

Perfil Clínico E Fatores Associados À Hipertensão E Diabetes: Experiência Comunitária Em Ouro Preto

Clinical Profile And Associated Factors Of Hypertension And Diabetes: A Community-Based Experience In Ouro Preto

Perfil Clínico Y Factores Asociados A Hipertensión Y Diabetes: Experiencia Comunitaria En Ouro Preto

Lucas Gabriel Martins¹, Lucas Perillo Campos², Guilherme Freitas Zampirolli Faria³, Felipe Adler de Almeida Pena⁴

Como citar: Martins LG, Campos LP, Faria GFZ, Pena FAA. Perfil Clínico E Fatores Associados À Hipertensão E Diabetes: Experiência Comunitária em Ouro Preto. REVISA. 2026; 15(Esp2): 148-153. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v15.n.Esp.2.148.a.153>

REVISA

11. Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Medicina. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0006-5373-5280>

2. Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Medicina. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0005-5474-2303>

3. Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Medicina. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0005-4819-489X>

4. Hospital Geral Dr. Beda, UTI e Emergência. Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0001-7901-0206>

Recebido: 17/01/2026
Aprovado: 22/03/2026

RESUMO

Objetivo: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) afetam grande parcela da população brasileira, com prevalências de 25% e 8-10%, respectivamente (PNS, Vigitel). Este estudo transversal avaliou 550 adultos em triagem comunitária realizada em Ouro Preto (MG). Foram coletados dados de pressão arterial, glicemia capilar e medidas antropométricas. HAS foi definida como pressão $\geq 140/90$ mmHg ou diagnóstico prévio, e DM por glicemia elevada ou diagnóstico médico. A prevalência de HAS foi 42,7%, superior à média nacional, com maior frequência em mulheres (45,5% vs. 39,5%). A prevalência de DM foi 10,5%. Observou-se associação significativa entre HAS e obesidade abdominal, além de forte relação entre HAS e DM, uma vez que 70,7% dos diabéticos eram também hipertensos. Entre os hipertensos em tratamento, os fármacos mais utilizados foram losartana e hidroclorotiazida. Conclui-se que ações de triagem comunitária são estratégias relevantes para detecção precoce, encaminhamento e controle de HAS e DM, devendo ser fortalecidas no SUS, sobretudo em grupos vulneráveis.

Descritores: hipertensão arterial; diabetes mellitus; triagem comunitária.

ABSTRACT

Objective: Hypertension (HTN) and diabetes mellitus (DM) affect a large proportion of Brazilian adults, with prevalences of 25% and 8-10%, respectively (PNS, Vigitel). This cross-sectional study assessed 550 adults in a community screening in Ouro Preto, Minas Gerais. Data included blood pressure, capillary glucose, and anthropometric measures. HTN was defined as BP $\geq 140/90$ mmHg or prior diagnosis, and DM as elevated glucose or known diagnosis. The prevalence of HTN was 42.7%, higher than national averages, with greater frequency among women (45.5% vs. 39.5%). DM prevalence was 10.5%. Significant associations were observed between HTN and abdominal obesity, as well as between HTN and DM, since 70.7% of diabetic participants were also hypertensive. Losartan and hydrochlorothiazide were the most used antihypertensive drugs. Community screening initiatives proved effective for early detection and referral, and should be integrated into the Brazilian Unified Health System (SUS), especially targeting vulnerable groups.

Descriptors: arterial hypertension; diabetes mellitus; community screening.

RESUMEN

Objetivo: La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) afectan a gran parte de la población brasileña, con prevalencias de 25% y 8-10%, respectivamente (PNS, Vigitel). Este estudio transversal evaluó a 550 adultos en un cribado comunitario en Ouro Preto (MG). Se recogieron datos de presión arterial, glucemia capilar y medidas antropométricas. Se definió HTA como PA $\geq 140/90$ mmHg o diagnóstico médico previo, y DM como glucemia elevada o diagnóstico conocido. La prevalencia de HTA fue 42,7%, superior al promedio nacional, con mayor frecuencia en mujeres (45,5% vs. 39,5%). La prevalencia de DM fue 10,5%. Se observaron asociaciones significativas entre HTA y obesidad abdominal, así como entre HTA y DM, ya que 70,7% de los diabéticos también eran hipertensos. Los fármacos más usados fueron losartán e hidroclorotiazida. El cribado comunitario demostró ser eficaz para la detección precoz y la derivación de casos, y debería integrarse al SUS, con atención especial a los grupos vulnerables.

Descritores: hipertensión arterial; diabetes mellitus; cribado comunitario

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de morbimortalidade global, atingindo cerca de 1,28 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos em 2023, sobretudo em países de baixa e média renda¹. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019) mostrou que 23,9% da população adulta já havia recebido diagnóstico médico de HAS, consolidando-a como um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares². A condição associa-se frequentemente a outras síndromes metabólicas, como obesidade abdominal, dislipidemia e diabetes mellitus (DM), elevando consideravelmente o risco de complicações renais e cardiovasculares^{3,2}.

A prevalência de HAS varia segundo sexo, idade e características sociodemográficas. Dados nacionais revelam maior proporção em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%)². A idade é determinante central: jovens adultos apresentam prevalência inferior a 10%, enquanto esse percentual ultrapassa 55% em indivíduos com mais de 60 anos^{2,4}. O inquérito Vigitel 2019 confirmou esse padrão, registrando prevalência de 61,6% entre mulheres idosas e 55,5% entre homens idosos⁴.

Além do envelhecimento, fatores étnico-raciais e sociais influenciam a distribuição da HAS. Indivíduos pretos e pardos apresentam maior prevalência de HAS que brancos, mesmo após ajuste por fatores socioeconômicos [2]. Tais desigualdades refletem acesso desigual aos serviços de saúde, impactando especialmente populações de menor renda e escolaridade. Outro ponto relevante é a coexistência com o DM: a prevalência de HAS é quase duas vezes maior em pessoas com DM, e cerca de 14% dos adultos acima de 50 anos apresentam ambas as condições, quadruplicando o risco de eventos cardiovasculares graves⁵.

O Brasil apresenta ampla cobertura terapêutica: 94,6% dos hipertensos em acompanhamento clínico relataram uso de medicamentos, sendo as mais comuns hidroclorotiazidas, losartana, captopril, enalapril e atenolol, muitas vezes em combinações fixas^{7,3}. Mais da metade dos pacientes obtém gratuitamente esses fármacos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em especial pelo programa Farmácia Popular⁷. Entre os fatores de risco, a obesidade abdominal destaca-se como a comorbidade mais fortemente associada à HAS, responsável por até 75% dos casos². Nesse contexto, iniciativas de triagem comunitária, reforçam a relevância da integração entre universidades, SUS e comunidade para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas⁸.

Objetivos

Objetivo geral:

Descrever o perfil clínico e estimar a prevalência de HAS e DM, além de identificar fatores associados ao controle pressórico e à coexistência HAS-DM em participantes de uma ação comunitária realizada em Ouro Preto, Minas Gerais (N = 550).

Objetivos específicos:

- Estimar a prevalência de HAS e de DM na população atendida, estratificada por sexo, faixas etárias (intervalos de 10 anos) e autodeclaração de cor de pele (branco, pardo, preto).
- Avaliar a proporção de hipertensos em uso de medicação anti-hipertensiva e a distribuição das classes terapêuticas (ex.: hidroclorotiazida, losartana, IECAs, betabloqueadores).
- Analisar a associação entre obesidade abdominal (circunferência da cintura).

Metodologia

O presente estudo foi observacional, transversal e analítico, conduzido durante ação comunitária promovida em Ouro Preto (MG), no dia 23 de março de 2025. Foram avaliados 550 voluntários consecutivos, maiores de 18 anos, que consentiram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preencheram a ficha de triagem. Não foi anotado o nome dos participantes; não houve identificação pessoal e os dados foram tratados de forma anônima. Casos com ausência de dados essenciais ou registros com medidas de questionável confiabilidade foram excluídos⁸.

A coleta de dados baseou-se em instrumento padronizado que contemplou informações sociodemográficas, histórico médico, uso de medicamentos e autorrelato de controle pressórico. Também foram registradas medidas antropométricas e sinais vitais, incluindo peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, frequência de pulso e saturação de oxigênio⁸.

A aferição da pressão arterial seguiu protocolos nacionais, com paciente em posição sentada, repouso prévio de cinco minutos, uso de manguito adequado e realização de pelo menos duas medidas, considerando-se a média da segunda e terceira aferições. Em situações específicas, adotou-se o braço com maior valor para as medidas subsequentes. Foram utilizados esfigmomanômetros digitais automáticos calibrados, manuseados por avaliadores treinados, conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Organização Mundial da Saúde (OMS)^{3,1}.

Foram adotadas definições operacionais reconhecidas internacionalmente: HAS foi definida por diagnóstico médico prévio ou pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg; DM por diagnóstico autorreferido ou glicemia capilar sugestiva, conforme critérios da OMS e ADA^{1,10}; obesidade abdominal por circunferência da cintura ≥ 94 cm em homens e ≥ 80 cm em mulheres, segundo a International Diabetes Federation (IDF)⁹; e IMC conforme classificação da OMS [1]. Participantes com resultados alterados foram encaminhados às Unidades Básicas de Saúde para seguimento clínico. Todos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, com garantia de anonimato e encaminhamentos adequados⁸.

Resultados

Na amostra estudada (n=550), 235 indivíduos (42,7%) tinham diagnóstico de HAS. Esse valor foi superior ao observado na população brasileira em geral, estimada em cerca de 27,9% segundo dados do Vigitel⁴. A prevalência

foi maior em mulheres (45,5%) do que em homens (39,5%), tendência já observada em inquéritos nacionais, como o Vigitel 2019 e 2023⁴. Quanto aos estágios da HAS, a maioria encontrava-se no estágio 1 (64%), seguida pelo estágio 2 (23%) e estágio 3 (12%), o que reflete predomínio de casos em fases iniciais, possivelmente em decorrência de acompanhamento médico adequado³.

A distribuição etária revelou aumento progressivo da prevalência de HAS a partir dos 40 anos, alcançando 20,9% entre 70-79 anos e 30% na faixa de 80-89 anos. Esse padrão confirma a relação entre envelhecimento e risco de HAS [2,4]. Em relação à raça/cor, 37,4% dos pardos, 47,5% dos pretos e 47,3% dos brancos apresentaram HAS. Os resultados alinham-se à PNS 2019, que mostrou prevalências mais altas entre pretos (45%) do que entre brancos (41,2%) e pardos (39,1%), reforçando a desigualdade sociodemográfica².

Entre os 58 indivíduos diabéticos da amostra, 41 (70,7%) também eram hipertensos, confirmando a forte associação entre HAS e DM. Esse achado é consistente com evidências de que a coexistência das duas condições multiplica o risco cardiovascular⁵. Além disso, estudos recentes demonstram que cada aumento de 10 cm na circunferência abdominal eleva em cerca de 20% o risco de HAS, o que reforça a relação metabólica entre obesidade visceral, resistência insulínica e HAS⁶.

Quanto ao tratamento, os fármacos mais utilizados foram losartana (n=63), hidroclorotiazida (n=15), anlodipino (n=13), enalapril (n=12) e atenolol (n=4). Esse perfil se aproxima das estatísticas nacionais, que destacam hidroclorotiazida e losartana entre os mais prescritos⁶. Em nossa amostra, entretanto, a losartana superou a hidroclorotiazida, embora ambas sejam recomendadas como terapias de primeira linha³. Observou-se ainda o uso de AAS e furosemida, sugerindo associação com comorbidades cardiovasculares. Em relação ao risco metabólico, a circunferência abdominal média foi maior nos hipertensos (87,8 cm) em comparação aos não hipertensos (84,3 cm), corroborando a literatura que aponta a obesidade abdominal como fator fortemente associado ao desenvolvimento de HAS^{6,3}.

Conclusão

Esse estudo reafirma o papel central das atividades de triagem comunitária na detecção precoce de fatores de risco cardiovascular. Em consonância com os achados de pesquisas nacionais, a HAS mostrou-se uma condição frequente na população avaliada, estreitamente associada à obesidade abdominal e à presença concomitante de DM. A coexistência HAS-DM, observada em parcela relevante dos participantes, reforça o caráter sinérgico dessas doenças sobre o risco de eventos cardiovasculares e de progressão da doença renal crônica, exigindo abordagem integrada entre prevenção, diagnóstico e seguimento clínico.

Observou-se padrão de uso medicamentoso compatível com as recomendações nacionais (predomínio de diuréticos tiazídicos e bloqueadores do sistema renina-angiotensina), o que indica boa orientação prescritiva, mas também a necessidade de revisão e intensificação terapêutica quando o controle não é alcançado.

As diferenças por faixa etária e pelas categorias de autodeclaração de cor de pele, presentes em nossa amostra, corroboram a existência de desigualdades sociodemográficas na distribuição da HAS. Essas desigualdades reforçam a necessidade de políticas locais direcionadas, que articulem ações de promoção da saúde com estratégias para reduzir barreiras de acesso e desigualdades estruturais. Em particular, a detecção de elevadas circunferências abdominais em muitos participantes aponta para intervenções populacionais em nutrição e atividade física como componentes essenciais para reduzir a carga de risco metabólico.

A partir dos achados práticos da campanha, são várias as implicações para a prática e para a política de saúde: (1) incorporar de forma sistemática a aferição da pressão arterial em programas de rastreamento de DM, mesmo quando não há relato prévio de HAS, para possibilitar intervenções precoces; (2) fortalecer a educação em saúde direcionada ao entendimento do que constitui controle pressórico e à adesão terapêutica; (3) promover protocolos de encaminhamento e seguimento com as unidades básicas de saúde, garantindo continuidade do cuidado; (4) revisar terapias farmacológicas e considerar escalonamento terapêutico quando indicado, com base em avaliação clínica e, quando possível, monitoramento domiciliar da pressão arterial; intensificar ações de prevenção primária que visem redução de circunferência abdominal por meio de programas de atividade física e aconselhamento nutricional.

Limitações inerentes ao desenho transversal e à amostra de conveniência devem ser ressaltadas: medidas pontuais de pressão arterial podem sobreestimar ou subestimar o controle real; o auto-relato de diagnóstico e de adesão medicamentosa está sujeito a vieses; e os achados não são necessariamente generalizáveis para além do contexto local. Entretanto, essas restrições não diminuem o valor operacional da investigação: a ação comunitária funcionou como importante instrumento de vigilância, identificação de casos e mobilização para o cuidado.

Em síntese, a experiência desenvolvida em Ouro Preto demonstra que campanhas de triagem lideradas por equipes acadêmicas são estratégias efetivas para detectar HAS e DM não controlados, promover educação em saúde e articular encaminhamentos ao sistema de atenção primária. Para maximizar seu impacto, recomenda-se integrar essas ações a fluxos contínuos de cuidado, formalizar protocolos de seguimento e priorizar intervenções voltadas à redução da obesidade abdominal e à equidade no acesso aos serviços de saúde. Essas medidas são fundamentais para reduzir a carga de doença cardiovascular e renal na população local.

Referências

1. World Health Organization. Hypertension: fact sheet / Hypertension profiles. Geneva: WHO; 2023
2. Malta DC, Bernal RTI, Iser BPM, Szwarcwald CL, Duncan BB, Schmidt MI, et al. Hipertensão arterial em adultos brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rev Saude Publica. 2022;56:120.
3. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
5. Leitão VBG, Velasquez-Melendez G, Bernal RTI, Malta DC, Ribeiro ALP, Iser BPM, et al. Co-occurrence of hypertension and diabetes mellitus and simultaneous use of medications: Vigitel 2011 and 2021. Rev Bras Epidemiol. 2024;27:e240060.
6. Li J, Wang R, Wang X, Qian D, Sun Z, Li X, et al. Waist circumference and risk of hypertension: a cohort study of 47,037 adults in China and the United States. Nutr J. 2023;22(20):1-11.
7. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil (PNAUM 2013–2014). Rev Saude Publica. 2016;50 Suppl 2:8s.
8. Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Medicina, Liga Acadêmica de Nefrologia Aplicada. Relatório da Campanha do Dia Mundial do Rim em Ouro Preto. Ouro Preto: UFOP; 2025.
9. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome: a new worldwide definition. Diabet Med. 2006;23(5):469-80.
10. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: standards of care in diabetes-2024. Diabetes Care. 2024 Jan 1;47(Suppl 1):S20-42. doi:10.2337/dc24-S002.

Autor de correspondência:

Lucas Gabriel Martins
Rua Professor Abeylard, 2989,
Casa, Centro, CEP: 35.700-069.
Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil.
lucas.gm@aluno.ufop.edu.br