


Acurácia da hipertensão arterial sistêmica autorreferida em adultos de Rio Branco, Acre*

doi: 10.5123/S1679-49742019000200018

Accuracy of self-reported systemic arterial hypertension in adults, Rio Branco, Acre, Brazil

Precisión de la hipertensión arterial sistémica autorreferida en adultos de Rio Branco, Acre, Brasil

Cleuciane Lima de Melo¹ –  orcid.org/0000-0003-3379-0144

Thatiana Lameira Maciel Amaral¹ –  orcid.org/0000-0002-9197-5633

Cledir de Araújo Amaral² –  orcid.org/0000-0002-7221-5364

Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos³ –  orcid.org/0000-0003-1658-2589

Gina Torres Rego Monteiro⁴ –  orcid.org/0000-0002-9900-1825

¹Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, AC, Brasil

²Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Rio Branco, AC, Brasil

³Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

⁴Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar a validade da hipertensão arterial sistêmica (HAS) autorreferida na população adulta de Rio Branco, Acre, Brasil. **Métodos:** estudo de acurácia diagnóstica com 576 adultos (18-59 anos); foram calculados acurácia, sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo para construção da curva de Receiver Operating Characteristic (ROC). **Resultados:** as prevalências de HAS aferida (padrão ouro) e autorreferida foram de 19,6% e 16,6%, respectivamente; a HAS autorreferida apresentou 53,7% de sensibilidade e 92,4% de especificidade; a sensibilidade variou de 29,9%, nos indivíduos abaixo de 40 anos, a valores superiores a 70,0% entre os obesos e os que autorrelataram dislipidemia; a especificidade apresentou uma variação de 70,0%, nos que referiram diabetes *mellitus*, a 95,3% nos eutróficos; a curva ROC para análise da hipertensão apresentou área sob a curva de 0,77 (IC_{95%} 0,72;0,81). **Conclusão:** o autorrelato de HAS em adultos a partir dos 40 anos apresenta acurácia para utilização em pesquisas no município.

Palavras-chave: Hipertensão; Acurácia dos Dados; Estudos Transversais; Adulto; Sensibilidade e Especificidade; Diagnóstico.

*Artigo derivado da dissertação de mestrado intitulada 'Validação diagnóstica da hipertensão arterial sistêmica autorreferida em adultos de um município da Amazônia brasileira', defendida por Cleuciane Lima de Melo junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre (UFAC) em 2016. Estudo financiado com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTI/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT nº 06/2013 – destinados ao apoio a pesquisas estratégicas para o Sistema de Saúde pela Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) – Processo nº 401081/2013-3; da Fundação de Amparo à Pesquisa do Acre (FAPAC) – PPSUS nº 001/2013; e do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – MS/CNPq/FAPAC/SESACRE nº 6068-14-0000029.

Endereço para correspondência:

Thatiana Lameira Maciel Amaral – BR 364, Km 4, Distrito Industrial, Campus Rio Branco, Rio Branco, Acre, Brasil. CEP: 69920-900
E-mail: thatianalameira27@gmail.com



Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um relevante fator associado às morbidades cardiovasculares, acarretando a diminuição da qualidade e expectativa de vida e o aumento dos custos socioeconômicos. O número de inquéritos para estimar a prevalência da HAS tem aumentado. Este aumento se deve à importância das informações de frequência e complicações nas diversas populações, e à necessidade de avaliar e monitorar ações de prevenção e controle da doença, além de subsidiar a elaboração de propostas de intervenções. A prevalência de HAS pode ser estimada pela mensuração da pressão arterial ou pelo autorrelato.¹

A identificação da HAS pela mensuração é mais acurada, porém onera a pesquisa, ao envolver profissionais, uso de equipamentos, preparo do paciente e técnica padronizada para aferição.^{2,3} Os custos para o sistema público de saúde são menores quando a HAS é autorreferida por meio de entrevistas ou aplicação de questionários, método mais acessível e rápido para sua estimativa em estudos epidemiológicos. Esse método, entretanto, está mais sujeito a erros: a informação depende do conhecimento do diagnóstico prévio pelo participante, assim como das características do instrumento de coleta de dados e de como ele é entendido pela população à qual é aplicado.^{4,5} Neste contexto, torna-se necessário o estudo da validade da HAS autorreferida,³ viabilizando seu emprego em estudos e na vigilância dessa doença na população.

Os custos para o sistema público de saúde são menores quando a HAS é autorreferida por meio de entrevistas ou aplicação de questionários, método mais acessível e rápido para sua estimativa em estudos epidemiológicos.

Estudos mostram divergência sobre a validade do autorrelato de HAS, cuja prevalência pode ser subestimada ou superestimada.^{6,7} Uma revisão sistemática sobre acurácia do autorrelato de HAS elegeu cinco estudos realizados no Brasil, país com maior número de artigos selecionados para compor a revisão. Dos estudos brasileiros, em dois observou-se superestimação por autorrelato, enquanto outros dois subestimaram a prevalência de HAS. Vale ressaltar que, entre os es-

tudos brasileiros elencados nessa revisão sistemática, nenhum foi realizado na região Norte do país.⁸

Dada a importância do conhecimento da prevalência de HAS a partir de estudos epidemiológicos, é oportuna a verificação da validade, mediante indicadores de acurácia do autorrelato da população que se pretende avaliar. Dadas as diferenças regionais e metodológicas entre os estudos existentes,⁸ torna-se imperiosa a realização de investigações dessa natureza, posto que o Brasil é um país de proporções continentais e a validade do autorrelato da HAS em determinados locais não garante a necessária segurança para uso dessas validações em todo o país, especialmente na região da Amazônia.

O desconhecimento de dados de base populacional sobre a prevalência de HAS mensurada em Rio Branco, capital do estado do Acre, Brasil, como também da validade do autorrelato pela população para utilização em pesquisas epidemiológicas, motivou a realização do presente estudo, cujo objetivo foi analisar a validade da HAS autorreferida na população adulta de Rio Branco.

Métodos

Trata-se de um estudo de validade do autorrelato de HAS em adultos por meio da avaliação dos indicadores de acurácia diagnóstica, tendo como fonte de dados o inquérito 'Estudo das Doenças Crônicas – EDOC'. O EDOC constituiu-se de dois inquéritos: EDOC-A, realizado com adultos (18 a 59 anos); e EDOC-I, com idosos (60 anos e mais). Todos os indivíduos inquiridos eram residentes em Rio Branco, Acre, no período de abril a setembro de 2014.

Tomou-se por base os dados do Censo Demográfico de 2010, de responsabilidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que apontaram a capital do Acre como a sexta cidade mais populosa da região Norte, com 336.038 habitantes e 96.276 domicílios distribuídos em 338 setores censitários.

O plano amostral foi elaborado considerando-se dois estágios: setor; e domicílio. A seleção dos setores foi feita com probabilidade proporcional ao número de domicílios particulares encontrados pelo Censo 2010. Os domicílios foram selecionados por amostragem sistemática, com equiprobabilidade, e todos os adultos neles residentes, entrevistados. Foram excluídos da população de pesquisa os indivíduos com comprometimentos cognitivos que inviabilizassem a comunicação ou o entendimento das perguntas e as mulheres grávidas.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se a prevalência de alteração da função renal de 15% em adultos,⁹ com grau de confiança de 95% e erro absoluto de 3 pontos percentuais¹⁰ para amostragem aleatória simples de proporções. Este procedimento resultou em uma amostra de 652 adultos. Dividindo-se esse tamanho de amostra pelo número médio de adultos por domicílio, obtido do mesmo Censo 2010, contou-se a necessidade de selecionar 440 domicílios. Fixados esses parâmetros, decidiu-se pela seleção de 40 setores e 11 domicílios por setor. Para a amostra efetiva do EDOC-A, foram determinados os pesos das observações para produzir estimativas sobre a população estimada pelo IBGE para 1º de julho de 2014. Considerando-se a perda pontual de informações de determinadas variáveis, foram criadas subamostras, e os pesos das observações foram recalibrados para produzir estimativas populacionais. Detalhes sobre o plano de amostragem, calibração dos pesos das observações, subamostras e demais procedimentos metodológicos do EDOC estão descritos por Amaral et al.¹¹

Os dados demográficos e socioeconômicos, assim como as informações sobre hábitos de vida e de saúde, foram obtidos mediante aplicação de questionário estruturado entrevistadores treinados. Na presente análise, utilizam-se os dados sobre faixa etária (em anos: 18 a 39; 40 a 59), sexo, escolaridade (sem escolaridade; ensino fundamental; ensino médio; ensino superior), situação conjugal (com companheiro; sem companheiro), morbidades autorreferidas (diabetes *mellitus*; dislipidemia; estresse), prática de atividade física (sim [ao menos uma vez por semana]; não), tabagismo (não fumante; fumante ou ex-fumante) e consumo habitual de bebida alcoólica (sim; não).

A HAS autorreferida foi obtida a partir da proposição da pergunta “Alguma vez o(a) senhor(a) já foi diagnosticado por algum médico com [...] hipertensão (pressão alta)?”. Foram considerados com HAS autorreferida aqueles que relataram o diagnóstico.

A aferição da pressão arterial (PA) foi realizada por profissionais de saúde em dia posterior à aplicação do questionário, respeitando-se o tempo de 30 minutos ou mais da última ingestão de cafeína ou de cigarro fumado. O participante foi orientado a sentar com as pernas descruzadas, os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira, e relaxar, com o braço na altura do coração, livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente

fletido. O manguito foi bem ajustado, 2 a 3cm acima da fossa cubital. A PA foi mensurada utilizando-se aparelho digital da marca Beurer®. Foram realizadas três aferições: a primeira, após 5 minutos de repouso inicial; e as outras duas, a intervalos de 2 minutos. O valor final da PA foi calculado pela média aritmética entre a segunda e a terceira medidas.²

Foram considerados com HAS mensurada aqueles cujos valores da média da PA mensurada foram ≥ 140 mmHg para a PA sistólica e/ou ≥ 90 mmHg para a PA diastólica, ou com uso atual de medicamento anti-hipertensivo.² O diagnóstico da HAS mensurada foi considerado padrão ouro para HAS, no presente estudo. O ponto de corte foi definido *a priori*, tanto para o teste-índice (autorrelato) quanto para o padrão. O uso atual de medicamentos anti-hipertensivos foi identificado a partir de receituário médico ou da embalagem dos medicamentos de uso atual.

O peso dos participantes foi mensurado por balança digital, colocada em superfície plana (BalG1 200 da G-Tech®); e a altura, determinada por estadiômetro portátil (Sanny®). O índice de massa corporal (IMC), obtido pela razão do peso (kg) pelo quadrado da altura em metros (m²), foi classificado em três grupos: < 25 kg/m² (valores normais ou de baixo peso); $25 \leq$ < 30 kg/m² (sobrepeso); e ≥ 30 kg/m² (obesidade).¹²

Os dados foram analisados de forma descritiva e exploratória, para avaliar a distribuição das variáveis e caracterizar a população estudada. A descrição das variáveis categóricas foi apresentada pela distribuição das proporções. As prevalências de HAS autorreferida e mensurada foram calculadas e comparadas pelo teste qui-quadrado de McNemar, sendo adotado nível de significância de 95%. A validade do autorrelato de HAS, tendo como padrão ouro a HAS mensurada, foi expressa utilizando-se os indicadores de acurácia, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. Esses indicadores foram apresentados segundo informações socioeconômicas e demográficas, hábitos de vida e morbidades autorreferidas (estresse, diabetes e dislipidemia).

As curvas da Receiver Operating Characteristic (ROC), para avaliação da pressão arterial sistólica e da hipertensão arterial autorreferida, estratificadas por sexo e faixa etária, foram analisadas para obtenção das áreas sob a curva e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC_{95%}): resultado igual a 1,0 significa que se trata de um teste perfeito; e resultado inferior a

0,5, que a resposta da variável-teste se deve ao acaso. As análises dos dados foram realizadas pelo pacote estatístico SAS®, versão 9.4, tendo-se adotando um nível de significância de $\alpha=0,05$.

Todas as análises levaram em conta o efeito do desenho amostral e os pesos calibrados das observações. As frequências das observações foram expressas por 'n', e sua correspondente populacional, a partir da inferência da amostra para a população, por 'n expandido' (N).

O projeto da pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Acre (CEP/UFAC): Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 17543013.0.0000.5010, de 30 de janeiro de 2014. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram avaliados 685 adultos e destes, 644 aferiram a pressão arterial e responderam ao questionário quanto à presença ou ausência de hipertensão arterial, o que correspondeu a 211.902 indivíduos após extrapolação da amostra para a população. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos analisados e os excluídos, segundo sexo e idade ($p>0,05$).

Entre os indivíduos com HAS mensurada, a maioria era de homens, da faixa etária de 40 a 59 anos, de raça/cor da pele autorreferida como branca, com até o ensino fundamental, trabalhadores, com companheiros, sedentários, fumantes ou ex-fumantes, com sobrepeso ou obesos, com diabetes e dislipidemia autorreferida. Ao se comparar a distribuição das variáveis segundo a forma de identificar HAS, observou-se subestimação da autorreferida nos homens, naqueles com ocupação, nos que apresentaram sobrepeso e nos que referiram ter diabetes (Tabela 1).

A prevalência de HAS autorreferida foi de 16,6% (IC_{95%} 13,2;20,7), e a mensurada (padrão ouro), de 19,6% (IC_{95%} 16,5;23,1).

Na comparação da HAS autorreferida com o padrão ouro, a acurácia do autorrelato foi elevada: os resultados estiveram corretos em mais de 80,0% dos casos, para a maioria das variáveis investigadas. A sensibilidade revelou que 53,7% dos indivíduos hipertensos

foram corretamente identificados pelo autorrelato, enquanto 92,4% dos não hipertensos informaram corretamente sua condição (Tabela 2).

A sensibilidade do autorrelato foi menor entre os indivíduos jovens (29,9%) e com sobrepeso (37,2%). O menor VPP foi observado na faixa etária dos 18 aos 39 anos (35,3%) e o VPN mais baixo naqueles com diabetes (50,7%). A acurácia foi superior a 79% em todas as variáveis analisadas, exceto para diabetes (Tabela 2).

A curva ROC para análise da HAS apresentou área sob a curva (AUC) de 0,77 (IC_{95%} 0,72;0,81), apontando para a consonância entre o diagnóstico avaliado pela medida da pressão arterial sistólica e o autorrelato de diagnóstico de HAS na população inquirida (Figura 1). Na análise da curva ROC estratificada por sexo, as mulheres obtiveram valor da AUC de 0,77 (IC_{95%} 0,72;0,82), enquanto para os homens a AUC foi de 0,78 (IC_{95%} 0,69;0,87). Nos estratos de idade, a AUC na faixa etária até 40 anos foi de 0,75 (IC_{95%} 0,67;0,83), e na de 40 anos e mais, de 0,71 (IC_{95%} 0,65;0,77).

Discussão

A HAS autorreferida foi classificada como um bom método para estimar a hipertensão arterial em estudos epidemiológicos com adultos, na cidade de Rio Branco, Acre. Não obstante, ela deve ser utilizada com cautela naqueles com idade inferior a 40 anos, com sobrepeso e autorrelato de diabetes.

A prevalência de HAS autorreferida foi menor que a mensurada, embora essa diferença não se tenha revelado estatisticamente significativa. Esse resultado é corroborado por estudo realizado no Canadá, onde a prevalência da HAS pelo autorrelato foi de 18,2% e a mensurada 20,3%.¹³ Pesquisa realizada na Carolina do Norte, Estados Unidos, com maiores de 18 anos, também apontou a subestimação da prevalência de HAS pelo autorrelato (16,1%) em relação à mensurada (24,8%).¹⁴ Observou-se subestimação da HAS pelo autorrelato com diferenças estatisticamente significativas entre os homens, pessoas com ocupação, com sobrepeso pelo IMC e com autorrelato de diabetes. Em contraposição, estudo brasileiro realizado em Pelotas, RS, demonstrou que a prevalência global da HAS foi superestimada pelo autorrelato, o que também se confirmou entre indivíduos abaixo de 49 anos e no sexo feminino.⁴

Tabela 1 – Prevalência da hipertensão arterial sistêmica autorreferida e mensurada (padrão ouro) segundo as variáveis analisadas em adultos de Rio Branco, Acre, 2014

Variáveis	Total		Hipertensão arterial sistêmica							
	n	N ^a	Mensurada				Autorreferida			
			n	N ^a	% ^b	IC _{95%} ^c	n	N ^a	% ^b	IC _{95%} ^c
Sexo										
Masculino ^d	197	101.624	59	22.017	21,7	16,3;28,2	44	15.879	15,6	10,4;22,7
Feminino	447	110.278	108	19.556	17,7	14,6;21,4	99	19.355	17,6	14,1;21,6
Grupo etário (em anos)										
18-39	339	146.447	34	15.640	10,7	7,1;15,8	32	13.252	9,0	5,6;14,3
40-59	305	65.455	133	25.933	39,6	39,2;46,8	111	21.981	33,6	26,7;41,2
Raça/cor da pele										
Branca	120	38.846	37	10.473	27,0	18,4;37,6	30	7.348	18,9	12,0;28,5
Não branca	524	173.056	130	31.101	18,0	14,5;22,0	113	27.886	16,1	12,6;20,3
Escolaridade^e										
Ensino médio e superior	272	96.332	53	14.251	14,8	10,5;20,4	43	10.941	11,4	8,0;15,8
Até o ensino fundamental	358	111.524	113	27.114	24,3	19,2;30,3	97	23.438	21,0	16,3;26,7
Ocupação										
Não	334	96.366	80	15.563	16,2	12,5;20,6	79	16.448	17,1	13,1;22,0
Sim ^d	310	115.536	87	26.010	22,5	17,7;28,2	64	18.786	16,3	11,4;22,7
Situação conjugal^e										
Com companheiro	306	98.269	97	24.776	25,2	20,1;31,2	76	20.212	20,6	15,8;26,3
Sem companheiro	335	112.747	69	16.589	14,7	11,5;18,6	66	14.813	13,1	9,6;17,7
Atividade física^e										
Sim	164	70.284	38	11.335	16,1	10,0;25,0	31	9.064	12,9	8,8;18,6
Não	477	140.328	127	29.808	21,2	18,1;24,7	110	25.739	18,3	14,2;23,3
Tabagismo^e										
Não fumante	348	122.593	76	21.484	17,5	13,6;22,2	63	16.696	13,6	10,0;18,3
Fumante ou ex-fumante	292	88.230	91	20.089	22,8	17,5;29,1	79	18.221	20,7	16,1;26,0
Consumo de bebida alcoólica^e										
Não	463	142.147	128	29.461	20,7	17,2;24,8	112	26.343	18,5	14,8;23,0
Sim	155	60.885	33	9.762	16,0	10,5;23,7	24	7.182	11,8	6,9;19,4
Índice de massa corporal (IMC)^e										
Eutrófico (<25Kg/m ²)	250	91.213	37	9.579	10,5	6,8;16,0	39	9.189	10,1	6,8;14,6
Sobrepeso (25 a <30Kg/m ²) ^d	238	75.831	70	17.376	22,9	17,4;29,6	45	10.964	14,5	10,1;20,3
Obeso (≥30Kg/m ²)	141	39.763	53	13.154	33,1	26,6;40,3	53	14.171	35,6	24,8;48,2
Estresse autorreferido										
Não	464	153.855	125	30.643	19,9	16,0;23,4	99	24.844	16,1	12,6;20,5
Sim	160	50.794	37	9.493	18,7	11,9;28,2	41	9.712	19,1	13,1;27,1
Diabetes autorreferida^e										
Não	604	198.959	143	34.869	17,5	14,6;20,9	123	30.611	15,4	12,0;19,4
Sim ^d	33	10.886	20	6.027	55,4	35,1;74,0	16	3.946	36,2	21,2;54,5
Dislipidemia autorreferida^e										
Não	575	193.580	139	35.173	18,2	15,2;21,4	116	29.451	15,2	11,8;19,3
Sim	56	14.687	24	5.207	35,5	21,2;52,9	26	5.471	37,2	25,1;51,2
Total	644	211.902	167	41.573	19,6	16,5;23,1	143	35.234	16,6	13,2;20,7

a) N = N expandido a partir dos pesos e o delineamento amostral.

b) %: proporção a partir do N expandido.

c) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

d) Teste de McNemar significativo (p<0,05).

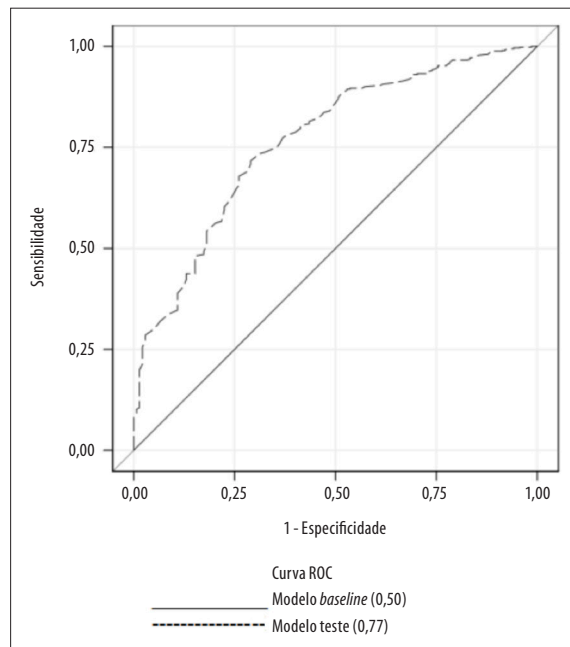
e) As diferenças em relação ao total são decorrentes de falta de informação na variável.

Tabela 2 – Acurácia da hipertensão arterial sistêmica autorreferida segundo as variáveis independentes dos adultos de Rio Branco, Acre, 2014

Variáveis	Acurácia	Sensibilidade (IC _{95%} ^a)	Especificidade (IC _{95%} ^a)	Valores preditivos	
				Positivo (IC _{95%} ^a)	Negativo (IC _{95%} ^a)
HAS^b autorreferida	84,8	53,7 (53,2;54,2)	92,4 (92,3;92,5)	63,3 (61,3;77,2)	89,1 (85,6;91,6)
Sexo					
Masculino	84,4	50,0 (49,3;50,6)	93,9 (93,7;94,0)	69,3 (57,5;87,9)	87,2 (81,3;92,8)
Feminino	85,2	57,8 (57,1;58,5)	91,1 (90,9;91,3)	58,4 (58,8;77,3)	90,9 (85,8;92,6)
Idade (em anos)					
18-39	86,7	29,9 (29,2;30,6)	93,4 (93,3;93,6)	35,3 (13,1;45,0)	91,8 (91,7;97,2)
40-59	80,7	68,0 (67,4;68,6)	89,0 (88,7;89,3)	80,2 (74,2;89,4)	80,9 (73,7;85,6)
Raça/cor da pele					
Branca	84,3	55,9 (55,0;56,9)	94,7 (94,5;95,0)	79,7 (59,0;91,0)	85,3 (80,7;94,9)
Não branca	90,3	52,9 (52,4;53,5)	91,9 (91,8;92,1)	59,0 (58,9;77,1)	89,9 (85,4;92,0)
Situação conjugal					
Com companheiro	79,2	49,4 (48,9;50,2)	89,2 (89,0;89,4)	60,6 (58,7;80,4)	84,0 (78,6;88,9)
Sem companheiro	86,7	40,7 (40,0;41,5)	94,8 (94,7;95,0)	57,6 (56,6;80,1)	90,3 (89,0;95,6)
Escolaridade					
Até o ensino fundamental	82,2	56,7 (56,1;57,3)	90,4 (90,3;90,6)	65,6 (94,7;95,0)	86,7 (94,7;95,0)
Ensino médio e superior	87,8	47,2 (46,4;48,1)	94,9 (94,7;95,0)	61,5 (94,7;95,0)	91,2 (94,7;95,0)
Ocupação					
Não	88,4	66,8 (66,0;67,5)	92,5 (92,3;92,7)	63,2 (61,9;82,6)	93,5 (87,1;94,6)
Sim	81,9	45,8 (45,2;46,4)	92,3 (92,2;92,5)	63,5 (53,3;77,7)	85,4 (81,6;90,8)
Prática de atividade física					
Sim	84,9	43,2 (42,3;44,1)	92,9 (92,7;93,1)	54,0 (62,1;79,6)	89,5 (85,5;92,3)
Não	84,6	57,0 (56,4;57,6)	92,1 (91,9;92,2)	66,0 (44,7;81,2)	88,8 (81,7;93,5)
Tabagismo					
Não fumante	85,9	48,7 (48,1;49,4)	93,8 (93,7;94,0)	62,7 (40,9;80,8)	89,6 (77,1;91,6)
Fumante e ex-fumante	83,4	59,0 (58,3;59,7)	90,7 (90,4;90,9)	65,0 (52,9;78,0)	88,2 (86,4;93,8)
Consumo de bebida alcoólica					
Não	84,5	57,4 (56,8;57,9)	91,6 (91,5;91,8)	64,2 (63,9;81,9)	89,2 (85,2;92,1)
Sim	87,7	48,6 (47,6;49,6)	95,2 (95,0;95,4)	66,0 (38,8;75,5)	90,6 (82,7;93,9)
Índice de massa corporal (IMC: kg/m²)					
Eutrófico (<25Kg/m ²)	91,1	55,5 (54,5;56,5)	95,3 (95,1;95,4)	57,9 (40,7;77,8)	94,8 (88,4;96,4)
Sobrepeso (25 a <30Kg/m ²)	79,7	37,2 (36,5;37,9)	92,3 (92,1;92,5)	59,0 (53,4;81,4)	83,2 (81,1;91,5)
Obeso (≥30Kg/m ²)	79,7	73,1 (72,4;73,9)	82,9 (82,4;83,4)	67,9 (64,0;86,0)	86,2 (79,4;92,6)
Estresse autorreferido					
Não	84,7	52,0 (51,5;52,6)	92,8 (92,6;92,9)	64,2 (61,3;80,0)	88,6 (83,3;90,5)
Sim	86,8	65,8 (64,9;66,8)	91,6 (91,3;91,9)	64,3 (50,7;80,9)	92,1 (89,1;98,2)
Diabetes autorreferida					
Não	86,7	52,6 (52,1;53,1)	93,7 (93,6;93,8)	63,0 (57,9;76,1)	90,6 (86,4;92,3)
Sim	63,3	59,4 (58,2;60,6)	70,0 (68,5;71,5)	76,8 (67,8;100,6)	50,7 (40,0;93,3)
Dislipidemia autorreferida					
Não	85,4	51,8 (51,3;52,3)	92,9 (92,8;93,0)	61,9 (57,4;75,3)	89,7 (85,6;91,7)
Sim	83,0	78,6 (77,5;79,7)	85,4 (84,7;86,2)	74,8 (72,0;100,0)	87,9 (75,3;100,0)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) HAS: hipertensão arterial sistêmica.



Nota:
 ROC: Receiver Operating Characteristic.

Figura 1 – Curva Receiver Operating Characteristic comparando a hipertensão arterial autorreferida e a pressão arterial sistólica em Rio Branco, Acre, 2014

As prevalências do autorrelato de HAS encontradas pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada nas capitais brasileiras em 2012, variaram de 15,2% (TO) a 28,7% (RJ), tendo Rio Branco referido 22,3%.¹⁵ Todavia, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a prevalência de HAS autorreferida no Acre foi de 16,1% (homens, 12,6%; mulheres, 19,3%),¹⁶ enquanto noutro inquérito realizado no mesmo ano de 2013, mediante mensuração da HAS, a prevalência foi de 15,6%, maior entre homens (15,8%) quando comparados às mulheres (10,8%),¹⁷ reforçando os achados do presente estudo.

O autorrelato é considerado um importante método para a vigilância da HAS na população.⁴ Entretanto, somente a mensuração da pressão arterial possibilita a detecção de novos casos, permitindo a formulação de estratégias de prevenção e controle das doenças crônicas.¹⁸ Estudos populacionais revelam o desconhecimento da situação de saúde no Brasil. Em Nobres, MT, por exemplo, um estudo realizado com 1.003 indivíduos maiores de 18 anos evidenciou que 26,5% dos hipertensos desconheciam sua condição.¹⁹

Um recurso para avaliar a validade do autorrelato de HAS é compará-lo com a pressão arterial aferida e calcular sua sensibilidade, especificidade e valores preditivos – especialmente o positivo –, objetivando estimar a probabilidade de um indivíduo ser realmente hipertenso quando assim se declara.

Revisão sistemática de amplitude mundial publicada no ano de 2018, com metanálise, sobre dados de 112.517 adultos, destacou a importância da investigação da acurácia da HAS autorreferida antes de adotá-la como instrumento de avaliação, em virtude da variação encontrada em diferentes populações;⁸ e revelou valores de sensibilidade da HAS autorreferida de 42,1% (IC_{95%} 30,9;54,2) e de especificidade de 89,5% (IC_{95%} 84,0;93,3). Apesar da baixa acurácia, a mesma revisão mostrou que, no Brasil, houve um melhor resultado,⁸ reforçando os achados observados na presente investigação, que apresentaram valores pouco mais elevados: 53,7% de sensibilidade e 92,4% de especificidade.

Valores mais elevados de sensibilidade e de especificidade foram identificados em outras pesquisas. No sul da Espanha, de 2001 a 2003, foi mostrada uma baixa capacidade da HAS autorreferida em captar os

hipertensos (sensibilidade de 49,4% e especificidade de 96,8%), quando comparada ao padrão ouro, sendo a informação autorreferida considerada inválida para estimar a prevalência dessa doença naquela população.⁵ Um inquérito realizado em São Paulo, em 2008 e 2010, encontrou sensibilidade de 71% da HAS autorreferida entre maiores de 20 anos.³ Nos Estados Unidos, o National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III) de 1998-1991,²⁰ realizado com maiores de 24 anos, identificou 71% de sensibilidade e 90% de especificidade. Destaca-se que o NHANES é a principal fonte de dados para a vigilância de HAS nos Estados Unidos. Entre imigrantes com 18 anos ou mais, residentes em Nova Iorque, o autorrelato de HAS mostrou sensibilidade de 77,8% e especificidade de 89,9%.²¹ No inquérito com maiores de 20 anos realizado em Pelotas, observou-se sensibilidade de 84,3% e especificidade de 87,5%.⁴

Na presente investigação, foram identificados valores preditivos positivo e negativo inferiores aos reportados pelos estudos citados no parágrafo anterior: NHANES III (72% e 89%, respectivamente),²⁰ Espanha (89,4% e 77,8%),⁵ São Paulo (73,7% e 78,5%)³ e Pelotas (73,9% e 93,0%).⁴ Esses resultados mostram que a prevalência de HAS autorreferida se aproxima da mensurada, apontando sua validade em inquéritos nessas populações. Contudo, salienta-se que os valores preditivos, especialmente o VPP, são altamente dependentes da prevalência do evento na população estudada. Nesse sentido, a maior magnitude desses indicadores encontrados em tais estudos, quando comparados com os achados de Rio Branco, pode ser explicada, em parte, pela maior oferta de serviços de saúde naquelas regiões.

Vale destacar que, no presente estudo houve, maior sensibilidade da HAS autorreferida entre as mulheres e entre os mais velhos (40 a 59 anos). Na mesma direção apontou outro estudo espanhol, com adultos de 30 a 69 anos, ao apresentar maior sensibilidade entre mulheres e indivíduos mais velhos, evidenciando, ademais, o aumento da sensibilidade entre aqueles com menor escolaridade e os obesos.²² No estudo de Pelotas, o sexo feminino apresentou sensibilidade de 92,2% e VPP de 72,9%, enquanto no sexo masculino a sensibilidade foi de 72,7% e o VPP de 75,8%, com aumento desses valores a partir dos 50 anos de idade.⁴ A alta sensibilidade de HAS autorreferida em mulheres, tanto neste estudo sobre Rio Branco como em outros,

pode decorrer da maior utilização dos serviços de saúde pela população feminina.²³ Já a maior sensibilidade entre os mais velhos pode se relacionar ao fato de o conhecimento da doença se manifestar com o avanço da idade²⁴ e/ou com o aparecimento de morbidades que levam o indivíduo a buscar consultas médicas e, dessa forma, favorecer o diagnóstico de HAS.^{3,4,25}

Maiores níveis de sensibilidade e VPP foram encontrados entre aqueles que referiram comorbidades, diferentemente do apresentado no Colorado, Estados Unidos, onde (i) a sensibilidade foi de 73,2% e o VPP de 88,2% nos que referiram diabetes, enquanto (ii) a sensibilidade foi de 59,1% e o VPP de 62,7% nos que relataram hipercolesterolemia.²⁶ No estudo brasileiro realizado na cidade de São Paulo (2008 e 2010), maiores níveis desses critérios de acurácia da HAS autorreferida ocorreram entre as pessoas com obesidade (78,3% de sensibilidade e 72,3% de VPP) e nos que referiram ter diabetes *mellitus* (sensibilidade de 88,9% e VPP de 76,9%),³ corroborando os achados deste trabalho. Morbidades como a obesidade e o diabetes *mellitus* exigem maior número de consultas médicas e exames para acompanhamento, condições que ampliam o conhecimento da própria condição de saúde.^{3,4,25} Outrossim, obesidade, diabetes *mellitus* e dislipidemia são fatores associados à HAS.²⁷ Todavia, convém destacar o seguinte achado deste trabalho: entre os indivíduos que referiram ter diabetes, cerca de 50% relataram negativamente o diagnóstico prévio de HAS, sugerindo que os adultos são mais atentos ao diagnóstico de diabetes que ao de hipertensão.

A baixa escolaridade entre os adultos de Rio Branco apresentou-se como um importante fator para a acurácia da HAS autorreferida. Em São Paulo, a sensibilidade da HAS autorreferida foi maior entre os que tinham menos de nove anos de estudo (77,9%; VPP de 74,9%).³ Sustenta-se a assertiva de que a situação socioeconômica adversa, representada pela escolaridade, contribui para o aparecimento de morbidades,²⁴ maior demanda por serviços de saúde e consequente diagnóstico de doenças. Outro importante elemento a se considerar é o acompanhamento dessa população pela Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo modelo assistencial prioriza a cobertura de áreas com populações mais vulneráveis.³

Também merece destaque a frequência de falsos-negativos de HAS pelo autorrelato, sendo observadas maiores proporções de pessoas que desconhecem ser

portadoras da doença, com destaque para os homens, pessoas na idade até 39 anos, fumantes, etilistas, indivíduos dotados de maior escolaridade, não praticantes de atividades físicas, com sobrepeso e com ocupação. Estes indicadores sinalizam a importância de ações educativas de prevenção voltadas a esses grupos populacionais. Os resultados apresentados são corroborados por um estudo realizado no município de Ribeirão Preto, SP, onde sobressaíram homens, jovens, trabalhadores e pessoas com maior escolaridade como os que menos procuram os serviços de saúde.²⁸ Tal achado pode ser explicado (i) pelo fato de nem sempre o trabalhador ter facilitada – pelo empregador – a busca por cuidados com a própria saúde; (ii) pela maior escolaridade implicar maior demanda por serviços de saúde e, ademais; (iii) por ainda ser comum entre os jovens a necessidade de conciliar estudo e trabalho.²⁹

Algumas limitações devem ser consideradas na presente investigação. A primeira consiste na coleta de dados pelo autorrelato de HAS e na mensuração da PA terem se realizado em dias diferentes, ainda que se mantivesse um intervalo de tempo suficientemente curto de modo a garantir que não houvesse mudança no estado de saúde dos participantes. Também pode-se considerar uma limitação a definição da HAS (padrão ouro) por meio de mensuração pontual, ainda que amenizada ao se realizarem três mensurações sequenciais, obedecendo-se as recomendações de repouso, posicionamento e intervalo entre as medidas, e utilizar as médias das duas últimas aferições da PA sistólica e diastólica. Outra limitação potencial reside no viés de memória: era necessário que o participante se lembrasse do diagnóstico prévio de HAS feito por profissional de saúde. Finalmente, cumpre citar a simplificação na definição de algumas variáveis, como atividade física e consumo de álcool, além da perda de informação de alguns participantes, embora não houvesse diferenças significativas entre os grupos para idade e sexo.

Referências

1. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2006 mar [citado 2019 maio 17];15(1):35-45. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>. doi: 10.5123/S1679-49742006000100003
2. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 set [citado 2019 maio 17];107(3 Suppl 3):1-83. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/pt_0066-782X-abc-107-03-s3-0001.pdf. doi: 10.5935/abc.20160151
3. Selem SSC, Castro MA, César CLG, Marchioni DML, Fisberg RM. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em

Como seus pontos fortes, o estudo apresenta a validade da HAS autorreferida para a população adulta de Rio Branco, respalda futuros estudos de prevalência e contribui para compensar a escassez de estudos dessa natureza disponíveis sobre a região Norte do país.

Não poucas vezes, o autorrelato é a opção viável para obtenção de dados sobre saúde. A hipertensão arterial sistêmica autorreferida, tema deste trabalho, é válida em estudos populacionais, desde que se reserve a devida cautela na avaliação de jovens até 39 anos, homens, trabalhadores, pessoas com sobrepeso e com relato de diabetes, em razão de sua baixa sensibilidade e baixo valor preditivo positivo. Estes resultados demonstram a necessidade de medidas de Saúde Pública a serem tomadas pelas autoridades sanitárias da capital do Acre, voltadas para esse público de modo a conscientizá-lo sobre a própria condição de saúde, favorecendo ações de prevenção e controle das doenças crônicas e outros agravos.

Estudos de prevalência são necessários porque subsidiam informações sobre o estado de saúde da população. A validação das informações sobre doenças crônicas pelo autorrelato é importante para a vigilância das morbidades crescentes, frente às atuais mudanças comportamentais e de estrutura etária da sociedade brasileira.

Contribuição dos autores

Amaral TLM, Monteiro GTR, Amaral CA e Vasconcellos MTL contribuíram na concepção do projeto do estudo. Amaral TLM, Melo CL e Amaral CA contribuíram na coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Todos os autores contribuíram na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, na aprovação da versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo a exatidão e integridade de qualquer parte do artigo.

- brasileiros. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013 jan [citado 2019 maio 17];100(1):52-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n1/aop11612.pdf>. doi: 10.1590/S0066-782X2012005000119
4. Chrestani MAD, Santos IS, Matijasevich AM. Self-reported hypertension: validation in a representative cross-sectional survey. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 Nov [citado 2019 May 17];25(11):2395-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/10.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100010
 5. Huerta JM, Tormo MJ, Egea-Caparrós JM, Ortola-Devesa JB, Navarro C. Accuracy of self-reported diabetes, hypertension and hyperlipidemia in the adult Spanish population. DINO study findings. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2009 Feb [citado 2019 May 17];62(2):143-52. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1885585709715324>. doi: 10.1016/S1885-5857(09)71532-4
 6. Gwynn RC, Garg RK, Kerker BD, Frieden TR, Thorpe LE. Contributions of a local health examination survey to the surveillance of chronic and infectious diseases in New York City. *Am J Public Health* [Internet]. 2009 Jan [citado 2019 May 17];99(1):152-15. Disponível em: https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2007.117010?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed. doi: 10.2105/AJPH.2007.117010
 7. Goldman N, Lin IE, Weinstein M, Lin YH. Evaluating the quality of self-reports of hypertension and diabetes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2003 Feb [citado 2019 May 17];56(2):148-54. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(02\)00580-2/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(02)00580-2/fulltext). doi: 10.1016/S0895-4356(02)00580-2
 8. Gonçalves VSS, Andrade KRC, Carvalho KMB, Silva MT, Pereira MG, Galvao TF. Accuracy of self-reported hypertension: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens* [Internet]. 2018 May [citado 2019 May 17];36(5):970-8. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29232280>. doi: 10.1097/HJH.0000000000001648
 9. Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR, Rojas-Campos E, Gómez-Navarro B, Castellero-Manzano M. Prevalence of chronic kidney disease in an adult population. *Arch Med Res* [Internet]. 2014 Aug [citado 2019 May 17];45(6):507-13. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0188440914001301?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.arcmed.2014.06.007
 10. Cochran WG. *Sampling techniques*. 3th ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
 11. Amaral TLM, Amaral CA, Portela MC, Monteiro GTR, Vasconcellos MTL. Estudo das doenças crônicas (EDOC): aspectos metodológicos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2019 jan [citado 2019 maio 17];53:8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-08.pdf. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053000847
 12. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [citado 2015 Apr 8]. 252 p. (WHO Technical Report Series). Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
 13. Atwood KM, Robitaille CJ, Reimer K, Dai S, Johansen HL, Smith MJ. Comparison of diagnosed, self-reported, and physically-measured hypertension in Canada. *Can J Cardiol* [Internet]. 2013 May [citado 2019 May 17];29(5):606-12. Disponível em: [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(12\)01474-2/fulltext](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(12)01474-2/fulltext). doi: 10.1016/j.cjca.2012.11.019
 14. Dave GJ, Bibeau DL, Schulz MR, Aronson RE, Ivanov LL, Black A, et al. Predictors of congruency between self-reported hypertension status and measured blood pressure in the stroke belt. *J Am Soc Hypertens* [Internet]. 2013 Sep-Oct [citado 2019 May 17];7(5):370-8. Disponível em: [https://www.ashjournal.com/article/S1933-1711\(13\)00075-2/fulltext](https://www.ashjournal.com/article/S1933-1711(13)00075-2/fulltext). doi: 10.1016/j.jash.2013.04.007
 15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 maio 17]. 136 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf
 16. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 abr-jun [citado 2019 maio 17];24(2):297-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf>. doi: 10.5123/S1679-49742015000200012
 17. Malta DC, Santos NB, Perillo RD, Szwarcwald CL. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey,

2013. São Paulo Med J [Internet]. 2016 Mar-Apr [citado 2019 May 17];134(2):163-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v134n2/1806-9460-spmj-134-02-00163.pdf>. doi: 10.1590/1516-3180.2015.02090911
18. Tolonen H, Koponen P, Mindell JS, Männistö S, Giampaoli S, Dias CM, et al. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison of self-reported information and objective measures from health examination surveys. Eur J Public Health [Internet]. 2014 Dec [citado 2019 May 17];24(6):941-8. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/6/941/609852>. doi: 10.1093/eurpub/cku074
 19. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalence, control and treatment of arterial hypertension in Nobres – MT. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 Dec [citado 2019 May 17];93(6):672-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/en_18.pdf. doi: 10.1590/S0066-782X2009001200018
 20. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. Prev Med [Internet]. 1997 Sep-Oct [citado 2019 May 17];26(5):678-85. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743597901900?via%3Dihub>. doi: 10.1006/pmed.1997.0190
 21. Yi SS, Johns M, Lim S. Use of regional data to validate and recalibrate self-reported hypertension: highlighting differences in immigrant groups in New York City. J Immigr Minor Health [Internet]. 2016 Feb [citado 2019 May 17];18(1):202-9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-015-0156-6>. doi: 10.1007/s10903-015-0156-6
 22. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Barber X. Validation of self diagnosis of high blood pressure in a sample of the Spanish EPIC cohort: overall agreement and predictive values. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2000 Mar [citado 2019 May 17];54(3):221-6. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/54/3/221.long>. doi: 10.1136/jech.54.3.221
 23. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Econ Apl [Internet]. 2013 out-dez [citado 2019 maio 17];17(4):623-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ecoa/v17n4/05.pdf>. doi: 10.1590/S1413-80502013000400005
 24. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 jul-ago [citado 2019 maio 17];22(4):547-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf. doi: 10.1590/0104-1169.3345.2450
 25. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 Jan [citado 2019 May 17];29(1):62-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/08.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2013000100008
 26. Martin LM, Leff M, Calonge N, Garrett C, Nelson DE. Validation of self-reported chronic conditions and health services in a managed care population. Am J Prev Med [Internet]. 2000 Apr [citado 2019 May 17];18(3):215-8. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(99\)00158-0/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(99)00158-0/fulltext). doi: 10.1016/S0749-3797(99)00158-0
 27. Sá CA, Corralo VS, Fachineto S, Schmidt CL, Cezar MA, Ribeiro CG. Obesidade, condição socioeconômica e hipertensão arterial no Extremo Oeste de Santa Catarina. Rev Salud Pública [Internet]. 2014 abr [citado 2019 maio 17];16(2):184-94. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n2/v16n2a03.pdf>. doi: 10.15446/rsap.v16n2.39536
 28. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 abr [citado 2019 maio 17];19(4):1263-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232014194.01242013
 29. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 mar [citado 2019 maio 17];23(3):565-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300015

Abstract

Objective: to analyze the validity of self-reported systemic arterial hypertension (SAH) in the adult population of Rio Branco, Acre, Brazil. **Methods:** this was a study of diagnostic accuracy with 576 adults aged 18 to 59 years; accuracy, sensitivity, specificity and positive and negative predictive values were calculated in order to build the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve. **Results:** the prevalence rates of measured (gold standard) and self-reported SAH rates were 19.6% and 16.6%, respectively; self-reported SAH showed 53.7% sensitivity and 92.4% specificity; sensitivity ranged from 29.9% in individuals under 40 years of age, to levels above 70.0% among obese individuals and those who reported having dyslipidemia; specificity varied from 70.0% in those who self-reported diabetes mellitus, to 95.3% in eutrophic patients; the area under the ROC hypertension analysis curve was 0.77 (95%CI 0.72;0.81). **Conclusion:** self-reported SAH in adults 40 years old and over was found to be accurate for use in studies in Rio Branco.

Keywords: Hypertension; Data Accuracy; Cross-Sectional Studies; Adult; Sensitivity and Specificity; Diagnosis.

Resumen

Objetivo: analizar la validez de la hipertensión arterial sistémica (HAS) autorreferida en adultos de Rio Branco, Acre, Brasil. **Métodos:** estudio de la exactitud diagnóstica con 576 adultos de 18 a 59 años; se calculó precisión, especificidad, valores predictivos positivo y negativo para la construcción de la curva de Receiver Operating Characteristic (ROC). **Resultados:** la prevalencia de la HAS comparada (patrón-oro) fue del 19,6% y de la HAS autorreferida del 16,6%; la HAS autorreferida presentó 53,7% de sensibilidad y 92,4% de especificidad; la sensibilidad varió del 29,9%, en los individuos con menos de 40 años, a niveles del 70,0% entre los obesos y los que relataron dislipidemia; la especificidad varió de 70,0%, entre los que refirieron diabetes mellitus, a 95,3% en los eutróficos; la curva ROC para análisis de la hipertensión presentó área bajo la curva de 0,77 (IC_{95%} 0,72;0,81). **Conclusión:** el autorrelato de HAS en adultos a partir de los 40 años tiene precisión para uso en investigaciones poblacionales en Rio Branco, Acre.

Palabras clave: Hipertensión; Exactitud de los Datos; Estudios Transversales; Adulto; Sensibilidad y Especificidad; Diagnóstico.

Recebido em 06/05/2018
Aprovado em 01/05/2019

Editora associada: Doroteia Aparecida Höfelmann –  orcid.org/0000-0003-1046-3319