

Boletim Epidemiológico

14

Volume 56 | 15 set. 2025

Morbimortalidade por hipertensão no Brasil entre 2006 e 2023

SUMÁRIO

- [1 Introdução](#)
- [3 Métodos](#)
- [4 Resultados](#)
- [12 Considerações finais e recomendações](#)
- [14 Referências](#)

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial, dependente de fatores genéticos, ambientais e sociais, e é caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. No mundo, estima-se que a hipertensão é responsável por 10,4 milhões de mortes anuais e por 218 milhões de anos de vidas perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALYs*), além disso, é causa atribuível a aproximadamente 40% das mortes de pessoas com diabetes mellitus, 14% da mortalidade materno-fetal na gravidez e 14,7% do total de DALYs para a doença renal crônica¹.

No Brasil, a hipertensão é uma das DCNT mais frequentes e sua prevalência tem mostrado uma tendência de aumento entre a população adulta residente em capitais, conforme dados do relatório de morbidade referida e autoavaliação de saúde 2006-2023 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)².

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a proporção de indivíduos com 18 anos ou mais que autorreferiram diagnóstico médico de hipertensão foi de 23,9%, correspondendo a 38,1 milhões de pessoas no território brasileiro em 2019. Verificou-se maior proporção de mulheres que referiram diagnóstico médico de hipertensão (26,4%), comparativamente aos homens (21,1%)³. Observou-se também que, conforme a idade aumenta, maior é a proporção de pessoas que referem o diagnóstico de hipertensão: 2,8% entre 18 e 29 anos; 20,3% entre 30 e 59 anos; 46,9% entre 60 e 64 anos; 56,6% entre 65 e 74 anos; e 62,1% para 75 anos ou mais de idade³.

Entre as possíveis complicações da hipertensão, estão a sobrecarga do coração e dos vasos sanguíneos e lesões nos rins. Com isso, a hipertensão constitui-se também como fator de risco para outras doenças, como aterosclerose (enrijecimento das artérias) e trombose (formação de coágulos que impedem a passagem do fluxo sanguíneo). Essas, por sua vez, manifestam-se

predominantemente por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, assim como causa de morte prematura⁴⁻⁷.

A hipertensão eleva o esforço do coração para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo e isso aumenta significativamente o risco de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo^{8,9}.

Essa DCNT, detectada pela aferição da pressão arterial, pode ser controlada de forma eficaz com medicamentos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com a manutenção de hábitos de vida e de alimentação saudáveis⁹. No entanto, estima-se que 46% dos adultos com hipertensão não têm conhecimento sobre a doença¹⁰, por ser frequentemente assintomática. Segundo o Relatório Global sobre Hipertensão da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹¹, entre pessoas de 30 a 79 anos com hipertensão, apenas 54% foram diagnosticados com a doença, 42% estavam em tratamento para hipertensão e somente 21% eram consideradas com hipertensão controlada. Dessa forma, o diagnóstico, a vigilância e o tratamento da hipertensão representam um importante desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, tornando fundamental a prevenção com foco nos seus diferentes fatores de risco⁵.

Em 2018, os custos relacionados à hipertensão representaram 59% dos gastos diretos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos para adultos, totalizando aproximadamente R\$ 2 bilhões. Nesse mesmo período, os custos com obesidade e diabetes foram de 11% e 30%, respectivamente, o que permite uma estimativa mais completa do impacto econômico dessas doenças, uma vez que essas condições coexistem e são fatores de risco para a hipertensão^{5,12}.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção essencial na prevenção e no controle da hipertensão, especialmente no que se refere a: confirmação do diagnóstico, identificação de fatores de risco cardiovasculares, avaliação do risco cardiovascular, suspeita e identificação de causa secundária, lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas. A APS é a principal porta de entrada e de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e das ações e serviços disponibilizados na rede e tendo papel fundamental no cuidado integral da pessoa com hipertensão, na garantia do manejo

apropriado, no acompanhamento longitudinal e, se necessário, no encaminhamento adequado e em tempo oportuno para a atenção especializada em saúde^{6,13}.

O rastreamento em adultos, com subsequente diagnóstico e tratamento da hipertensão, apresenta evidências de benefícios à saúde e redução substancial da incidência de eventos cardiovasculares e sintomas relacionados¹⁴. Por esse motivo, recomenda-se o rastreamento anual a todos os indivíduos maiores de 18 anos, bem como às crianças (a partir dos 3 anos de idade) e aos adolescentes^{6,15}.

No entanto, no caso de crianças e adolescentes que tenham um ou mais fatores de risco (obesidade, uso crônico de medicamentos que reconhecidamente elevam a PA, doença renal crônica, coarctação de aorta e diabetes mellitus), deve-se realizar o rastreamento em qualquer consulta clínica. Crianças menores de 3 anos de idade, diante da presença de condições clínicas específicas, devem ter a PA aferida durante o atendimento ambulatorial^{6,16}.

Ademais, embora cerca de 30%-50% dos casos de hipertensão no Brasil sejam hereditários, destaca-se que diferentes fatores relacionados ao estilo de vida influenciam os níveis de pressão arterial, como alimentação, inatividade física, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas⁵. No contexto da hipertensão, é fundamental implementar estratégias de prevenção e promoção da saúde que priorizem os fatores de risco com maior impacto na carga global de doenças cardiovasculares. Entre esses fatores, destaca-se a redução do consumo de sódio, especialmente por meio de uma alimentação adequada e saudável, com diminuição da ingestão de alimentos ultraprocessados¹⁷. A cessação do tabagismo também figura entre as principais intervenções de saúde pública com alto retorno em termos de redução da morbimortalidade cardiovascular^{17,18}. Além disso, recomenda-se a prática regular de atividade física, o controle do peso corporal, a redução e o gerenciamento do estresse, a melhoria da qualidade do sono, a aferição regular da pressão arterial, a estratificação do risco cardiovascular, o gerenciamento de outras condições de saúde e o estímulo ao autocuidado, sob a perspectiva da educação em saúde. Essas ações devem ser conduzidas por meio de estratégias dialógicas e participativas, alinhadas às diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da iniciativa HEARTS nas Américas¹⁹, com vistas à efetiva prevenção e ao controle da hipertensão arterial.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) considera que promoção da saúde se constitui a partir de um conjunto de estratégias para produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizado pela articulação e cooperação intra e intersetorial e articulação da RAS com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social²⁰. Assim, as ações de promoção da saúde na APS, no contexto da PNPS, estabelecem estratégias para enfrentamento da hipertensão considerando a influência dos determinantes sociais da saúde (DSS) no processo saúde-doença. A PNPS reconhece as demais políticas e tecnologias existentes que visam à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, visando incidir sobre os DSS e sobre a qualificação da assistência²⁰.

Nesse contexto, o presente boletim epidemiológico tem como objetivo apresentar uma análise abrangente da hipertensão no Brasil, considerando dados de atendimentos na atenção primária, morbidade, internações hospitalares e mortalidade, com base em sistemas nacionais de informação em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo sobre a morbimortalidade por hipertensão no Brasil incluindo indivíduos com 18 anos ou mais entre 2006 e 2023.

Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde – Siaps

Os dados para análise dos atendimentos de pessoas com hipertensão cadastradas na APS foram extraídos do Siaps no dia 2 de setembro de 2024, referente ao período de 2019 a 2023, e estão disponíveis em: <https://sisab.saude.gov.br>. Os dados foram extraídos por meio da seleção do campo de “Problema/Condição Avaliada de Hipertensão Arterial”, sem a limitação de idade ou faixa etária. Esse campo faz a extração de dados de todos os atendimentos que tiveram o registro de algum código CID/Ciap (Classificação Internacional de Doenças/Classificação Internacional da Atenção Primária) para hipertensão arterial durante o atendimento. Mais detalhes sobre os códigos considerados para extração de dados nesse campo podem ser vistos na Nota Técnica Explicativa – Relatório de Saúde²². Após extração, os dados foram sistematizados no Microsoft Excel – Microsoft 365.

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel

Foram utilizados dados secundários do Vigitel no período de 2006 a 2023 (com exceção de 2022 pois não houve coleta no referido ano), disponíveis em: <https://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/>, com o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT na população com 18 anos ou mais de idade de todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Os procedimentos de amostragem empregados visam obter, para cada ano e para cada uma das capitais das unidades federativas (UF), amostras probabilísticas da população de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que possuam linhas telefônicas fixas e/ou móveis. Em edições anteriores (entre 2006 e 2019), estabeleceu-se um tamanho amostral mínimo entre 1,5 mil e 2 mil indivíduos em cada cidade². No entanto, especialmente entre 2020 e 2021, estabeleceu-se um tamanho amostral mínimo de mil indivíduos em cada cidade. Para 2023 foi necessária nova redução, estabelecendo-se um mínimo de 800 entrevistas em cada uma das localidades. Adicionalmente, a rápida deterioração da cobertura de telefonia fixa no País motivou que metade das entrevistas fosse realizada por telefone móvel, a fim de permitir a estimativa de dados de boa qualidade (com amostra final de 400 entrevistas por telefone fixo e 400 por telefone móvel em cada localidade). Tal amostra permitiu estimar, com nível de confiança de 95% e erro máximo de quatro pontos percentuais, a frequência de qualquer fator de risco e proteção na população brasileira com 18 anos ou mais. Em relação às estimativas específicas segundo sexo, são esperados erros máximos de cinco pontos percentuais assumindo proporções semelhantes entre homens e mulheres na amostra. Informações detalhadas podem ser obtidas em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/a/inqueritos-de-saude/vigitel>².

Uma vez que a amostra de indivíduos com 18 anos ou mais entrevistados pelo Vigitel foi extraída a partir dos cadastros telefônicas residenciais e móveis existentes em cada cidade, ela só permite levantar hipóteses populacionais para a população com telefone. Desse modo, foi necessária a atribuição de pesos para os indivíduos estudados para a obtenção de estimativas para o conjunto completo da população com 18 anos ou mais estudada, assim como para aquela de cada uma das cidades isoladamente.

A prevalência de indivíduos com 18 anos ou mais que relataram diagnóstico médico de hipertensão foi obtida por meio da razão entre o número de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e o número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100, conforme resposta dada para a questão: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?”. Foram analisados os anos de 2006 a 2023, estratificando por sexo, capitais, anos de escolaridade e faixa etária.

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Os dados sobre mortalidade foram obtidos do SIM²³ para os anos de 2010 a 2023, por meio do código I10 (hipertensão essencial primária) da 10^a revisão da Clas- sificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)²⁴. A análise de mortalidade associada é obtida identificando-se a presença do código correspondente em qualquer linha da declaração de óbito que descreva a cadeia de doenças ou estados mórbidos que contribuíram diretamente para o óbito, e não apenas a causa básica.

Foram analisadas as taxas de mortalidade padronizadas por idade pelo método direto, utilizando a população do censo 2022 como padrão, e analisadas as estratificações

de sexo (masculino e feminino), UF de residência, faixa etária (20 a 29 anos, 30 a 69 anos e 70 anos ou mais) e raça/cor da pele (branca, preta, parda, amarela, indígena e população negra – pretos e pardos).

Foram utilizados os softwares Tabwin 4.157 (para tabulação), R versão 4.3.0 (para análise), Excel 2016 (para construção das tabelas e elementos gráficos) e QGIS versão 3.34.3 (para elaboração dos mapas). Os dados anonimizados do SIM estão disponíveis em: <https://datusus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>.

RESULTADOS

Atenção Primária à Saúde

No Brasil, entre 2019 e 2023, ocorreram aproximadamente 190 milhões de atendimentos de pessoas com hipertensão na APS. Em 2020, houve redução de 23% quando comparado ao ano anterior, possivelmente em decorrência da pandemia de covid-19, o que exigiu dos serviços e das gestões locais uma reorganização para enfrentamento a essa emergência em saúde pública²⁵. No entanto, a partir de 2021, identifica-se um aumento progressivo do número de atendimentos (Figura 1).

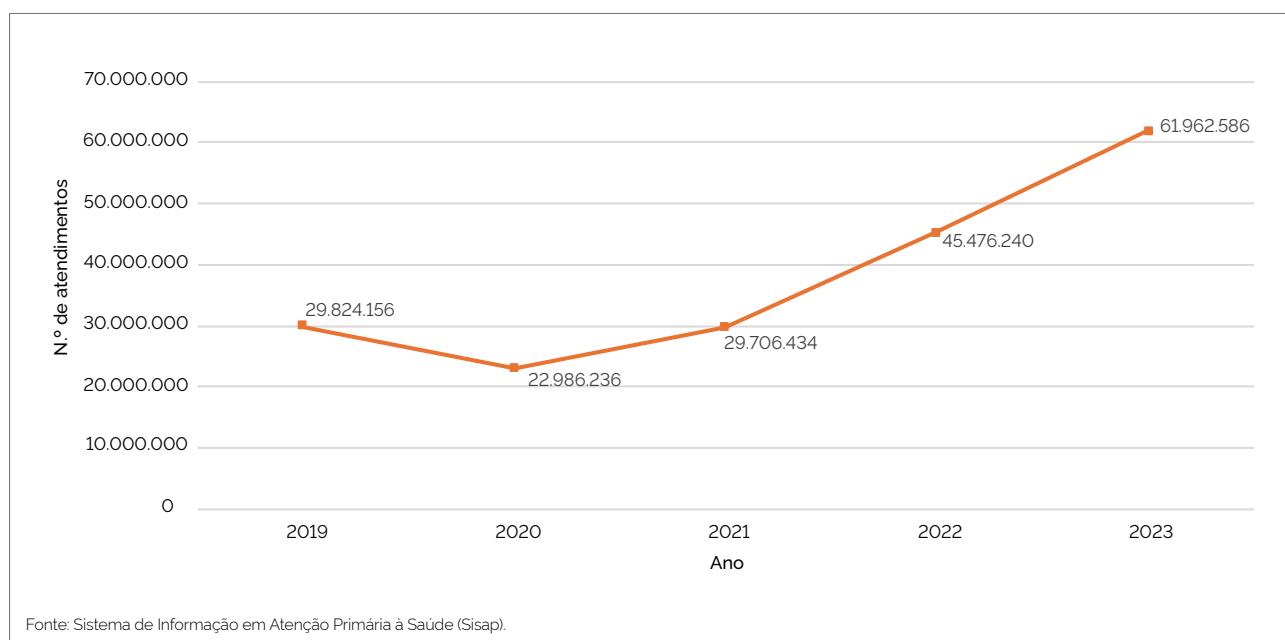


FIGURA 1 Total de atendimentos a pessoas com hipertensão arterial sistêmica entre os usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde. Brasil, 2019 a 2023

Comportamento semelhante também foi observado ao serem analisados os dados de atendimentos por região do País. Todas as regiões do Brasil apresentaram aumento no número de atendimentos de pessoas com hipertensão na APS no período, com variações entre elas. A região Centro-Oeste teve um crescimento de 2019 para 2023, indo de 1.539.902 atendimentos para 3.862.451. Já a Região Nordeste apresenta um crescimento acentuado: de 11.216.114 atendimentos em 2019 para 18.153.839 em 2023, sendo que, apenas de 2022 para 2023, apresentou aumento de 26,4%. A Região Norte apresenta crescimento mais constante, com 1.848.970 atendimentos em 2019 para 3.256.377 em 2023. A Região Sudeste teve o maior aumento absoluto de atendimentos, indo de 12.404.185 em 2019 para 24.805.317 em 2023, com aumento de 40,9% apenas de 2022 para 2023. A Região Sul também apresentou aumento expressivo: no ano de 2019, foram 2.814.985 atendimentos e, em 2023, apresentou 11.884.602. As Regiões Sudeste e Sul mostraram crescimento mais

acentuado em comparação a outras regiões (Figura 2). Essas diferenças podem estar relacionadas a múltiplos fatores, como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, a adoção de estratégias de qualificação e incentivo ao registro das condições crônicas no prontuário eletrônico, as variações na capacidade instalada dos serviços de APS e o impacto de políticas como o novo modelo de financiamento do Previne Brasil, que estimula o registro adequado das condições de saúde monitoradas^{26,27}.

Ao analisar os dados por UF, é possível observar que todas, com exceção do Paraná, tiveram diminuição do número de atendimentos durante o ano de 2020. Esse fato pode ter alguma associação com o surgimento da pandemia de covid-19 naquele ano²⁵. No entanto, após a queda do número de atendimentos no ano de 2020, as UFs apresentaram uma recuperação com aumento do número de atendimentos a partir de 2021 até 2023 (Tabela 1).

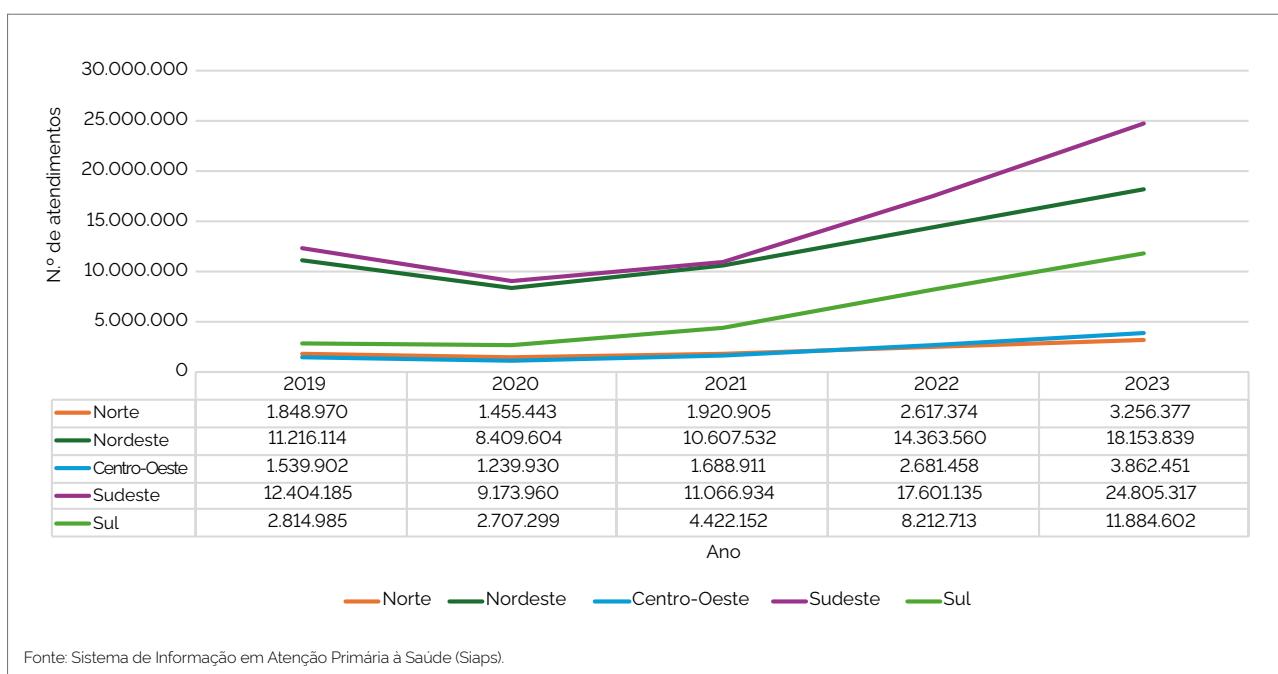


FIGURA 2 Total de atendimentos de pessoas com hipertensão arterial sistêmica entre os usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde segundo regiões. Brasil, 2019 a 2023

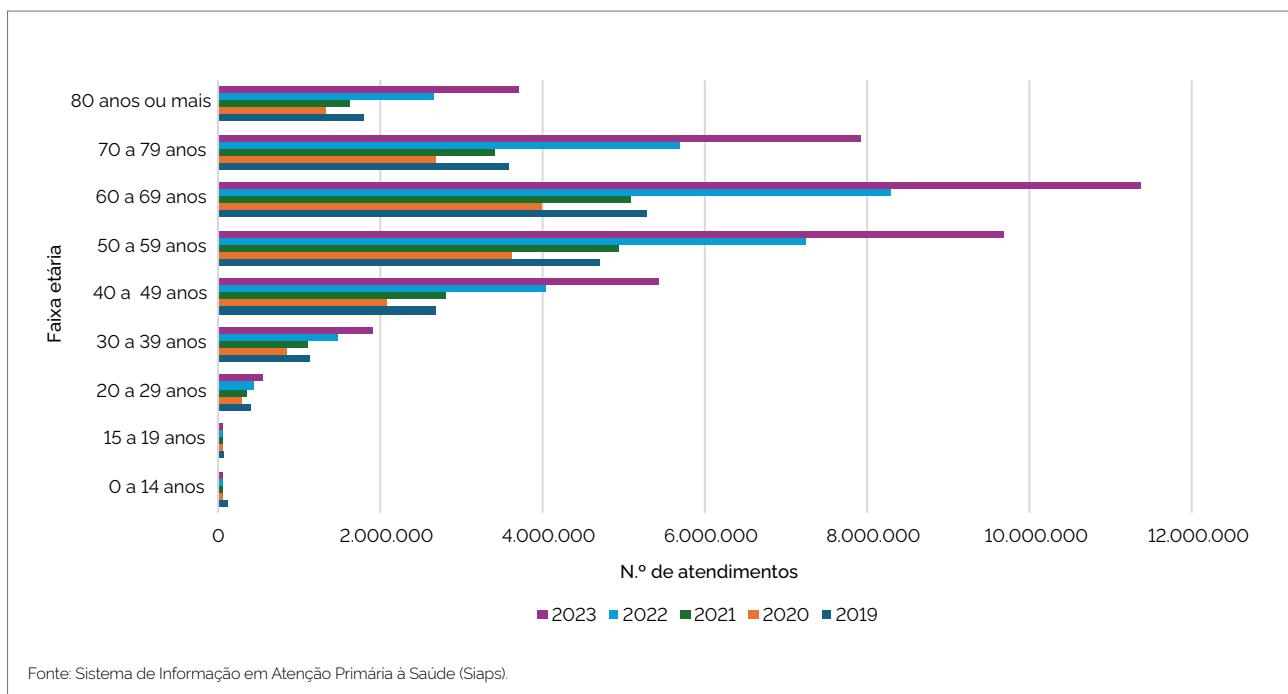
TABELA 1 Total de atendimentos de pessoas com hipertensão arterial sistêmica entre os usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde, segundo região/unidade federativa. Brasil 2019 a 2023

Regiões/Unidades federativas	2019	2020	2021	2022	2023
Centro-Oeste	1.539.902	1.239.930	1.688.911	2.681.458	3.862.451
Distrito Federal	207.798	143.699	176.707	228.119	331.223
Goiás	594.869	533.816	759.410	1.197.593	1.735.895
Mato Grosso Do Sul	359.583	277.997	349.322	589.107	801.237
Mato Grosso	377.652	284.418	403.472	666.639	994.096
Nordeste	11.216.114	8.409.604	10.607.532	14.363.560	18.153.839
Alagoas	1.142.415	870.384	1.014.905	1.213.079	1.430.193
Bahia	2.397.078	1.726.989	2.266.910	3.109.500	3.813.721
Ceará	2.238.861	1.815.268	2.137.623	3.242.165	4.460.402
Maranhão	991.510	719.412	1.116.790	1.596.177	1.842.088
Paraíba	921.121	696.184	934.624	1.116.313	1.346.369
Pernambuco	1.686.248	1.238.338	1.468.105	1.790.630	2.375.292
Piauí	893.989	592.865	780.956	1.036.882	1.284.971
Rio Grande do Norte	531.051	425.060	479.201	643.571	838.628
Sergipe	413.841	325.104	408.418	615.243	762.175
Norte	1.848.970	1.455.443	1.920.905	2.617.374	3.256.377
Acre	76.769	62.668	84.966	100.935	137.753
Amazonas	447.898	377.153	542.219	767.934	873.186
Amapá	60.522	49.076	75.040	100.405	111.603
Pará	799.460	624.470	761.552	999.881	1.282.385
Rondônia	156.379	109.781	123.629	166.318	240.385
Roraima	50.452	39.946	48.810	60.912	71.520
Tocantins	257.490	192.349	284.689	420.989	539.545
Sudeste	12.404.185	9.173.960	11.066.934	17.601.135	24.805.317
Espírito Santo	641.833	504.729	652.857	832.587	1.112.849
Minas Gerais	3.612.425	2.856.140	3.591.266	5.440.495	7.463.567
Rio de Janeiro	2.635.098	1.585.700	1.679.604	3.520.609	5.158.252
São Paulo	5.514.829	4.227.391	5.143.207	7.807.444	11.070.649
Sul	2.814.985	2.707.299	4.422.152	8.212.713	11.884.602
Paraná	954.509	1.091.600	1.584.410	3.059.393	4.659.029
Rio Grande do Sul	1.009.024	988.280	1.513.987	2.503.558	3.579.737
Santa Catarina	851.452	627.419	1.323.755	2.649.762	3.645.836
Brasil	29.824.156	22.986.236	29.706.434	45.476.240	61.962.586

Fonte: Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde (Siaps).

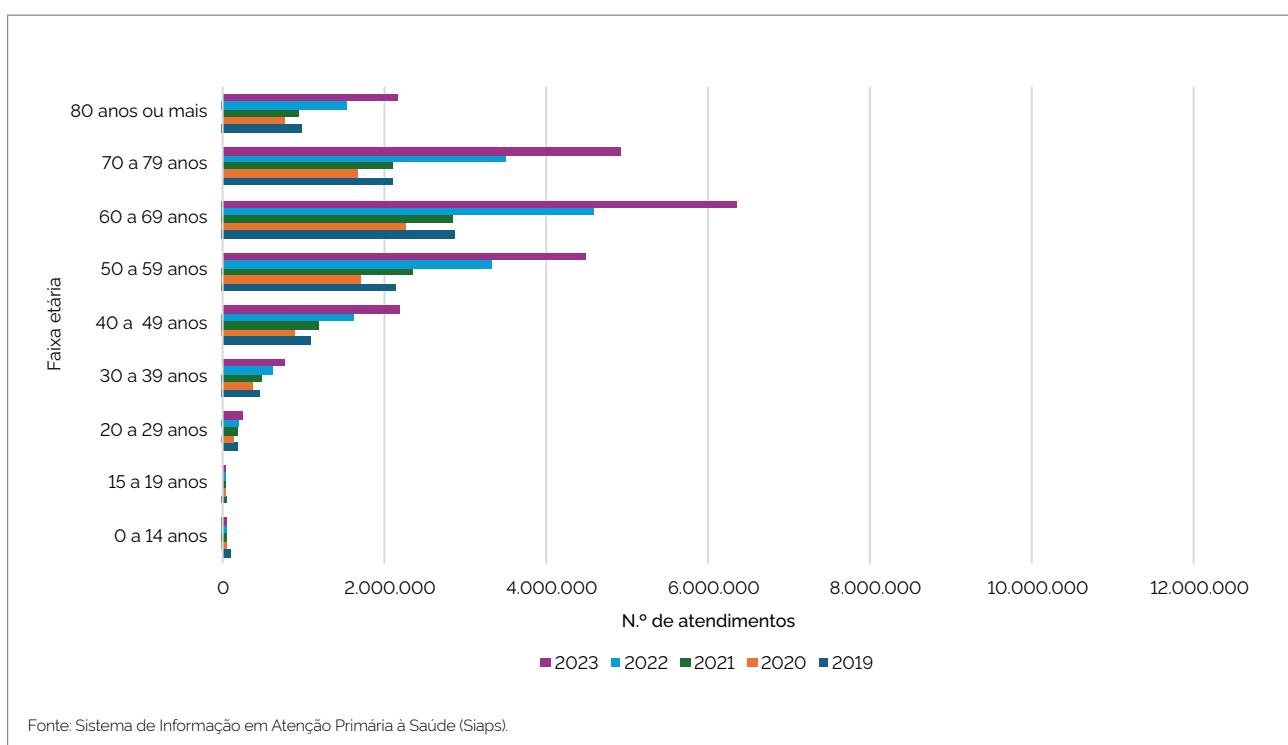
Ao analisar os dados por faixa etária e sexo, nota-se que o número total de atendimentos foi maior na faixa etária de 60 a 69 anos, tanto para pessoas do sexo feminino como para pessoas do sexo masculino, conforme apresentado nas Figuras 3 e 4.

Cabe destacar que a faixa etária de 60 a 69, no ano de 2023, representou 27,9% (11.379.356) do total de atendimentos de pessoas do sexo feminino, e 30,0% (6.357.956) do total de atendimentos de pessoas para o sexo masculino (Figuras 3 e 4).



Fonte: Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde (Siaps).

FIGURA 3 Total de atendimentos de pessoas do sexo feminino com hipertensão arterial sistêmica entre os usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde, segundo faixa etária. Brasil, 2019 a 2023



Fonte: Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde (Siaps).

FIGURA 4 Total de atendimentos de pessoas do sexo masculino com hipertensão arterial sistêmica entre os usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde, segundo faixa etária. Brasil, 2019 a 2023

Em relação à proporção (%) de pessoas com hipertensão arterial sistêmica entre os usuários cadastrados na APS, segundo a unidade federativa, no período de 2019 a 2023, observa-se que, em 2019, o estado da Paraíba apresentou a maior proporção (22,9%), seguido por Rio de Janeiro (21,8%) e Alagoas (21,1%). Em 2021, a Paraíba manteve-se com alta proporção (25,3%), sendo seguida por Alagoas (23,8%) e pelo Piauí (22,1%). Esses valores referem-se ao total de pessoas com registro ativo de hipertensão entre os

usuários cadastrados na APS em cada ano, conforme os dados consolidados no Siaps.

Em 2022, o estado da Paraíba se manteve em destaque com 25,9%, seguido do estado de Alagoas (25,4%) e Minas Gerais (23,8%). Observou-se um padrão semelhante para o ano de 2023, no qual a Paraíba (26,5%) continuou com o maior percentual de pessoas com hipertensão, posteriormente o estado de Alagoas (26%) e Minas Gerais (25,1%) (Tabela 2).

TABELA 2 Proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica entre os usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde, por região/unidade federativa. Brasil 2019 a 2023

Regiões/Unidades federativas	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)
Centro-Oeste	15,0	15,7	17,3	18,3	19,2
Distrito Federal	14,5	14,5	14,8	15,5	16,5
Goiás	16,2	17,0	18,8	19,4	20,2
Mato Grosso Do Sul	15,3	15,7	17,6	19,2	20,1
Mato Grosso	13,3	14,2	16,1	17,3	18,2
Nordeste	19,1	19,1	20,6	22,4	23,2
Alagoas	21,1	22,2	23,8	25,4	26,0
Bahia	18,0	17,1	19,3	22,0	23,0
Ceará	20,1	20,2	19,8	20,9	21,7
Maranhão	17,4	17,0	18,2	20,1	21,0
Paraíba	22,9	23,5	25,3	25,9	26,5
Pernambuco	18,0	18,9	21,8	23,5	24,5
Piauí	20,2	20,5	22,1	23,6	24,4
Rio Grande Do Norte	18,7	19,5	21,6	23,1	23,9
Sergipe	17,8	17,2	18,5	20,1	21,1
Norte	12,8	13,0	13,7	14,7	15,3
Acre	12,0	13,1	14,6	15,7	16,5
Amazonas	12,0	12,6	12,7	13,3	13,7
Amapá	14,1	13,4	14,1	15,7	16,4
Pará	12,8	12,3	13,1	14,2	14,9
Rondônia	13,5	14,3	15,8	16,6	17,1
Roraima	10,9	10,7	11,2	11,7	12,2
Tocantins	14,1	15,0	16,8	18,4	19,3
Sudeste	19,8	19,6	21,2	22,9	24,1
Espírito Santo	19,5	20,4	21,6	22,9	23,6
Minas Gerais	18,3	18,6	21,5	23,8	25,1
Rio De Janeiro	21,8	20,0	20,8	21,6	22,8
São Paulo	20,6	20,1	21,1	22,9	24,0
Sul	15,4	16,1	18,5	20,0	21,0
Paraná	13,5	14,1	16,8	18,6	19,5
Rio Grande Do Sul	18,0	19,2	21,2	22,5	23,7
Santa Catarina	15,1	15,6	17,9	19,1	20,0
Brasil	17,9	18,1	19,7	21,2	22,2

Fonte: Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde (Siaps).

Em geral, a proporção de pessoas com hipertensão entre o total de pessoas cadastradas na APS tem mostrado aumento ao longo dos anos, tanto em nível nacional quanto regional. A proporção de pessoas com hipertensão cadastradas na APS passou de 17,9% em 2019 para 22,2% em 2023, um aumento de 4,3% ao longo dos cinco anos (Tabela 2).

A nível regional, a maior e a menor variação da proporção de pessoas com hipertensão cadastradas na APS foram encontradas na Região Sul e Norte, correspondendo a 5,4% e 2,5%, respectivamente. Por outro lado, ao se analisar os dados relativos ao último ano do período (2023), a maior proporção foi encontrada na Região Sudeste, na qual o número de pessoas com hipertensão cadastradas na APS representava 24,1% do total de pessoas cadastradas (Tabela 2). Entre as unidades federativas, Paraíba apresentou a maior proporção de pessoas com hipertensão cadastradas na APS em 2023 (26,5%). Por outro lado, em Roraima, a proporção foi de apenas 12,2%, menor percentual entre todas as unidades da Federação (Tabela 2). Considerando que a hipertensão é uma doença determinada por múltiplos fatores, incluindo fatores genéticos, ambientais e sociais, tais diferenças intra e inter-regionais podem estar relacionadas aos diferentes perfis sociodemográficos. No entanto, há de se considerar também a melhoria dos registros nos sistemas de informação em saúde como um possível fator explicativo para justificar tais diferenças, sobretudo no que tange às diferenças através dos anos analisados.

O aumento observado na proporção de pessoas com hipertensão, cadastradas na APS nas diferentes regiões do País pode refletir múltiplas dimensões, desde a expansão da cobertura da APS, melhorias nos sistemas de informação em saúde e mudanças na prática de registro, até variações reais na prevalência da condição. No entanto, essas explicações devem ser analisadas à luz das desigualdades regionais. Embora regiões como o Sudeste apresentem cobertura populacional da APS relativamente menor, especialmente em estados como São Paulo e Rio de Janeiro, concentram, historicamente, as maiores proporções de diagnóstico autorreferido de hipertensão, como evidenciado pela PNS³. Entre 2013 e 2019, o Sudeste registrou aumento de 23,3% para 25,9% na prevalência autorreferida de hipertensão, e o Sul, de 22,8% para 24,5%, permanecendo como as regiões com maior prevalência. Por outro lado, o Norte e o Nordeste, que apresentaram menores prevalências (16,8% e 23,1%, respectivamente, em 2019), registraram importantes avanços na ampliação da cobertura da APS no mesmo período. Assim, ao in-

terpretar os dados da APS sobre o número de pessoas com hipertensão cadastradas, é fundamental considerar a combinação entre prevalência real, grau de acesso e cobertura da atenção primária, e capacidade local de registro e acompanhamento dos casos.

Morbidade por hipertensão arterial sistêmica

A prevalência de hipertensão em indivíduos com 18 anos ou mais tem demonstrado aumento ao longo dos anos, com variação entre 22,6% e 27,9% no período de 2006 a 2023, e maior prevalência entre mulheres em todo o período. Em que pese, a faixa etária de pessoas com 65 anos ou mais representa o maior percentual de hipertensão. Segundo escolaridade, a prevalência de hipertensão foi mais expressiva em indivíduos com 0 a 8 anos de estudos (Tabela 3), variando de 32,1% em 2006 a 45,3% em 2023 (Tabela 3).

Entre as capitais do Brasil, no ano de 2006, Recife/PE apresentou o maior percentual de hipertensão (26,4%) e Palmas/TO, o menor (16,1%). Já no ano de 2023, Rio de Janeiro/RJ apresentou o maior percentual (34,4%) e São Luís/MA, o menor (19,2%) (Figura 5).

TABELA 3 Percentual de indivíduos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, por ano, segundo características sociodemográficas. Vigitel, 2006 a 2023

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023 ^a
Sexo																	
Masculino	19,5	20,8	22,4	22,2	21,5	21,4	21,3	21,5	22,5	22,0	23,6	21,7	22,1	21,2	24,1	25,4	26,4
Feminino	25,2	25,7	27,8	28,2	26,6	26,9	26,9	26,3	26,8	27,3	27,5	26,4	27,0	27,3	26,2	27,1	29,3
Idade (anos)																	
18 a 24	4,9	4,9	5,0	5,3	5,0	4,0	3,8	3,0	4,6	4,4	4,0	3,7	4,0	4,1	2,3	3,8	5,6
25 a 34	9,6	9,9	10,4	11,7	8,8	9,4	8,8	8,1	9,5	10,1	9,6	10,1	7,8	9,8	8,3	12,2	11,2
35 a 44	18,2	18,8	21,1	20,9	18,4	19,6	19,3	18,3	19,5	18,9	19,1	17,3	16,9	17,0	18,5	18,6	19,0
45 a 54	32,3	34,9	37,5	34,4	35,3	34,4	34,6	34,1	32,6	33,9	34,1	30,1	32,8	31,6	33,6	30,9	34,7
55 a 64	49,7	49,4	52,1	50,8	51,7	50,0	50,0	50,3	50,2	47,0	49,0	46,5	49,5	45,2	47,6	49,4	50,1
65 e mais	57,7	57,2	61,7	63,5	60,0	59,7	59,2	60,4	59,9	59,6	64,2	60,9	60,9	59,3	60,6	61,0	65,1
Anos de escolaridade																	
0 a 8	32,1	33,4	37,0	38,4	36,4	36,4	37,9	38,0	38,1	39,9	41,8	39,7	42,5	41,5	44,7	44,6	45,3
9 a 11	15,1	15,8	17,3	17,0	17,3	17,6	17,9	17,1	19,3	18,2	20,6	19,6	19,4	20,5	20,2	21,9	24,2
12 e mais	13,7	14,3	14,7	14,5	13,9	15,3	14,2	14,6	14,6	15,1	15,0	14,8	14,2	14,3	15,2	17,1	19,0
Total	22,6	23,4	25,3	25,4	24,3	24,3	24,3	24,1	24,8	24,9	25,7	24,3	24,7	24,5	25,2	26,3	27,9

Fonte: Vigitel, 2006 a 2023.

Nota: não há dados para 2022.

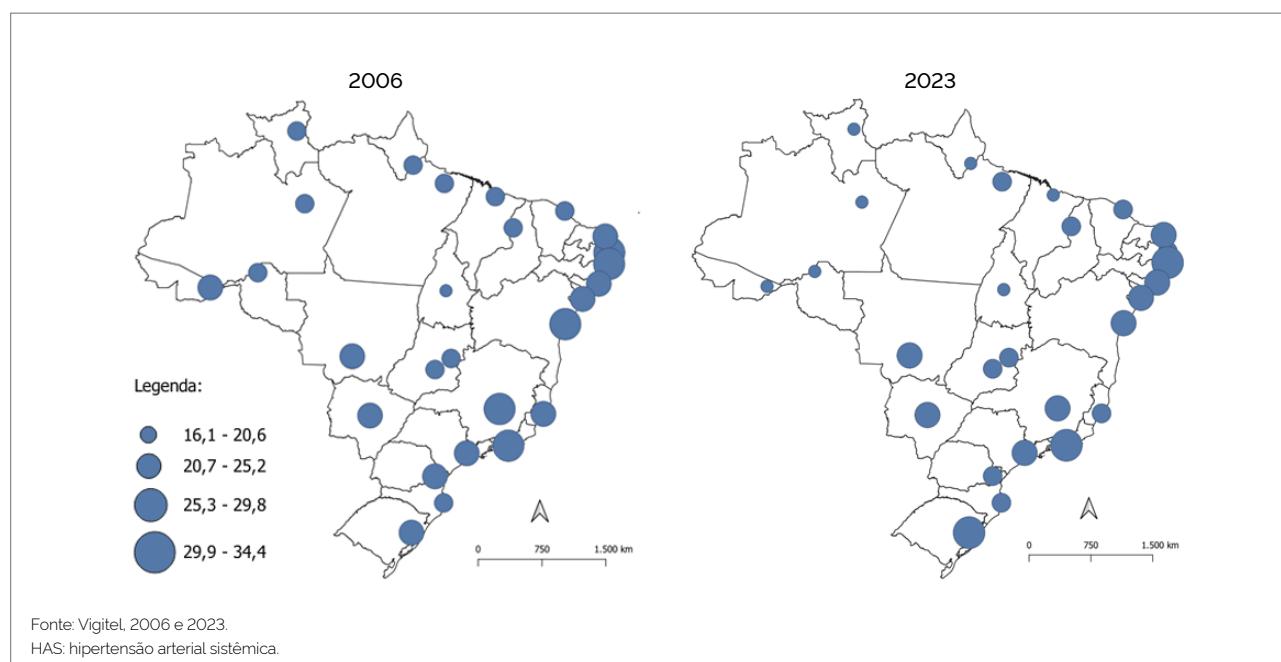


FIGURA 5 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, por capitais do Brasil e o Distrito Federal. Vigitel, 2006 e 2023

Mortalidade associada à hipertensão arterial sistêmica

Entre 2010 e 2023, 6% de todos os óbitos registrados no Brasil foram associados à hipertensão. Dentre esses casos, em 8,9% destes foram registrados como antecedentes à doença ou estado mórbido que causou diretamente o óbito (causa consequencial).

Houve aumento da mortalidade associada à hipertensão, de 183,5 óbitos/100 mil habitantes em 2010 para 211,5 óbitos/100 mil habitantes em 2023. A mortalidade no sexo masculino foi maior quando comparada à do sexo feminino em todos os anos apresentados. Por faixa etária, observa-se que a mortalidade aumenta progressivamente com a idade, uma vez que as DCNT são comumente associadas ao envelhecimento. Porém, mesmo com a constância das taxas nas faixas etárias em que o óbito é considerado prematuro (30 a 69 anos), é importante destacar que as taxas foram mais expressivas entre 2020 e 2022 (Tabela 4).

A análise da mortalidade por raça/cor entre 2010 e 2023 evidencia desigualdades persistentes, com a população negra (pretos e pardos) apresentando as maiores taxas ao longo do período, atingindo 278,8 óbitos/100 mil habitantes em 2021. A população parda também registrou aumento, alcançando 209,1/100 mil no mesmo ano. No geral, a população preta manteve taxas superiores à taxa nacional. As populações brancas e amarelas também apresentaram picos elevados durante a pandemia, enquanto a população indígena teve grande oscilação, chegando a 175,2/100 mil em 2020 (Tabela 4).

Entre as UFs do Brasil no ano de 2010, o estado de Sergipe apresentou a maior taxa de mortalidade do País (275,2 óbitos/100 mil habitantes) e o Amapá, a menor (106,5 óbitos/100 mil habitantes). Já em 2023, o estado de Alagoas apresentou a maior taxa (312,4 óbitos/100 mil habitantes), e o estado do Ceará apresentou a menor (156,1 óbitos/100 mil habitantes). Observa-se aumento da contribuição da hipertensão na mortalidade quase todas as unidades federadas, exceto São Paulo, Minas Gerais, Maranhão e Rio Grande do Norte que apresentaram redução (Figura 6).

TABELA 4 Taxa de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica como causa associada do óbito em maiores de 20 anos, padronizada por idade, e estratificada por ano, segundo sexo, faixa etária e raça/cor da pele. Brasil, 2010 a 2023

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sexo														
Feminino	169,0	173,7	167,4	166,5	163,0	164,2	166,3	167,7	164,5	164,9	222,4	259,1	209,3	192,9
Masculino	200,5	205,8	197,6	199,7	193,8	195,3	200,1	201,5	199,9	198,9	287,0	321,8	254,0	233,7
Faixa etária														
20 a 29 anos	1,6	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4	1,6	1,6	1,4	1,5	2,2	2,7	1,7	1,8
30 a 69 anos	39,1	39,9	37,3	36,5	34,9	34,5	35,3	34,6	34,1	33,4	49,2	64,3	40,4	38,0
70 anos ou mais	1.221,0	1.261,8	1.220,6	1.236,2	1.212,8	1.228,4	1.240,9	1.258,1	1.236,8	1.237,8	1.675,3	1.804,7	1.564,6	1.422,2
Raça/cor														
Branca	167,5	171,2	163,8	163,4	159,8	160,8	166,0	166,2	167,0	167,6	229,5	279,6	217,6	199,2
Preta	230,3	231,6	209,5	200,2	191,5	183,5	182,5	184,7	184,4	183,3	262,3	284,6	230,6	219,8
Parda	80,5	93,1	85,7	90,9	93,6	93,6	98,7	99,9	106,7	101,7	171,0	209,1	154,8	155,6
Indígena	93,6	84,5	83,5	95,8	78,9	86,2	87,5	103,1	99,3	100,7	175,2	155,1	135,7	133,1
Pop. Negra	187,1	191,3	183,2	182,1	177,5	179,2	181,2	187,3	182,6	183,4	260,4	278,8	228,2	214,2
Total	183,5	188,4	181,2	181,6	177,2	178,4	181,7	183,1	180,7	180,4	251,3	287,3	229,6	211,5

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Taxa de mortalidade por hipertensão: óbitos/100 mil habitantes.

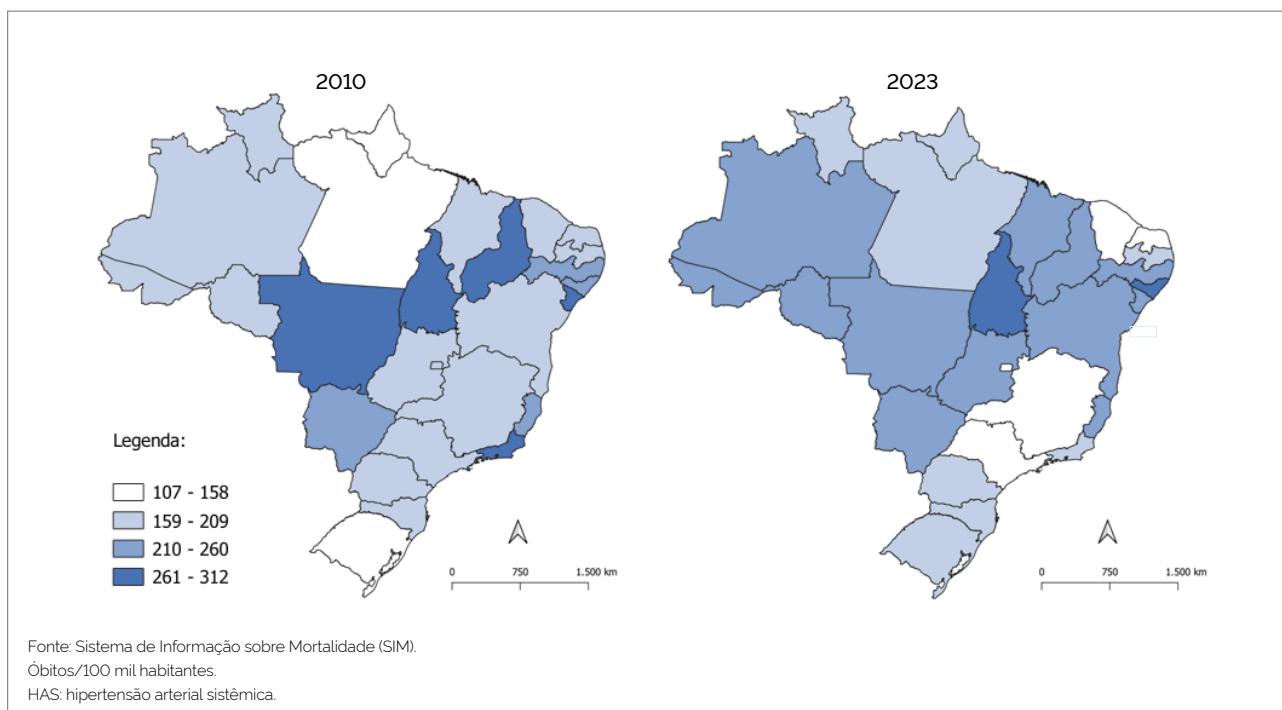


FIGURA 6 Taxa de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica como causa associada do óbito em maiores de 20 anos, padronizada por idade, segundo UF, Brasil, 2010 e 2023

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A análise dos dados apresentados neste boletim epidemiológico evidencia a complexidade do cenário da hipertensão no Brasil, destacando avanços, desafios persistentes e oportunidades para aprimoramento das políticas públicas de saúde. A morbimortalidade associada à doença segue como um grave problema de saúde pública, com aumento das taxas de mortalidade no mesmo período. Esse cenário aponta para a necessidade de uma abordagem mais integrada, que combine prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado da doença, especialmente na APS.

Segundo dados da PNS 2019, mais de 38 milhões de brasileiros, com 18 anos ou mais de idade, foram diagnosticados com hipertensão³. De acordo com consulta realizada no Sisab em 2024, o percentual de pessoas cadastradas com hipertensão na APS é de aproximadamente 40 milhões, o que representa 22,2% de toda a população cadastrada. Tal situação vai ao encontro com outros estudos que apontam aumento da prevalência de hipertensão no Brasil e no mundo, em que o aumento está relacionado ao envelhecimento populacional e adoção de estilos de vida não saudáveis²⁸.

A APS demonstrou seu papel central no cuidado às pessoas com hipertensão, com aumento progressivo no número de atendimentos a partir de 2021, após uma queda inicial em 2020 devido à pandemia de covid-19. No entanto, persistem desigualdades regionais, com destaque para as Regiões Nordeste e Sudeste, que apresentaram os maiores volumes de atendimentos, enquanto estados como Roraima registraram as menores proporções de pessoas cadastradas com hipertensão. Essas disparidades podem estar relacionadas à distribuição desigual de profissionais de saúde, à cobertura da APS e a DSS, como acesso à alimentação saudável, prática de atividade física e condições socioeconômicas^{29,30}.

A mortalidade associada à hipertensão também revela desigualdades marcantes, especialmente entre populações negras (pretos e pardos), que apresentaram taxas consistentemente mais altas em comparação com outros grupos raciais. Além disso, o envelhecimento populacional e a maior frequência da doença entre indivíduos do sexo feminino, em contrapartida com a mortalidade sendo maior entre indivíduos do sexo masculino, reforçam a necessidade de estratégias específicas para esses grupos, incluindo campanha de conscientização e acesso facilitado a medicamentos e acompanhamento médico.

Os dados do Vigitel mostram que a prevalência de hipertensão continua a crescer, o que sugere a influência de fatores comportamentais e socioeconômicos. A alimentação inadequada, o comportamento sedentário, o consumo de álcool e o tabagismo são fatores de risco modificáveis que demandam intervenções intersetoriais, como políticas de regulação de alimentos ultraprocessados, promoção de ambientes saudáveis e incentivo à atividade física.

Diante desse cenário, recomenda-se:

1. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) – Ampliar a cobertura e a qualidade do cuidado na APS, com ênfase no rastreamento precoce, monitoramento contínuo e encaminhamento oportuno de pessoas com hipertensão para os serviços especializados, quando necessário. Destaca-se a importância da integração entre a APS e a Vigilância em Saúde, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab)³¹ e na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)³², como estratégia fundamental para a identificação de riscos, o planejamento territorial, a coordenação do cuidado e as ações articuladas de prevenção e controle das doenças crônicas.

2. Combate às desigualdades regionais e raciais – Promover políticas focalizadas que considerem as vulnerabilidades sociais, territoriais e raciais, visando garantir equidade no acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da hipertensão. Estratégias como o mapeamento de áreas de maior risco, a expansão da cobertura das equipes de Saúde da Família, o fortalecimento da atuação multiprofissional e a alocação proporcional de recursos com base em critérios de vulnerabilidade são fundamentais para reduzir as iniquidades em saúde no País^{33, 34}.

3. Promoção de hábitos saudáveis – Reforçar ações de promoção da saúde por meio da intensificação de campanhas educativas e da adoção de medidas regulatórias que favoreçam ambientes alimentares mais saudáveis e prevenção de fatores de risco. Entre essas ações, destaca-se a **redução do teor de sódio em alimentos processados e ultraprocessados**, dada a elevada ingestão de sal pela população brasileira, conforme evidenciado por estudos epidemiológicos e diretrizes do Ministério da Saúde³⁵⁻³⁷. Outra estratégia essencial é a **adoção de políticas fiscais**, como a tributação de bebidas adoçadas, produtos de tabaco e álcool, medida respaldada por robusta evidência

internacional que demonstra seu impacto positivo na redução do consumo, na prevenção de doenças e na equidade em saúde^{38, 39, 40-44}. Essas ações estão alinhadas aos compromissos assumidos na **Declaração Política da 3ª Reunião de Alto Nível da ONU sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis**⁴¹, e às recomendações da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**⁴²⁻⁴⁴.

4. Melhoria dos sistemas de informação – Aprimorar a qualidade, cobertura e integração dos sistemas de informação em saúde para garantir o monitoramento contínuo da hipertensão e a avaliação das políticas públicas. A interoperabilidade entre sistemas como o Sisab, SIM e Vigitel é fundamental para aumentar a precisão dos indicadores, apoiar o planejamento local e nacional e orientar a tomada de decisão baseada em evidências³⁴.

5. Ação intersetorial – Estimular a articulação de políticas e ações entre os setores de saúde, educação, agricultura, transporte, assistência social e urbanismo, a fim de criar ambientes que favoreçam escolhas saudáveis. Essa abordagem integrada é essencial para enfrentar os determinantes sociais da hipertensão e garantir a efetividade das intervenções de promoção, prevenção e cuidado^{32, 41}.

A hipertensão é uma condição multifatorial que exige respostas igualmente multifacetadas. O SUS tem demonstrado capacidade de adaptação, como visto na recuperação dos atendimentos na APS pós-pandemia, mas é essencial consolidar essas conquistas e enfrentar os desafios remanescentes com estratégias baseadas em evidências e compromisso com a equidade. A continuidade do monitoramento epidemiológico e a implementação de políticas integradas serão fundamentais para reduzir a carga da hipertensão no Brasil e melhorar a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Bernal RTI, Prates EJS, Vasconcelos NM de, Gomes CS, Stopa SR, et al. Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiol Serv. Saúde* [Internet]. 2022;31(spe1):e2021369. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200012.especial>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2006-2023: morbidade referida e autoavaliação de saúde: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de morbidade referida e autoavaliação de saúde nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. [citado em 25 jul. 2024]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
5. 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.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica n.º 11/2021 – Relatório Saúde na Produção – Versão 1.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. [citado em 2 ago. 2025]. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_saude_producao_210802.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2023. [citado em 22 maio 2023]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel, 2025b. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsas/inqueritos-de-saude/vigitel>
9. Ministério da Saúde (BR). Biblioteca Virtual em Saúde. Hipertensão Arterial. Brasília, DF, 18 ago. 2021a. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/hipertensao-18/>
10. World Health Organization. (2023, March 16). Hypertension. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
11. WHO. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
12. Nilson EAF, Andrade RDCS, de Brito DA, de Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018 [Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. Costos atribuibles a la obesidad, la hipertensión y la diabetes en el Sistema Único de Salud de Brasil, 2018]. *Rev Panam Salud Pública.* 2020 Apr 10;44: e32. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP2020.32>. PMID: 32284708; PMCID: PMC7147115.
13. Ministério da Saúde (BR). Matriz 2 – Políticas. In: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, 2017. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatricesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>.
14. Ministério da Saúde (BR). Hipertensão (Pressão Alta), 2025a. [Internet]. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao>
15. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB. US Preventive Services Task Force: Screening for Hypertension in Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA.* 2021 Apr 27;325(16):1650-1656. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4987>. PMID: 33904861.
16. FTSP-EUA. Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA. Triagem de Pressão Arterial Elevada em Crianças e Adolescentes: Declaração de Recomendação da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA. *JAMA.* 2020;324(18):1878-1883. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.20122>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2772767>
17. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças cardiovasculares. [Internet]. Washington, D.C.: OPAS, 2021. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>

18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. [Internet]. Geneva: WHO; 2017. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>.
19. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. HEARTS nas Américas: estratégia para melhorar a saúde cardiovascular. [Internet]. Washington, D.C: OPAS; 2020. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas>. Acesso em: 22 maio 2025.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica Explicativa – Relatório de Saúde (Produção) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 18 fev 2021. [citado em 3 jul. 2025]. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_saude_producao_210218.pdf
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>.
24. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10ª revisão (CID-10). 10. ed. São Paulo: EDUSP; 2008.
25. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCSA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. Rev. Saúde Pública. 2022; 56:94. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 221, p. 87, 13 nov. 2019.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 13/2020-CGSCOR/DESF/SAPS/MS, de 25 de maio de 2020. Recomendações sobre o registro de problemas e condições de saúde no prontuário eletrônico do cidadão. Brasília: MS, 2020.
28. Julião NA et al.; 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, 26(9):4007-4019, 2021.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf.
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 85 p: il. . [citado em 22 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica: PNAB. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
32. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Vigilância em Saúde: PNVS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD 2011 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado em 11 abr 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>
34. Lobo LAC, Luiz RR, Castro IRR. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017;33(6): e00035316. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00035316>
35. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Redução do sódio em alimentos processados e ultraprocessados no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
36. Mill JG, Malta DC, Machado ÍE, Pate A, Pereira CA, Jaime PC, et al. Estimation of salt intake in the Brazilian population: results from the 2013 National Health Survey. Rev Bras Epidemiol. 2019;22 Suppl 02: E190009.SUPL.2.
37. Oliveira MM, Malta DC, Santos, MAS, Oliveira TP, Nilson EAF, Claro RM. Consumo elevado de sal autoreferido em adultos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24:249-56.

38. Hassan BK. Tributação de bebidas e alimentos não saudáveis no mundo: experiências internacionais e seus impactos [Internet]. São Paulo: ACT Promoção da Saúde; 2021 [citado em 3 jul. 2025]. Disponível em: https://evidencias.tributosaudavel.org.br/wp-content/themes/act-theme/LO_ACT_EXP-INT_Rev-03.pdf
39. Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária. A importância de aumentar os impostos do tabaco no Brasil. [Internet]. Buenos Aires: IECS; 2020 [citado em 19 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.iecs.org.ar/tabaco>
40. United Nations General Assembly. Political declaration of the 3rd high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases: resolution/adopted by the General Assembly. New York: United Nations; 2018 [citado em 19 jan. 2024]. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1648984?ln=en#record-files-collapse-header>
41. World Health Organization. Taxes on sugary drinks: why do it? Geneva: WHO; 2017.
42. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Geneva: WHO; 2019.
43. World Health Organization. Tobacco: key facts. [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado em 19 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
44. World Health Organization. Tobacco. [Internet]. Geneva: WHO; 2022. [citado em 19 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



Boletim Epidemiológico

ISSN 2358-9450

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ministro de Estado da Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Mariângela Batista Galvão Simão

*Comitê editorial***Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)**

Mariângela Batista Galvão Simão

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Marília Santini de Oliveira

Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)

Letícia de Oliveira Cardoso

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT)

Agnes Soares da Silva

Departamento de Emergências em Saúde Pública (Demsp)

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs)

Guilherme Loureiro Werneck

Departamento de Hiv/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi)

Draurio Barreira Cravo Neto

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

Aline Amaral Imbeloni

Instituto Evandro Chagas (IEC)

Lívia Carício Martins

*Equipe editorial***Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDNT/Daent/SVSA)**

Larissa Otaviano, Camila Rodrigues Azevedo, Leonardo de Souza Lourenço Carvalho, Felipe Silva Neves, Letícia Mendes Ricardo, Luiz Antônio Alves de Menezes-Júnior, Luma de Oliveira Comini, Naiá Ortelan, Anna Beatriz Souza Antunes, Geórgia Maria Albuquerque, Letícia Cardoso

Coordenação-Geral de Prevenção às Condições Crônicas (CGCOC/Deppros/Saps)

Élem Cristina Cruz Sampaio, Fernando Freitas Alves, Hannah Carolina Tavares Domingos, Ingrid Isabelle Maia de Souza, Luiza Rosa Bezerra Callado, Luciano Gomes Marcelino, Rhaila Cortes Barbosa, Renata Torres Sena Pita, Valeria Slongo de Souza, Aline Lima Xavier

*Editoria técnico-científica***Coordenação-Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde (CGEVSa/Daevs/SVSA)**

Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves da Silva, José Fabrício de Carvalho Leal

Diagramação

Fred Lobo (CGEVSa/Daevs/SVSA)

Revisão

Tatiane Souza (CGEVSa/Daevs/SVSA)