005), mas nos efeitos concretos que processos históricos de desigualdade e diferenciação vão produzindo nos corpos de determinados indivíduos, tornando a hipertensão uma condição crônica prevalente em algumas populações.

Em conversa com uma profissional do Centro de Saúde, ela relatou que a formação na

área da saúde, especialmente na Medicina, era fortemente baseada na Biologia e marcada por um viés tecnicista. Segundo ela, a Medicina tomava como principal referência a fisiopatologia e, como afirmou, “todo esse conhecimento dá ao médico uma capacidade de intervenção no corpo muito grande”. Para muitos profissionais, portanto, não fazia sentido discutir questões sociais e seus impactos sobre a saúde, como se estivessem dissociadas da Biologia. No limite, como argumentou àquela profissional, “um fígado é apenas um fígado” – não era branco, negro ou indígena, e tais marcadores não interfeririam em seu funcionamento. Levar em consideração o “social” era visto como “uma traição” à racionalidade biomédica, contou a profissional. Além disso, havia uma defesa recorrente de que a promoção da saúde deveria ocorrer de forma igualitária, e que falar sobre raça seria, segundo essa lógica, insistir em divisões que comprometeriam esse ideal de universalidade.

Contudo, afirmar que todas as pessoas devem ser tratadas da mesma forma não elimina a ocorrência de situações em que profissionais de saúde negligenciam o exame adequado de pacientes negros, prescrevem medicamentos menos potentes sob a suposição de que suportariam mais dor ou teriam maior propensão ao vício, ou ainda oferecem menos orientações e explicações sobre o tratamento a ser seguido (Batista; Barros, 2017; Benjamin, 2013). Nesse sentido, Virginia, técnica de enfermagem do Centro de Saúde, revelou que a máxima “é preciso tratar todo mundo igual” é frequentemente mobilizada para justificar negligências no cuidado, especialmente quando uma conduta médica é questionada. Embora a raça esteja presente nessa afirmação por meio de suas ausências, seus efeitos continuam a se manifestar, mesmo quando não invocados de forma intencional.

Por fim, procuro evidenciar como a racionalidade médica permanece fortemente centrada no corpo, em seu funcionamento e nas possíveis anormalidades que o acometem (Camargo Júnior, 1992; Frankenberg, 1980; Singer, 2004). Tal racionalidade tende a desconsiderar aspectos que extrapolam o domínio fisiopatológico e que podem estar implicados na produção da hipertensão. Além disso, como já discutido, uma mesma doença pode se manifestar de formas distintas, tornando-se múltipla (Law; Mol, 1994; Mol, 2002). Não por acaso, Eduardo observou que “é muito diferente ser hipertenso no Jardins, bairro nobre de São Paulo, e na periferia da mesma cidade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até aqui, procurei tornar visíveis os impasses que dizem respeito a como diferenças e desigualdades materializam-se e estão presentes nas práticas elaboradas para o cuidado da

hipertensão, mas também aqueles impasses implicados na própria constituição do campo de pesquisa. Para tanto, iniciei com a descrição da consulta de Ester, cujo caso revelou como a hipertensão é produzida a partir do entrelaçamento de distintos domínios ontológicos. Nesse processo, desigualdades sociais e processos de diferenciação não apenas se manifestam, mas produzem efeitos concretos na experiência corporal da doença. Em seguida, inspirei-me na proposta de Tsing (2022) sobre as “artes de notar”, uma estratégia etnográfica que me permitiu perceber o que, à primeira vista, se apresentava como ausente no campo. Ao tornar visível o que muitas vezes é silenciado ou invisibilizado nas práticas de cuidado, pude também notar a própria hipertensão em sua multiplicidade.

Ao longo do trabalho, explorei as diferentes maneiras pelas quais a hipertensão é feita, e como processos de racialização atravessam esse processo. A partir de relatos etnográficos, como a consulta de Helena e os diálogos cotidianos no Centro de Saúde, procurei evidenciar as controvérsias em torno do diagnóstico dessa condição crônica. Mostrei como a noção de “fato” é sempre provisória e disputada, e argumentei que a raça se inscreve nesse processo mesmo quando negada, diluída ou tornada secundária no discurso clínico. A instabilidade própria da vida cotidiana, perdas, esquecimentos, desastres, repercute diretamente nos corpos, alterando a pressão arterial de modo que não pode ser explicado apenas por parâmetros fisiopatológicos. Torna-se necessário, portanto, que profissionais de saúde levem a sério os elementos que escapam à racionalidade biomédica.

Nesse percurso, procurei mostrar como estar atento às práticas e objetos mobilizados no diagnóstico e no tratamento da hipertensão permite desnaturalizar as diferenças raciais. A raça, longe de ser um dado inscrito no corpo somático, emerge como um objeto relacional, produzido nas interações cotidianas, nas decisões clínicas, nas ausências e nos silêncios. Nesse sentido, argumentei que cuidar da pressão alta exige reconhecer que sua manifestação e controle ultrapassam o domínio do biológico.

Os caminhos que percorri, as escolhas feitas em campo e os desafios enfrentados não foram lineares, mas atravessados por tensões e dilemas que só puderam ser elaborados na prática. Ao escrever, busquei tornar visível aquilo que, muitas vezes, escapa ao olhar. Assim, pude elaborar possíveis respostas à pergunta que orientou este trabalho: como a raça se faz presente, ainda que por suas ausências, no diagnóstico e no cuidado da hipertensão?

Na prática clínica, a raça é frequentemente borrada, o que não equivale à sua ausência. Em prontuários médicos do Sistema Único de Saúde (SUS), a autodeclaração racial já está inscrita como dado obrigatório, mesmo que não seja mobilizada ativamente na escuta, na conduta ou na interpretação dos sintomas. Para muitos interlocutores, a raça não era considerada um fator determinante. Ainda assim, não eram raras as afirmações de que certas pessoas, “naturalmente”, apresentariam níveis pressóricos mais elevados. A raça é mobilizada, e, em certo sentido,

produzida, quando se interpreta como “normal” que determinados corpos apresentem índices pressóricos acima do ideal, ou quando se pressupõe uma maior resistência à dor ou à doença em certos grupos de pessoas.

A presença da raça também se revela nas desigualdades de acesso e qualidade do cuidado: pessoas negras enfrentam mais barreiras para serem atendidas e frequentemente convivem com sintomas da hipertensão por anos antes de receberem um diagnóstico. Talvez a questão não seja uma suposta propensão natural à hipertensão, mas sim os efeitos crônicos das próprias desigualdades, de processos de diferenciação, da violência cotidiana, do estresse e da precarização da vida. Esses elementos, pouco a pouco, se inscrevem nos corpos e podem contribuir para a manifestação da hipertensão.

REFERÊNCIAS

1. BARRETO, Jorgge; RAFAEL, Yudi. Nota dos tradutores. *In*: TSING, Anna. **O cogumelo no fim do mundo**: Sobre a possibilidade de vida nas ruínas do capitalismo. São Paulo: n-1 edições, 2022.
2. BARROSO, Weimar; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad; BORTOLOTTI, Luiz Aparecido; MOTA-GOMES, Marco Antônio; BRANDÃO, Andréa Araujo; FEITOSA, Audes Diógenes de Magalhães; MACHADO, Carlos Alberto; POLI-DE-FIGUEIREDO, Carlos Eduardo; AMODEO, Celso; MION JÚNIOR, Décio; BARBOSA, Eduardo Costa Duarte; NOBRE, Fernando; GUIMARÃES, Isabel Cristina Britto; VILELA-MARTIN, José Fernando; YUGAR-TOLEDO, Juan Carlos; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; NEVES, Mário Fritsch Toros; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; MIRANDA, Roberto Dischinger; PÓVOA, Rui Manuel dos Santos; FUCHS, Sandra; ALESSI, Alexandre; LUCENA, Alexandre Jorge Gomes de; AVEZUM, Alvaro; SOUSA, Ana Luiza Lima; PIO-ABREU, Andrea; SPOSITO, Andrei Carvalho; PIERIN, Angela Maria Geraldo; PAIVA, Annelise Machado Gomes de; SPINELLI, Antonio Carlos de Souza; NOGUEIRA, Armando da Rocha; DINAMARCO, Nelson; EIBEL, Bruna; FORJAZ, Cláudia Lúcia de Moraes; ZANINI, Claudia Regina de Oliveira; SOUZA, Cristiane Bueno de; SOUZA, Dilma do Socorro Moraes de; NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; COSTA, Elisa Franco de Assis; FREITAS, Elizabete Viana de; DUARTE, Elizabeth da Rosa; MUXFELDT, Elizabeth Silaid; LIMA JÚNIOR, Emilton; CAMPANA, Erika Maria Gonçalves; CESARINO, Evandro José; MARQUES, Fabiana; ARGENTA, Fábio; CONSOLIM-COLOMBO, Fernanda Marciano; BAPTISTA, Fernanda Spadotto; ALMEIDA, Fernando Antonio de; BORELLI, Flávio Antonio de Oliveira; FUCHS, Flávio Danni; PLAVNIK, Frida Liane; SALLES, Gil Fernando; FEITOSA, Gilson Soares; SILVA, Giovanio Vieira da; GUERRA, Grazia Maria; MORENO JÚNIOR, Heitor; FINIMUNDI, Helius Carlos; BACK, Isabela de Carlos; OLIVEIRA FILHO, João Bosco de; GEMELLI, João Roberto; MILL, José Geraldo; RIBEIRO, José Marcio;

- LOTAIF, Leda Daud; COSTA, Lilian Soares da; MAGALHÃES, Lucélia Batista Neves Cunha; DRAGER, Luciano Ferreira; MARTIN, Luis Cuadrado; SCALA, Luiz César Nazário; ALMEIDA, Madson; GOWDAK, Marcia Maria Godoy; KLEIN, Marcia Regina Simas Torres; MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar; KUSCHNIR, Maria Cristina Caetano; PINHEIRO, Maria Eliete; BORBA, Mario Henrique Elesbão de; MOREIRA FILHO, Osni; PASSARELLI JÚNIOR, Oswaldo; COELHO, Otavio Rizzi; VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira; RIBEIRO JUNIOR, Renault Mattos; ESPORCATTE, Roberto; FRANCO, Roberto; PEDROSA, Rodrigo; MULINARI, Rogerio Andrade; PAULA, Rogério Baumgratz de; OKAWA, Rogério Toshiro Passos; ROSA, Ronaldo Fernandes; AMARAL, Sandra Lia do; FERREIRA-FILHO, Sebastião; KAISER, Sergio Emanuel; JARDIM, Thiago de Souza Veiga; GUIMARÃES, Vanildo; KOCH, Vera; OIGMAN, Wille; NADRUZ, Wilson. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 116, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 10 nov. 2024.
3. BATISTA, Luís Eduardo. Apresentação da Primeira Edição. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (org.). **Saúde da População Negra**. 2. ed. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 12-20.
 4. BATISTA, Luís Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, p. e00090516, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8QtV5qv9LSRPCWytyv45yspS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2024.
 5. BENJAMIN, Ruha. **People's science: Bodies and rights on the stem cell frontier**. Stanford University Press, 2013.
 6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica, 2014. (Cadernos de atenção básica).
 7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
 8. CALVO-GONZALEZ, Elena. Construindo corpos nas consultas médicas: uma etnografia sobre hipertensão arterial em Salvador, Bahia. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 61, p. 81-96, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/bNZTq4rH5jCndFPgkhkpLk/>. Acesso em: 5 nov. 2024.
 9. CAMARGO JÚNIOR., Kenneth. (Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 203-230, 1992.
 10. CANESQUI, Ana Maria. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 87-110.
 11. CANESQUI, Ana Maria. **“Pressão Alta” no cotidiano: representações e experiências**.

Rio de Janeiro: SciELO: Editora FIOCRUZ, 2015.

12. DE LA BELLACASA, María Puig. ‘Nothing Comes Without Its World’: Thinking with Care. **The Sociological Review**, [s. l.], v. 60, n. 2, p. 197–216, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2012.02070.x>. Acesso em: 22 out. 2025.
13. DE LA BELLACASA, María Puig. **Matters of care**: speculative ethics in more than human worlds. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2017.
14. FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. **Etnografias em serviços de saúde**. Garamond, 2014.
15. FLEISCHER, Soraya. O “grupo da pressão”: notas sobre as lógicas do “controle” de doenças crônicas na Guariroba, Ceilândia/DF. **Amazônica Rev. de Antropologia**, Belém, v. 5, n. 2, p. 452-477, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/1502>. Acesso em: 5 set. 2024.
16. FLEISCHER, Soraya. **Descontrolada**: uma Etnografia dos Problemas de Pressão. Brasília, DF: EdUFSCar, 2018.
17. FRANKENBERG, Ronald. Medical anthropology and development: a theoretical perspective. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 197-207, 1980.
18. HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**, n. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 1 dez. 2025.
19. LAGUARDIA, Josué. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia? **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 371–393, 2005.
20. LATOUR, Bruno. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Editora UNESP, 2017.
21. LOSARTANA POTÁSSICA: comprimidos. Responsável técnico Dra. Telma Elaine Spina. Hortolândia: EMS, 1999.
22. LUNA, Rafael. Aspectos históricos da hipertensão. **HiperAtivo**, [s. l.], v. 6, n. 1, 1999.
23. M’CHAREK, Amade. Beyond fact or fiction: On the materiality of race in practice. **Cultural Anthropology**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 420-442, 2013. Disponível em: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cuan.12012>. Acesso em: 12 ago. 2024.
24. M’CHAREK, Amade; SCHRAMM, Katharina; SKINNER, David. Technologies of belonging: The Absent Presence of Race in Europe. **Science, Technology, & Human Values**, [s. l.], v. 39, n. 4, p. 459-467, 2014. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/43671180>. Acesso em: 23 out. 2025.

25. MACIEL, Carmen. **Hipertensão essencial**: emoção, doença e cultura. 1988. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1988.
26. MANCIA, Giuseppe; KREUTZ, Reinhold; BRUNSTRÖM, Mattias; BURNIER, Michel; GRASSI, Guido; JANUSZEWICZ, Andrzej; MUIESAN, Maria Lorenza; TSIΟΥFIS, Konstantinos; AGABITI-ROSEI, Enrico; ALGHARABLY, Engi Abd Elhady; AZIZI, Michel; BENETOS, Athanase; BORGHI, Claudio; BRGULJAN HITIJ, Jana; CIFKOVA, Renata; COCA, Antonio; CORNELISSEN, Veronique; CRUICKSHANK, Kennedy; CUNHA, Pedro; DANSER, Jan; DE PINHO, Rosa Maria; DELLES, Christian; DOMINICZAK, Anna; DOROBANTU, Maria; DOUMAS, Michalis; FERNÁNDEZ-ALFONSO, María; HALIMI, Jean-Michel; JÁRAI, Zoltán; JELAKOVIĆ, Bojan; JORDAN, Jens; KUZNETSOVA, Tatiana; LAURENT, Stephane; LOVIC, Dragan; LURBE, Empar; MAHFOUD, Felix; MANOLIS, Athanasios; MIGLINAS, Marius; NARKIEWICZ, Krzysztof; NIIRANEN, Teemu; PALATINI, Paolo; PARATI, Gianfranco; PATHAK, Atul; PERSU, Alexandre; POLONIA, Jorge; REDON, Josep; SARAFIDIS, Pantelis; SCHMIEDER, Roland; SPRONCK, Bart; STABOULI, Stella; STERGIOU, George; TADDEI, Stefano; THOMOPOULOS, Costas; TOMASZEWSKI, Maciej; VAN DE BORNE, Philippe; WANNER, Christoph; WEBER, Thomas; WILLIAMS, Bryan; ZHANG, Zhen-Yu; KJELDSEN, Sverre. ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). **Journal of Hypertension**, [s. l.], v. 41, n. 12, p. 1874–2071, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480>. Acesso em: 22 out. 2025.
27. MOL, Annemarie. **The body multiple**: ontology in medical practice. Durham: Duke University Press, 2002.
28. MOL, Annemarie. **The logic of care**: Health and the problem of patient choice. Routledge, 2008.
29. MOL, Annemarie; LAW, John. Regions, networks and fluids: anaemia and social topology. **Social Studies of Science**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 641-671, 1994.
30. MUNIZ, Tatiane. De corpos universais a corpos refratários: branquitude e efeitos raciais das tecnologias biomédicas. In: ROHDEN, Fabíola; PUSSETTI, Chiara; ROCA, Alejandra (org.). **Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas**: saberes, práticas e desigualdades. Brasília, DF: ABA Publicações, 2021. p. 331-356.
31. PÓVOA, Rui. Mini editorial. Características clínicas da hipertensão arterial resistente versus refratária em uma população de hipertensos afrodescendentes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 1, p. 40–41, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/qDshQm7xVcMrh6wgLQMSTNL/>. Acesso em: 13 nov. 2024.
32. SINGER, Merrill. The social origins and expressions of illness. **British Medical Bulletin**, [s. l.], v. 69, n. 1, p. 9-16, 2004.

33. SOUSA, Camila; RIBEIRO, Antonio; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana; BRANT, Luisa; LOTUGFO, Paulo; CHOR, Dora; LOPES, Antônio Alberto; MENGUE, Sotero Serrat; BALDONI, André Oliveira; FIGUEIREDO, Roberta Carvalho. Diferenças Raciais no Controle da Pressão Arterial em Usuários de Anti-Hipertensivos em Monoterapia: Resultados do Estudo ELSA-Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 118, n. 3, p. 614-622, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/nSgThK6fJ3QK6SDZgL95pSF/>. Acesso em: 5 de nov. 2024.
34. SOUZA, Maximiliano; GARNELO, Luíza. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s91-s99, 2008.
35. STRATHERN, Marilyn. **Partial connections**. Bloomsbury Publishing PLC, 2004.
36. TSING, Anna. **O cogumelo no fim do mundo**: Sobre a possibilidade de vida nas ruínas do capitalismo. São Paulo: n-1 edições, 2022.
37. UNGER, Thomas; BORGHI, Claudio; CHARCHAR, Fadi; KHAN, Nadia; POULTER, Neil; PRABHAKARAN, Dorairaj; RAMIREZ, Agustin; SCHLAICH, Markus; STERGIOU, George; TOMASZEWSKI, Maciej; WAINFORD, Richard; WILLIAMS, Bryan; SCHUTTE, Aletta. . International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. **Hypertension**, [s. l.], v. 75, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>. Acesso em: 23 out. 2025.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on hypertension: the race against a silent killer**. Geneva: World Health Organization, 2023.

William Rosa

Doutorando em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Estadual de Campinas. Visiting PhD na University of Amsterdam, Anthropology Department. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3134-9614>. E-mail: william.p.rosa@gmail.com