



ARTIGO ORIGINAL

TENDÊNCIA TEMPORAL DA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM FLORIANÓPOLIS ENTRE 2006 A 2020**TEMPORAL TREND IN THE PREVALENCE OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN FLORIANOPOLIS BETWEEN 2006 TO 2020**Eduardo Stracke¹Kevin Mueller Valle²Giovanna Grünewald Vietta³**RESUMO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência, e representa um grave problema de saúde pública global. Este estudo teve como objetivo verificar a tendência temporal de prevalência de HAS em Florianópolis no período de 2006 a 2020. Estudo ecológico de séries temporais, com base no banco de dados VIGITEL. Verificada tendência temporal de incremento na prevalência de HAS em Florianópolis ($\beta= 1,19$; $p < 0,001$), com variação percentual (VP) de 15,9% entre o primeiro e último ano estudado. O mesmo comportamento foi evidenciado para ambos os sexos (Feminino: $\beta=1,253$ - VP 16,6%; Masculino: $\beta=1,04$ - VP: 14,1%; $p < 0,001$), todos os níveis de escolaridade (0 a 8 anos: $\beta= 1,283$ - VP: 19,8%; 9 a 11 anos: $\beta= 1,185$ - VP: 15%; 12 ou mais: $\beta=0,942$ - VP: 11,3%; $p < 0,001$), e entre indivíduos ativos e sedentários (sedentários: $\beta=1,355$ - VP:17,4%; ativos: $\beta= 1,108$ - VP:14,3%; $p < 0,001$). Verificada uma tendência de aumento nas taxas de prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, em Florianópolis nos anos estudados, em ambos os sexos, em níveis de escolaridade e em indivíduos ativos e sedentários, entre 2006 e 2020.

Descritores: HAS; prevalência; atividade física; Florianópolis.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a highly prevalent non-transmissible chronic disease, and represents a serious global public health problem. This study aimed to verify the temporal trend of prevalence of SAH in Florianopolis in the period from 2006 to 2020. Ecological study of temporal series, based on the VIGITEL database. There was a temporal trend towards an increase in the prevalence of SAH in Florianopolis ($\beta= 1.19$; $p < 0.001$), with a percentage variation (PV) of 15.9% between the first and last year studied. The same behavior was evidenced for both genders (Female: $\beta=1.253$ - VP 16.6%; Male: $\beta=1.04$ - VP: 14.1%; $p < 0.001$), all levels of education (0 to 8 years: $\beta= 1.283$ - PV: 19.8%; 9 to 11 years: $\beta= 1.185$ - PV: 15%; 12 or more: $\beta=0.942$ - PV: 11.3%; $p < 0.001$), and between active and sedentary

¹ Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: eduardostracke@hotmail.com

² Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: kevinmu7@hotmail.com

³ Doutora em Ciências Médicas. Professora e pesquisadora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - Unisul e dos Cursos de Biomedicina, Odontologia, Nutrição, Enfermagem e Medicina Veterinária da UniSociesc Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ggvieta@gmail.com



individuals (sedentary: $\beta=1.355$ - VP:17.4%; active: $\beta= 1.108$ - VP:14.3%; $p<0.001$). An increasing trend was verified in the prevalence rates of Systemic Arterial Hypertension, in Florianópolis in the years studied, in both sexes, in levels of education and in active and sedentary individuals, between 2006 and 2020.

Keywords: SAH; prevalence; physical activity; Florianópolis.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de alta prevalência, e representa um grave problema de saúde pública global⁽¹⁾. Uma avaliação mundial da tendência da prevalência de hipertensão sugeriu estabilidade nas taxas globais, padronizadas por idade, entre adultos de 30 a 79 anos; observando, em 2019, uma frequência de 32% em mulheres e 34% em homens, semelhantes aos níveis de 1990 (32% em mulheres e 32% em homens). Tal comportamento foi efeito de uma diminuição nas taxas de prevalência de HAS nos países de alta renda, e para as mulheres também nos países centrais e Europa Oriental, e um aumento em alguns países de baixa renda e países de renda média⁽²⁾.

No Brasil, dados da pesquisa de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL^(3,5) sugerem um aumento nas taxas, ao comparar a média das prevalências de HAS das Capitais do Brasil e Distrito Federal, (2006: 20,6%; 2013: 22,6%; 2020: 23,4%). Em concordância, dados da Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013⁽⁶⁾, demonstraram 21,4% de diagnóstico médico de HAS, entre brasileiros com 18 anos, e, em 2019⁽⁷⁾ 23,9%. Entre 1998 e 2008, no Brasil, também foi possível observar aumento da prevalência da hipertensão associado ao aumento da faixa idade da população⁽⁸⁾.

Em relação as regiões, a região sudeste é a mais prevalente, com 25,9%, seguida da região sul, com 24,5%^(3,5). Em Florianópolis, capital de Santa Catarina (SC), esse percentual é de 22,1%^(5,9); e sugere-se um comportamento temporal de incremento, ao comparar as taxas de 2006 (17,7%) e 2020 (22,1%)^(3,5).

Ainda, é possível relacionar a incidência de HAS com o sexo^(8,10), o menor grau de escolaridade^(8,10), a menor renda familiar^(8,11), e maus hábitos de vida, como inatividade física⁽¹²⁾. Sugere-se que haja uma tendência temporal de aumento na prevalência de HAS entre indivíduos com menor nível de instrução formal, com uma variação de 28,8% em 2006 para 44% em 2020 para os que estudaram até o ensino fundamental^(3,5). O mesmo comportamento é esperado entre indivíduos com a renda familiar de até 2 salários mínimos⁽¹¹⁾.

Entre 2006 e 2011, a prevalência da HAS na faixa de idade entre 45 e 54 anos aumentou de 31,8



para 35,3%. Na faixa entre 55 e 64 anos aumentou de 48,2 para 50,5%. Entre os com até 8 anos de escolaridade, de 26,8% aumentou para 28,3%. Já entre os de maior escolaridade, também houve aumento, de 16 para 17,5%⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que a HAS representa significativa morbimortalidade em termos globais; por estar associada a várias complicações como fibrilação arterial, doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico ou isquêmico, doença renal crônica (DRC) e doença arterial obstrutiva periférica. Algumas das complicações decorrentes da HAS, como a DAC e o AVE, estão intimamente relacionadas com a hipertensão descontrolada, são as duas principais causas de morte no Brasil⁽¹²⁾.

Além disso, a hipertensão está associada a incapacidades laborais, prejudicando diretamente os portadores dessa DCNT e gerando gastos de saúde⁽¹³⁾. Em contrapartida, a prática regular de exercício físico está relacionada tanto com a prevenção do desenvolvimento desta doença, quanto como terapia não medicamentosa coadjuvante no tratamento, possibilitando, inclusive, a retirada de medicamentos e até ser utilizada como monoterapia.⁽¹⁴⁾

Assim, percebe-se que a HAS, uma doença sensível a atenção primária em saúde, é passível de ser prevenida e dispõe de tratamentos eficazes e disponíveis na rede pública. É imprescindível conhecer o comportamento temporal das taxas de prevalência levando em consideração fatores sociodemográficos e hábitos de vida que, comprovadamente, estão associados a doença. Os dados levantados servirão de base para elaboração de políticas públicas de saúde a nível regional. Logo, o presente estudo buscou verificar a tendência temporal de hipertensão arterial sistêmica em Florianópolis, entre 2006 e 2020.

MÉTODOS

Estudo ecológico de séries temporais a partir de dados obtidos pela pesquisa Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, no período de 2006 a 2020, em Florianópolis⁽¹⁵⁾. A população do estudo foi composta por 30.000 adultos com idade ≥ 18 anos, de ambos os sexos, que residem em Florianópolis e que foram entrevistados, se autodeclararam com HAS e foram inseridos no banco de dados do VIGITEL no período de 2006 a 2020. Os dados foram organizados no *software Windows Excel* e posteriormente exportados e analisados no *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS®) 23*. A prevalência de HAS foi calculada por meio da razão entre o número de indivíduos com HAS e a população total respondente da cidade de Florianópolis, multiplicado por 100 habitantes. Para cada ano foram calculadas também as taxas de HAS segundo sexo, faixa etária, escolaridade, e prática de atividade física.



Para a análise da tendência temporal de HAS foram utilizadas as taxas pelo método de regressão linear simples, obtendo-se um modelo estimado de acordo com a fórmula $Y = b_0 + b_1X$, onde Y = coeficiente padronizado, b_0 = coeficiente médio do período, b_1 = incremento anual médio e X = ano.

Para examinar o comportamento (aumento, redução ou estabilidade) e a variação média, foi avaliado valor (positivo ou negativo) e a significância estatística do coeficiente de regressão (β). A taxa foi considerada crescente se β for positivo, e decrescente se β for negativo. A significância estatística do modelo será determinada para o valor de $p < 0,05$. Esse estudo está em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e de acordo com as diretrizes e normas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, Artigo 1º, Parágrafo Único, Incisos II, III e V. Por tratar-se de um estudo de tipo ecológico que utilizou dados de domínio público, não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina.

No VIGITEL, todos os entrevistados aceitaram o Termo de Consentimento Verbal (por ser entrevista por telefone, que substitui a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Os dados foram guardados com sigilo, e os participantes sequer foram identificados, por ser entrevista por telefone.

RESULTADOS

O presente estudo analisou a tendência temporal de Hipertensão Arterial Sistêmica em Florianópolis, no período de 2006 a 2020. O comportamento temporal geral e estratificado segundo sexo, faixa etária, escolaridade e prática de atividade física está apresentado na tabela 1. Observou-se uma tendência de aumento nas taxas de prevalência de HAS ($\beta = 1,19$; $p < 0,001$) em Florianópolis, com taxa de 20,8% no início e 36,7% no final do período estudado com aumento de 76,4%. O mesmo comportamento foi identificado para ambos os sexos (Feminino: $\beta = 1,253$; Masculino: $\beta = 1,04$; $p < 0,001$), com aumento de 14,1% entre as taxas de 2006 a 2020 para o sexo masculino e de 16,6% para o sexo feminino, ao comparar o primeiro e o último ano.

Ao analisar o comportamento segundo faixa etária, observou-se tendência a estabilidade em todas as faixas etárias.

Segundo escolaridade, observou-se uma tendência de aumento em todos níveis de escolaridade ($p < 0,001$). A maior variação média anual ocorreu entre os indivíduos com 0 a 8 anos de escolaridade ($\beta = 1,283$), seguido pelos indivíduos com 9 a 11 anos de escolaridade ($\beta = 1,185$) e 12 ou mais anos de escolaridade ($\beta = 0,942$); com variação percentual, ao comparar as taxas de 2006 e 2020, de 19,8%, 15% e 11,3% respectivamente.

Ao analisar a tendência temporal da prevalência de HAS segunda a prática ou não de atividade física, observou-se tendência de incremento para ambas ($p < 0,001$). A maior variação média anual



ocorreu entre os indivíduos sedentários ($\beta=1,355$) em relação aos indivíduos ativos ($\beta=1,108$); com um aumento de 17,4% e 14,3% respectivamente, ao comparar o primeiro e último ano estudado.

DISCUSSÃO

O estudo aponta tendência de aumento nas taxas de prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Florianópolis, entre 2006 e 2020. A taxa era de 20,8% em 2006 e foi para 36,7% em 2020.

O estudo Lobo *et al.*(2017)⁽⁸⁾ sugere que o aumento na prevalência de HAS é uma tendência nacional, no qual a taxa no Brasil em 1998 era de 18,1% e subiu para 20,9% em 2008. Dorans *et al.*(2018)⁽¹⁵⁾ sugere essa mesma tendência nos Estados Unidos, onde a taxa de Hipertensos subiu de 25,6% entre 1999 e 2000 para 43,5% entre 2015 e 2016. Possíveis hipóteses para isso são o aumento no consumo de sódio em toda a população mundial, o maior número de diagnósticos e falha nas políticas públicas para investir em prevenção.

O mesmo comportamento temporal foi identificado para ambos os sexos. O sexo feminino mostrou ter maior prevalência e maior variação percentual entre o primeiro e último ano do estudo. O Estudo Ferreira *et al.*(2019)⁽¹⁶⁾ realizado em Diamantina-MG demonstra a mesma tendência, nele o sexo feminino tem a prevalência de 12%, enquanto no masculino de apenas 6,5%. Analisando a média nacional de idosos em Mendes *et al.*(2014)⁽¹⁷⁾, o sexo feminino teve prevalência acima de 60%, enquanto o masculino sequer atingiu 55%. Uma das hipóteses para essa relação com o sexo é por conta de as mulheres no geral terem uma cultura maior de prevenção a saúde, procurando mais os serviços, e consequentemente sendo mais diagnosticadas⁽¹⁸⁾. Alguns estudos mostram que muitos do sexo masculino apenas descobrem ter HAS após algo grave, como um Acidente Vascular Encefálico⁽¹⁹⁾.

O estudo presente mostrou tendência de estabilidade nas taxas relacionadas a todas as faixas etárias. Julião *et al.*(2021)⁽²⁰⁾ avaliou em 3 anos, 2008, 2013 e 2019, e também sugere essa tendência. Esse resultado avalia indiretamente as políticas públicas, e demonstra que elas não estão sendo efetivas na redução ou prevenção da HAS, pois mesmo com a aplicação delas, a taxa permanece estável.

Ao analisar a tendência de hipertensão segundo escolaridade, observou-se uma maior variação entre indivíduos com 0 a 8 anos de escolaridade, seguido por indivíduos com 9 a 11 anos de escolaridade e, por último, indivíduos com 12 anos ou mais de estudo formal, mantendo as prevalências de hipertensão maiores entre as pessoas com menos anos de estudo e com tendência de aumento no período analisado. Essa variável apresenta a mesma tendência no Estudo Ferreira *et al.*(2019)⁽¹⁶⁾ realizado em Diamantina-MG. Esse fenômeno pode ser explicado pelo menor grau de instrução desses indivíduos, maior nível de estresse e pela dificuldade de acesso a alimentos saudáveis. O estudo Ferreira *et al.*(2019)



⁽¹⁶⁾ demonstra, ainda, uma prevalência de HAS bastante superior em indivíduos com escolaridade em nível de mestrado e doutorado, variável que não pode ser observada nesse estudo por não haver a diferenciação entre indivíduos com 12 anos ou mais de estudo no VIGITEL.

Quanto a prática ou não de atividade física, o estudo presente demonstrou uma maior tendência de aumento nas taxas do primeiro ao último ano entre indivíduos sedentários (17,4%), contra 14,3% entre em pessoas ativas. Essa mesma tendência pode ser encontrada no estudo de Aziz *et al.* (2014) ⁽²¹⁾, corroborando essa estreita relação entre o desenvolvimento de HAS e sedentarismo, assim como a importância da prática de exercício físico na prevenção e tratamento dessa DCNT. Isso pode ser explicado tanto pelos benefícios diretos da atividade física, como a vasodilatação periférica promovida pelo exercício, maior capacidade pulmonar e melhor controle da frequência cardíaca, que é consideravelmente melhor entre indivíduos treinados. Além disso, pode haver influência de fatores indiretos relacionados com praticantes de atividade física regular, como melhores hábitos alimentares (menor consumo de sódio e industrializados) e comportamentais (menor consumo de álcool e tabaco). Por último, é importante ressaltar, em relação à essa variável, a existência de uma tendência de aumento nas taxas de hipertensão mesmo entre indivíduos fisicamente ativos (Aziz *et al.* (2014)) ⁽²¹⁾, o que é explicado pela patogenia dessa DCNT, que apresenta uma maior incidência em pessoas mais velhas. Portanto, com o envelhecimento da população vivenciado na sociedade brasileira atualmente é esperado essa tendência.

Portanto considerando a alta prevalência da Hipertensão, e o baixo custo de se prevenir ela, além da facilidade em se identificar os fatores de risco vistos no estudo presente, esse trabalho pode ajudar na elaboração de políticas públicas, ou mesmo privadas, de prevenção à saúde em nível regional.

O presente estudo apresenta como limitações a aplicação do instrumento ser feita por telefone, pois assim o diagnóstico de HAS é autorreferido pelo entrevistado, podendo acontecer subnotificação de casos. Entretanto os dados do VIGITEL são referência para as políticas públicas de saúde, relacionadas às DCNT, do Ministério da Saúde. Apesar das limitações, com o resultado desse estudo, percebe-se a necessidade de mais estudos de tendência de HAS relacionados com a prática de atividade física, e procurar entender os motivos das taxas apresentarem tendência de aumento. Além disso, estudos são necessários para avaliar as diferenças de hábitos entre capital e interior para caracterizar melhor a população do estado. Assim, considerando-se a alta prevalência da HAS, e o baixo custo de se prevenir ela, além da facilidade em se identificar os fatores de risco vistos no estudo presente, esse trabalho pode auxiliar na elaboração de políticas públicas, ou mesmo privadas, de prevenção à saúde em nível regional.



CONCLUSÃO

Foi verificada uma tendência de aumento nas taxas de prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em Florianópolis nos anos estudados, entre 2006 e 2020. O mesmo comportamento foi evidenciado para ambos os sexos, todos os níveis de escolaridade e entre indivíduos ativos e sedentários.

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.
2. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, et al. **Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants**. The Lancet. 2021 Aug;398(10304). [Acesso em 2022 Abr 3] - Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1) .
3. Vigitel Brasil 2006. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** [internet]. [Acesso em 2022 Abr 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006.pdf.
4. Vigitel Brasil 2013. **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 2013 ministério da saúde Brasília, DF • 2014** [Internet]. [Acesso em 2022 Abr 3] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf
5. Vigitel Brasil 2020. **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 2020** [Internet]. [Acesso em 2022 Abr 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>
6. Ministério da Saúde (Brasil). **Pesquisa Nacional de Saúde - 2013 - Módulo de doenças crônicas - hipertensão arterial** [Internet]. Datasus.gov.br. 2013 [Acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pns/pnsqa.def>
7. Ministério da Saúde (Brasil). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019 Brasil e Grandes Regiões Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal** [Internet]. [Acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
8. Tirapani LS. Universidade federal de juiz de fora programa de pós graduação em saúde área de concentração: saúde. **Avaliação do Impacto da Renda, Educação e Cor na Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica** [Internet]. 2018 [Acesso em 2022 Abr 3]. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/7807/1/lucianadossantostirapani.pdf>
9. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, et al. **Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. 2017;33(6).



10. World Health Organization. **The Top 10 Causes of Death** [Internet]. World Health Organization. 2020. [Acesso em 2022 Mai 8]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
11. Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM et al. **Prevalence of self-reported arterial hypertension in Brazilian capitals in 2011 and analysis of its trends in the period between 2006 and 2011**. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2014;17(suppl 1):215–26.
12. Filho GSG, Faerstein E. **Incapacidade para Atividades Habituais: Relação com Pressão Arterial e Terapêutica Anti-Hipertensiva**. Temporary Limitations in Daily Routine Activities: Association with Arterial Pressure and Antihypertensive Therapy [Internet]. [Acesso em 2022 Mai 8]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/MZJFNyHDghgdtvc53Tpq8Lm/?format=pdf&lan>.
13. Laterza MC, Rondon MUPB, Negrão CE. **Efeito anti-hipertensivo do exercício** [Internet]. Revista Brasileira de Hipertensão. 2007 ; 14(abr./ju 2007): 104-111.[Acesso em 2022 Mai 5]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/10-efeito.pdf>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. **População estimada de Florianópolis em 2021** [acesso em 2022 Mai 8]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>
15. Dorans KS, Mills KT, Liu Y, et al. **Trends in Prevalence and Control of Hypertension According to the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Guideline** [Internet]. Journal of the American Heart Association. 2018. [Acesso em 2023 Mai 18]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29858369/>
16. Ferreira PAA, Bodevan EC, Oliveira LC. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Características sociodemográficas associadas à prevalência de hipertensão arterial sistêmica [Internet]. [acesso em 2023 Mai 6]. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/download/5003/pdf_867
17. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2014 Mar 20 [acesso em 2023 Mai 6];9(32):273–8. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/795>
18. Boing AC, Boing AF. **Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde Systemic Arterial Hypertension: what do brazilian register and information systems say**. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2007;14(2):84–8. [acesso em 2023 Mai 6]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/06-hipertensao.pdf>
19. Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC et al. **Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. 2013 Mar;29(3):507–21.
20. Julião NA, Souza A, Guimarães RRM. **Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019)**. Ciência & Saúde Coletiva. 2021 Sep;26(9):4007–19.



21. Aziz JL. **Sedentarismo e hipertensão arterial Sedentary lifestyle and hypertension.** Rev Bras Hipertens [Internet]. 2014;21(2):75–82. [Acesso em 2023 Mai 6]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881411/rbh-v21n2_75-82.pdf

TABELA

Tabela 1 -Tendência temporal das taxas de prevalência de Hipertensão em adultos e idosos, segundo sexo, faixa etária, escolaridade e prática de atividade física no município de Florianópolis, entre 2006 a 2020.

	Tx média	Varição ente 2006 e 2020	Beta	IC95%	R	Valor de p	Interpretação
Florianópolis	31,1	76,40	1,19	0,90	1,48	0,926	<0,001 ↑
Sexo							
Masculino	28,13	75,40	1,04	0,74	1,34	0,897	<0,001 ↑
Feminino	32,93	74,43	1,253	0,953	1,553	0,926	<0,001 ↑
Faixa Etária (anos)							
18 a 24 anos	2,68	-8,82	0,021	-0,321	0,321	0,052	0,853 E
25 a 34 anos	6,63	84,78	0,049	-0,349	0,349	0,143	0,611 E
35 a 44 anos	14,6	26,98	0,141	-0,241	0,441	0,295	0,286 E
45 a 54 anos	26,11	18,37	0,124	-0,224	0,424	0,23	0,409 E
55 a 64 anos	42,29	0,00	-0,235	-0,535	0,135	-0,328	0,233 E
65 anos ou mais	57,03	11,38	-0,032	-0,332	0,332	-0,059	0,835 E
Escolaridade							
até 8 anos	47,29	56,25	1,283	0,983	1,583	0,856	<0,001 ↑
9 a 11 anos	28,42	81,08	1,185	0,885	1,485	0,907	<0,001 ↑
12 ou mais	23,1	75,30	0,942	0,642	1,242	0,83	<0,001 ↑
Atividade Física							
ativo	27,06	79,44	1,108	0,808	1,408	0,913	<0,001 ↑
sedentário	37,11	69,05	1,355	1,055	1,655	0,905	<0,001 ↑

Fonte: Vigitel (2006 a 2020)

Tx média – média das taxas do período. IC95%– Intervalo de Confiança de 95%. Beta – Variação média anual. Valor de p –Considerada significância estatística $p < 0,05$. ↑- Incremento. E- Estabilizado.