

Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte, segundo inquérito telefônico

Analysis of care given to patients with hypertension in Belo Horizonte, according to telephone survey

Tatiana Dias Paulucci¹, Gustavo Velasquez-Melendez¹, Regina Ivata Tomie Bernal^{II}, Francisco Félix Lana¹, Deborah Carvalho Malta^{IIII}

RESUMO: *Objetivo:* Analisar o cuidado dispensado aos hipertensos na população de Belo Horizonte, segundo posse ou não de plano de saúde privado. *Métodos:* Foram realizadas entrevistas telefônicas em amostra de adultos hipertensos no ano de 2009 em Belo Horizonte (n = 100). O cuidado prestado aos hipertensos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Suplementar (SS) foram comparados usando os testes de χ^2 de Pearson ou exato de Fisher. Foi calculada a razão de prevalência (RP), estimada pelo modelo de regressão de Poisson, ajustada segundo idade, escolaridade e cor da pele. *Resultados:* Na análise descritiva, os hipertensos usuários de planos de saúde privado tiveram maior frequência de médico de referência e maior controle de pressão arterial. Os usuários do SUS foram os que mais frequentaram grupos operativos de promoção à saúde. A aquisição de medicamentos anti-hipertensivos pelos beneficiários da SS foi mais frequente nas farmácias privadas, e, entre os usuários do SUS, nos Centros de Saúde. As diferenças desapareceram ao se ajustarem as variáveis por idade, cor da pele e escolaridade. Não houve diferença quanto às orientações recebidas de mudanças de hábitos, e nem em relação à incorporação destas práticas saudáveis de promoção pelos hipertensos. *Conclusão:* Práticas de alimentação saudável, atividade física e o não uso de álcool e tabaco têm sido incorporados pelos hipertensos, independentes da posse ou não de planos de saúde. As práticas de promoção, uso correto de medicação e acompanhamento clínico são importantes para o controle dos níveis pressóricos.

Palavras-chave: Hipertensão. Sistema Único de Saúde. Inquéritos epidemiológicos. Doença crônica. Sistemas de vigilância por inquérito telefônico.

¹Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-infantil em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{IIII}Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Gustavo Velasquez-Melendez. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Avenida Alfredo Balena, 190, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: guveme@ufmg.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Ministério da Saúde.

ABSTRACT: *Objective:* To examine the care given to patients with hypertension in the Brazilian public and private health services in the population of Belo Horizonte, Minas Gerais. *Methods:* Telephone interviews were conducted in a sample of hypertensive adults in the year 2009, in Belo Horizonte (n = 100). We compared the care provided to hypertensive users of the Unified Health System (SUS) and of the Supplementary Health (SS), using the χ^2 test or Fisher's exact test. The prevalence ratio was calculated by the Poisson regression model, adjusted for the variables age, education and skin color. *Results:* In the descriptive analysis, hypertensive users of private health plans had a higher frequency of physician referral and greater blood pressure control. Unified Health System users were the ones who participated in health promotion groups the most. The acquisition of antihypertensive medications by beneficiaries of private health insurance was more frequent in private pharmacies, and in Health Centers among users of the Unified Health System. The differences disappeared when adjusting the variables for age, race and education. There was no difference regarding the guidance received for a change of habits, or regarding the incorporation of these healthy practices promotion by hypertensive patients. *Conclusion:* A healthier diet, the practice of physical activity, and the non-use of alcohol and tobacco have been incorporated by hypertensive patients, whether owning private health insurance or not. Promotion practices, proper use of medication a clinical follow-up are important for the control of blood pressure levels.

Keywords: Hypertension. Unified Health System. Health surveys. Chronic disease. Surveillance system based on telephone interviews.

INTRODUÇÃO

A população brasileira tem experimentado significativas mudanças no seu perfil demográfico, com queda das taxas de fecundidade, natalidade, incremento da expectativa de vida e aumento da população de idosos. Também tem ocorrido quadro de transição epidemiológica, redução proporcional das doenças infecto-contagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, além de transição nutricional, com diminuição da desnutrição e aumento de excesso de peso e obesidade^{1,2}.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países do mundo, incluindo o Brasil, correspondendo a 63% das causas de óbitos no mundo e cerca de 36 milhões de mortes anuais^{2,3}.

Dentre as DCNT, as que mais se destacam pela magnitude são as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto, acidente vascular encefálico), doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes mellitus⁴. Estudos apontam que a hipertensão arterial (HA) acomete cerca de 22% da população brasileira acima de 20 anos, podendo ser responsabilizada por 80% dos casos de acidente vascular encefálico e 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio⁵.

A hipertensão arterial tem gerado grande impacto na morbimortalidade brasileira e mundial. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam a existência de

600 milhões de pessoas acometidas pela hipertensão arterial sistêmica (HAS), e cerca de 7,1 milhões de mortes anualmente, o que corresponde a 13% da mortalidade global³.

Estudos apontam que a qualidade do cuidado prestado pressupõe acompanhamento, abordagem integral, uso contínuo de medicamentos, adoção de estilos de vidas saudáveis, articulando ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e assistência^{6,7}. Entretanto, essa qualidade pode variar em função do acesso e da natureza dos serviços (públicos ou privados), existência de rede de retaguarda, qualificação e disponibilidade dos profissionais, tempo de espera, entre outros⁸⁻¹⁰. No país, a saúde suplementar cobre cerca de 25% da população, destacando-se a cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, onde esta cobertura chega a 51%, com tendência de crescimento nos últimos anos¹¹⁻¹³.

Torna-se relevante conhecer como a produção do cuidado aos pacientes hipertensos tem ocorrido nos diferentes sistemas de prestação de serviços de saúde, público e privado. A qualidade do cuidado prestado ao usuário é essencial para a obtenção de melhores resultados, como o controle da HA, a redução de morbidades e de desfechos mais graves^{6,7}.

O objetivo deste estudo foi analisar o cuidado dispensado aos hipertensos na população com dezoito anos ou mais, na cidade de Belo Horizonte, segundo modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, de base populacional desenvolvido com a utilização de uma subamostra do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis por inquérito telefônico (VIGITEL)¹⁴.

O sistema estabelece um tamanho amostral de cerca de dois mil indivíduos, com 18 ou mais anos de idade, em cada cidade, para que se possa estimar com intervalo de confiança de 95% (IC95%) e erro de amostragem máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência dos indicadores investigados na população adulta. Os procedimentos de amostragem empregados pelo VIGITEL visam obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa¹⁴.

Para este estudo, foram utilizadas as bases de dados referentes às amostras do VIGITEL no ano de 2008, na cidade de Belo Horizonte. Participantes que declararam ser hipertensos ou diabéticos compuseram a população elegível.

O sistema VIGITEL registrou, em Belo Horizonte, em 2008, 2016 entrevistas distribuídas em 17 réplicas ou subamostras, contendo cerca de 200 linhas telefônicas cada. Destas, foram selecionadas as últimas cinco réplicas para reentrevista (réplicas 13 a 17). Nestas cinco réplicas, em 2008, foram realizadas 545 entrevistas, pois cada réplica possui cerca de 25% de linhas não elegíveis para a pesquisa, como linhas comerciais, linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados.

A nova entrevista foi realizada em 2009, e os indivíduos haviam autorreferido hipertensão arterial em 2008 e que confirmaram o diagnóstico em 2009 foram reentrevistados com um questionário estruturado sobre os cuidados a eles dispensados. Não foi possível realizar a reentrevista com 38 indivíduos, por recusa, ou por não confirmarem na reentrevista o diagnóstico de hipertensão arterial. Participaram, então, da reentrevista em 2009, 100 indivíduos hipertensos.

Foram comparados os hipertensos das réplicas de 1 a 12 do ano de 2008, chamado de grupo 1 ($n = 567$), com os hipertensos da amostra estudada (réplicas de 13 a 17), chamado grupo 2 ($n = 100$), com o objetivo de determinar se esses grupos eram similares, ou se a população de hipertensos reentrevistada em 2009 representa a população de hipertensos de Belo Horizonte em 2008. Foi usado o teste Kolmogorov-Smirnov (KS), que é adequado para variáveis discretas e contínuas. O teste verifica a diferença máxima absoluta entre duas funções de distribuições acumuladas. Foram avaliadas por meio do teste KS as seguintes variáveis: idade, IMC, sexo e anos de estudo. O teste χ^2 foi utilizado para comparar a variável sexo¹⁵.

A amostra de hipertensos estudada em 2009 não passou pelos procedimentos de pós-estratificação utilizados pelo VIGITEL, pois a amostra não busca representar a população geral, e sim a população de hipertensos de Belo Horizonte, na qual predominam idosos.

As seguintes distribuições foram obtidas para a amostra estudada:

- Características sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, raça / cor;
- Índice de massa corporal (IMC);
- Características do cuidado prestado: tempo de diagnóstico, existência de médico cuidador, visita aos serviços de saúde;
- Recomendações recebidas dos profissionais de saúde nas consultas: uso de medicamentos anti-hipertensivos, última medida de pressão arterial;
- Ações de promoção da saúde indicadas pelos profissionais: participação em grupos operativos de promoção a saúde e controle de hipertensão arterial, orientações recebidas dos profissionais de saúde sobre: mudança de hábitos alimentares, redução de sal, restrição de bebida alcoólica e fumo;
- Ações de promoção da saúde adotadas pelos hipertensos: dieta, redução de sal, atividade física, restrição de bebida alcoólica e fumo, uso de medicamentos.

Para testar as diferenças no caso de variáveis categóricas entre os grupos, foram aplicados o teste χ^2 ou teste exato de Fisher em nível de significância de 5%. O processamento estatístico foi realizado utilizando-se o *Statistical Software for Professionals* (STATA) versão 9.0 e *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17.0.

Para analisar as diferenças independentemente significativas no cuidado dispensado aos hipertensos segundo a modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde), foi feito um ajuste multivariado dos resultados com o cálculo das Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos IC95%, estimadas com a Regressão de Poisson e ajustadas por idade, escolaridade, sexo e cor de pele.

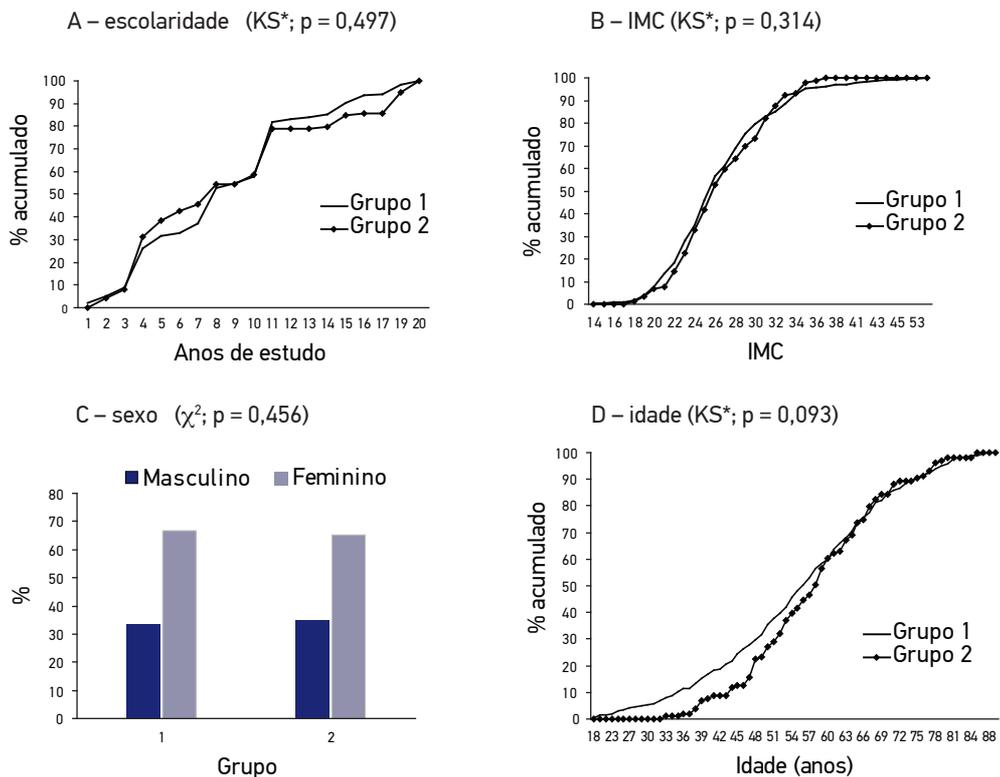
Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados.

O projeto de implantação do VIGITEL foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob parecer nº 552/08.

RESULTADOS

A submostra foi composta por 114 participantes, sendo que 17 (15%) referiram ser diabéticos e hipertensos, 14 (12%) declararam ser diabéticos e 83 (73%) declararam ser hipertensos. Foram excluídos da análise os diabéticos ($n = 14$), resultando em uma amostra final de 100 participantes hipertensos.

A Figura 1 mostra os resultados do teste de aderência comparando os dois grupos de hipertensos, grupo 1 (réplicas 1 a 12) e grupo 2 (réplicas 13 a 17), quanto às características sociodemográficas (idade, escolaridade, sexo) e IMC. A análise mostra que os adultos hipertensos das duas amostras são similares, não havendo diferença de proporções entre as variáveis comparadas ($p > 0,05$).



*KS: Kolmogorov-Smirnov; IMC: índice de massa corporal.

Figura 1. Comparação da distribuição acumulada de variáveis sociodemográficas e índice de massa corporal em hipertensos nas amostras A e B, Belo Horizonte, 2008, 2009.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas e IMC da população estudada segundo modalidade de financiamento público ou privado do plano de saúde. Observa-se uma predominância de participantes do sexo feminino (65%), com idade maior que 55 anos (60%), entre zero e oito anos de estudo (54,2%), com cor da pele não branca (60%) e IMC \geq 25 kg/m² (69,8%). Comparando-se os hipertensos segundo posse de plano de saúde, 58% eram usuários beneficiários da Saúde Suplementar (SS), e 42% usuários do SUS. Verificam-se diferenças significativas entre esses dois grupos (usuários dos SUS e beneficiários da SS) quanto à escolaridade ($p < 0,001$), raça/cor de pele ($p = 0,005$) e faixa etária ($p = 0,024$). Nos usuários exclusivos do SUS, predominam indivíduos com menor escolaridade, entre 0 e 8 anos de estudo (82,2%); cor não branca (76,2%) e maior proporção de pessoas com idade entre 35 a 54 anos (73,8%).

Entre os beneficiários da Saúde Suplementar, observa-se maior escolaridade (31,6%), predomínio de pessoas da cor branca (51,7%) e idade maior que 64 anos (41,4%).

Tabela 1. Comparação das características sociodemográficas e índice de massa corporal da população estudada, segundo modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde). Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	Total n (%)	Saúde Suplementar n (%)	Sistema Único de Saúde n (%)	Valor p*
Sexo				
Masculino	35 (35,0)	23 (39,7)	12 (28,6)	0,251
Feminino	65 (65,0)	35 (60,3)	30 (71,4)	
Cor				
Branco	40 (40,0)	30 (51,7)	10 (23,8)	0,005
Não Branco	60 (60,0)	28 (48,3)	32 (76,2)	
Escolaridade				
0 a 8 anos	52 (54,2)	20 (35,1)	32 (82,2)	< 0,001
9 a 11 anos	24 (25)	19 (33,3)	5 (12,8)	
Acima de 11	20 (20,8)	18 (31,6)	2 (5,1)	
Idade				
18 a 34 anos	1 (1,0)	-	1 (2,4)	0,024
35 a 44 anos	10 (10,0)	6 (10,3)	4 (9,5)	
45 a 54 anos	29 (29,0)	14 (24,1)	15 (35,7)	
55 a 64 anos	30 (30,0)	14 (24,1)	16 (38,1)	
> 64 anos	30 (30,0)	24 (41,4)	6 (14,3)	
IMC				
Desnutrido ou estrófico	26 (30,2)	18 (34,0)	8 (24,2)	0,340
Excesso de peso	60 (69,8)	35 (66,6)	25 (75,8)	

IMC: Índice de massa corporal.

*Teste χ^2 de Pearson ou exato de Fisher.

A Tabela 2 compara o cuidado prestado à população de hipertensos (SS versus SUS). Observou-se que os hipertensos beneficiários da SS relataram possuir médico de referência mais frequentemente (84,5%) quando comparados aos usuários do SUS (61,9%), maior êxito no controle da pressão arterial sistólica (76,6% versus 50%) e também no controle da pressão arterial diastólica (70,2% versus 45,2%). Entretanto, as razões de prevalência ajustadas por idade, sexo e escolaridade mostram que as prevalências foram similares. Adicionalmente, não houve diferenças quanto ao tempo de diagnóstico, visita aos serviços de saúde, tempo da última consulta, orientação de uso de anti-hipertensivo, tempo de última medida de PA, segundo SUS ou SS.

Tabela 2. Comparação do cuidado prestado à população de hipertensos segundo a modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde). Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	Total	Saúde Suplementar	Sistema Único de Saúde	Valor p*	RP**
	n (%)	n (%)	n (%)		
Tempo diagnóstico de HA					
1 a 3 anos	15 (15,8)	7 (12,5)	8 (20,5)	0,146	
> 3 anos	80 (84,2)	49 (87,5)	31 (79,5)		
Referência Médica					
Sim	75 (75)	49 (84,5)	26 (61,9)	0,010	1,20
Não	25 (25)	9 (15,5)	16 (38,1)		(0,69 – 2,08)
Visita ao serviço de saúde					
Sim	74 (74,7)	45 (77,6)	29 (70,7)	0,439	–
Não	25 (25,3)	13 (22,4)	12 (29,3)		
Tempo da última consulta médica					
Menos que 6 meses	69 (94,5)	41 (93,2)	28 (96,6)	0,477	–
7 meses ou mais	4 (5,5)	3 (6,8)	1 (3,4)		
Recomendação de anti-hipertensivo					
Sim	99 (99,0)	58 (100,0)	41 (97,6)	–	–
Não	1 (1,0)	–	1 (2,4)		
Última medida de PA no último mês					
Sim	70 (70,7)	38 (65,5)	32 (78,0)	0,088	
Não	29 (29,3)	20 (34,5)	9 (22,0)		
PAS normal/controlada					
Sim	52 (65,82)	36 (76,6)	16 (50,0)	0,014	1,49
Não	27 (34,18)	11 (23,4)	16 (50,0)		(0,77-2,87)
PAD normal/controlada					
Sim	47 (60,25)	33 (70,2)	14 (45,2)	0,027	1,61
Não	31 (39,74)	14 (29,8)	17 (54,8)		(0,82 – 3,15)

HA: hipertensão arterial; PA: Pressão arterial; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão arterial Diastólica;
*Teste χ^2 de Pearson ou exato de Fisher; **RP: razão de prevalência ajustada por idade, escolaridade, sexo e cor da pele;
– não realizado teste estatístico.

A Tabela 3 mostra a comparação das ações de promoção da saúde oferecidas aos participantes, segundo modalidade de financiamento (SS *versus* SUS). A participação em grupo operativo para controle da HA, orientação para reduzir o sal e consumo de bebida alcoólica, realização de prática de atividade física e orientação sobre hábitos alimentares, exceto para orientações sobre o fumos, foi sempre maior no grupo de SS. Entretanto, a razão de prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade mostra que as prevalências para todas as orientações foram similares.

A Tabela 4 mostra que os hábitos/orientações incorporados pelos hipertensos foram: relato de ter reduzido sal em 92%, a adoção de dieta em 36%, a incorporação de atividade física regular em 51% e o uso regular de medicação anti-hipertensiva em 95% e uso de anti-hipertensivo apenas quando PA elevada em 6%. Na comparação entre mudanças de praticas segundo modalidade de financiamento (SS *versus* SUS), a razão de prevalência ajustada por idade e escolaridade mostrou que as prevalências entre esses grupos foi similar.

Tabela 3. Comparação das ações de promoção da saúde oferecidas aos hipertensos, segundo modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde). Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	Total	Saúde Suplementar	Sistema Único de Saúde	Valor p*	RP**
	n (%)	n (%)	n (%)		
Grupo/atividade educativa					
Sim	25 (25,0)	10 (17,2)	15 (35,7)	0,035	1,01
Não	75 (75,0)	48 (82,8)	27 (64,3)		(0,40 – 2,56)
Orientação quanto ao consumo de sal					
Sim	93 (93,0)	55 (94,8)	38 (90,5)	0,324	–
Não	7 (7,0)	3 (5,2)	4 (9,5)		
Orientação quanto ao consumo de bebidas alcoólicas					
Sim	58 (89,3)	33 (94,3)	25 (83,3)	0,154	–
Não	7 (10,7)	2 (5,7)	5 (16,7)		
Orientação sobre o fumo					
Sim	7 (8,0)	4 (7,4)	3 (8,8)		
Não	81 (92,0)	50 (92,6)	31 (91,2)	0,463	–
Orientação sobre atividade física					
Sim	94 (94,0)	55 (94,8)	39 (92,9)	0,694	–
Não	6 (6,0)	3 (5,2)	3 (7,1)		
Orientação sobre hábitos alimentares					
Sim	81 (83,5)	45 (81,9)	36 (85,7)	0,784	–
Não	16 (16,5)	10 (18,2)	6 (14,3)		

*Teste χ^2 de Pearson ou exato de Fisher; **RP: razão de prevalência ajustada por idade, escolaridade, sexo e cor da pele.

DISCUSSÃO

Neste estudo, foram encontradas algumas diferenças sociodemográficas entre os beneficiários de SS *versus* SUS, sendo que os beneficiários da SS apresentaram maior escolaridade, eram mais idosos e de cor de pele branca. Nas análises ajustadas por idade, cor da pele, sexo e escolaridade, não foram observadas diferenças relacionadas ao controle de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), médico de referência (cuidador), orientações recebidas para mudanças de hábitos, incorporação de práticas saudáveis de promoção à saúde e prevenção de hipertensão e aquisição de medicamentos anti-hipertensivos.

Tabela 4. Comparação de mudanças de praticas (sal, dieta, atividade física, medicamentos) e aquisição de medicamentos, em hipertensos, segundo modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde). Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	Total	Saúde Suplementar	Sistema Único de Saúde	Valor p*	RP**
	n (%)	n (%)	n (%)		
Redução do consumo de sal					
Sim	92 (92,0)	54 (93,1)	38 (90,5)	0,633	
Não	8 (8,0)	4 (6,9)	4 (9,5)		
Dieta para perder/manter peso					
Sim	36 (36,0)	19 (32,8)	17 (40,5)	0,427	
Não	64 (64,0)	39 (67,2)	25 (59,5)		
Prática atividade física regular					
Sim	51 (51,0)	31 (53,4)	20 (47,6)	0,565	
Não	49 (49,0)	27 (46,6)	22 (52,4)		
Uso regular da medicação					
Sim	95 (95,0)	56 (96,6)	39 (92,9)	0,647	
Não	5 (5,0)	2 (3,4)	3 (7,1)		
Uso da medicação quando PA elevada					
Sim	6 (6,0)	2 (3,4)	4 (9,5)	0,235	
Não	94 (94,0)	56 (96,6)	38 (90,5)		
Aquisição de medicamentos					
Centro de saúde	38 (38,0)	10 (17,2)	28 (66,7)		0,59 (0,22 – 1,11)
Farmácia popular	13 (13,0)	9 (15,5)	4 (9,5)	< 0,001	1,24 (0,36 – 4,30)
Farmácia privada	49 (49,0)	39 (67,2)	10 (23,8)		1,98 (0,95 – 4,13)

*Teste χ^2 de Pearson ou exato de Fisher; RP: razão de prevalência ajustada por idade, escolaridade, sexo e cor da pele; PA: pressão arterial.

Entretanto, vale ressaltar que, apesar das diferenças significativas mostradas entre os grupos (SS *versus* SUS) por meio de associações bivariadas significativas, não foram mantidas nos modelos multivariados, e, não sendo o objetivo de estabelecer relações de causalidade, as variáveis que mostraram significância nos modelos bivariados potencialmente poderiam ser encaradas como marcadores de grupo. Por exemplo, maior porcentagem de referência médica, controle da pressão arterial e aquisição de medicamentos na rede privada no grupo SS e maior atividade participativa e aquisição de medicamentos no centro de saúde no grupo SUS.

Outro resultado apontado pelo presente estudo foi que a posse de planos de saúde em Belo Horizonte correspondeu a quase o dobro da média nacional (25%). Dados semelhantes foram registrados pelo Cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar¹³ e pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio¹¹. Por outro lado, os beneficiários de SS apresentam maior escolaridade.

A posse de planos de saúde no Brasil revela desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde. Os detentores de plano de saúde em geral são indivíduos com elevada renda familiar, com emprego formal, elevada escolaridade, diferenças de cor pele e que avaliam seu estado de saúde como muito bom e bom, além de terem mais acesso a serviços de saúde^{11,12,16-18}.

Do total de pessoas com hipertensão reentrevistadas, 65% eram do sexo feminino, o que pode ser atribuído ao fato de se tratar de relato autorreferido, o que é compatível com a maior procura pelas mulheres por serviços de saúde e, conseqüentemente, maior possibilidade de diagnóstico médico nesse grupo^{19,20}.

A hipertensão arterial tende a ser mais frequente em idosos, e o estudo corrobora com dados da literatura, afirmando o aumento da freqüência da HAS relacionada com a idade. Indivíduos acima de 55 anos acumularam 60% da freqüência de HAS²¹.

Predominam hipertensos idosos e, quando são estratificados segundo posse de plano, os hipertensos com mais de 64 anos eram três vezes mais frequentes que os usuários do SUS. Esta característica difere dos dados nacionais, que apontam que os beneficiários da SS se concentram em idade produtiva, principalmente entre 30 e 59 anos^{11,13}, o que se justifica pela predominância de planos coletivos (80%), pagos pelos empregadores¹¹. A predominância de idosos em operadoras de planos em Belo Horizonte, em relação ao País, já havia sido identificada em estudo comparativo entre sete operadoras de planos de saúde (autogestão, seguradoras, medicina de grupo e cooperativas)²². Os autores atribuíram o achado ao fato de a operadora local com predomínio no mercado de BH comercializar planos individuais, que têm sido financiados pelas próprias famílias, em função do risco maior de utilização nesta faixa etária ou maior procura de planos de saúde pelas pessoas idosas²².

Mais de dois terços dos hipertensos apresentaram excesso de peso, índice de massa corporal ≥ 25 , o que é compatível com a literatura nacional²⁰. Estima-se que 20 a 30% da prevalência da hipertensão possa ser explicada pelo excesso de peso²³.

O tempo de diagnóstico de hipertensão foi superior a três anos. Segundo Passos et al²⁴, exames para detecção de níveis elevados de pressão arterial estão cada vez mais acessíveis à população pelo SUS, o que pode explicar o diagnóstico já ter sido realizado há mais tempo.

As atividades de promoção à saúde como participação em grupo foram relatadas por apenas um quarto dos hipertensos, o que pode refletir a pequena prioridade dada esta prática, tanto em usuários de plano como em usuários do SUS. A baixa participação de pacientes hipertensos em grupos operativos é preocupante, visto que tal atividade é importante no controle da HAS e consequente prevenção de agravos relacionados à mesma. Os grupos podem possibilitar aos indivíduos a coprodução do processo educativo, onde serão ao mesmo tempo objeto de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação, o que possibilita a construção de um cuidado focado nas necessidades dos grupos sociais, assumindo uma dimensão educativa emancipatória^{25,26}.

Para Alves²⁷, a integralidade da assistência pode ser expressa nas atividades de educação para a saúde durante a consulta ambulatorial, e o encontro do grupo dos hipertensos contribui neste processo. Estudos mostram importantes reduções da pressão arterial com aumento de atividade física, redução de consumo de sal e dieta saudável^{28,29}.

Ribeiro et al.¹⁸ constataram que o comparecimento regular dos hipertensos às consultas apresentou correlação positiva com a adesão ao tratamento. No atual estudo, cerca de dois terços comparecem regularmente às consultas, o que pode justificar bons resultados, inclusive a adesão a práticas de promoção à saúde. A recomendação de não fumar e de não beber foram adequadamente informadas aos hipertensos pelos seus médicos. O uso de medicamentos também foi objeto de orientação pelos profissionais, sendo o tabaco um importante fator associado à HA²³.

Houve diferença quanto ao local de aquisição do medicamento segundo posse de plano. A maioria dos usuários do SUS busca atendimento com maior frequência nos Centros de Saúde, enquanto os que possuem plano de saúde acessaram nas farmácias privadas. Estudo aponta que mais da metade dos participantes não possuíam dificuldades em obter medicamentos para o controle da PA, e o fornecimento gratuito de medicamentos para terapia anti-hipertensiva, na rede de saúde, tem sido fator relevante para o seguimento do tratamento¹⁸. Em estudo sobre adesão ao tratamento de HAS, evidenciou-se que a maioria dos indivíduos (91,1%) referiram que o custo do medicamento não tem sido motivo para abandono do tratamento, e que destes, 82,2% adquirem os mesmos na farmácia da unidade básica de saúde³⁰. A disponibilização de medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes no programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, do Ministério da Saúde, tende a ampliar ainda mais o acesso aos medicamentos².

A maioria dos hipertensos encontrava-se com níveis pressóricos normais, abaixo de 140/90 mmHg. Torna-se importante este controle, visando à prevenção de doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares³¹. Pequenas reduções, tanto na PAS quanto na PAD, têm grande impacto para redução da mortalidade cardiovascular²¹.

Dentre as limitações do estudo, destacam-se o fato da amostra se restringir àqueles que possuem telefone fixo. No entanto, a cobertura de telefones fixos em Belo Horizonte é mais elevada que a média do país, o que possibilita redução de um possível viés de seleção³². Além disto, estudos comparando os resultados do VIGITEL com inquéritos domiciliares mostraram resultados semelhantes, indicando adequada validade externa do sistema³³. Desta forma, características como sexo, idade, escolaridade e faixa etária de hipertensos podem apresentar diferenças com a população geral. Outra limitação refere-se ao uso da variável hipertensão autorreferida, dependente do acesso ao diagnóstico médico. Estudos que têm avaliado essas informações, no entanto, indicam vantagens na utilização pela facilidade de obtenção e menor custo³⁴. Além disto, o pequeno tamanho da amostra dificulta a análise, em especial na identificação de determinadas associações. Grande parte das variáveis apresentaram diferenças na análise descritiva, mas desapareceram após o ajuste, em parte pelo pequeno tamanho da amostra.

Concluimos que é importante incorporar práticas de promoção à saúde no cuidado ao paciente hipertenso, o que já tem sido observado nas práticas de usuários do SUS e de Planos de Saúde. Profissionais de saúde têm orientado práticas de alimentação saudável, atividade física, não uso de álcool e tabaco, e isto tem sido incorporado pelos usuários. As práticas de promoção, uso correto de medicação e acompanhamento clínico são importantes para o controle dos níveis pressóricos. Recomendamos replicar o estudo atual em amostra maior, visando à confirmação dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011; 377(9781): 1949-61.
2. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde; 2011 p. 148.

3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011
4. World Health Organization. Integrated management of cardiovascular risk: report of a WHO meeting. Geneva; 2002.
5. Barros MB, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. *Cad Saúde Pública* 2010; 26 (9): 1865-6.
6. Nolte E, Mckee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. New York: Open University Press; 2008.
7. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34): 593-605.
8. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 74-82.
9. Aciole GG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(5): 1687-8.
10. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 643-55.
11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro; 2010.
12. Malta DC, Moura EC, Oliveira M, Santos FP dos. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(1): 57-66.
13. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro; 2010.
14. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. São Paulo: Saraiva; 2010.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 1998. Rio de Janeiro; 2000.
17. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EL, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(2): 433-44.
18. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 1011-22.
19. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). *Rev Saúde Públ* 2004; 38(5): 637-42.
20. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 98-106.
21. Lessa I. A epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hiperten* 2001; 8(4): 383-92.
22. Malta DC, Jorge AO. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In: BRASIL. Duas Faces da Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar/ANS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. p. 37-60.
23. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
24. Passos VM, Assis TD, Barreo SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(1): 35-45.
25. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto e Contexto Enferm* 2007; 16(2): 233-8.
26. Dias VP, Siveira AT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. *Rev APS* 2009; 12(2): 221-7.
27. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(16): 39-52.
28. Olmos RD, Benseñor IM. Dietas e hipertensão arterial: intersalt e estudo DASH. *Rev Bras Hipertens* 2001; 8(2): 221-4.
29. Monteiro MF, Sobral-Filho DC. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte* 2004; 10(6): 513-9.
30. Palota L. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no centro de saúde de um município do interior paulista [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2010.

31. Lewington S; Clarke R, Qizibash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360(9349): 1903-13.
32. Bernal R, Silva NN. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. *Rev Saude Publica* 2009;43(3): 421-6.
33. Ferreira AD, César CC, Malta DC, Andrade ACS, Ramos CGC, Proietti FA, et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e Inquérito Saúde em Beagá. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1): 16-30.
34. Mokdad AH, Remington PL. Measuring health behaviors in populations. *Prev Chronic Dis* 2010; 7(4): A75.

Recebido em: 18/02/2014

Versão final apresentada em: 14/04/2014

Aprovado em: 14/04/2014