

INFORME EPIDEMIOLÓGICO

Prevalência de hipertensão no território da equipe 3 da USF Cohab Cabo Michel

ACADÊMICOS DE MEDICINA ETAPA 2/UNIVAG

Ana Clara Pizarro Varella
Gabriela Cristina Corrêa Barros
Giovanna Benvenuto Medeiros Zuconelli
Leonardo Gehring Pimenta
Maria Eduarda Gontijo Beal Ranalli
Mariana Moura Santos Fonsêca
Vivian Costa de Abreu Evangelista

DOCENTE RESPONSÁVEL PELO PROJETO

Erhancielly Shirley Souza Sodré

SUPERVISORA DO PEI

Patrícia da Silva Ferreira



Edição nº 36. Julho de 2026
Centro Universitário – UNIVAG
Curso de Medicina
Programa Extensionista Integrador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	03
2. METODOLOGIA.....	04
3. RESULTADOS.....	05
3.1 Frequência Relativa dos Casos de Hipertensão.....	05
3.2 Prevalência de Hipertensão.....	07
3.3 Distribuição da Prevalência por Estratos Etários.....	09
4. DISCUSSÃO.....	10
5. CONCLUSÃO.....	12
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada pela elevação persistente dos níveis pressóricos — PAS $\geq$ 140 mmHg e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg — aferidos sob condições técnicas adequadas em pelo menos duas ocasiões distintas.¹ Resultante da interação complexa entre fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e psicossociais, a HA é reconhecida globalmente como um dos principais problemas de saúde pública, sendo frequentemente denominada "pandemia silenciosa" devido à sua alta prevalência, natureza frequentemente assintomática e elevado impacto na morbimortalidade cardiovascular.¹⁻²

Atualmente, estima-se que 1,28 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos vivam com a condição, com dois terços localizados em países de baixa e média renda, o que evidencia o papel determinante dos fatores socioeconômicos na distribuição da doença². A cronicidade do processo, aliada ao fato de que cerca de 46% dos indivíduos hipertensos desconhecem seu diagnóstico, favorece a progressão de lesões em órgãos-alvo, como o coração, rins e sistema cerebrovascular.²⁻³ O relatório global da OMS sobre a hipertensão (2023) projeta que a otimização de estratégias de rastreamento e manejo pode evitar aproximadamente 76 milhões de mortes até 2050, consolidando a HA como o fator de risco modificável mais expressivo para o óbito prematuro.³

A fisiopatologia da HA envolve determinantes não modificáveis, como a senescência, o sexo biológico e a etnia, e fatores modificáveis. Entre estes últimos, destacam-se a obesidade, o sedentarismo, hábitos alimentares desbalanceados (elevada ingestão de sódio e baixa de potássio), etilismo, tabagismo e distúrbios do sono¹. O estresse crônico e estados psicossociais adversos também desempenham papel preponderante no incremento da atividade simpática e na perpetuação da hipertensão.¹

O diagnóstico baseia-se na aferição padronizada, sendo a classificação atual (DBHA 2025) essencial para a estratificação de risco: indivíduos com PAS entre 120-139 mmHg e/ou PAD 80-89 mmHg são classificados como pré-hipertensos, enquanto níveis $\geq$ 140/90 mmHg confirmam a hipertensão.¹ Para a confirmação diagnóstica e monitoramento, métodos como a MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) e a MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial) são fundamentais para avaliar o perfil pressórico real do paciente.¹

O manejo terapêutico visa a redução dos níveis pressóricos e do risco cardiovascular global, integrando medidas não farmacológicas — controle de peso, atividade física, cessação do tabagismo, moderação de álcool e dieta hipossódica — e o tratamento medicamentoso. Este

último, baseado na utilização de diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio, IECA e BRA, deve ser individualizado conforme o perfil clínico e a presença de lesões em órgãos-alvo.¹

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) consolida-se como o nível assistencial de maior relevância. A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua no primeiro contato e no seguimento contínuo, facilitando a detecção precoce e o manejo resolutivo dos pacientes⁴. Estudos corroboram que o acompanhamento sistemático realizado pela ESF incrementa a utilização dos serviços de saúde e a adesão terapêutica.⁵⁻⁶ A continuidade do cuidado, conforme apontado por Ribeiro et al. (2026), é o fator determinante para o controle pressórico sustentado e o fortalecimento do vínculo entre a equipe e a comunidade.⁷ Ademais, a literatura reforça que a prevalência elevada em populações idosas demanda estratégias específicas de monitoramento preventivo.⁸

Em suma, a APS não atua apenas na prescrição farmacológica, mas na coordenação do cuidado integral, sendo indispensável para a mitigação do impacto epidemiológico da hipertensão e para o fomento da qualidade de vida dos indivíduos no SUS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo- analítico sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A pesquisa foi realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde, tendo como cenário o território de abrangência da equipe de Saúde da Família (equipe 3) da USF Cohab Cabo Michel do município de Várzea Grande - MT. A população do estudo foi constituída pela totalidade dos indivíduos adscritos à referida equipe no território. Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, com cadastro ativo no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB/e-SUS APS) . Foram excluídos do estudo cadastros duplicados, óbitos registrados ou indivíduos que mudaram de território antes do período de coleta de dados.

Os dados foram obtidos de forma secundária por meio do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) — através do prontuário eletrônico do cidadão (e-SUS APS) — e das fichas de cadastro e acompanhamento territorial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As variáveis coletadas incluíram diagnóstico clínico de HAS registrado no prontuário ou reportado no cadastro. Os dados foram organizados e analisados utilizando o programa Excel. A análise estatística estruturou-se em três etapas principais: Frequência Relativa, Prevalência e Razão de Prevalência.

Para a caracterização sociodemográfica da população e dos pacientes hipertensos, utilizou-se a estatística descritiva por meio do cálculo de frequências absolutas (n) e frequências relativas (proporções em porcentagem). A prevalência de hipertensão arterial foi calculada de forma global e estratificada (por sexo ou faixa etária), dividindo-se o número de casos existentes de hipertensão pelo total da população adscrita no mesmo período, multiplicando-se pelo fator de base 100 (expressa em porcentagem). Para avaliar a associação entre as variáveis de exposição e o desfecho (Hipertensão), calculou-se a Razão de Prevalência (RP).

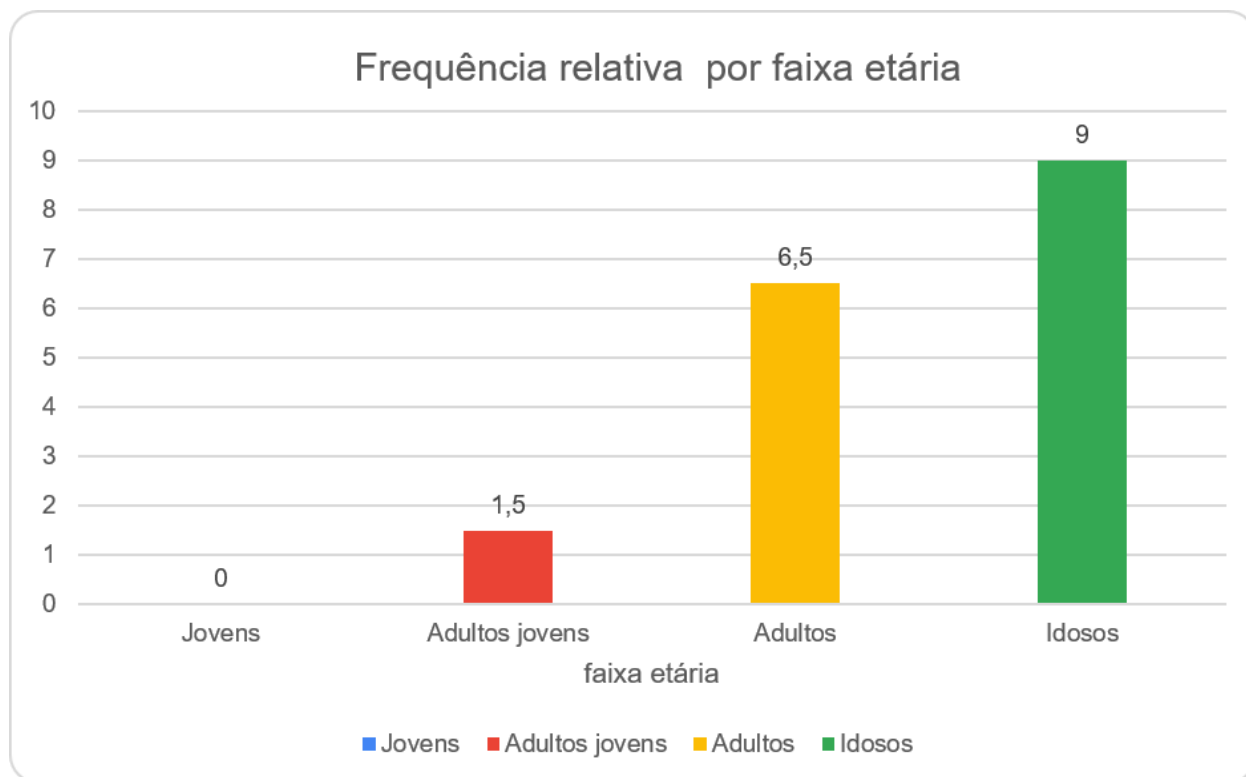
Por se tratar de uma pesquisa que utiliza dados secundários, agregados e sem identificação nominal dos participantes, mantendo o sigilo e o anonimato conforme as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, solicitou-se a anuência da gestão municipal para o acesso aos sistemas de informação.

3. RESULTADOS

3.1 Frequência Relativa dos Casos de Hipertensão

O gráfico 1 demonstra uma clara progressão da frequência relativa conforme o avanço da idade, iniciando com 0% na faixa de jovens, o que indica ausência de casos nesta população, seguido por um discreto aumento em adultos jovens (1,5%), sugerindo o início do aparecimento da condição. Observa-se então um crescimento expressivo na faixa de adultos (6,5%), representando mais de quatro vezes o valor anterior e indicando que a condição se torna clinicamente relevante nesse grupo, possivelmente em decorrência do acúmulo de fatores de risco ao longo da vida, como sobrepeso/obesidade, consumo de álcool e tabagismo. Por fim, os idosos apresentam a maior frequência (9,0%), evidenciando um aumento adicional, ainda que menos abrupto, reforçando a associação entre envelhecimento e maior ocorrência da condição. De forma geral, o padrão observado é gradual e diretamente relacionado à idade, caracterizando um comportamento típico de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial.

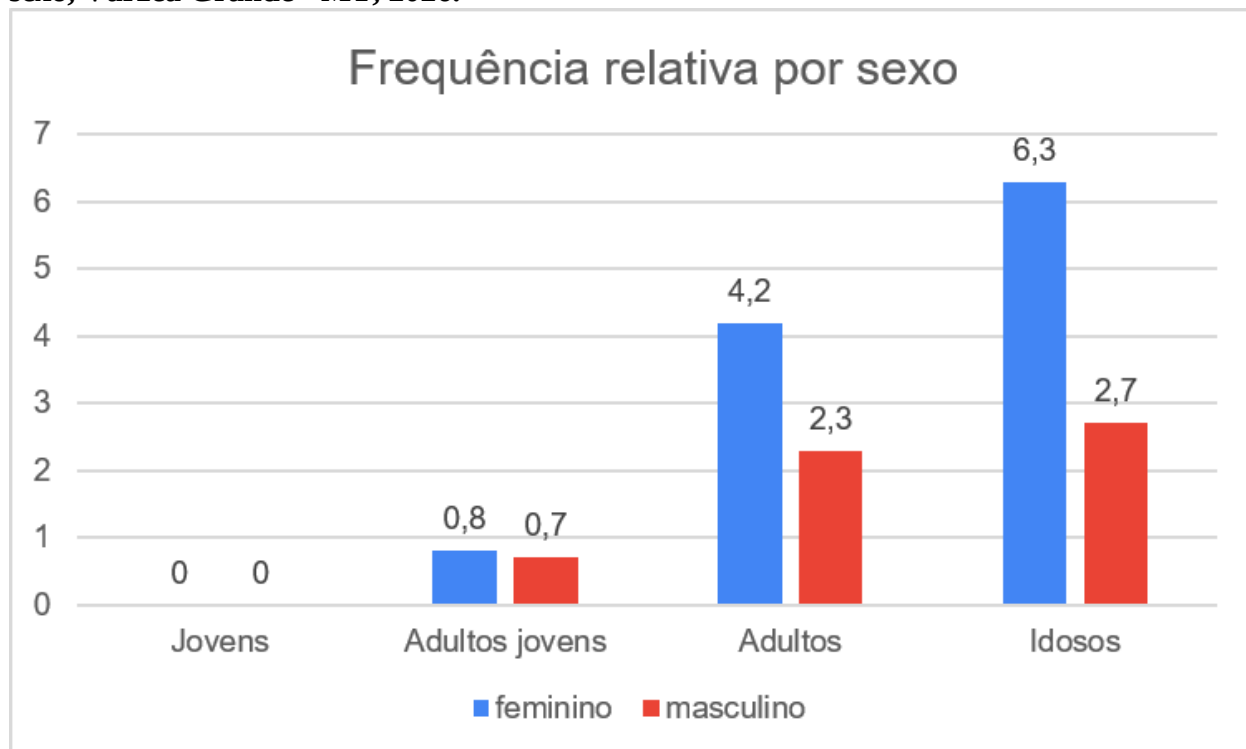
Gráfico 1: Frequência relativa dos casos de hipertensão na USF Cabo Michel (equipe 3) por faixa etária, Várzea Grande - MT, 2026.



Fonte: Ministério da Saúde (e-SUS), 2026.

No gráfico 2, observa-se que, na população jovem, não há casos registrados em ambos os sexos (0%). Nos adultos jovens, por sua vez, há um início discreto da condição, com valores muito próximos entre feminino (0,8%) e masculino (0,7%), indicando uma pequena discrepância percentual entre esses grupos. Entretanto, a partir da fase adulta, a diferença torna-se mais evidente, com aumento expressivo no sexo feminino (4,2%) em comparação ao masculino (2,3%), expondo um aumento de aproximadamente o dobro da frequência. Essa propensão se apresenta ainda mais significativa na população idosa, destacando que o sexo feminino representa a maior frequência do gráfico (6,3%), enquanto o masculino mantém baixos valores (2,7%). De forma geral, é perceptível que, embora ambos os sexos apresentem aumento progressivo com o avançar da idade, a Hipertensão arterial é mais frequente no sexo feminino em todas as faixas etárias avaliadas.

Gráfico 2: Frequência relativa dos casos de hipertensão na USF Cabo Michel (equipe 3) por sexo, Várzea Grande - MT, 2026.

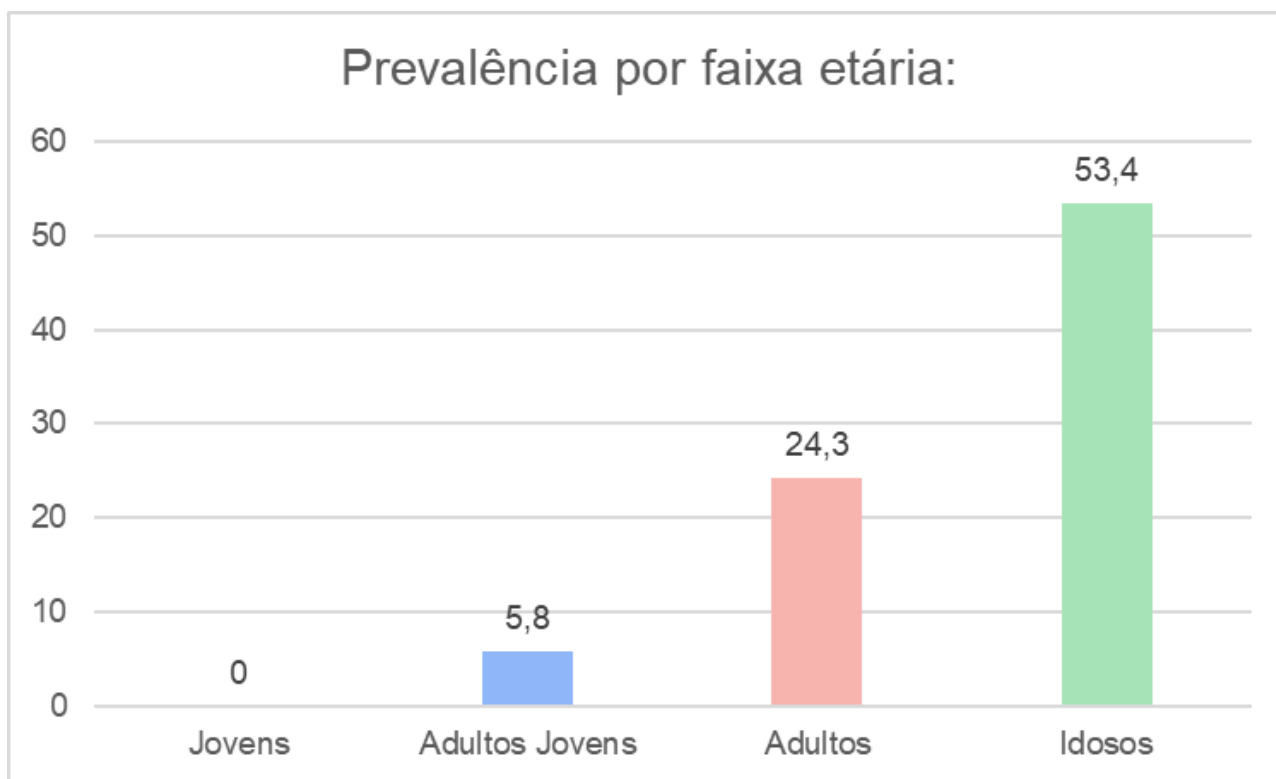


Fonte: Ministério da Saúde (e-SUS), 2026.

3.2 Prevalência de Hipertensão

Conforme ilustrado no Gráfico 3, observa-se que os resultados apontaram que o avanço da idade está associado ao aumento da prevalência de hipertensão. Entre os jovens, não foram registrados casos (0%), indicando ausência de hipertensão neste grupo no período analisado. Já nos adultos jovens, a prevalência foi de 5,8 por 100 pessoas, demonstrando início do aparecimento da condição. O impacto epidemiológico torna-se mais expressivo na fase adulta, atingindo 24,3% da população analisada e o pico de prevalência ocorre no grupo de pessoas idosas, onde o índice chega a 53,4%, indicando que mais da metade dos indivíduos desse grupo etário é acometido pela hipertensão.

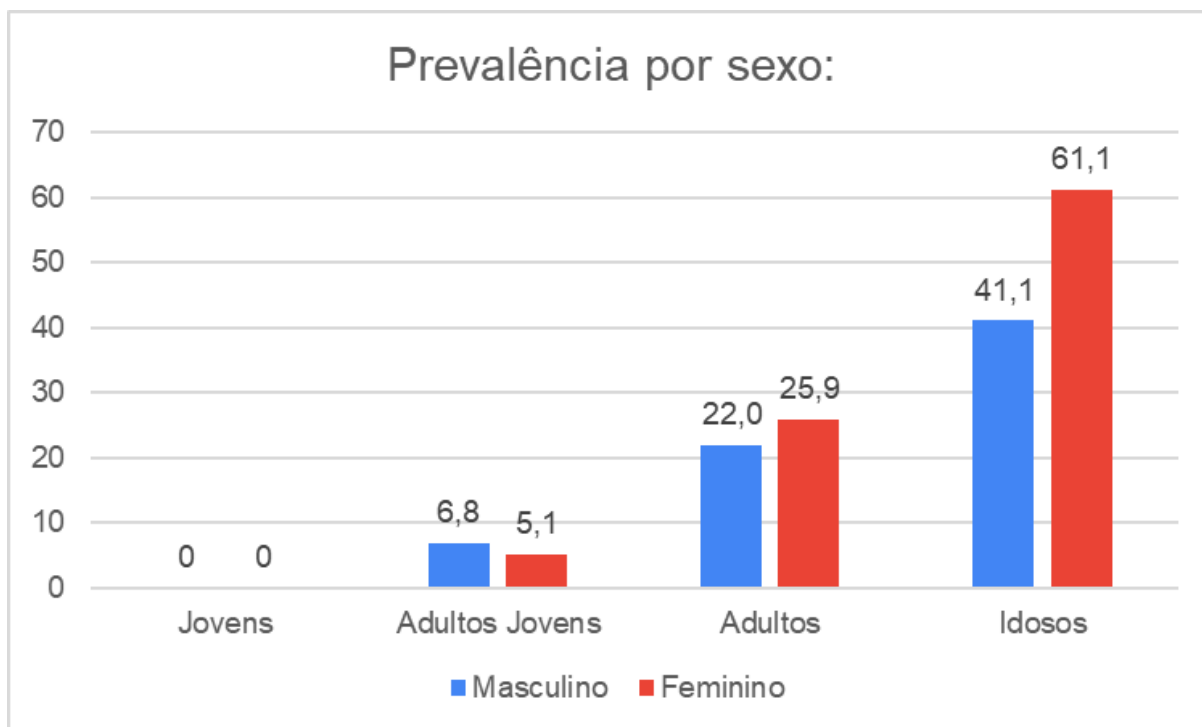
Gráfico 3: Prevalência de hipertensão na USF Cabo Michel (equipe 3) por faixa etária, Várzea Grande - MT, 2026.



Fonte: Ministério da Saúde (e-SUS), 2026.

O gráfico 4 detalha a prevalência de hipertensão arterial na área de abrangência da USF Cabo Michel, segmentada por ciclo de vida e sexo. O gráfico reforça um gradiente ascendente na prevalência da patologia diretamente proporcional ao avanço da idade em ambos os sexos. Enquanto na faixa etária de jovens a prevalência foi nula (0%) tanto para o sexo masculino, o grupo adultos jovens apresentou prevalência de 6,8% no sexo masculino. Na faixa etária adulta, nota-se uma elevação considerável, com as mulheres apresentando uma prevalência ligeiramente superior (25%) em comparação aos homens (22%). O maior impacto epidemiológico concentra-se no grupo de idosos, onde a prevalência atinge seu ápice. Também destaca-se a disparidade acentuada entre os sexos: a prevalência feminina chega a 61,1% e supera a masculina que é de 41,1%. Os dados demonstram que a população idosa feminina apresenta a maior carga de morbidade da unidade.

Gráfico 4: Prevalência de hipertensão na USF Cabo Michel (equipe 3) por sexo, Várzea Grande - MT, 2026.

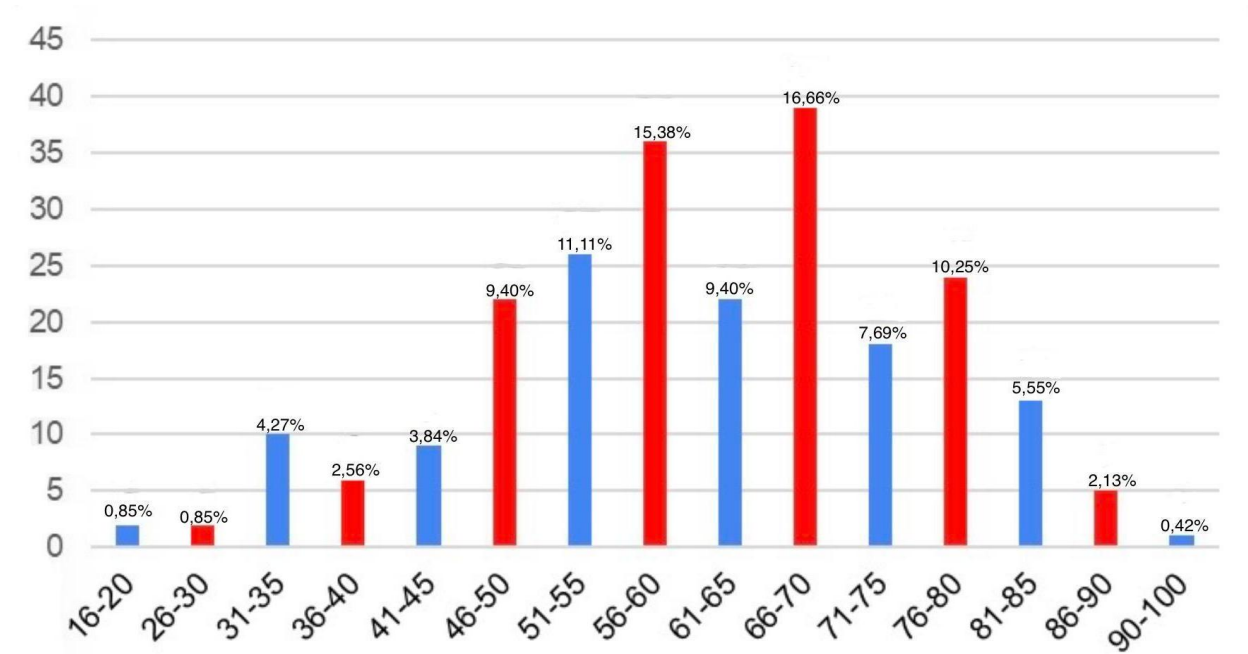


Fonte: Ministério da Saúde (e-SUS), 2026.

3.3 Distribuição da Prevalência por Estratos Etários

O gráfico 5 demonstra forte associação entre a variável de exposição e idade com o desfecho (Hipertensão). Observa-se que a prevalência de hipertensão aumenta gradualmente ao longo da vida, acompanhando o envelhecimento da população. Nas faixas etárias mais jovens, como 16–20 e 26–30 anos, os valores são bem baixos (0,85%), indicando que a doença ainda é pouco frequente nesses grupos. A partir da vida adulta, esse cenário começa a mudar. Já nas faixas de 31–35 anos (4,27%) e 41–45 anos (3,84%), é notável, o início desse crescimento, que se torna mais evidente entre 46–50 anos (9,40%). Esse aumento continua nas idades seguintes, como 51–55 anos (11,11%) e 56–60 anos (15,38%), refletindo o acúmulo de fatores de risco ao longo do tempo. O impacto da hipertensão se torna ainda mais significativo nas idades mais avançadas, com destaque para a faixa de 66–70 anos (16,66%). Mesmo depois desse pico, há uma leve redução, como em 71–75 anos (7,69%) e 76–80 anos (10,25%), mas a doença ainda permanece bastante presente. Nas faixas etárias mais elevadas, como 81–85 anos (5,55%), 86–90 anos (2,13%) e 90–100 anos (0,42%), observa-se uma diminuição dos valores. Os dados deixam claro que a hipertensão está extremamente relacionada ao envelhecimento.

Gráfico 5: Distribuição da prevalência na USF Cabo Michel (equipe 3) por estratos etários, Várzea Grande - MT, 2026.



Fonte: Ministério da Saúde (e-SUS), 2026.

4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na área de abrangência da equipe 3 da USF Cohab Cabo Michel demonstram que a frequência relativa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) segue um gradiente ascendente em relação à idade. A ausência de casos entre jovens e a prevalência discreta nos adultos jovens (1,5%) contrastam com o crescimento expressivo na fase adulta e o pico na população idosa. Esse comportamento reflete o caráter crônico e progressivo da condição, intensificado ao longo da vida pelo envelhecimento vascular e pela exposição cumulativa a fatores de risco, como sobrepeso, obesidade, tabagismo e consumo de álcool ¹. A recente Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2025) reforça que a persistência desses fatores no idoso é um dos principais determinantes não apenas da HAS, mas do declínio cognitivo e da perda de funcionalidade nesta população.

Ao analisarmos a variável sexo sob a perspectiva da frequência relativa, percebemos que a equidade observada nos adultos jovens se desfaz a partir da fase adulta. Nesse momento, as mulheres passam a apresentar uma frequência aproximadamente duas vezes superior à dos homens, disparidade que se acentua na população idosa. Essa concentração feminina não deve ser interpretada apenas como uma maior vulnerabilidade biológica, mas sim como o resultado de um

perfil demográfico de maior longevidade feminina e, fundamentalmente, de um comportamento de autocuidado que favorece a busca pelos serviços de saúde. Em contrapartida, a menor frequência masculina pode indicar um subdiagnóstico, sinalizando que a equipe de saúde deve priorizar estratégias de busca ativa e estratégias educativas focadas no público masculino, que muitas vezes permanece invisível ao sistema.

Ao aprofundarmos a análise com o cálculo da prevalência, o padrão de crescimento com a idade torna-se ainda mais nítido e preocupante. O fato de a prevalência atingir 53,0% no grupo idoso não é um achado isolado; ele ecoa uma realidade nacional. Estudos brasileiros recentes sobre internações por HAS entre 2015 e 2025 demonstram que a patologia permanece como um desafio monumental para o SUS, com uma carga hospitalar elevada que se correlaciona diretamente com o envelhecimento e as dificuldades crônicas de controle clínico ambulatorial ⁴. Dessa forma, a maior prevalência encontrada no nosso estudo é a tradução local do acúmulo de exposições cardiometabólicas — como diabetes, dislipidemias e doença renal — que a população adscrita acumula ao longo das décadas.

Da mesma forma que a idade, a estratificação por sexo na análise de prevalência confirma a tendência observada anteriormente. A maior carga de morbidade encontrada entre mulheres idosas (61,1%) deve ser lida à luz do perfil da população adscrita e da maior eficiência do diagnóstico feminino. Como demonstrado em um estudo nacional com 7.852 pacientes, ² a maior prevalência registrada em mulheres não significa, necessariamente, que elas estejam mais doentes ou descontroladas; pelo contrário, muitos estudos apontam que mulheres em acompanhamento apresentam melhor controle pressórico que homens. Logo, essa prevalência superior em nosso território sugere que a rede de atenção está conseguindo detectar e registrar melhor a condição entre as mulheres, o que nos permite atuar de forma mais resolutiva.

Por fim, ao associarmos a idade como fator de exposição os dados reafirmam matematicamente o que a observação clínica já sugeria: a hipertensão é aproximadamente duas vezes mais frequente na população idosa do que na adulta neste território. Este resultado é corroborado por pesquisas desenvolvidas em outras regiões do país, como o estudo de Lima et al. (2025), que encontrou prevalências superiores a 60% entre idosos, fortemente ligadas a fatores metabólicos como o excesso de peso e o aumento da circunferência abdominal.³

Portanto, o conjunto de dados da USF Cohab Cabo Michel aponta para um cenário claro: a hipertensão é uma demanda prioritária e crescente. A discussão de nossos achados reforça que

as ações da Unidade devem ser organizadas em torno do acompanhamento contínuo dos idosos — com olhar atento às disparidades de gênero — e, simultaneamente, em um esforço renovado de busca ativa para o público masculino e para os adultos jovens, visando o diagnóstico precoce e a mitigação dos riscos cardiovasculares antes que a doença se consolide.

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo corroboram a forte associação entre o envelhecimento e a Hipertensão Arterial Sistêmica, evidenciada pelo crescimento progressivo da frequência relativa e da prevalência ao longo das faixas etárias. Identificou-se uma maior prevalência da doença em mulheres, especialmente entre idosas, padrão alinhado ao perfil epidemiológico nacional e que, possivelmente, reflete uma maior captação diagnóstica desse grupo pela rede de atenção. Diante desse cenário, torna-se imperativo o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce no território, com foco no acompanhamento contínuo dos pacientes hipertensos pela Atenção Primária à Saúde. Estratégias voltadas à melhoria da qualidade de vida e ao controle de fatores de risco modificáveis são fundamentais para a mitigação do impacto cardiovascular na população adscrita. Em resposta a essa necessidade, foi desenvolvido um projeto de extensão, em parceria com a equipe da Estratégia Saúde da Família, que culminou na reativação de uma horta comunitária. Esta intervenção objetiva fomentar hábitos alimentares saudáveis, incentivar a atividade física e fortalecer o vínculo da população com a unidade de saúde, configurando-se como uma estratégia prática e sustentável de educação em saúde e intervenção sobre os determinantes do processo saúde-doença.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitosa ADM, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624.
2. Barbosa ECD, Kato SK, Feitosa A, Mota-Gomes MA, Miranda RD, Brandão AA, et al. Identificação de fenótipos de hipertensão entre os sexos: um estudo de vida real com 7.852 pacientes em tratamento. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250037. doi:10.36660/abc.20250037.
3. Lima JMP, et al. Hipertensão arterial sistêmica em idosos e fatores associados: estudo de base populacional. Cad Saude Colet. 2025;33(2):e20250001.
4. Leles IB, Americano JM, Amâncio NFG, Silva JL. Prevalência de hipertensão arterial em idosos no Brasil: análise de dados nacionais. Rev Delos. 2026;19(77):1-9. doi:10.55905/rdelosv19.n77-101.
5. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Jun 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
6. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Jun 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
7. Oliveira BLC, Cardoso LFC, Dominice RO, Corrêa AAP, Fonseca AEC, Moreira JPL, et al. The influence of the Family Health Strategy on hypertensive adults in health care use in Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200006. doi:10.1590/1980-549720200006.
8. Ribeiro AMVB, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Continuity of care for people with hypertension in primary health care: a scoping review. Rev Esc Enferm USP. 2026;59:e20250053. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0053en.