

Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, no Rio Grande do Sul e Nas Demais Unidades Federativas do Brasil, Na Atenção Básica

Care For Users With Systemic Arterial Hypertension, In The Rio Grande do Sul And In Other Federal Units Of Brazil, In The Primary Health Care

Évelin Maria Brand

Graduanda em Enfermagem pela UFRGS.
E-mail: evelinmbrand@gmail.com

Graziela Barbosa Dias

Sanitarista graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
E-mail: graziela.dias@hotmail.com

Karen da Silva Calvo

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da UFRGS.
E-mail: karencalvo05@gmail.com

Maiko Sarmiento da Silva

Graduando em Saúde Coletiva pela UFRGS.
E-mail: maiko.sarmiento@ufrgs.br

Bibianna de Oliveira Pavim

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Biomédica pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
E-mail: bibipavim@gmail.com

Erica Mallmann Duarte

Doutora em Engenharia de Produção pela UFRGS. Professora Adjunta da UFRGS.
E-mail: ermduarte@gmail.com

Luciana Barcellos Teixeira

Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Professora do curso de Graduação e Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Endereço postal: Rua São Manoel, 963 - Porto Alegre, RS, 90620-110. Telefone: (51) 33085226.
E-mail: Luciana.bteixeira@gmail.com

Resumo:

Objetivo: comparar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica ofertada no Rio Grande do Sul com aquela ofertada nas demais unidades federativas do país. Método: Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e analítico, de cunho ecológico, com dados oriundos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ano 2012. A amostra nacional foi composta por 65.391 usuários, dos quais 36,5% possuía hipertensão arterial sistêmica. Comparações foram realizadas quanto à atenção a saúde dos 23.797 hipertensos residentes no Rio Grande do Sul (RS) e nas demais UFs. Resultados: A prevalência de HAS no RS foi de 35,9% (n = 1.156). Observou-se diferença estatística entre RS e demais UFs quanto à ocorrência de consulta nos últimos 6 meses (p<0,001), realização de exames (p<0,001), agendamento de consulta (p<0,001), e local de retirada de medicamentos (p<0,001). Conclusões: Apesar do RS ser apontado como uma das UFs com maior prevalência de HAS, as comparações apontam melhores resultados nas demais UFs quanto à atenção a saúde do hipertenso na atenção básica. Os resultados permitem discutir

melhorias de acesso e qualidade da atenção básica. Sugere-se que o PMAQ-AB inclua questões relativas à adesão ao tratamento e questões sobre o tratamento não medicamentoso para a avaliação da qualidade da atenção à saúde do hipertenso.

Palavras-chave: Hipertensão; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

Abstract:

Objective: To compare the health care provided for users who suffer from systemic arterial hypertension in Rio Grande do Sul and other states of Brazil. Method: This is an epidemiological, observational and analytic ecological study with data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) - 2012. The sample consisted of 65,391 users, 36.5% of whom suffered from systemic arterial hypertension (SAH) and answered questions regarding health care for hypertensive patients in primary care facilities. The service provided in Rio Grande do Sul was compared to that of other states. Results: The prevalence of SAH in the national sample was 36.5% (n = 23,797),

whereas in Rio Grande do Sul it was 35.9% (n = 1,156). Statistical differences were found related to consultations in the last six months (p <0.001), medical examinations (p <0.001), appointments schedule (p <0.001) and medication deliverance sites (p <0.001). Conclusions: Although Rio Grande do Sul is regarded as one of the states with the highest prevalence rates of SAH, comparison shows other states have better results as far as care for hypertensive patients in primary health care is concerned. Results can support the debate about improving the quality of primary care, for which PMAQ was intended. It is suggested that PMAQ includes both adherence to treatment and non-drug treatments as factors to evaluate the quality of the care provided for hypertensive patients.

Keywords: Hypertension; Health Promotion; Primary Health Care; Public Health.

Introdução

No último século, as transformações ocorridas na população mundial relacionadas à alimentação, expectativa de vida e envelhecimento populacional influenciaram mudanças no perfil de morbimortalidade da população.¹ As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a ser um problema de saúde pública de grande magnitude em diversos países, como no Brasil.² Nesses países mudanças socioeconômicas e culturais refletiram nos hábitos alimentares, sedentarismo e consequente sobrepeso, favorecendo a ocorrência das DCNT, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS).^{2,3}

A HAS constitui-se como causa direta da cardiopatia hipertensiva e fator de risco para diversas doenças. Configura-se como uma DCNT com impacto negativo sobre a qualidade de vida e longevidade dos indivíduos sem tratamento adequado.^{4,5} A HAS apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo e o seu custo social é extremamente elevado.⁶ No mundo, uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.⁷ O fator de risco pressão arterial elevada está entre as causas de 13% das mortes no mundo.⁸ Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram prevalências acima de 30%.⁷ No Rio Grande do Sul (RS), a partir

de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, estimou-se uma prevalência de 24,9% (IC95%:22,7-27,1).⁹

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo que dentre as responsabilidades das equipes de Estratégia de Saúde da Família estão o diagnóstico, a monitorização, o controle e a prevenção da HAS.^{2,4} Considerando os elevados índices de HAS no país e a dificuldade das equipes de saúde no enfrentamento deste problema, a Portaria nº 648/GM, que aprova a Política Nacional de AB, definiu o controle da HAS como área estratégica para atuação em todo o território nacional.¹⁰

Frente ao crescente aumento nas taxas de prevalência da HAS, a associação direta deste agravo com doenças cardíacas e ao desafio da AB em promover ações que resultem na redução da morbimortalidade, este estudo teve como objetivo comparar a atenção à saúde de hipertensos no RS com aquela ofertada nas demais unidades federativas (UFs) do Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e ecológico,¹¹ no qual se utilizou dados secundários oriundos do PMAQ-AB Ciclo 1¹² referentes à HAS. A pesquisa ocorreu no ano de 2012, nas cinco regiões do país, em estabelecimento de saúde que realizavam AB. A amostra foi composta por cinco usuários entrevistados em cada estabelecimento de saúde que aderiu ao PMAQ-AB,¹³ cujo critério de inclusão foi a não realização de consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista. Para análise da atenção à saúde de hipertensos, foram incluídos no estudo usuários com diagnóstico de HAS autorreferido, que não estavam pela primeira vez na unidade de saúde (US) e usuários que tinham menos de 12 meses de vínculo com a unidade. O questionário foi preenchido em meio eletrônico através do uso de tablet em todo território nacional.

As variáveis deste estudo são originárias das questões do PMAQ-AB que se referem aos dados

sociodemográficos dos usuários entrevistados, como também das questões específicas sobre a avaliação da atenção à saúde relacionada à hipertensão arterial sistêmica. Foi utilizado o programa SPSS®, *Statistical Package for the Social Science*, versão 18, para o tratamento estatístico dos dados. Para a variável contínua idade foi realizado o teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Histograma. A variável apresentou distribuição normal e, portanto, é apresentada em média \pm desvio-padrão. As demais variáveis são categóricas e apresentadas em valores absolutos e percentuais. Para comparações estatísticas foi usado o teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher, considerando-se o nível de significância de 5%.¹⁴

O projeto de pesquisa de maior amplitude no qual se insere este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Nº aprovação: 21904), e está de acordo com a resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados

Dos 65.391 entrevistados no Brasil, 77,7% eram do sexo feminino e 23,3%, do sexo masculino. A idade variou entre 16 e 102 anos (dado não apresentado em tabela). A média de idade foi de 44 anos \pm 17 anos. Observou-se que 23,3% dos entrevistados eram aposentados. Quanto ao trabalho, 31,4% exerciam trabalho remunerado e 45,3% não exerciam nenhuma função remunerada no momento da entrevista. Em relação à renda familiar, 92,5% possuíam renda. Sobre a distância da residência dos entrevistados ao estabelecimento de saúde, consideraram próxima 67,1%, razoável 19,8% e longe 13,1% (Tabela 1). A prevalência de HAS na amostra do Brasil foi de 36,5% ($n = 23.797$).

Dentre os hipertensos, 71% eram do sexo feminino e dentre não hipertensos, o sexo feminino correspondeu a 81,5% ($p < 0,001$). A média de idade dos hipertensos foi de 56 ± 14 anos, enquanto que a média de idade de não hipertensos foi de $36,9 \pm 14,9$ ($p < 0,001$). Trabalho remunerado era exercido por 25,1% dos hipertensos e 35% dos não hipertensos; e a proporção de aposentados era de

43,5% entre os hipertensos e de 11,8% entre os não hipertensos ($p < 0,001$). Entre os hipertensos, 90,6% das famílias possuía renda, já entre os não hipertensos 93,5% das famílias possuía renda ($p < 0,001$). Observou-se variação de proporções entre hipertensos e não hipertensos quanto à classificação da distância entre a residência e a US ($p < 0,001$). No grupo de hipertensos, 68% consideraram a distância próxima, 19,4% razoável e 12,6% longe. No grupo de não hipertensos, 66,6% consideraram a distância próxima, 20,1% razoável e 13,4% longe.

No RS, do total de 3.236 usuários, 72% eram do sexo feminino. A idade variou entre 16 e 99 anos (dado não apresentado em tabela). A média de idade foi de $44,5 \pm 15,7$ anos. Verificou-se que 25,2% dos entrevistados eram aposentados. Quanto ao trabalho, 40,2% dos entrevistados exercia trabalho remunerado e 34,6% não exercia nenhuma atividade remunerada no momento da entrevista. Para 92,6% dos entrevistados, a família possuía renda. Em relação à distância da residência ao estabelecimento de saúde, consideraram residir perto 64%, razoável 24,3% e longe 11,7%. A prevalência de HAS na amostra do RS foi de 35,9% ($n = 1.156$) (Tabela 2).

O sexo feminino correspondeu a 71% dos hipertensos e 72,5% dos não hipertensos ($p = 0,326$). A média de idade dos hipertensos foi de $54,3 \pm 13,2$ anos, enquanto que a média de idade de não hipertensos foi de $39 \pm 14,2$ ($p < 0,001$). Exerciam trabalho remunerado 28,3% dos hipertensos e 46,8% dos não hipertensos; e a proporção de aposentados era de 44% entre os hipertensos e de 14,7% entre os não hipertensos ($p < 0,001$). Entre os hipertensos, 91,2% das famílias possuía renda, entre os não hipertensos 93,5% das famílias possuía renda ($p = 0,021$). A classificação da distância entre residência e US foi similar entre os grupos ($p = 0,227$). Entre não hipertensos, a distância foi considerada perto para 64,9%, razoável para 24,2% e longe para 11% (Tabela 2).

Comparações sobre questões relacionadas à atenção a saúde dos hipertensos no RS e demais UFs são apresentadas na Tabela 3. Consulta

médica nos últimos 6 meses foi realizada por 77,6% dos hipertensos no RS e 86,3% dos hipertensos das demais UFs ($p < 0,001$). Diferenças quanto ao local de consulta foram observadas no RS e demais UFs ($< 0,001$). A distribuição da maioria destas consultas nos últimos 6 meses para hipertensos no RS foi de 86,6% na unidade de origem, 4,7% em outra US, 3,7% em hospital público, 2,2% no âmbito privado e 2,8% em outros locais. Para hipertensos das demais UFs, a maioria das consultas nos últimos 6 meses ocorreu: para 88,6% na unidade de origem, 4,5% em outra US, 3,5% em hospital público, 2,4% no âmbito privado e 0,9 % em outros locais. Verificação da pressão arterial nas consultas ocorria para quase 100% dos hipertensos do RS e demais UFs ($p = 0,123$).

Quanto à realização de exames nos últimos 6 meses, foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos na realização dos seguintes exames: creatinina ($p < 0,001$), perfil lipídico ($p < 0,001$) e eletrocardiograma ($p < 0,001$), com menores percentuais de realização no RS. Diferenças foram observadas quanto à marcação de próxima consulta ($p < 0,001$). No RS, 18,9% dos hipertensos sai de uma consulta com a próxima agendada, para 9,3% essa prática ocorre às vezes e para 71,8% não há este agendamento. Nas demais UFs, 32,5% dos hipertensos sai de uma consulta com a próxima agendada, para 10,1% essa prática ocorre às vezes e para 57,4% não há este agendamento. O percentual de hipertensos em uso de medicamentos foi menor no RS ($p < 0,001$). Quanto ao local de retirada de medicamentos para a HAS, observou-se diferença estatística significativa entre os grupos ($p < 0,001$).

Discussão

As análises possibilitaram a realização de comparações sobre o perfil socioeconômico entre grupos de hipertensos e de não hipertensos, no RS e no Brasil. Também foi possível descrever e analisar o panorama da atenção à saúde aos usuários hipertensos dentro da AB, comparando-se RS e demais UFs. A prevalência de hipertensão encontrada foi de 36,5% no Brasil e de 35,9% no Rio Grande Sul e verificou-se maior percentual de

mulheres hipertensas nos serviços, tanto no RS quanto nas demais UFs. A Sociedade Brasileira de Hipertensão apresenta que a prevalência global de HAS entre os sexos seja próxima, contudo, ao relacionar a ocorrência de HAS com a idade, sugere que homens até 50 anos e que mulheres a partir de 60 anos apresentem taxas mais elevadas, quando comparadas entre os sexos.⁷ Estima-se taxa de prevalência de HAS no Brasil próxima de 20%.¹⁵ No estudo de Szcwarcwald e colaboradores,² que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a taxa de prevalência para HAS encontrada foi de 21,4%. Como nesse estudo utilizaram-se dados oriundos do PMAQ-AB, que entrevistou usuários dentro dos serviços de saúde, uma prevalência maior do que indicam estudos nacionais de base populacional já era esperada.

Na análise do perfil dos entrevistados destaca-se predominantemente o sexo feminino, o que sugere que as mulheres buscam mais os serviços de saúde. Estudo realizado em Fortaleza também encontrou predominância do sexo feminino,¹⁶ refletindo uma tendência, em relação às questões de gênero e cuidados em saúde.¹⁷ Esse achado também tem relação com a baixa visibilidade da saúde dos homens pela AB, visto que esta temática não aparece como prioridade no trabalho das equipes de saúde da família.^{16,18}

A média de idade dos hipertensos foi maior que a média de idade dos não hipertensos tanto no Brasil, quanto no RS; sendo esta inferior a sessenta anos. Também a proporção de usuários aposentados foi maior no grupo de hipertensos, totalizando 43,5% no Brasil e 44% no RS. Há evidências de que a HAS pode afetar a vida profissional dos indivíduos.¹⁹ Estudo desenvolvido em Recife demonstrou que no grupo das doenças cardiovasculares, predominam a hipertensão arterial como primeira causa para concessão de auxílio-doença e as doenças cerebrovasculares como primeira causa em relação às aposentadorias por invalidez.²⁰ A influência da HAS na vida profissional dos usuários também se relaciona com o impacto desse agravo na qualidade de vida dos indivíduos. Estudo realizado no Rio de Janeiro demonstrou que usuários diagnosticados

com HAS têm sua qualidade de vida afetada em vários aspectos, como diminuição da capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e por aspectos emocionais, menor vitalidade e maiores chances de desenvolver problemas relacionados à saúde mental.²¹

Em nosso estudo, a relação entre fatores socioeconômicos e a ocorrência de HAS pode ser evidenciada nas comparações relacionadas à renda familiar. Entre os hipertensos no Brasil, 9,4% não possuíam renda familiar; já, no grupo dos não hipertensos, o percentual cai para 6,5%. No Rio Grande do Sul também houve diferença entre os grupos quanto à renda, 9,4% dos hipertensos não possuíam renda familiar versus 6,5% dos não hipertensos. Achados de outros estudos encontraram associação estatística entre a prevalência de HAS e menores graus de escolaridade, menores faixas de renda *per capita* e condições de moradia mais precárias.^{22,23}

A atenção à saúde do hipertenso, ofertada pela AB, encontra diversos desafios, como a dificuldade de acesso. A proximidade entre o serviço de saúde e a residência do usuário é determinante para acesso ao serviço, assim como a forma de deslocamento que o usuário utiliza.²⁴⁻²⁶ A opinião do usuário sobre a distância entre sua casa e a US pode representar uma forma de avaliação do acesso. No Brasil, apesar de 12,6% dos hipertensos considerarem longe a distância entre a sua casa e a UBS, mais da metade destes considerou a distância próxima. Destaca-se que a proporção de hipertensos que considerou a distância como perto foi maior do que a proporção de não hipertensos. Tal achado sugere menor dificuldade de acesso entre hipertensos.

Destaca-se que quase 20% dos usuários das demais UFs não realizaram consulta médica nos últimos 6 meses, no RS este percentual foi de 22,4%. A Sociedade Brasileira de Hipertensão destaca que, para aqueles usuários com risco cardiovascular baixo, mudanças de estilo de vida precisam ser acompanhadas em período máximo de 6 meses.⁷ Recomenda-se que hipertensos com risco cardiovascular baixo façam acompanhamento anual se os níveis pressóricos

estiverem estabilizados. Para usuários com risco cardiovascular moderado, o acompanhamento deve ser semestral, já para usuários com risco cardiovascular alto, o acompanhamento deve ser quadrimestral.⁷ Nesse estudo, o risco cardiovascular não foi calculado e níveis pressóricos não foram aferidos. Apesar da diferença estatística, os valores percentuais de não realização de consulta num período de 6 meses foram próximos de 20%, tanto no RS quanto nas demais UFs. A não realização de consultas pode estar relacionada com necessidade de maior oferta de consultas ou com a ausência em consultas agendadas. Estudo realizado na região Sul do país encontrou um percentual de 11% de ausências em consultas agendadas para o controle da HAS na AB, também apontou uma relação forte entre o número de consultas e o controle dos níveis pressóricos.²⁴ Em estudo que abordou a opinião dos usuários hipertensos sobre a assistência, os participantes elencaram como pontos negativos dessa assistência a ausência de consultas médicas, a dificuldade de agendamento para consultas e a falta de horários mais flexíveis para que os usuários trabalhadores também possam ter acesso ao serviço.²⁶

Neste estudo quase 90% dos usuários tanto do RS quanto das demais UFs realizaram a maioria das consultas para HAS na US a qual estão vinculados. O vínculo entre profissional e usuário influencia no retorno dos usuários ao serviço, e por consequente, em melhores resultados de adesão e controle da situação crônica.²⁷ Estudos apontam satisfação dos usuários com a boa relação entre eles e os profissionais, influenciada pela comunicação ativa, vínculo e acolhimento ofertados na unidade de saúde.^{26,28}

Quanto à realização de exames nos últimos 6 meses, os exames elencados foram realizados por menos da metade dos usuários do RS e das demais UFs. Melo e colaboradores²⁸ destacam que exames laboratoriais básicos são importantes para a investigação clínica dos riscos cardiovasculares, bem como a mensuração da magnitude desses riscos.

A garantia da presença dos usuários na unidade de saúde, com vistas a um cuidado

continuado, é um desafio para as equipes da AB. A maioria dos usuários costuma procurar os serviços de saúde somente nos casos de agudização da doença crônica.²⁴ Possibilitar que o usuário saia de uma consulta com a próxima consulta agendada configura-se como uma estratégia para melhorar a adesão ao tratamento no caso das doenças crônicas. Contudo, no presente estudo, somente 18,9% dos hipertensos do RS e 32,5% dos hipertensos das demais UFs sempre saem de uma consulta com a próxima agendada.

Os dados deste estudo mostram que cerca de 90% dos hipertensos estavam em uso de medicação contínua e razões para não usar medicação não foram investigadas. Sobre a aquisição da medicação, verificou-se que 6,3% usuários no RS e 6,7% nas demais UFs, pagavam pela mesma. Esta dificuldade pode estar relacionada com a baixa adesão ao tratamento medicamentoso para a hipertensão.²⁸ Um estudo transversal evidenciou que a prevalência do acesso a medicamentos de uso contínuo é maior na região Sul do que na região Nordeste.²⁹

Este trabalho apresenta algumas limitações. A avaliação do PMAQ-AB não era obrigatória, portanto, este estudo não trabalha com a totalidade de estabelecimentos de saúde que realizam atenção primária no país. Em cada unidade a amostra foi de apenas cinco respondentes, não correspondendo a uma amostra probabilística. Trata-se de um estudo com base de dados secundária, composto por amostra de conveniência, pois a adesão ao PMAQ não era obrigatória. Relativa à HAS, a limitação consiste em questões referente ao tratamento não medicamentoso que não foram investigadas, como hábitos de vida e outras inerentes ao tratamento medicamentoso, como adesão e risco

cardiovascular. Contudo, cabe salientar que esse não era o foco do PMAQ-AB, cuja base de dados foi utilizada para esse estudo.

Ainda assim, ressalta-se que o presente estudo trabalhou com dados de mais de 38 mil estabelecimentos de saúde, distribuídos nas cinco regiões, com mais de 60 mil respondentes, o que se traduz em um diagnóstico próximo da realidade da situação da atenção à saúde dos hipertensos no país.

Considerações Finais

O RS apresentou neste estudo prevalência de HAS menor que a encontrada no Brasil. Contudo, quando comparada a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial entre RS e demais UFs, foram identificadas diferenças que pressupõe uma atenção de menor qualidade nesse estado. As proporções de consulta médica e realização de exames nos últimos 6 meses foram menores no RS, quando comparadas com as demais UFs. Os resultados apontam a necessidade do RS em avançar nas questões de avaliação do acesso e da qualidade da atenção aos usuários hipertensos, rever ações programáticas e a organização da linha de cuidado para essa parcela da população.

Ao considerarmos que os usuários foram entrevistados dentro de unidades de saúde, destaca-se o papel destas, como potente articuladora do cuidado em rede. A implementação de linhas de cuidado à população hipertensa e a qualificação da assistência constituem estratégias extremamente relevantes ao controle da HAS. Reforça-se a necessidade de novos estudos sobre cobertura da AB e indicadores relacionados com a atenção a saúde dos hipertensos.

Referências

- ¹Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2095-128.
- ²Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Almeida WS, Maltal DB, Stopal SN, et al. Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18 Suppl 2: 132-145.
- ³Toscano, CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2004; 9(4):885-895.
- ⁴Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

- ⁵Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Ducan BB, Schimdt MI, Giugliani ERJ (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 618-31.
- ⁶Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- ⁷Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev Bras Hipertens. 2010; 13(1):1-66.
- ⁸World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- ⁹Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro; 2014.
- ¹⁰Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).
- ¹¹Almeida Filho N, Rouquaryol MZ. Introdução à epidemiologia moderna. 2ed. Belo Horizonte, Salvador, Rio de Janeiro: Coopmed, APCE, ABRASCO, 1992. 186 p.
- ¹²Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- ¹³Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você: Acesso e Qualidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- ¹⁴Jacques SMC. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003. v.1.
- ¹⁵Mendes CRS, Souza TLV, Felipe GF, Lima FET, Miranda MC. Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária. Acta paul enferm. 2015 dez; 28(6):580-586.
- ¹⁶Gomes R, Nascimento EF, Araujo 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, Rio de Janeiro. 2007; 23(3):565-74.
- ¹⁷Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AG, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. Psicol Teor Prat. 2011; 13(3):152-66
- ¹⁸Souza NRM, Silva NAS. Exames admissionais e aposentadorias precoces em motoristas de ônibus: influência da hipertensão arterial. Rev SOCERJ. 2005; 18(2):154-39.
- ¹⁹Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007; 12(6):1661-72.
- ²⁰Suzano DS, Almeida MCS, Massa LDB, Wengert M. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. Saúde em Redes. 2016; 2(1):53-63.
- ²¹Lima DBS, Moreira TMM, Borges JWP, Rodrigues MTP. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. Texto contexto enferm. 2016; 25(3):e0560015.
- ²²Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva. 2013 Jun; 18(6):1763-72.
- ²³Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. Esc Anna Nery. 2016 mar; 20(1):114-120.
- ²⁴Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. Texto contexto Enferm. 2010; 19(4): 736-44.
- ²⁵Lima JC, Santos AL, Marcon SS. Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária. J res fundam care. 2016; 8(1):3945-3956.
- ²⁶Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. Physis. 2016 mar; 26(1):113-135.
- ²⁷Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Paes NA. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery. 2015 mar; 19(1):124-131.
- ²⁸Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. Rev Bras Enferm, Brasília. 2014; 67(4):550-555.
- ²⁹Paniz VMV, Fassa ACG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E et al . Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008 fev; 24(2): 267-280.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e opinião dos usuários com e sem diagnóstico de HAS entrevistados nos estabelecimentos de saúde que aderiram ao PMAQ-AB, no Brasil, no ano de 2012.

| Variáveis | Total n(%)* | Hipertensos n(%)* | Não hipertensos n(%)* | Valor p |
|--|---------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|
| Sexo | | | | <0,001 [‡] |
| Masculino | 14.600 (23,3) | 6.892 (29) | 7.629 (18,5) | |
| Feminino | 50.791 (77,7) | 16.905 (71) | 33.693 (81,5) | |
| Idade** | 44,3±17,3 | 56,3±14 | 36,9±114,9 | <0,001**** |
| Exercem trabalho remunerado | | | | <0,001 [‡] |
| Sim | 20.531 (31,4) | 5.964 (25,1) | 14.474 (35) | |
| Não | 29.576 (45,3) | 7.479 (31,4) | 21.972 (53,2) | |
| Aposentado | 15.243 (23,3) | 10.334 (43,5) | 4.856 (11,8) | |
| Família possui renda | | | | <0,001 [‡] |
| Sim | 58.975 (92,5) | 20.966 (90,6) | 37.789 (93,5) | |
| Não | 4.812 (7,5) | 2.174 (9,4) | 2.611 (6,5) | |
| Classificação da distância casa | | | | 0,001 [‡] |
| UBS | | | | |
| Perto | 43.783 (67,1) | 16.160 (68) | 27.475 (66,6) | |
| Razoável | 12.937 (19,8) | 4.599 (19,4) | 8.279 (20,1) | |
| Longe | 8.557 (13,1) | 2.999 (12,6) | 5.512 (13,4) | |
| Total | 65.391 (100) | 23.797 (36,5) | 41.322 (63,5) | |

*Somatório dos valores absolutos pode diferir pela possibilidade de não resposta.

**Dado apresentado em média ± desvio padrão.

**** Valor p associado ao teste T Student para amostras independentes.

‡ Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Fisher ou Pearson.

Tabela 2 – Características sociodemográficas e opinião dos usuários com e sem diagnóstico de HAS entrevistados nos estabelecimentos de saúde que aderiram ao PMAQ-AB, no Rio Grande do Sul, no ano de 2012.

| Variáveis | Total n*(%) | Hipertensos n(%) | Não hipertensos n(%) | Valor p |
|--|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| Sexo | | | | 0,326 |
| Masculino | 906 (28) | 335 (29) | 565 (27,4) | |
| Feminino | 2.330 (72) | 821 (71) | 1.500 (72,5) | |
| Idade** | 44,5±15,7 | 54,3±13,2 | 39±14,2 | <0,001**** |
| Exercem trabalho remunerado | | | | <0,001 [‡] |
| Sim | 1.302 (40,2) | 327 (28,3) | 967 (46,8) | |
| Não | 1.119 (34,6) | 320 (27,7) | 794 (38,5) | |
| Aposentado | 815 (25,2) | 509 (44) | 304 (14,7) | |
| Família possui renda | | | | 0,021 [‡] |
| Sim | 2.893 (92,6) | 1.012 (91,2) | 1.868 (93,5) | |
| Não | 230 (7,4) | 98 (8,8) | 130 (6,5) | |
| Classificação da distância casa UBS | | | | 0,277 [‡] |
| Perto | 2.066 (64) | 723 (62,8) | 1.336 (64,9) | |
| Razoável | 783 (24,3) | 282 (24,5) | 498 (24,2) | |
| Longe | 378 (11,7) | 147 (12,8) | 226 (11) | |
| Total | 3.236 (100) | 1.156 (35,9) | 2.065 (64,1) | |

*Somatório dos valores absolutos pode diferir pela possibilidade de não resposta.

**Dado apresentado em média ± desvio padrão.

**** Valor p associado ao teste T Student para amostras independentes.

‡ Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Fisher ou Pearson.

Tabela 3 – Caracterização da atenção à saúde dos hipertensos no Rio Grande do Sul e demais UFs, segundo usuários entrevistados nos estabelecimentos de saúde que aderiram ao PMAQ-AB, no ano de 2012.

| Perguntas | RS n(%)* | Demais UFs n(%)* | Valor p [‡] |
|--|--------------------|---------------------|----------------------|
| Consultou com médico nos últimos 6 meses? | | | <0,001 |
| Sim | 894 (77,6) | 19.502 (86,3) | |
| Não | 258 (22,4) | 3.084 (19,7) | |
| Onde fez a maioria das consultas por causa da HAS nos últimos seis meses? | | | <0,001 |
| Nesta unidade de saúde | 769 (86,6) | 17.174 (88,6) | |
| Em outra unidade de saúde | 42 (4,7) | 877 (4,5) | |
| Hospital público | 33 (3,7) | 671 (3,5) | |
| Âmbito privado | 19 (2,2) | 471 (2,4) | |
| Outros | 25 (2,8) | 180 (0,9) | |
| Na(s) consulta verifica-se a pressão? | | | 0,123 |
| Sim | 1.119 (97,4) | 22.134 (98,1) | |
| Não | 30 (2,6) | 439 (1,9) | |
| Realizou os seguintes exames para acompanhamento da HAS nos últimos seis meses? | | | |
| Creatinina | | | <0,001 |
| Sim | 424 (36,7) | 9.948 (43,9) | |
| Não | 731 (63,3) | 12.692 (56,1) | |
| Perfil lipídico | | | <0,001 |
| Sim | 440 (38,1) | 9.912 (43,9) | |
| Não | 715 (61,9) | 12.728 (56,1) | |
| Eletrocardiograma | | | <0,001 |
| Sim | 489 (42,3) | 11.007 (48,6) | |
| Não | 666 (57,7) | 11.633 (51,4) | |
| Sai da consulta com a próxima consulta marcada? | | | <0,001 |
| Sim | 219 (18,9) | 7.357 (32,5) | |
| Às vezes | 107 (9,3) | 2.282 (10,1) | |
| Não | 830 (71,8) | 13.002 (57,4) | |
| Utiliza remédio para controle da HAS? | | | <0,001 |
| Sim | 1.003 (86,8) | 20.797 (92) | |
| Não | 152 (13,2) | 1.817 (8) | |
| Onde consegue o remédio para HAS? | | | <0,001 |
| Nesta unidade básica de saúde | 624 (62,2) | 14.435 (69,4) | |
| Em outra unidade de saúde | 55 (5,5) | 1.142 (5,5) | |
| No hospital | 3 (9,3) | 105 (0,5) | |
| Farmácia popular, subsidiado (sem pagar pelo remédio) | 225 (22,4) | 3.100 (14,9) | |
| Farmácia comum, pago pelo usuário | 63 (6,3) | 1.389 (6,7) | |
| Outro | 33 (3,3) | 626 (3) | |
| Total | 1.156 (100) | 22.641 (100) | |

*Somatório dos valores absolutos pode diferir pela possibilidade de não resposta.

‡ Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Fisher ou Pearson.