

Alta prevalência de hipertensão arterial em população assistida por estratégia saúde da família

High prevalence of hypertension in the population assisted by the family health strategy

Alta prevalencia de hipertensión arterial en la población atendida por la estrategia de salud familiar

Taísa Guimarães de Souza¹, Eduardo Lopes de Figueiredo², Gabriel Bortolotti Pelicioni³, Guilherme Pavini Nunes⁴, Isadora Gonzaga Cesar⁵, João Victor Manarelli Barbosa⁶, Leonardo Vitor Correia Teodoro Ferreira⁷, Loise Benites Pinheiro⁸, Luiz Guilherme Pereira e Silva⁹, Luiz Eduardo Okada Barbosa¹⁰, Matheus Delgado Silva¹¹, Priscila Analu da Silva Previato¹², Victor Borges da Silva Heinen¹³, Cor Jesus Fernandes Fontes¹⁴, Mona Lisa Rezende Carrijo¹⁵

Como citar este artigo: Alta prevalência de hipertensão arterial em população assistida por estratégia saúde da família. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acesso: ____]; 15(1):e20258243. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v15i1.8243>

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente do curso de medicina. Centro Universitário UNIVAG, Av. Dom Orlando Chaves, 2655. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). <http://lattes.cnpq.br/6549576547226402>. <https://orcid.org/0009-0002-9162-0477>.

² Graduando do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG, Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. ORCID: <http://lattes.cnpq.br/6030952256425188>. <https://orcid.org/0009-0007-7108-3834>.

³ Graduando do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/8678937296768707>. <https://orcid.org/0009-0005-6925-8709>.

⁴ Graduando do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. <https://lattes.cnpq.br/5827226797496428>. <https://orcid.org/0000-0003-1789-8286>.

⁵ Graduanda do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/0959954908649571>. <https://orcid.org/0009-0001-0616-700X>.

⁶ Graduando do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/2430120466589565>. <https://orcid.org/0009-0006-3420-6420>.

⁷ Graduando do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/1781659828383489>. <https://orcid.org/0009-0005-5239-0981>.

⁸ Graduanda do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/8684411130334484>. <https://orcid.org/0009-0003-3642-6599>.

⁹ Graduando do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/4733249539361254>. <https://orcid.org/0009-0007-7718-269X>.

¹⁰ Graduando do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. <https://lattes.cnpq.br/0675415702330542>. <https://orcid.org/0009-0008-4953-3592>.

¹¹ Graduando de medicina. Centro Universitário UNIVAG. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). CEP: 78118-000. Centro Universitário UNIVAG, Cristo Rei. Várzea Grande/MT, Brasil. <https://orcid.org/0009-0009-3988-1988>

¹² Graduanda de medicina. Centro Universitário UNIVAG. Centro Universitário UNIVAG, Cristo Rei. Várzea Grande/MT, Brasil. <https://orcid.org/0009-0006-3689-4116>

¹³ Graduando de medicina. Centro Universitário UNIVAG. Centro Universitário UNIVAG, Cristo Rei. Várzea Grande/MT, Brasil. <https://orcid.org/0009-0007-3194-2155>

¹⁴ Médico docente do Curso de Medicina. Centro Universitário UNIVAG. Centro Universitário UNIVAG, Cristo Rei. Várzea Grande/MT, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2756-0588>

¹⁵ Enfermeira docente. Curso de Medicina. UNIVAG. Centro Universitário UNIVAG, Cristo Rei. Várzea Grande/MT, Brasil. <https://orcid.org/0009-0007-1501-1625>



Resumo

Objetivo: identificar prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos assistidos em uma Unidade de Saúde da Família do município de Cuiabá/MT.

Método: Estudo transversal de amostra por conglomerado da população de abrangência da USF. Dados coletados por entrevista, abordando fatores de risco para hipertensão arterial, cuja aferição foi feita com esfigmomanômetro digital. **Resultados:** Foram avaliados 147 indivíduos, cuja prevalência de hipertensão arterial foi estimada em 61,9% (IC95%: 53,5%-69,8%), com predominância no sexo feminino, idade entre 45-59 anos e com sobrepeso/obesidade. Na análise ajustada, o estado civil divorciado/viúvo foi o único fator independentemente associado à hipertensão arterial ($p=0,017$) nessa população. O etilismo apresentou associação apenas marginalmente significante com a hipertensão arterial. Não foram identificadas associações significativas entre hipertensão e variáveis antropométricas. **Conclusão:** alta prevalência de hipertensão arterial na população estudada, reforçando a necessidade de rastreamento e manejo adequado dessa condição no contexto local da estratégia saúde da família.

Descritores: Hipertensão arterial sistêmica; Prevalência; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: To identify the prevalence and factors associated with systemic arterial hypertension in adults treated at a Family Health Unit in the municipality of Cuiabá, Mato Grosso. **Method:** Cross-sectional study of a cluster sample of the population covered by the Family Health Unit. Data were collected through interviews addressing risk factors for arterial hypertension, which was measured using a digital sphygmomanometer. **Results:** A total of 147 individuals were evaluated, with a prevalence of hypertension estimated at 61.9% (95% CI: 53.5%-69.8%), predominantly among females aged 45-59 years who were overweight/obese. In the adjusted analysis, divorced/widowed marital status was the only factor independently associated with hypertension ($p=0.017$) in this population. Alcoholism showed only a marginally significant association with hypertension. No significant associations were identified between hypertension and anthropometric variables. **Conclusion:** high prevalence of hypertension in the study population, reinforcing the need for screening and adequate management of this condition in the local context of the family health strategy.

Descriptors: Systemic arterial hypertension; Prevalence; Family health strategy.

Resumen

Objetivo: identificar la prevalencia y los factores asociados a la hipertensión arterial sistémica en adultos atendidos en una Unidad de Salud Familiar del municipio de Cuiabá/MT. **Método:** Estudio transversal de muestra por conglomerado de la población cubierta por la USF. Datos recopilados mediante entrevista, abordando los factores de riesgo de hipertensión arterial, cuya medición se realizó con esfigmomanómetro digital. **Resultados:** Se evaluó a 147 individuos, cuya prevalencia de hipertensión arterial se estimó en un 61,9 % (IC95 %: 53,5 %-69,8%), con predominio en el sexo femenino, edad entre 45 y 59 años y sobrepeso/obesidad. En el análisis ajustado, el estado civil divorciado/viudo fue el único factor independientemente asociado a la hipertensión arterial ($p=0,017$) en esta población. El alcoholismo presentó una asociación solo marginalmente significativa con la hipertensión arterial. No se identificaron asociaciones significativas entre la hipertensión y las variables antropométricas. **Conclusión:** alta prevalencia de hipertensión arterial en la población estudiada, lo que refuerza la necesidad de realizar un seguimiento y un manejo adecuado de esta afección en el contexto local de la estrategia de salud familiar.



Descriptores: Hipertensión arterial sistémica; Prevalencia; Estrategia de salud familiar.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica e multifatorial, que faz parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). É definida quando os valores de pressão arterial sistólica (PAS) estão iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica (PAD) iguais ou superiores a 90 mmHg. No mundo, entre 1990 e 2019, o número de pessoas afetadas pela HAS aumentou significativamente, passando de 650 milhões para 1,3 bilhão, sendo responsável por 10 milhões de mortes a cada ano, superando todos os outros fatores de risco à saúde.¹

Por ser assintomática na maior parte de sua evolução, a HAS tem seu diagnóstico e tratamento frequentemente negligenciados. Além disso, a baixa adesão dos pacientes ao tratamento prescrito contribui para a sua alta magnitude. Nesse contexto, modificações no estilo de vida são consideradas estratégias eficazes para o seu controle e tornam-se fundamentais tanto no processo preventivo e terapêutico da HAS, com o objetivo de reduzir sua incidência, prevalência e o controle inadequado da doença.²

Fatores socioeconômicos, culturais, comportamentais e genéticos estão

associados à alta prevalência da HAS. Isso reforça a necessidade de tratá-la como prioridade de saúde pública, visando ao enfrentamento do agravio com eficácia na população afetada pela doença, reduzindo assim as complicações e o impacto no sistema de saúde. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência de HAS em adultos (≥ 45 anos de idade) de uma população assistida por Estratégia Saúde da Família (ESF) em Cuiabá (MT) e identificar segmentos da população mais vulneráveis a essa condição, auxiliando os profissionais da ESF para intervenções direcionadas e eficientes.^{1,2}

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal e de base populacional para determinação da prevalência e de fatores associados à HAS na comunidade adscrita da ESF Santa Laura, Cuiabá (MT). O inquérito populacional foi feito por visitas domiciliares realizadas entre março e outubro de 2023, em amostra aleatória por conglomerados de único estágio. Foram consideradas como conglomerados as 1192 famílias cadastradas na área de abrangência da ESF. A opção pela utilização da família como conglomerado para a amostragem deveu-se à inexistência de uma listagem com dados de todos os



4.042 habitantes cadastrados pelos agentes comunitários de saúde da esquipe de ESF, incluindo adultos e crianças de todas as idades.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito conforme preconiza a OMS para países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento. O tamanho da amostra de domicílios foi calculado pela fórmula da amostragem aleatória simples para populações infinitas, ou seja, $n= [p(1-p)Z(\alpha/2)^2/ d^2]$, sendo $p= 0,5$, porque tal proporção, quando não conhecida para a área de estudo, é a que fornece o maior número amostral. Z é o valor crítico da distribuição normal padronizada. No caso, $Z=1,96$ para o nível de confiança de 95%; d é o maior erro aceitável entre as proporções populacional e amostral, que foi estabelecido em 10%. Desta forma, a amostra foi estimada em 193 domicílios, quantitativo esse que foi multiplicado por 1,5 pelo efeito de desenho de amostragem por conglomerado³, resultando em 290 domicílios a serem visitados. Considerando-se que em cada domicílio haveria pelo menos um indivíduo com 45 anos ou mais de idade, a amostra calculada foi acrescida de 29 indivíduos para compensar possíveis perdas por ausência do indivíduo no momento da visita domiciliar, mesmo após três tentativas. Assim, a amostra final prevista foi de,

portanto, 319 indivíduos, residindo em 290 domicílios.

A identificação dos domicílios a serem visitados foi feita a partir de um mapa existente na unidade de saúde, constando apenas as quadras e lotes da área territorial de abrangência da ESF. Após sorteio dos 319 domicílios previstos, seis equipes de entrevistadores foram designadas para realizarem a visita domiciliar. Em caso de domicílio desabitado, inexistência de prédio ou identificação de prédios comerciais, escolas e igrejas no lote sorteado, procedeu-se à sua substituição pelo primeiro domicílio ocupado situado à direita. Para este estudo foram incluídos apenas indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos, não gestantes se do sexo feminino e sem déficit cognitivo. Em caso de indivíduo elegível, porém ausente no momento da visita domiciliar, uma segunda ou terceira visitas foram realizadas, na tentativa de evitar a perda amostral.

A coleta de dados foi realizada por entrevista domiciliar, utilizando um instrumento estruturado e disponibilizado no aplicativo *Google Forms*. Os participantes foram considerados hipertensos mediante aferição da pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em suas



residências, em uma única medida¹. A verificação foi feita com esfigmomanômetro automático digital (EverCare, China/2022), respeitando as orientações do fabricante para a medição. As variáveis independentes analisadas incluíram sexo (masculino/feminino), idade (em faixas etárias), estado civil (solteiro, casado, divorciado/viúvo), cor da pele (branca, preta e parda), nível de escolaridade (nenhum, fundamental, médio e superior), situação profissional (desempregado, empregado, do lar e aposentado), número de filhos (nenhum, um, dois a quatro, cinco ou mais filhos), tabagismo (fumantes atuais, fumantes no passado e não fumantes), consumo de bebida alcoólica (sim/não), prática de atividade física (sim/não) e variáveis antropométricas: circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), peso (kg), índice de massa corporal (IMC), razão cintura-quadril (RCQ) e razão cintura-estatura (RCE).

A altura corporal e as CC e CQ foram medidas por fita métrica inelástica de fibra de vidro, com precisão de 10 mm. Durante a aferição, os participantes foram orientados a permanecer em posição ortostática, com pernas e pés paralelos e braços relaxados ao longo do corpo. Os valores de referência normais utilizados para a CC foram <90 cm para homens e

<80 para mulheres. O peso corporal foi aferido com os participantes usando roupas leves e descalços, por meio de uma balança portátil digital com precisão de 100 gramas. O IMC foi calculado pela divisão do peso (kg) pela altura (m²) e o estado nutricional classificado em eutrófico se IMC<25 kg/m² ou em sobrepeso/obesidade, se IMC≥25 kg/m². A RCE foi determinada pela divisão da CC pela estatura e classificada como normal se <0,5 ou alterada se ≥0,5. A RCQ foi obtida pela divisão da CC pela CQ e o resultado foi avaliado conforme os pontos de corte preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹¹, em baixa, moderada e alta.⁴

Os resultados do estudo foram tabulados em suas distribuições de frequência absoluta e relativa. A prevalência de HAS foi estimada pelo número de indivíduos classificados como hipertensos como numerador e o tamanho da amostra atingido para o estudo como denominador. A medida de associação adotada foi a razão de prevalência (RP) bruta e ajustada. Para a análise dos fatores associados à HAS, aplicou-se a regressão logística binomial, com cálculo da RP e do seu intervalo de confiança (IC) de 95%. Para avaliar a independência de associação (sem confundimento), realizou-se análise de regressão logística multivariada para as



variáveis que demonstraram $p<0,20$ na análise bruta bivariada, com método manual de entrada das variáveis. Para todas as análises, o pacote estatística Stata 12.0 (StataCorp, Texas, USA) foi utilizado e o nível de significância (erro alfa) estabelecido foi de 0.05.

O estudo seguiu as diretrizes éticas da Resolução 466/12 e foi registrado na Plataforma Brasil sob o CAAE: 66754222.6.0000.5692 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIVAG, conforme Parecer nº 6.670.809. Termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido de cada participante antes de se iniciar a entrevista. Para aqueles participantes com diagnóstico estabelecido de hipertensão arterial ou outra morbidade no momento da entrevista domiciliar, foi garantida uma avaliação clínica feita por médico e/ou enfermeiro na unidade da ESF do estudo, sob posterior agendamento.

RESULTADOS

Foi possível visitar 249 (85,9%) dos 290 domicílios inicialmente previstos para o inquérito. Em 70 deles, a primeira visita não foi realizada, pela inexistência de prédio ou de moradores e, também, por não existir domicílio habitado à direita do lote inicialmente sorteado para substituição. Por essa razão, foi necessária

uma nova aleatorização de 70 domicílios, para completar o tamanho previsto da amostra. Em 25 (7,8%) domicílios visitados, o responsável pela família não concordou em participar do estudo, resultando em perda amostral. Após todas as tentativas de se encontrar os indivíduos faltantes, foi possível identificar 315 moradores nos domicílios sorteados, dos quais 149 atenderam aos critérios de inclusão da presente análise. Desses, dois indivíduos recusaram participar do estudo e 91 dos 147 restantes foram identificados como hipertensos, representando uma prevalência (IC95%) de 61,9% (53,5%; 69,8%) de HAS na população do estudo.

No grupo de pessoas com HAS, predominaram o sexo feminino (61,5%), idade entre 45-59 anos (61,5%), estado civil casado (50,5%), cor da pele parda (39,5%), nível fundamental de escolaridade (53,8%), com algum emprego atual (54,9%), tendo de 2 a 4 filhos (71,5%), relatando tabagismo atual ou pregresso (53,8%), declarando-se não etilistas (74,7%), classificados como obesos ou em sobre peso (65,2%), com CC aumentada (84,4%), com RCE inadequada (98,8%), com RCQ moderada ou alta (73,1%), não praticantes de atividade física (74,7%) e com história familiar de HAS (75,6%) (Tabela 1).



Tabela 1 – Características demográficas e comportamentais dos 91 indivíduos com hipertensão arterial na população de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família, em Cuiabá (MT), 2023.

Característica		n	%
Sexo	<i>Feminino</i>	56	61,5
	<i>Masculino</i>	35	38,5
Idade	<i>45-59</i>	56	61,5
	<i>60-70</i>	19	20,9
	<i>70-92</i>	16	17,6
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	24	26,4
	<i>Casado</i>	46	50,5
	<i>Divorciado/Viúvo</i>	21	23,1
Cor	<i>Branco</i>	20	22,0
	<i>Preto</i>	35	38,5
	<i>Pardo</i>	36	39,5
Escolaridade	<i>Nenhuma</i>	12	13,2
	<i>Fundamental</i>	49	53,8
	<i>Médio</i>	26	28,6
	<i>Superior</i>	4	4,4
Situação profissional	<i>Do lar</i>	12	13,2
	<i>Empregado</i>	50	54,9
	<i>Desempregado</i>	4	4,4
	<i>Aposentado</i>	25	27,5
Filhos	<i>Nenhum</i>	7	7,7
	<i>1</i>	10	11,0
	<i>2-4</i>	56	61,5
	<i>≥ 5</i>	18	19,8
Tabagismo	<i>Não</i>	42	46,2
	<i>Sim, no passado</i>	31	34,0
	<i>Sim, atualmente</i>	18	19,8
Álcool (n=90)	<i>Não</i>	47	52,2
	<i>Sim</i>	43	47,8
Atividade Física	<i>Sim</i>	23	25,3
	<i>Não</i>	68	74,7
Obesidade n=89	<i>Não</i>	31	34,8
	<i>Sim</i>	58	65,2
Circunferência abdominal n=90	<i>Normal</i>	14	15,6
	<i>Aumentado</i>	76	84,4
Razão cintura/estatura n=89	<i>Adequado</i>	1	1,2
	<i>Não adequado</i>	88	98,8
Razão cintura/quadril n=89	<i>Baixo</i>	15	16,9
	<i>Moderado</i>	23	25,8
	<i>Alto</i>	51	57,3
História familiar de hipertensão n=86	<i>Não</i>	21	24,4
	<i>Sim</i>	65	75,6



Na análise comparativa das características dos indivíduos hipertensos com aqueles normotensos nessa população de estudo, constatou-se que nenhuma das características avaliadas mostrou associação significativa com a HAS (Tabela 2). Contudo, após ajuste no modelo multivariado, foi possível

identificar o estado civil divorciado/viúvo como único fator independentemente associado à HAS ($p=0,017$). A condição de ser etilista mostrou associação marginalmente significativa com HAS ($p=0,058$). As demais variáveis estudadas não mostraram associação com o evento de interesse do estudo (Tabela 3).

Tabela 2 – Análise exploratória das características demográficas e comportamentais e de associação com a prevalência de hipertensão arterial na população de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família em Cuiabá (MT), 2023.

Característica	Hipertensão arterial				Razão de prevalência (IC95%)	p*
	SIM (%)		NÃO (%)			
Sexo	<i>Feminino</i>	56	(63,6)	32	(36,4)	1,0
	<i>Masculino</i>	35	(59,3)	24	(40,7)	0,93 (0,72; 1,21)
Idade	<i>45-59</i>	56	(63,6)	32	(36,4)	1,0
	<i>60-70</i>	19	(61,3)	12	(38,7)	0,96 (0,70; 1,33)
	<i>70-92</i>	16	(57,1)	12	(42,9)	0,95 (0,79; 1,13)
Estado civil	<i>Solteiro</i>	24	(57,1)	18	(42,9)	1,0
	<i>Casado</i>	46	(59,0)	32	(41,0)	1,03 (0,75; 1,42)
	<i>Divorciado/Viúvo</i>	21	(77,8)	6	(22,2)	1,17 (0,99; 1,38)
Cor	<i>Branco</i>	20	(60,6)	13	(39,4)	1,0
	<i>Preto</i>	35	(66,0)	18	(34,0)	1,04 (0,88; 1,24)
	<i>Pardo</i>	36	(59,0)	25	(41,0)	0,97 (0,69; 1,38)
Escolaridade	<i>Nenhuma</i>	12	(52,2)	11	(47,8)	1,0
	<i>Fundamental</i>	49	(63,6)	28	(36,4)	1,22 (0,79; 1,87)
	<i>Médio</i>	26	(63,4)	15	(36,6)	1,10 (0,88; 1,39)
	<i>Superior</i>	04	(66,7)	2	(33,3)	1,08 (0,86; 1,37)
Situação profissional	<i>Do lar</i>	12	(57,1)	9	(42,9)	1,0
	<i>Empregado</i>	50	(64,1)	28	(35,9)	1,12 (0,74; 1,69)
	<i>Desempregado</i>	04	(50,0)	4	(50,0)	0,97 (0,83; 1,14)
	<i>Aposentado</i>	25	(62,5)	15	(37,5)	1,04 (0,84; 1,31)
Filhos	<i>Nenhum</i>	07	(77,8)	2	(22,2)	1,0
	<i>1</i>	10	(58,8)	7	(41,2)	0,76 (0,44; 1,30)
	<i>2-4</i>	56	(61,5)	35	(38,5)	0,89 (0,73; 1,08)
	<i>≥ 5</i>	18	(60,0)	12	(40,0)	0,92 (0,79; 1,07)
Tabagismo	<i>Não</i>	42	(60,0)	28	(40,0)	1,0
	<i>Sim, no passado</i>	31	(63,3)	18	(36,7)	1,05 (0,79; 1,40)
	<i>Sim, atualmente</i>	18	(64,2)	10	(35,7)	1,04 (0,87; 1,22)



Álcool (n=146)	<i>Não</i>	47	(56,6)	36	(43,4)	1,0	
	<i>Sim</i>	43	(68,2)	20	(31,8)	1,20 (0,94; 1,55)	0,149
Atividade Física	<i>Sim</i>	23	(63,9)	13	(36,1)	1,0	
	<i>Não</i>	68	(61,3)	43	(38,7)	0,96 (0,72; 1,28)	0,775
Obesidade n=145	<i>Não</i>	31	(64,6)	17	(35,4)	1,0	
	<i>Sim</i>	58	(59,8)	39	(40,2)	0,93 (0,71; 1,21)	0,571
Circunferência da cintura n=145	<i>Normal</i>	14	(66,7)	7	(33,3)	1,0	
	<i>Aumentado</i>	76	(61,3)	48	(38,7)	0,92 (0,66; 1,28)	0,622
Razão cintura/estatura n=143	<i>Adequado</i>	1	(50,0)	1	(50,0)	1,0	
	<i>Não adequado</i>	88	(62,4)	53	(37,6)	1,25 (0,31; 5,0)	0,756
Razão cintura/quadril	<i>Baixo</i>	15	(68,2)	7	(31,8)	1,0	
	<i>Moderado</i>	23	(60,5)	15	(39,5)	0,89 (0,60; 1,31)	0,547
	<i>Alto</i>	51	(60,7)	33	(39,3)	0,94 (0,80; 1,12)	0,497
História familiar de hipertensão n=139	<i>Não</i>	21	(70,0)	9	(30,0)	1,0	
	<i>Sim</i>	65	(59,6)	44	(40,4)	0,85 (0,64; 1,13)	0,265

* Regressão logística binomial

IC95%: intervalo de confiança 95%

Tabela 3 – Análise multivariada dos fatores associados à alta prevalência de hipertensão arterial na população de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família em Cuiabá (MT), 2023.

Característica		Razão de prevalência bruta (IC95%)	p*	Razão de prevalência ajustada (IC95%)	p **
Sexo	<i>Feminino</i>	1,0	0,603	1,0	0,254
	<i>Masculino</i>	0,93 (0,72; 1,21)		0,62 (0,28; 1,40)	
Idade	<i>45-59</i>	1,0	0,819	1,0	0,372
	<i>60-70</i>	0,96 (0,70; 1,33)		0,64 (0,24; 1,71)	
	<i>70-92</i>	0,95 (0,79; 1,13)		0,61 (0,21; 1,77)	
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	1,0	0,848	1,0	0,430
	<i>Casado</i>	1,03 (0,75; 1,42)		1,42 (0,59; 3,41)	
	<i>Divorciado/</i>	1,17 (0,99; 1,38)		4,74 (1,32; 17,06)	
	<i>Viúvo</i>				
Tabagismo	<i>Não</i>	1,0	0,718	1,0	0,163
	<i>Sim, no passado</i>	1,05 (0,79; 1,40)		1,89 (0,77; 4,64)	
	<i>Sim, atualmente</i>	1,04 (0,87; 1,22)		1,06 (0,37; 3,05)	
Álcool (n=146)	<i>Não</i>	1,0	0,149	1,0	0,058
	<i>Sim</i>	1,20 (0,94; 1,55)		2,27 (0,97; 5,28)	
Índice de massa corpórea	<i>Não</i>	1,0		1,0	



n=145	<i>Sim</i>	0,93 (0,71; 1,21)	0,571	0,96 (0,90; 1,03)	0,307
História familiar de hipertensão n=139	<i>Não</i>	1,0		1,0	
	<i>Sim</i>	0,85 (0,64; 1,13)	0,265	0,62 (0,24; 1,63)	0,336

* Regressão logística binomial

** Regressão logística multivariada

IC9%: intervalo de confiança 95%

DISCUSSÃO

Neste estudo transversal de base populacional constatou-se alta prevalência de HAS na população adulta (idade ≥ 45 anos) de uma comunidade de abrangência de uma ESF da cidade de Cuiabá (MT). O único fator associado a essa prevalência foi o estado civil divorciado/viúvo. O consumo crônico de álcool, classicamente demonstrado como fator associado à HAS na literatura⁵, mostrou associação apenas marginalmente significativa com esse desfecho. Todas as demais características avaliadas não mostraram associação com HAS na presente análise.

A HAS destaca-se como um dos principais desafios de saúde pública devido à sua elevada prevalência e ao controle insuficiente, contribuindo de forma significativa para o aumento da morbidade e mortalidade, sendo um dos principais fatores de riscos cardiovasculares. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde, cerca de 30% dos adultos com idades entre 30 e 79 anos no mundo apresentam HAS, com base em estimativas ajustadas por idade.¹ No Brasil, dados da

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostraram que, em 2019, 23,9% dos entrevistados referiram diagnóstico médico para HAS.⁶ Por outro lado, o estudo de Malta demonstrou prevalência de HAS de 32,8%, quando a pressão arterial foi mensurada ou autorrelatada por uso de medicação anti-hipertensiva.⁷ No contexto da atenção primária à saúde, estudo recente mostrou prevalência de HAS de 34,3% na população adulta da Região Sul do Brasil.⁸

A prevalência de HAS encontrada neste estudo foi elevada (61,9%) para a população com idade ≥ 45 anos, quando comparada à prevalência autorreferida de diagnóstico de HAS (23,9%) em pessoas com 18 anos ou mais no Brasil em 2019. Essa incongruência entre as faixas etárias analisadas certamente explicam a diferença nos indicadores de prevalência encontrados nos dois estudos, já que é sabido que a HAS é mais frequente em idades mais avançadas.⁹ Entretanto, é mais próxima à da pesquisa também realizada em outra população adscrita de ESF da Região Nordeste (49,6%) e em população quilombola mato-grossense (52,5%).^{10,11}



Prevalências elevadas de HAS, geralmente superiores às observados no PNS⁶ e VIGITEL⁹, já foram reportadas para a área urbana de Cuiabá e nas Regiões Centro-Oeste (28,3%) e Nordeste do Brasil, especificamente nos estados do Ceará (52,5%)¹² e do Piauí (27,9%).¹³

Embora existam várias publicações reportando predomínio de HAS no sexo masculino, sua prevalência neste estudo foi maior entre mulheres, o que coincide com os achados de estudos anteriores realizados em populações quilombolas de Mato Grosso¹⁰ ou em população geral de Minas Gerais.¹⁴ Predominância de HAS entre mulheres também foi reportada pela Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD)¹³ e em outros estudos.¹⁴⁻¹⁶ Quanto à idade predominante de indivíduos hipertensos entre 45– 59 anos, esse resultado coincide com os de outros relatos de estudos realizados na área urbana de Formiga (MG)¹⁷ e São Luiz (MA)¹⁸, com significativo aumento da prevalência de HAS a partir dos 30 anos. Com o envelhecimento, ocorre enrijecimento progressivo da parede arterial e perda de sua complacência, favorecendo a elevação dos níveis pressóricos.¹

A HAS é uma condição crônica que afeta predominantemente pessoas pretas e pardas, o que foi também evidenciado

neste estudo. Os prováveis fatores relacionados à maior prevalência de HAS na população negra podem estar relacionados à predisposição genética, ao menor acesso aos serviços de saúde¹ e à baixa produção de renina, levando ao aumento da angiotensina II e consequente aumento da aldosterona.¹⁹

Observou-se maior prevalência de HAS entre indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade, contrariando as clássicas descrições de que esse agravo se associa mais à baixa escolaridade.^{11,20} O achado deste estudo pode estar relacionado ao impacto do estresse ocupacional frequentemente presente em profissões mais exigentes, tanto em termos de responsabilidade quanto de carga mental, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento do quadro hipertensivo.^{20,21}

Observou-se ainda que a frequência de HAS neste estudo foi maior entre adultos com dois a quatro filhos. Essa observação reforça os resultados que evidenciaram maior frequência de HAS autorreferida por aqueles que possuíam um ou mais filhos, quando comparada àqueles sem filhos.²⁰ Do mesmo modo, a HAS foi mais frequente entre indivíduos que se referiram sedentários. Esse é um dado relevante, uma vez que a Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que



todos os adultos sejam orientados a realizar pelo menos 150 minutos semanais de atividades físicas de intensidade moderada ou 75 minutos semanais de atividades vigorosas como medida preventiva para hipertensão arterial.¹

O estudo evidenciou que 75,6% dos indivíduos participantes do estudo apresentavam histórico familiar de HAS. Evidências na literatura identificam a importância do fator genético para o desenvolvimento da doença cardiovascular, já que a HAS primária é classificada como uma condição multifatorial, mas com um forte componente hereditário. A maior parte desse risco genético é transmitida de forma poligênica, ou seja, por meio da contribuição de centenas de variações no DNA que, em conjunto, aumentam a probabilidade de manifestar o fenótipo hipertensivo, especialmente quando interagem com fatores ambientais.^{1,22}

Como esperado, verificou-se maior prevalência de HAS entre fumantes e ex-fumantes.^{1,20} Isto pode ser explicado pela vasoconstrição induzida pelo fumo, além do fato que a presença de nicotina e monóxido de carbono promoverem lesões no endotélio vascular. Outro aspecto que não pode ser desconsiderado é o fato da abstinência ao cigarro poder levar ao aumento do apetite e consequentemente o

ganho de peso, favorecendo a ocorrência de HAS entre ex-tabagistas.²³

Ficou evidente neste estudo a ausência de associações estatísticas significantes entre a maioria das características estudadas e a prevalência de HAS na população avaliada. Exemplo disto foram as medidas antropométricas classicamente relatadas como fatores de risco para HAS^{1,4,20}, tais como aquelas dependentes da CC, que ocorreu em cerca de 98% dos participantes. Similarmente, apesar da alta frequência de obesidade na população estudada, essa característica não se associou à prevalência de HAS. Esse achado contraria um estudo que mostrou associação entre IMC e prevalência de HAS.^{1,24} Contudo, evidências recentes sugerem que a distribuição total da gordura no corpo é um indicador mais preciso do que o IMC para a classificação das condições de saúde. Assim, a combinação entre a massa corporal total e a forma como a gordura está distribuída no corpo representa a abordagem mais eficaz para avaliações clínicas, embora nenhuma técnica seja completamente perfeita.⁴

Este estudo evidenciou também maior prevalência de HAS entre pessoas viúvas e divorciadas, resultado que corrobora achados de outras pesquisas.^{20,23} A vida isolada, sem companhia, pode piorar a autopercepção de saúde e resultar



em atraso no diagnóstico da elevação da pressão arterial²⁵. Além disto, a associação entre uso de bebida alcoólica e HAS, embora marginalmente significante no presente estudo, corrobora observações anteriores encontradas em outros estudos.^{15,16} O consumo de álcool em quantidades superiores a 30 gramas por dia está associado a um maior risco de morbimortalidade, principalmente em função das complicações cardiovasculares. Entretanto, o limite seguro de consumo ainda não foi claramente definido, pois outros fatores, além da quantidade ingerida, também desempenham papel relevante nesse risco.²⁶

CONCLUSÃO

Este estudo revelou uma alta prevalência de HAS em população adulta (≥ 45 anos de idade) de uma ESF de Cuiabá (MT). Viver sozinho, como ser viúvo ou divorciado, foi a característica significativamente associada à HAS nessa população.

Algumas limitações devem ser reconhecidas para este estudo. Em primeiro lugar, em virtude da alta proporção de indivíduos não entrevistados, a amostra pode não ter sido representativa da população alvo. A não inclusão de indivíduos com idade inferior a 45 anos pode ter contribuído para a alta prevalência

de HAS aqui observada. A utilização de esfigmomanômetro digital em aferição única em ambiente domiciliar pode ter superestimado a HAS pela conhecida hipertensão do jaleco branco. O alto número de variáveis com informações autorreferidas pode ter comprometido a precisão de suas mensurações. Finalmente, a natureza transversal do estudo limita a capacidade de estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas. Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de fatores de confusão não terem sido completamente controlados.

As evidências apontam que a hipertensão representa um desafio crítico para a saúde pública, com implicações diretas na morbidade e mortalidade. A alta prevalência de HAS encontrada indica a necessidade de programas de saúde focados no monitoramento e controle da pressão arterial, além de intervenções para outros fatores de risco, para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população.

Agradecimentos

Os autores reconhecem o empenho, facilitação e contribuição, essenciais ao desenvolvimento deste estudo, providos pelas unidades de saúde Santa Laura e Jardim Fortaleza em Cuiabá (MT), Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (MT), Coordenação do Curso de Medicina e Pró-Reitoria de Pesquisa do Centro



Universitário UNIVAG (Várzea Grande-MT).

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Contribuição dos autores

TGS, MLCR e CJFF idealizaram e delinearam a presente pesquisa. ELF, GBP, GPN, IGC, JVMB, LVCTF, LBP, LGPS, LEOB, MDS, PASP, VBSH realizaram as entrevistas domiciliares e a organização e tabulação dos dados. TGS e CJFF redigiram o artigo científico. Todos os autores revisaram e aprovaram o manuscrito para submissão à publicação.

Financiamento

Todos os recursos financeiros relacionados a este estudo foram providos pelos próprios autores.

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2021 [citado em 8 jul 2025]; 116(3):516-658. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x95083.pdf
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 8 jul 2025]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistematica_cab37.pdf
3. Henderson RH, Sundarensan T. Cluster sampling to assess immunization a simplified sampling method. *Bull World Health Organ.* [Internet]. 1982 [citado em 8 jul 2025]; 60(2):253-60. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2535957/pdf/bullwho00104-0095.pdf>
4. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO [Internet]. São Paulo: ABESO; 2016 [citado em 8 jul 2025]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
5. Souza DSM. Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. *Rev Bras Hipertens.* [Internet]. 2014 [citado em 8 jul 2025]; 21(2):83-6. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881413/rbh-v21n2_83-86.pdf
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 8 jul 2025]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>
7. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado ÍE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2018 [citado em 8 jul 2025]; 21(Supl 1):e180021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/3YPnszP7L6kvWJpwg444mdj/?format=pdf&lang=pt>
8. Álvares-da-Silva MR, Vargas MDS, Rabie SMS, Jonko G, Riedel PG, Longo L, et al. FLI and FIB-4 in diagnosing metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease in primary care: High prevalence and risk of significant disease. *Ann Hepatol.* [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; 30(1):101584. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-annals-hepatology-16-pdf-S1665268124003673>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de



Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 8 jul 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf>

10. Santos EC, Scala LCN, Silva AC. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. Rev Bras Hipertens. [Internet]. 2015 [citado em 8 jul 2025]; 22(3):100-5. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881238/rbh_v22n3_100-105.pdf

11. Tapioca TSC, Goís JA, Nascimento MA, Rodrigues EP, Silva CAL, Sobrinho CLN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de um município do Nordeste do Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; 24(12):e17451. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/17451/9655>

12. Rocha AS, Pinho BATD, Lima ÉN. Hipertensão arterial entre idosos: comparação entre indicadores do Ceará, do Nordeste e do Brasil. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2021 [citado em 8 jul 2025]; 34:10795. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/10795/pdf>

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado em 8 jul 2025]. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?edicao=18329>

14. Oliveira EFPO, Melo Neto AQ, Mascarenhas MDM, Frota KMGS. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em adultos e idosos residentes em Teresina, Piauí: uma análise hierarquizada. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2023 [citado em 8 jul 2025]; 18(45):3700. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3700/1911>

15. Chaves RMS, Dantas IRO. Perfil epidemiológico de pacientes com hipertensão arterial sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde no interior de Minas Gerais. Revista Mineira de Ciências da Saúde [Internet]. 2022 [citado em 8 jul 2025]; 9:103-116. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/revistasaudae/article/view/3018/3039>

16. Luz MOS, Carvalho CS, Santana MCFS, Moura FR. Análise epidemiológica, risco estratificado e prognóstico da hipertensão arterial. Revista Foco [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; 17(7):e5326. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/5326/3978>

17. Castro RRA, Moncau JEC, Nacopito, LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2007 [citado em 8 jul 2025]; 88(3):334-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/t9wrwGptqQJpQz6jscWcBjh/?format=pdf&lang=pt>

18. Barbosa JB, Silva AAM, Santos AM, Monteiro Júnior FC, Barbosa MM, Barbosa MM, et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2008 [citado em 8 jul 2025]; 91(4):260-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/jmSKRKyRTtZvRjvJSv7SwCD/?format=pdf&lang=pt>

19. Anjos VP, Lee CTS, Mathias AS, Matsutani TL, Silveira AS, Ribeiro PM. Particularidades da hipertensão arterial



- sistêmica na população preta e parda: uma revisão atualizada. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2023 [citado em 8 jul 2025]; 6(4): 15687-94. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61701/44452>
20. Zangirolani LTO, Assumpção D, Medeiros MAT, Barros MBA. Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [citado em 8 jul 2025]; 23(4):1221-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqDPQWQWphhkYmcYGjPzWMB/?format=pdf&lang=pt>
21. Martins FJ, Vieria JLL, José LJL, Luciana L. Comportamentos de saúde relacionados a hipertensão arterial em idosos de uma unidade básica de saúde da cidade de Guarapuava-PR, Brasil. *Retos* [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; (56):289-95. Disponível em: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/download/104417/77890/416098>
22. Jardim TSV, Moreira HG, Almeida EC, Nazarebi LS, Souza ALL, Souza WSB, et al. Influência da hereditariedade em marcadores de risco para hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.* [Internet]. 2015 [citado em 8 jul 2025]; 22(2):65-71. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881269/rbh_v22n2_65-71.pdf
23. Fiório CE, Cesar CLG, Alves MCGP, Goldbaum M. Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2020 [citado em 8 jul 2025]; 23:e200052. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XtSqwLZjsQBV6Hn56gq5HMk/?format=pdf&lang=pt>
24. Ribeiro AR, Coelho P, Pires J, Rodrigues FJB. Prevalência da hipertensão arterial no concelho de Vila Velha de

- Ródão. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular* [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; (99):22-33. Disponível em: <https://revistahipertensao.pt/index.php/rh/article/view/114/100>
25. Perkins JM, Lee HY, James KS, Oh J, Krishna A, Heo J, et al. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 [citado em 8 jul 2025]; 16:1032. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5045657/pdf/12889_2016_Article_3682.pdf
26. Almeida TSO, Fook SML, Mariz SR. Associação entre etilismo e HAS: uma revisão sistematizada. *Revista Saúde & Ciência Online* [Internet]. 2016 [citado em 8 jul 2025]; 5(1):76-90. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rs/article/view/205/201>

RECEBIDO: 26/01/25

APROVADO: 08/07/25

PUBLICADO: 07/2025

