

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA: ESTUDO POPULACIONAL

Self-reported Hypertension: a population-based study

Orlene Veloso Dias¹, Flávia Ferreira Araújo²,
Tatiana Carvalho Reis³, Antônio Prates Caldeira⁴, Simone Melo Costa⁵,
Patrícia Alves Paiva⁶, Rosângela Barbosa Chagas⁷, Lais Helena Ramos⁸

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida e associar com o perfil sociodemográfico, estilo de vida, uso dos serviços de saúde e percepção de saúde geral em população residente em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Estudo analítico, observacional e transversal, de base populacional e domiciliar. O instrumento de coleta de dados foi embasado em questionário proposto pelo Ministério da Saúde, para avaliar comportamentos e fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. O levantamento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica foi a partir de relato do pesquisado. Na análise estatística, utilizou-se do teste qui quadrado de Pearson e do teste t (*student*). Ambos os testes consideraram o nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Participaram do estudo 2150 indivíduos, com 18 anos ou mais. A prevalência de hipertensão autorreferida foi de 26,0% e foi associada ao sexo feminino, aos idosos, àqueles sem união estável/casados, aos ex-tabagistas, aos consumidores de bebidas alcoólicas no último mês, aos possuidores de plano de saúde, aos usuários do serviço público de saúde em consultas médicas e entre os que autoavaliaram a saúde geral como regular ou ruim ($p < 0,05$). A maior média de consultas e de internações no setor público de saúde foi para o grupo de hipertensos ($p < 0,05$). **Conclusão:** A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica foi semelhante à da população brasileira. A hipertensão foi associada ao perfil demográfico, estilo de vida, autopercepção negativa de saúde e uso dos serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of self-reported hypertension and associate this with sociodemographic profile, lifestyle, use of health services, and perceived general health in a population living in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. **Methods:** Analytical study, observational and cross-sectional, with a population and household basis. The data collection instrument was based on a questionnaire proposed by the Ministry of Health to assess behaviors and risk factors for non-transmissible chronic diseases. The survey of the prevalence of hypertension was based on the subject's report. Statistical analysis was performed using the Pearson's chi square test and the Student's t-test. Both tests considered the significance level of $p < 0.05$. **Results:** The study included 2,150 individuals aged 18 years or over. The prevalence of self-reported hypertension was 26.0%, and was associated with the female sex, older people, those without a stable union / marriage, ex-smokers, consumers of alcohol within the last month, health plan holders, users of public health services in medical consultations, and among those who self-rated general health as fair or poor ($p < 0.05$). The highest average number of consultations and hospitalizations in the public health sector was for the hypertension group ($p < 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of systemic hypertension was similar to that of the Brazilian population. Hypertension was associated with demographic profile, lifestyle, negative self-perception of health, and use of the health services.

¹ Enfermeira, Doutoranda Unifesp. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros. E-mail: orlenedias@yahoo.com.br.

² Universidade Estadual de Montes Claros.

³ Universidade Estadual de Montes Claros.

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros.

⁵ Universidade Estadual de Montes Claros.

⁶ Universidade Estadual de Montes Claros.

⁷ Universidade Estadual de Montes Claros.

⁸ Universidade Federal de São Paulo.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Epidemiologia; Fatores de Risco.

KEYWORDS: Hypertension; Epidemiology; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública mundial, em virtude de representar o principal fator de risco para a doença cardiovascular (DCV) e possuir elevada prevalência, altos custos médicos e socioeconômicos.¹⁻³ A relação da HAS com o risco de DCV é contínua, linear e independente de outros fatores de risco. Níveis elevados de pressão arterial (PA) aumentam a chance de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica e insuficiência renal crônica.^{4,5}

No Brasil, estima-se que mais de 30% da população seja portadora de HAS, condição definida pela pressão sistólica igual ou maior que 140mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 90mmHg.⁵ De acordo com dados do *National Health and Nutrition Evaluation Survey* (NHANES), de 2007-2010, 81,5% dos hipertensos estavam cientes de sua condição,⁶ possibilitando prestar informações em inquérito epidemiológico para estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e os fatores

associados.

Em estudo conduzido na cidade de São Paulo, Brasil, a hipertensão autorreferida mostrou-se válida na população de adultos e idosos, sendo considerado um indicador adequado para vigilância da prevalência dessa condição, na ausência de medição.⁷ Aliada à estimativa da hipertensão, a identificação de fatores relacionados, tais como idade, sexo, raça, nível de escolaridade, *status* socioeconômico, tabagismo, etilismo e atividade física, colabora para avanços da epidemiologia cardiovascular e auxilia na elaboração de medidas preventivas e terapêuticas.^{8,9} Em adição aos fatores pré-citados, o conhecimento sobre o uso de serviços de saúde e a condição de saúde dos hipertensos são importantes para direcionar intervenções específicas e efetivas no controle da enfermidade.⁹

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de hipertensão arterial e associar com o perfil sociodemográfico, estilo de vida, uso dos serviços de saúde e percepção de saúde em população de município de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, desenho transversal analítico, de base populacional e domiciliar, realizado em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Essa cidade é polo da área mineira da Agência de Desenvolvimento do Nordeste (ADENE ex-Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE) e está localizada no Norte de Minas Gerais.

Este estudo refere-se a um recorte de pesquisa, que objetivou estudar as doenças crônicas não transmissíveis em Montes Claros. A amostra do estudo foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes na zona urbana e rural do município. Para o cálculo amostral, considerou-se uma população estimada de 361.915 habitantes e prevalência do evento 50%, por se tratar de uma frequência conservadora e que produz um “N” maior, considerando que o estudo principal abordou diferentes condições crônicas não transmissíveis, além da HAS. Estimou-se um coeficiente de confiança de 95%, a margem de erro amostral de 3%, multiplicando o tamanho da amostra pelo fator de correção dois, por se tratar

de uma amostragem por conglomerados. Ainda foram acrescidos 10% para as eventuais perdas e, assim, definiu-se a amostra de 2150 pessoas.

O modelo de amostragem adotou dois estágios de seleção, sendo as unidades primárias os 411 setores censitários urbanos e rurais e as unidades secundárias foram os domicílios. Os setores censitários foram numerados em ordem crescente e do centro para a periferia, de acordo com a metodologia utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.¹⁰ A seleção dos setores foi feita de forma sistemática, com probabilidade de seleção proporcional ao número de domicílios registrados por ocasião do censo demográfico. Sendo, assim, 40 setores urbanos foram sorteados e três setores rurais. Para calcular o número de setores rurais, considerou-se o percentual da população rural (aproximadamente 4,8% do total da população urbana) e a proporção dos setores rurais. Em cada setor foram sorteados 50 domicílios, por meio de uma seleção sistemática, e nos domicílios entrevistou-se uma única pessoa, com idade igual ou superior a 18 anos, independente do sexo.

O instrumento de coleta de dados foi embasado em

questionário proposto pelo Ministério da Saúde, para avaliar comportamentos e fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).¹¹ O levantamento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica se deu pelo relato do pesquisado, a partir de diagnóstico clínico prévio. A hipertensão foi associada ao perfil demográfico (mulheres, sem união estável/casados e idosos), estilo de vida (ex-tabagismo, consumo de bebida alcoólica), auto-percepção negativa da saúde e uso dos serviços de saúde (plano de saúde, consulta no setor público de saúde).

Efetou-se análise bivariada, por meio do teste qui quadrado de Pearson, para associar controle da hipertensão arterial com o sexo, idade e autoavaliação de saúde geral. O teste t (*student*) foi utilizado para comparar as médias do número de consultas médicas no setor público de saúde, assim como as internações em hospitais públicos. Ambos os testes consideraram o nível de significância $p < 0,05$.

A regressão de Poisson, com variância robusta, foi adotada para investigar como a prevalência de hipertensão arterial poderia ser influenciada pelo perfil sociodemográfico, estilo de vida, uso dos serviços de saúde e auto-percepção da saúde geral. Primeiramente, efetuou-se a análise bivariada, sendo que as variáveis com significância menor ou igual a 20% foram inseridas no modelo de análise múltipla, com exclusão progressiva das variáveis com maior valor de p , até a permanência de variáveis com $p < 0,05$. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald, estimando-se as razões de prevalências ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança. Essa análise estatística envolveu o uso do peso de amostragem, para compensar as probabilidades desiguais de seleção entre os elementos da amostra.¹²

Desse modo, devido à amostragem por conglomerados, utilizaram-se fatores de expansão naturais, que são pesos diferenciados para os elementos da amostra. Esse método é importante porque a amostragem por conglomerados poderia produzir erros nos valores médios e respectivas variações na análise estatística tradicional, levando a resultados incorretos nos testes de hipóteses e conclusões.¹³ O peso da amostra foi calculado para cada setor censitário, sendo urbano ou rural. Levou-se em consideração o total de setores urbanos ou rurais sorteados, o total de setores urbanos ou rurais detectados no município, o número de domicílios sorteados em cada setor e o número de domicílios identificados em cada setor, a partir de informações do IBGE, 2010.

Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o programa PASW[®] (*Predictive Analytics Software*), versão 22.0. A coleta dos dados foi nos domicílios. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. O projeto teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 153.234/2012.

RESULTADOS

Participaram do estudo 2150 indivíduos, entre adultos e idosos, sendo 63,3% do sexo feminino. A parcela de idosos compôs 20,5% dos entrevistados. A escolaridade dos participantes foi de um a 11 anos (não universitário) para 73,6%, de 12 a mais anos para 20,8% (nível universitário) e os analfabetos compuseram 5,6% dos entrevistados. A maioria se declarou como casado ou união estável (76,0%). A autoavaliação da saúde geral foi muito boa para 23,0%, boa para 47,5%, regular para 25,3% e ruim para 4,3%. Constatou-se uma avaliação da saúde geral positiva para 70,4% (muito boa/boa).

Dos entrevistados, 554 (26,0%) relataram possuir hipertensão arterial (HAS). O controle dessa condição é feito por meio de atividades físicas e/ou dieta para apenas 4,2%, enquanto a maioria (95,8%) controla a condição por medicamentos. O uso de medicamentos não foi associado ao sexo, sem diferença significativa entre homens (95,3%) e mulheres (95,9%) ($p=0,746$). Entre os hipertensos que autoavaliaram a saúde de forma positiva, muito boa/boa (95,8%) comparados aos que avaliaram em regular/ruim (95,7%) não houve diferença significativa ($p=0,978$). Já quanto à idade, entre os idosos encontrou-se uma maior proporção de pessoas que fazem uso de medicamentos (98,8%) em relação aos adultos (93,0%), com diferença significativa ($p=0,001$).

Na análise bivariada, a hipertensão arterial foi associada ao sexo feminino (RP=1,37; IC95%=1,35-1,41), entre aqueles sem escolaridade superior (RP=3,72; IC95%=3,54-3,91), os que não possuem união estável/casados (RP=1,61; IC95%=1,59-1,64), idosos (RP=3,23; IC95%=3,12-3,23) e ex-tabagistas ($p < 0,05$). Entre os indivíduos que afirmaram consumo de bebida alcoólica no mês da data da entrevista e os com plano de saúde detectou-se menor prevalência para hipertensão arterial. Entre os usuários com maior prevalência de hipertensão arterial foi verificado aumento de consultas ou internação no setor público de saúde, nos últimos 12 meses da data da entrevista, assim como entre os que autoavaliaram a condição de saúde geral como regular e ruim ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Após o ajuste entre as variáveis, pela análise múltipla, verificou-se associação entre hipertensão arterial e sexo feminino, entre aqueles sem união estável/casado, idosos, ex-tabagistas, consumidores de bebida alcoólica no último mês, possuidores de plano de saúde, usuários do serviço público de saúde em consultas médicas e os que autoava-

liaram a sua saúde geral como regular ou ruim (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise bivariada e múltipla, Regressão de Poisson. Adultos de Montes Claros, MG, Brasil, 2010.

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica		Razão de Prevalência (IC95%)*	
	n=1591 Não (%)*	n=559 Sim (%)*	Bivariada P	Múltipla P
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO				
Sexo				
Masculino	78,7	21,3	1	1
Feminino	70,6	29,4	1,37(1,35-1,41) p<0,001	1,27(1,22-1,32) <0,001
Escolaridade				
Superior	84,7	15,3	1	
Não superior	77,5	22,5	1,47(1,42-1,53) p<0,001	-
Analfabeto	43,1	56,9	3,72(3,54-3,91) p<0,001	
Status marital				
União estável/casado	71,1	28,9	1	1
Outros	53,2	46,8	1,61(1,59-1,64) p<0,001	1,28(1,23-1,33) p<0,001
Faixa etária				
60 anos e mais	42,5	57,5	3,23(3,12-3,23) p<0,001	2,22(2,17-2,32) p<0,001
18 a 59 anos	81,9	18,1	1	1
ESTILO DE VIDA				
Tabagista				
Sim	72,9	27,1	1,03(0,99-1,06) p=1,22	
Não	73,7	26,3	1	-
Ex-tabagista				
Sim	59,9	40,1	1,73(1,68-1,77) p<0,001	1,36(1,32-1,41) p<0,001
Não	76,8	23,2	1	1
Consumiu bebida alcoólica no mês				
Sim	80,3	19,7	0,66(0,64-0,67) p<0,001	1,07(1,03-1,11) p<0,001
Não	70,1	29,9	1	1
USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE				
Plano de saúde				
Sim	74,3	25,7	0,95(0,93-0,98) p<0,001	1,16(1,12-1,19) p<0,001
Não	73,1	26,9	1	1

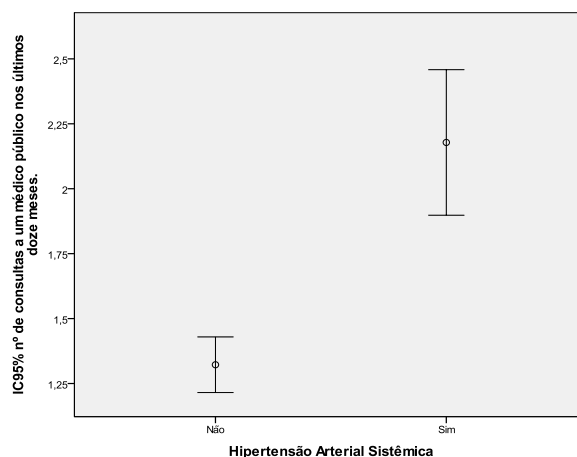
Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica		Razão de Prevalência (IC95%)*	
	n=1591 Não (%)*	n=559 Sim (%)*	Bivariada P	Múltipla P
USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE				
Consultou o serviço público no ano				
Sim	68,2	31,8	1,68(1,64-1,72) p<0,001	1,31(1,27-1,35) p<0,001
Não	81,1	18,9	1	1
Internou em hospital público no ano				
Sim	68,2	31,8	1,22(1,17-1,27) p<0,001	
Não	73,9	26,1	1	-
PERCEPÇÃO DE SAÚDE GERAL				
Autopercepção de saúde				
Muito bom/bom	81,7	18,3	1	1
Regular/ruim	54,2	45,8	2,50(2,44-2,56) p<0,001	1,92(1,89-2,00) p<0,001

* Valor percentual e razão de prevalência (Intervalo de Confiança 95%) ajustados pelo efeito do desenho.

Fonte: dados da pesquisa.

Identificou-se que a média do número de consultas realizadas no setor público, a cada ano, pelos hipertensos foi 2,25(±3,46) com diferença significativa entre a média de consultas daqueles sem hipertensão (1,32±2,23), p<0,001 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Média de consultas médicas no setor público conforme relato de hipertensão arterial.

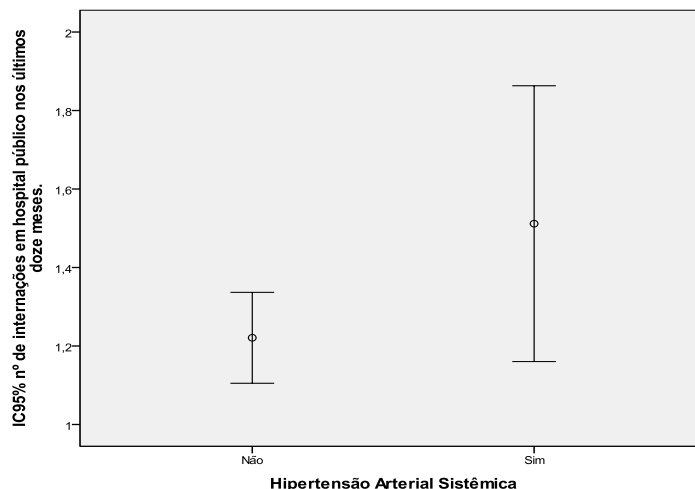


Fonte: dados da pesquisa.

O mesmo foi observado com relação ao número de internações em hospitais públicos, a cada ano, a maior média foi para aqueles com relato de hipertensão arterial

($1,58 \pm 1,23$), quando comparados aos não hipertensos ($p < 0,001$) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Média de internações no setor público conforme relato de hipertensão arterial..



Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A maior participação, no estudo, foi do sexo feminino, adultos, pessoas com escolaridade não superior, casados/união estável e com autoavaliação positiva da condição de saúde geral.

A prevalência estimada de HAS, na população estudada, foi semelhante à taxa entre os adultos no mundo, em 2000, 26,4%, com previsão de aumento para 29,2%, no ano de 2025.¹⁴ No Brasil, a prevalência na população urbana adulta varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade em estudo.⁵ Dados de 2011 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostraram variação na frequência de diagnóstico médico da HAS, entre 13,2% em Boa Vista e 29,0% em Salvador.¹⁵

A prevalência de hipertensão arterial em idosos (57,5%), neste estudo, foi semelhante à encontrada em pesquisa realizada no município de Florianópolis, Brasil, que também considerou o autorrelato da condição (59,1%).¹⁶ A relação positiva da hipertensão com a faixa etária idosa é concordante com a literatura,^{5,16,17} sendo esperado o aumento da prevalência com o avançar da idade. Isso porque as alterações próprias do envelhecimento tornam as pessoas mais propensas à doença.^{18,19}

Identificou-se que mais de 90% dos entrevistados fa-

zem o tratamento da HAS por meio de medicamentos, resultado superior a outros estudos brasileiros.²⁰⁻²³ O controle da HAS por meio de medicamentos anti-hipertensivos foi maior entre os idosos, em relação aos adultos, provavelmente pela maior dificuldade desses últimos em realizar atividade física.

Na análise múltipla, verificou-se que as variáveis escolaridade e internações no hospital público, apesar de se associarem com a HAS, na análise bivariada, não permaneceram no modelo múltiplo, demonstrando serem variáveis de confusão. Em relação às associações observadas no modelo final ajustado, detectou-se maior prevalência da HAS: no sexo feminino, na falta de união estável/casado, nos idosos, ex-tabagistas, consumidores de bebida alcoólica no último mês, possuidores de plano de saúde, usuários do serviço público de saúde em consultas médicas e entre os que autoavaliaram a saúde geral como regular/ruim.

No que diz respeito à diferença entre os sexos, neste estudo, a prevalência de HAS foi maior no sexo feminino. Esse resultado pode ser devido ao fato de que mulheres utilizam com maior frequência os serviços de saúde e, dessa forma, há maior proporção de diagnósticos médicos, neste sexo.³ Além disso, estudo mostrou que as mulheres possuem maior conhecimento a respeito de serem portadoras de HAS, em relação aos homens.²⁰ Entretanto, quanto à relação entre sexo e hipertensão, existe uma va-

riação de acordo com a região mundial estudada, sendo que homens e mulheres apresentam prevalência global semelhante de HAS.¹⁴

Quanto ao estado civil, a literatura argumenta sobre a pouca publicação de trabalhos que associam essa variável à HAS com o estado civil.^{19,21,24} Nesta pesquisa, verificou-se maior prevalência de hipertensos entre os sem união estável/casados, em acordo com o estudo realizado por Freitas, em 2001.

Em relação ao hábito de fumar atualmente, não houve associação com HAS. Entretanto, o grupo de ex-tabagistas apresentou maior prevalência de HAS autorreferida. Essa associação corrobora com outros trabalhos científicos.^{25,26} Este resultado pode refletir uma efetividade na comunicação sobre a importância de melhorar os hábitos de vida para diminuir as doenças crônicas.²⁶⁻²⁸ Nessa perspectiva, a hipótese é que o abandono do hábito tabagista ocorreu, a partir do diagnóstico da HAS e da sensibilização acerca dos males que o tabaco pode ocasionar na saúde.

As pessoas que consumiram bebida alcoólica, no último mês, apresentaram maior prevalência de HAS. Evidências epidemiológicas sugerem que o consumo abusivo de álcool aumenta o risco de hipertensão, permanecendo controverso o efeito da ingestão leve a moderada de álcool sobre a pressão arterial.^{5,29,30} Como limitação do atual estudo, não se avaliou a quantidade alcoólica ingerida e nem o tempo de consumo, o que contribuiria para um melhor conhecimento da relação álcool e HAS.

A prevalência de hipertensão arterial entre os indivíduos que relataram possuir plano de saúde foi maior que aquela dos sem plano. Uma hipótese para esse achado é que os possuidores de plano de saúde geralmente procuram com maior frequência o serviço de saúde,³¹ oportunizando o diagnóstico precoce da HAS. Em contradição, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2008, no Brasil, mostrou que indivíduos não cobertos por plano de saúde apresentavam maior prevalência para doenças crônicas, como a hipertensão.³²

Os resultados do consumo de bebida e a condição de ter plano de saúde reforçaram a importância de se adotar o modelo de análise múltipla. Isso porque eles passam da condição de proteção na análise bivariada para condição de risco, ao serem avaliados conjuntamente com outras variáveis do estudo.

A autopercepção do estado de saúde, de forma regular ou ruim, esteve associada à presença de hipertensão. Resultado também observado por outros estudos.^{16,33} Essa associação pode estar relacionada ao fato de que o conhecer e sofrer pela patologia são fatores que contribuem para autoclassificar a saúde de forma negativa.¹⁶

As pessoas com relato de hipertensão arterial apresen-

taram maior média de consultas no setor público, sendo cerca de uma consulta a cada cinco meses, em contraposição a uma consulta a cada nove meses para os que não possuem hipertensão. Uma possível hipótese para esse achado é que a hipertensão é uma condição que exige acompanhamento médico, contínuo, para monitorar a condição e evitar as complicações e internações. Apesar do maior número de consultas dos hipertensos, faz-se necessário refletir acerca do modelo de atenção, já que as internações também foram majoritárias entre eles. Isso sugere que a presença da HAS pode culminar em agravamentos na saúde, então o modelo de atenção deve considerar uma gestão da clínica voltada à prevenção de agravos e promoção de saúde.

Em média, a cada sete meses, o hipertenso interna no hospital público, diferentemente do não hipertenso, que interna uma vez a cada nove meses. Contudo, tem-se como limitação desse achado, que não se pode afirmar ser as internações oriundas de problemas relacionados à hipertensão, uma vez que a pergunta não foi específica para essa condição, ou seja, consideraram-se internações por qualquer motivo. A procura por serviços de pronto-atendimento, devido à pressão arterial elevada, é comum e, em geral, decorrente do controle ambulatorial inadequado da condição.³⁴ A hipertensão arterial e as doenças relacionadas são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados.

A presente investigação apresenta a limitação de ter sido realizada em amostra da população de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, definida por amostragem por conglomerados. No entanto, foram tomadas medidas para tornar a amostra mais representativa da população do município estudado, como agrupar os setores censitários urbanos e os rurais, a seleção aleatória de unidades de amostragem e o uso de peso de expansão na análise estatística, para compensar as probabilidades desiguais entre os elementos da amostra. Outra questão que merece ser discutida é o fato de que a hipertensão arterial foi autorreferida, não sendo confirmada por diagnóstico clínico. Isso pode ter ocasionado possíveis vieses de informação, subestimando ou superestimando o número de hipertensos. No entanto, o autorrelato de HAS foi utilizado em levantamento de porte nacional, realizado pelo Ministério da Saúde, Vigitel Brasil, 2011.¹⁵ Em adição, devido ao desenho transversal, não se pode tirar conclusões de causa e efeito, a partir das associações entre hipertensão e variáveis que permaneceram no modelo final. Apesar das limitações, este estudo contribui para conhecer melhor um problema de saúde pública.

CONCLUSÃO

A prevalência de HAS foi semelhante à da população brasileira. A hipertensão foi associada ao perfil demográfico (mulheres, sem união estável/casados e idosos), estilo de vida (ex-tabagismo, consumo de bebida alcoólica), auto percepção negativa de saúde e uso dos serviços de saúde (plano de saúde, consulta no setor público de saúde). Os hipertensos consultaram mais no setor público, resultado importante para se pensar no correto monitoramento da hipertensão, enquanto doença crônica não transmissível e que pode decorrer em complicações e hospitalizações. Torna-se importante, fazer a gestão da clínica adequada, no sentido de diminuir as internações, com maior frequência entre os hipertensos.

O levantamento da prevalência de hipertensão e de fatores associados pode embasar programas de promoção de saúde e de ações preventivas e de controle da doença junto à comunidade. Sugere-se ao setor público de saúde, planejar e efetuar essas ações, no sentido de agregar valor à saúde das pessoas e reduzir as complicações, que aumentam as internações e ocasionam custos médicos elevados em procedimentos de maior complexidade.

Apoio financeiro: Ministério da Saúde e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, processo N.: CDS-APQ003616-12 e Ministério da Saúde PET Saúde/ Vigilância em Saúde.

REFERÊNCIAS

- Ogden LG, He J, Lydick E, Whelton PK. Long-term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. *Hypertension*. 2000; 35(2):539-43.
- Simone G, Devereux RB, Chinali M, Roman MJ, Best LG, Welty TK, et al. Risk factors for arterial hypertension in adults with initial optimal blood pressure: the Strong Heart Study. *Hypertension*. 2006; 47(2):162-7.
- Muraro AP, Santos DF, Rodrigues PRM, Braga JU. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(5):1387-98.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA*. 2003; 289(19):2560-71.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95 (Suppl 1):1-51
- Go AS, Bauman M, King SM, Fonarow GC, Lawrence W, Williams KA, et al. An Effective Approach to High Blood Pressure Control: A Science Advisory From the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. *Hypertension*; 2013.
- Selem SSC, Castro MA, César CLG, Marchioni DML, Fisberg RM. Validade da hipertensão autorreferida associada-se inversamente com escolaridade em brasileiros. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 100(1):52-9.
- Whelton PK. Epidemiology and the Prevention of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2004; 6(2):636-42.
- Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2):285-94.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo populacional do Brasil: dados demográficos. Brasília, DF: IBGE, 2010 [Citado 2010 jun. 12]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Dargatz DA, Hill GW: Analysis of survey data. *Prev Vet Med*. 1996; 28(4):225-37.
- Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11 (Suppl 1):38-45.
- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365(9455):217-23.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em

- Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2012.
16. Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(3):507-21.
 17. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(4):502-9.
 18. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato FPR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(4):441-6.
 19. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JÁ, et al. Prevalência e fatores socio-demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1):31-5.
 20. Pereira MR, Coutinho MSSA, Freitas PF, D'Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(10):2363-74.
 21. Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Pereira RS, Gonçalves RM, et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77(1):16-21.
 22. Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(3):334-39.
 23. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83(5):424-28.
 24. Tobe SW, Kiss A, Szalai JP, Perkins N, Tsigoulis M, Baker B. Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure: results from the double exposure study. *Am J Hypertens*. 2005; 18(8):1046-51.
 25. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino, Souza WKS, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(4):452-57.
 26. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(Suppl 2):98-106.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
 29. Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension*. 2008; 51(4):1080-7.
 30. Moreira, LB, Fuchs FD. Álcool e hipertensão arterial: mecanismos fisiopatológicos. *Rev Bras Hipertens*. 2005; 12(1):52-4.
 31. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(2):351-62.
 32. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(9):3755-68.
 33. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(12):3353-62.
 34. Monteiro JFC, Anunciação FAC, Salgado FN, Silva GMA, Barbosa JB, Ferreira PAM, et al. Prevalência de verdadeiras crises hipertensivas e adequação da conduta médica em pacientes atendidos em um pronto-socorro geral com pressão arterial elevada. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 90(4):269-73.

Submissão: maio de 2016
Aprovação: agosto de 2016
