

PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS EM HIPERTENSOS AMAZÔNICOS, BRASIL

PREVALENCE AND SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS IN AMAZONIAN HYPERTENSIVE POPULATION, BRAZIL

João Victor Sevalho Arantes¹
Sílvia Regina Sampaio Freitas²

RESUMO

Objetivo: Descrever a prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) segundo características demográficas (idade, gênero) e socioeconômicas (escolaridade e renda familiar mensal) em Amazônicos residentes no município de Tefé/AM. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal, de base populacional, realizado por meio de inquérito domiciliar com 451 adultos, com idade variando de 20 a 78 anos. A amostra da pesquisa foi obtida por amostragem complexa. Consideraram-se hipertensos aqueles que apresentaram pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg e/ou que referiram uso de medicação anti-hipertensiva. Testes descritivos e de regressão logística foram aplicados para estimar o efeito da idade, gênero, escolaridade e renda familiar mensal na prevalência da HAS. **Resultados:** As prevalências da HAS atingiram 26,8% da amostra total, 34% dos homens e 21% das mulheres. Entre os homens, apenas a idade contribuiu para o aumento da prevalência da HAS. Neste caso, a frequência da doença foi 3,24 vezes maior em homens com idade superior a 35 anos quando comparada à faixa de 20 a 35 anos (Intervalo de 95% de Confiança [IC95%]: 1,52-6,89). Nas mulheres, o aumento da prevalência da hipertensão arterial sistêmica foi relacionado com a variação etária e o número de anos de estudo. Entre as mulheres investigadas, a frequência da HAS aumenta 3,64 vezes (IC95%: 1,71-7,78) entre as participantes com idade acima de 35 anos e 7,78 vezes (IC95%: 1,77-34,27) naquelas com baixa escolaridade. **Conclusão:** Os achados do presente estudo reforçam a necessidade da vigilância dos indicadores demográficos e socioeconômicos de suscetibilidade como medida de prevenção e detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica.

DESCRIPTORES: Epidemiologia. Hipertensão Arterial. Amazonas.

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of systemic arterial hypertension (SAH) according to demographic (age, gender) and socioeconomic characteristics (schooling and monthly family income) in Amazonian residents in the municipality of Tefé/AM. **Methodology:** This cross-sectional, population-based study was conducted through a household survey of 451 adults, ranging in age from 20 to 78 years. The research sample was obtained by complex sampling. Those who had blood pressure $\geq 140/90$ mmHg and/or who reported use of antihypertensive medication were considered hypertensive. Descriptive and logistic regression tests were applied to estimate the effect of age, gender, schooling and monthly family income on the prevalence of SAH. **Results:** The prevalence of hypertension was 26.8% of the total sample, 34% of men and 21% of women. Among men, only age contributed to the increased prevalence of SAH. In this case, the frequency of the disease was 3.24 times higher in men over 35 years of age than in the 20-35 age group (95%CI: 1.52-6.89). In women, the increase in the prevalence of systemic arterial hypertension was related to the age variation and the number of years of study. Among the women investigated, the frequency of SAH increased 3.64 times (95%CI: 1.71-7.78) among participants aged over 35 years and 7.78 times (95%CI: 1.77-34, 27) in those with low schooling. **Conclusion:** The findings of the present study reinforce the need for surveillance of demographic and socioeconomic indicators of susceptibility as a preventive measure and early detection of systemic arterial hypertension.

DESCRIPTORS: Epidemiology. Arterial Hypertension. Amazon.

1 - Acadêmico do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas, Departamento de Ciências Biológicas, Centro de Estudos Superiores de Tefé, Universidade do Estado do Amazonas. Tefé/AM, Brasil.

2 - Professora Adjunta do Curso de Ciências Biológicas, Departamento de Ciências Biológicas, Centro de Estudos Superiores de Tefé, Universidade do Estado do Amazonas. Tefé/AM, Brasil.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multicausal caracterizada por níveis aumentados e sustentados dos valores pressóricos¹. Essa patologia favorece a ocorrência de modificações estruturais e/ou funcionais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais¹.

Nos dias atuais, a HAS é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública devido a alta prevalência e baixas taxas de controle¹. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 120/80mmHg de forma linear e contínua^{1,2}. Nos anos 2000, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial³, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico^{4,5} e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos⁶. Em consonância com os dados mundiais, o Ministério da Saúde do Brasil relatou que as doenças cardiovasculares são a primeira causa da mortalidade no país, representando 30,8% dos óbitos, tendo como principal fator de risco a HAS². A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada entre os anos de 2006 a 2011, mostrou que a prevalência de HAS na população de adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1%⁷. Neste o período, a prevalência aumentou progressivamente com a idade e foi maior entre mulheres e adultos de baixa escolaridade⁷.

Inúmeras explicações para a associação entre HAS e condicionantes socioeconômicos e demográficos têm sido apontadas, como por exemplo: o acesso diferencial aos

serviços de saúde, a distribuição de fatores de risco cardiovascular, a presença de comorbidades associadas à hipertensão arterial nos diferentes grupos populacionais podem contribuir isoladamente ou em sinergismo com fatores genéticos e ambientais^{8,9}. Adicionalmente, países de alta renda têm reduzido a prevalência de HAS através de ações em políticas públicas, como a redução de sódio em alimentos industrializados, o diagnóstico precoce e tratamentos disponíveis à população, bem como o monitoramento de cofatores de risco para doenças cardiovasculares⁵. De forma contrária, em países de economia emergente, como o Brasil, as prevalências de HAS ainda apresentam crescimento⁸. A HAS, embora seja um fator de risco evitável, reflete em custos médicos elevados, como taxas de hospitalizações e gastos em medicamentos, principalmente em função de suas complicações, como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades⁷⁻⁹.

Considerando que o acompanhamento ambulatorial da HAS reduz significativamente a mortalidade e a morbidade por doenças cardiovasculares¹, torna-se essencial o conhecimento da prevalência dos condicionantes demográficos e socioeconômicos em populações brasileiras negligenciadas, assim como a identificação de grupos mais vulneráveis e prioritários para a elaboração de políticas públicas mais equânimes^{8,9}. Inserido nesse contexto, o presente estudo visou avaliar a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e descrevê-la segundo descritores demográficos e socioeconômicos em uma população amazônica proveniente do Município de Tefé/AM.

METODOLOGIA

Delineamento do Estudo e Amostragem:

Este é um estudo observacional, descritivo e transversal de base populacional, realizado no período de 2014 a 2016. A abordagem metodológica envolveu o uso de questionários estruturados para a populações adulta (idade a partir dos 20 anos) residente na área urbana do Município de Tefé. Este município encontra-se localizado no interior do Estado do Amazonas, distante 574 km da capital Manaus, às margens do Rio Solimões¹⁰.

O Município de Tefé está localizado na região do Médio Solimões e ocupa uma área territorial de 23.704 Km². O Censo de 2010 estimou a população de Tefé em 61.453 habitantes, sendo 31.492 (51,24%) do sexo masculino e 29.907 (48,75%) do feminino¹⁰. Aproximadamente, 81,5% da população reside na área urbana do município e 18,5% na área rural¹⁰. O cálculo da amostra utilizou as informações do Censo Demográfico referente a população residente da área urbana relatada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, tendo sido estabelecido o número de 380 indivíduos a serem estudados. Utilizou-se, para calcular a amostra, o programa estatístico Epi-Info (versão 3.5.1), com intervalo de confiança de 95%, proporção de 50% e erro de estimação de 5%. Com acréscimo de 20% para possíveis perdas ou recusas, o tamanho total da amostra foi de 451 adultos.

A seleção da amostra teve como unidade de referência os setores censitários, segundo o IBGE, totalizando 18 setores em Tefé¹⁰. De cada setor, selecionou-se uma

amostra aleatória simples proporcional ao número de indivíduos residentes em cada um desses setores, tendo em vista o tamanho da amostra. Devido à proporção considerada e para melhor distribuição para efeitos de vizinhança, foi sorteado um domicílio e saltados cinco. No caso de o domicílio estar vazio, escolheu-se a casa imediatamente seguinte. Não participaram do estudo as gestantes, as mães de crianças menores de seis meses, indígenas e seus descendentes, menores de 18 anos e as pessoas que apresentaram limitações físicas e/ou mentais que impossibilitassem a obtenção dos dados. Informações complementares sobre amostragem e critérios de inclusão e exclusão de participantes no presente estudo foram previamente publicadas¹¹.

Critérios para Avaliação dos Descritores Demográficos, Socioeconômicos e Saúde:

A investigação epidemiológica dos descritores demográficos, socioeconômicos e de saúde (níveis pressóricos) ocorreu por meio de questionário elaborado pelos pesquisadores¹¹. Uma equipe multidisciplinar, constituída por uma técnica em enfermagem e um biólogo (anotador), ficou responsável por realizar as entrevistas, aplicar os questionários e avaliar os descritores da saúde. As entrevistas, previamente agendadas com um dos responsáveis pelo domicílio e conforme a disponibilidade e conveniência do entrevistado, tiveram duração de aproximadamente 35 minutos e ocorreram na residência do participante. No momento da entrevista, o biólogo lia as perguntas e anotava as respostas em uma planilha de dados gravada no dispositivo móvel exclusivo deste estudo (*tablet* do modelo WorkTab Q10; Philco). Em seguida, a técnica de enfermagem procedeu a avaliação

dos descritores de saúde. O entrevistado permaneceu sentado durante aferição da pressão arterial e consequente determinação do status pressórico (normotenso ou hipertenso). No decorrer desta etapa, o biólogo permaneceu ao lado da avaliadora a fim de anotar os resultados na planilha de dados¹¹.

As variáveis demográficas incluíram: gênero (masculino e feminino) e idade (20 a 35 anos, a partir de 36 anos). Quanto as variáveis socioeconômicas investigaram-se o nível de escolaridade e a renda mensal domiciliar. Para o delineamento do nível de escolaridade considerou-se a última série concluída com aprovação. A variável foi agrupada em quatro faixas de escolaridade, de acordo com o sistema de educação brasileiro: menos de 1 ano (Analfabeto); 1-9 anos (Ensino Fundamental); 10-12 anos (Ensino Médio); acima de 12 anos de estudo (Ensino Superior)^{8,11}.

A renda mensal domiciliar foi calculada tendo como base com base o valor do rendimento mensal domiciliar para todas as unidades domiciliares, excluindo o rendimento dos pensionistas, empregados domésticos, parentes dos empregados domésticos e pessoas com menos de 10 anos de idade^{8,11}. Os valores foram transformados em salários mínimos vigentes no ano das pesquisas e categorizados em faixas de salários mínimos^{8,12}. O salário mínimo correspondia a R\$ 724,00 em 2014, R\$ 788,00 em 2015 e R\$ 880,00 em 2016, e foi categorizado em três faixas: alta (acima de cinco salários mínimos), média (de três a cinco salários mínimos) e baixa (até dois salários mínimos).

Informações sobre HAS foram obtidas por meio da aferição da pressão arterial. Este procedimento ocorreu em triplicata e com apa-

relho semiautomático (modelo HEM 711AC, OMRON), considerando-se para análise a média das três medições¹². As medidas foram feitas com o indivíduo sentado, após cinco minutos de repouso e após ter permanecido, pelo menos, 30 minutos sem ingerir café ou fazer uso de tabaco¹³. Em cada indivíduo, os valores de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram calculados a partir da média aritmética das três medidas. O indivíduo foi classificado como hipertenso se relatou uso, ainda que irregular, de alguma medicação anti-hipertensiva ou se apresentou valores médios de PAS \geq 140mmHg e/ou PAD \geq 90mmHg¹².

Análise Estatística:

As análises estatísticas, conduzidas pelo programa SPSS (versão 20.0), incluíram: 1) análise descritiva, evidenciando as frequências absolutas, relativas e valores de média e desvio padrão; 2) análise comparativa dos parâmetros demográficos (idade) e socioeconômicos (nível de escolaridade e renda familiar mensal) para averiguar diferenças e similaridades entre os gêneros, com uso do testes de qui-quadrado; 3) análise bivariada de prevalência da HAS e as razões de prevalência, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%), segundo os descritores demográfico e socioeconômico e 4) análise multivariada por regressão logística a fim de fornecer as razões de prevalências, e respectivos IC95%, ajustadas para a variável demográfica (idade e gênero). Todas as análises foram realizadas considerando a estratificação da amostra pelos gêneros masculino e feminino. O nível de significância para todos os testes foi estabelecido em $\alpha=0,05$.

Aspectos Éticos da Pesquisa:

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, mediante o parecer nº. 407.080, de 26 de setembro de 2013. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa, cujos preceitos éticos foram assegurados com o cumprimento da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Um total de 451 adultos da população amazônica de Tefé/AM, com idade a partir de 20 anos, foram avaliados no período de 2014 a 2016. As prevalências da HAS atingiram 26,8% (IC95%: 25,4-28,1) da população total, 34% (IC95%: 33,1-35,4) dos homens e 21% das mulheres (IC95%: 19,8-22,1) (Figura 1). A prevalência da doença mostrou ser mais

elevada entre os homens quando comparados com as mulheres ($p=0,003$).

Os resultados da análise descritiva realizada na amostra da população adulta de Tefé/AM estão sumarizados na Tabela 1. A amostra de estudo foi constituída de 41,7% ($n=188$) homens, idade média de $38,42 \pm 14,69$ anos e 58,3% ($n=263$) mulheres com média de $38,20 \pm 14,42$ anos. Não houve diferença significativa nas médias das idades entre os gêneros ($p=0,40$). A maioria dos entrevistados (52,1%, $n=235$) tinha mais de 36 anos de idade, sem diferença significativa entre os gêneros ($p=0,549$). Quanto à escolaridade, observou-se o predomínio de indivíduos com mais de 12 anos de estudos - faixa equivalente ao nível superior completo ou em andamento - (42,6%, $n=192$). Apesar do número elevado de mulheres com nível superior completo/incompleto, este descritor socioeconômico não apresentou diferença en-

Figura 1: Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na amostra total de Tefé, nos homens e nas mulheres com idade a partir de 20 anos. Tefé/AM, 2014-2016.

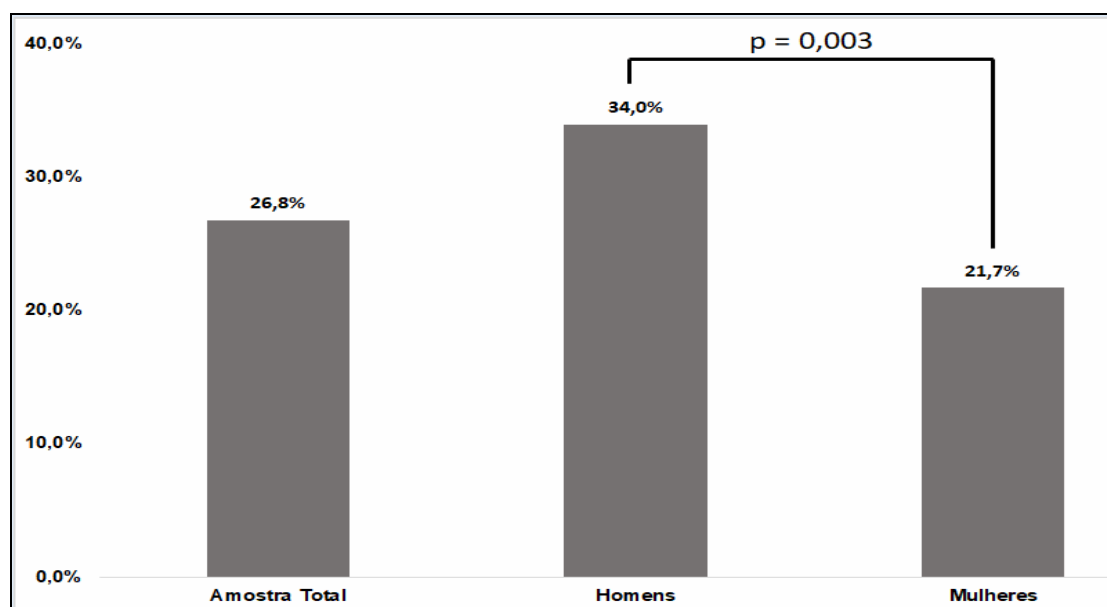


Tabela 1: Descrição das características demográficas e socioeconômicas na amostra total, nos homens e nas mulheres com idade superior a 20 anos residentes no município de Tefé/AM, 2014-2016.

Variáveis	Amostra Total n (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)	Valor do p
Idade				
Até 35 anos	216 (47,9%)	93 (49,5%)	123 (46,8%)	0,549
A partir de 36 anos	235 (52,1%)	95 (50,5%)	140 (53,2%)	
Escolaridade				
Ensino Superior	192 (42,6%)	72 (38,3%)	120 (45,6%)	0,277
Ensino Médio	111 (24,6%)	49 (26,1%)	62 (23,6%)	
Ensino Fundamental	125 (27,7%)	54 (28,7%)	71 (27,0%)	
Analfabeto	23 (5,2%)	13 (6,9%)	10 (3,8%)	
Renda Familiar Mensal				
Acima de 5 salários mínimos	34 (7,6%)	14 (7,4%)	20 (7,6%)	0,205
De 3 a 5 salários mínimos	218 (48,3%)	98 (52,1%)	120 (45,6%)	
Até 2 salários mínimos	199 (44,1%)	76 (40,4%)	123 (46,8%)	
Status Pressórico				
Normotenso	330 (73,2%)	124 (66,0%)	206 (78,3%)	0,003
Hipertenso	121 (26,8%)	64 (34,0%)	57 (21,7%)	

tre homens e mulheres ($p=0,277$). Em relação à renda familiar, 48,3% ($n=218$) dos entrevistados informaram rendimento mensal entre 3 e 5 salários mínimos. A análise comparativa das faixas salariais não apresentou diferença significativa entre homens e mulheres ($p=0,208$).

As prevalências da HAS, estratificada pelo gênero e segundo os descritores demográficos (idade) e socioeconômicos (nível de escolaridade e renda familiar mensal) estão sumarizadas na Tabela 2. Na análise por faixa etária, observou-se uma tendência linear ascendente entre idade e o aumento dos níveis pressóricos, ou seja, a prevalência da HAS aumentou 2,98 vezes de acordo com a mu-

dança de faixa etária. Esse padrão repetiu-se em homens (RP: 3,24; IC95%:1,52-6,89) e mulheres (RP: 3,64; IC95%: 1,71-7,78). Verificou-se também maiores prevalências de HAS em pessoas com menor escolaridade. Na amostra total, as prevalências da HAS atingiram 56,5% dos analfabetos e 37,6% daqueles com ensino fundamental completo/incompleto. Este resultado indicou uma tendência linear negativa entre o número de anos de estudo e a HAS, uma vez que entre os indivíduos analfabetos a prevalência da doença foi de 4,21 (IC95%: 1,56-11,34), e diminuiu para 1,99 (IC95%: 1,09-3,64) entre os indivíduos com ensino fundamental. Esse

Tabela 2 - Prevalência da HAS, razão de prevalência e intervalo de confiança, segundo características demográficas e socioeconômicas da amostra total e em homens e nas mulheres. Tefé/AM, 2014-2016.

Variáveis	Amostra Total	Homens	Mulheres
	Prevalência [RP*; IC95%]	Prevalência [RP*; IC95%]	Prevalência [RP*; IC95%]
Idade			
Até 35 anos**	13,9%	20,4%	8,9%
A partir de 36 anos	38,5% [2,98; 1,79-4,96]	47,3% [3,24; 1,52-6,89]	32,6% [3,64; 1,71-7,78]
Escolaridade			
Ensino Superior**	19,8%	29,2%	14,2%
Ensino Médio	20,7% [1,20; 0,64-2,25]	24,5% [0,73; 0,30-1,79]	17,7% [1,62; 0,64-4,81]
Ensino Fundamental	37,6% [1,99; 1,09-3,64]	44,4% [1,57; 0,46-2,93]	32,4% [2,63; 1,13-6,12]
Analfabeto	56,5% [4,21; 1,56-11,34]	53,8% [1,65; 0,41-6,64]	60,0% [7,78; 1,77-34,27]
Renda Familiar Mensal			
> 5 salários mínimos**	29,4%	35,7%	25,0%
De 3 a 5 salários mínimos	27,1% [0,81; 0,35-1,88]	33,7% [1,15; 0,32-4,07]	21,7% [0,63; 0,19-2,06]
Até 2 salários mínimos	26,1% [0,52; 0,21-1,28]	34,2% [0,83; 0,21-3,22]	21,1% [0,40; 0,11-1,43]

*RP = razão de prevalência; ** classe de referência.

padrão repetiu-se apenas entre as mulheres e, assim, como observado na amostra total, a prevalência da HAS decresce com o aumento no número de anos de estudo. A variável renda familiar mensal, não apresentou correlação com o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica.

Os resultados das análises das razões de prevalência após o ajuste para os descri-

tores demográficos (idade e gênero) estão apresentadas na Tabela 3. Na análise ajustada, a prevalência da HAS manteve-se mais elevada somente entre indivíduos analfabetos (RP: 2,71; IC95%: 1,05-7,01), quando comparados com os que possuem educação superior completa ou em andamento. Este resultado reflete-se apenas entre as mulheres, uma vez que neste subgrupo amostral observou-se

Tabela 3: Razões de Prevalência (RP) ajustadas da HAS em relação as variáveis socioeconômicas na amostra total e estratificada pelo gênero. Tefé/AM, 2014-2016.

Variáveis	Amostra Total	Homens	Mulheres
	RP Ajustada* [IC95%]	RP Ajustada** [IC95%]	RP Ajustada** [IC95%]
Escolaridade			
Ensino Superior	1,00	1,00	1,00
Ensino Médio	0,96 [0,52-1,77]	0,68 [0,29-1,63]	1,33 [0,55-3,21]
Ensino Fundamental	1,48 [0,85-2,58]	1,05 [0,45-2,44]	1,96 [0,92-4,15]
Analfabeto	2,71 [1,05-7,01]	1,40 [0,38-5,09]	5,63 [1,38-22,97]
Renda Familiar Mensal			
Acima de 5 salários mínimos	1,00	1,00	1,00
De 3 a 5 salários mínimos	1,04 [0,45-2,42]	1,26 [0,37-4,29]	0,85 [0,27-2,70]
Até 2 salários mínimos	0,87 [0,37-2,03]	0,96 [0,28-3,32]	0,78 [0,25-2,49]

* valores ajustados pelas variáveis idade e gênero; ** valores ajustados pela idade.

também uma razão de prevalência aumentada entre as que relataram menos de um ano de estudo (RP: 5,63; IC95%: 1,38-22,97). As análises ajustadas das razões de prevalência para a variável renda familiar mensal não apresentaram correlação com o desenvolvimento da HAS na amostra estudada.

DISCUSSÃO

A prevalência de HAS observada nos amazônicos de Tefé/AM foi similar àquelas descritas para os grandes centros urbanos no país¹³ e no mundo¹⁴. Além disso, verificou-se um aumento gradual na prevalência da doença como passar dos anos, independente do gênero e em mulheres com baixa escolaridade. De fato, a Organização Mundial de Saúde³ alerta que o envelhecimento populacional e a presença de comportamentos de risco, como consumo de álcool e tabaco, consumo de alimentos com baixo valor nutricional e

exposição crônica ao estresse contribuem de forma independente e aditiva para o aumento da prevalência da HAS. Além disso, informativos epidemiológicos recentes mostraram que elevações nos níveis pressóricos são mais prevalentes entre as mulheres, nos indivíduos de idade mais avançada, de cor da pele preta, com menores níveis de escolaridade e de renda^{8,15}.

No que diz respeito a diferença entre os gêneros, a frequência da doença foi maior entre os homens, contrapondo alguns estudos nacionais⁷ e corroborando estimativas de estudos internacionais^{4,14}. Em países como Estados Unidos e Canadá, a prevalência de HAS foi estimada em 30% para homens e 25% para mulheres^{4,14}. Na Europa, esses valores variaram entre 44,8% e 60,2% nos homens e 30,6% a 50,3% nas mulheres^{4,14}. Ainda que as mulheres sejam apontadas como grupo de maior prevalência para HAS, estudos recentes constataram uma tendência crescente dessa doença entre os homens^{16,17}.

O perfil de morbidade, tanto para doenças crônicas quanto para as agudas, é distinto entre homens e mulheres¹⁸. Para os homens, a idade e o envelhecimento foram significativamente associados à maior prevalência de HAS. Entre as mulheres, o nível de escolaridade assim como a idade e o envelhecimento estiveram relacionados à maior prevalência de HAS. A idade foi um importante preditor para o aumento dos níveis pressóricos tanto para os homens quanto para as mulheres residentes em Tefé/AM. Os resultados do presente estudo indicaram uma tendência linear significativa com o aumento da prevalência da HAS à medida que aumenta a faixa de idade em ambos os gêneros. Resultados semelhantes em relação à associação da HAS com a idade também foram observados em outros estudos de mesmo delineamento em populações brasileiras^{7,8} e mundiais⁴. O aumento dos níveis pressóricos pode ser explicado por alterações hemodinâmicas próprias do envelhecimento, como o enrijecimento da artéria aorta e maior resistência vascular periférica^{1,2}. As alterações hemodinâmicas têm início entre os 20 e 30 anos de idade, porém entre os 30 e 50 anos é que os níveis elevados se instalam¹.

Com relação ao nível de escolaridade, as maiores prevalências de HAS foram observadas em mulheres não letradas ou com ensino fundamental. Tal achado também foi relatado em estudos brasileiros de âmbito nacional^{7,8}. Segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no período 2006 a 2011, os maiores índices de HAS foram encontrados nos estratos sociais com baixos níveis de escolaridade⁷. Nos inquéritos epidemiológicos delineados para o estudo de doenças crônicas não transmissíveis a avaliação do nível socioeconômico é embasada no nível

de escolaridade e na renda mensal familiar, observando-se taxas maiores de doenças hipertensivas nos níveis socioeconômicos mais baixos¹⁹. As diferenças socioeconômicas desempenham importante papel nas condições de saúde em decorrência de vários fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento²⁰.

O desenho metodológico do presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados: (1) a população investigada é aquela que tem maior disponibilidade de ser encontrada em casa, como por exemplo, aposentados e donas de casa; e (2) o desenho transversal limita a possibilidade de interpretar associações encontradas como derivadas de relações causa-efeito. Contudo, a utilização de informações do censo demográfico reduziu a possibilidade da ocorrência de vieses neste estudo.

CONCLUSÃO

A prevalência estimada da HAS foi maior entre as mulheres com baixa escolaridade e com idade superior a 36 anos. Este dado nos leva a refletir sobre a importância de ações socioeducativas que visam o melhor controle dos níveis pressóricos; estabelecer metas para ampliar o grau de conhecimento da HAS e suas comorbidades associadas voltadas para este grupo de risco.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas pelo apoio financeiro (Edital nº. 22/2013).

REFERÊNCIAS

1. Malachias MV, Souza WK, Plavnik FL, Rodrigues CI, Brandão AA, Neves MF, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Suppl 3):1-83.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017; 389(10064): 37-55.
3. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva: WHO, 2013.
4. Mittal BV, Singh AK. Hypertension in the developing world: challenges and opportunities. *Am J Kidney Dis*. 2010; 55: 590-8.
5. Campbell DJ, Manns BJ, Weaver RG, Hemmelgarn BR, King-Shier KM, Sanmartin C. Financial barriers and adverse clinical outcomes among patients with cardiovascular-related chronic diseases: a cohort study. *BMC Med*. 2017;15(1): 33-38.
6. Patel SA, Ali MK, Narayan KM, Mehta NK. County-Level Variation in Cardiovascular Disease Mortality in the United States in 2009-2013: Comparative Assessment of Contributing Factors. *Am J Epidemiol*. 2016;184(12): 933-42.
7. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Cheri OS, Swarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(2): 297-304.
8. Canuto-Lobo LAC, Dias-da-Costa R, Pattussi JS. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saúde Pub*. 2017; 33: e00035316.
9. Barros MBA, Bergamo F, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16: 3755-68.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010b: Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=130420&search=%7Ctefe>>. Acesso em 20 out. 2013.
11. Cordeiro JYF, Freitas SRS. Excess weight prevalence and associated factors in an urban population from the Amazonas countryside, Brazil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29(4): 533-43.
12. Cifu AS, Davis AM. Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA*. 2017;318(21):2132-4.
13. Galvão RRS, Soares DA. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em adultos: uma revisão na literatura brasileira. *Rev APS*. 2016; 19(1): 139-49.
14. Balakumar P, Maung-U K, Jagadeesh G. Prevalence and prevention of cardiovascular disease and diabetes mellitus. *Pharmacol Res*. 2016; 113: 600-09.
15. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, de Ferranti S, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics, 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2015; 131: e29-322.
16. Oliveira BFA, Mourão DS, Gomes N, Costa JMC, Souza AV, Bastos WR, et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(8): 1617-30.
17. Silva C S, Paes NA. Satisfação de Usuários Hipertensos e Profissionais Segundo os Atributos Essenciais da Atenção Primária. *Rev Bras Ci Saúde*. 2017; 21(3): 229-38.
18. Rocha-Brischiliari SC, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Peloso SM. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev Bras Cardiol*, 2014; 27(1): 35-42.
19. Ibrahim MM. Hypertension in Developing Countries: A Major Challenge for the Future. *Curr Hypertens Rep*. 2018; 20(5): 38-52.
20. Kim D, Glazier RH, Zagorski B, Kawachi I, Oreopoulos P. Neighbourhood socioeconomic position and risks of major chronic diseases and all-cause mortality: a quasi-experimental study. *BMJ Open*. 2018; 8(5): e018793.

CORRESPONDÊNCIA

Silvia Regina Sampaio Freitas
 Estrada do Bexiga, 1085 – Juruá.
 CEP: 69552-315 - Tefé – AM – Brasil
 E-mail: silvia.sampaio.freitas@hotmail.com /
srfreitas@uea.edu.br