

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**Tatiana Dias Paulucci**

**ANÁLISE DO CUIDADO DISPENSADO A PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM BELO HORIZONTE,  
SEGUNDO INQUÉRITO TELEFÔNICO**

**Belo Horizonte**  
**2012**

**Tatiana Dias Paulucci**

**ANÁLISE DO CUIDADO DISPENSADO A PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM BELO HORIZONTE,  
SEGUNDO INQUÉRITO TELEFÔNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Deborah Carvalho Malta

Coorientador: Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez

**Belo Horizonte**

**2012**

Paulucci, Tatiana Dias.  
P333a Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte, segundo inquérito telefônico [manuscrito]. / Tatiana Dias Paulucci. - - Belo Horizonte: 2012.  
85f.: il.  
Orientadora: Deborah Carvalho Malta.  
Co-Orientador: Jorge Gustavo Velásquez Meléndez.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.  
1. Hipertensão. 2. Saúde Suplementar. 3. Sistema Único de Saúde. 4.. Inquéritos Epidemiológicos. 5. Doença Crônica. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Meléndez, Jorge Gustavo Velásquez. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WG 340

Este trabalho é vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia (NIEPE) da Escola de Enfermagem da UFMG.



**Universidade Federal de Minas Gerais**

**Escola de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação**

Dissertação intitulada “**Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte, segundo inquérito telefônico**”, de autoria da mestranda Tatiana Dias Paulucci, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Deborah Carvalho Malta - Escola de enfermagem/UFMG - Orientadora

---

Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez - Escola de Enfermagem/UFMG - Coorientador

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regina Ivata Tomie Bernal  
Programa de Pós-Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP

---

Prof. Dr. Francisco Félix Lana - Escola de Enfermagem da UFMG

---

Prof. Dr. Francisco Félix Lana  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 20 de setembro de 2012



## *Dedicatória*

---

*Dedico este trabalho ao meu filho amado, **Pedro**,  
presente divino, minha força, fonte de  
inspiração, meu amor.*



# Agradecimentos

---

*A Deus,*  
por me conceder o presente divino da vida e por estar integralmente ao meu lado sempre,

*A São Miguel, São Gabriel e São Rafael*  
por estarem sempre juntos de mim me dando força e me protegendo,

*A Minha Amada Vovó Lília*  
por seu amor, cumplicidade, incentivo e por sempre acreditar em mim,

*Aos meus pais Selma e Roberto,*  
pelo incentivo e por torcerem tanto por mim,

*A minha irmã Chris,*  
pela cumplicidade e apoio

*A Meu Tesouro, meu filho Pedro,*  
pelo seu amor e compreensão nesta jornada,

*A Meu Marido Rogério,*  
pelo exemplo de determinação e garra nos estudos que tanto me motivaram e pelo apoio

*As minhas Tias, Lala, Suelly, Jo, Nádia e São,*  
pelo amor, incentivo

*A Meus queridos primos e primas,*  
pelo apoio e carinho,

*A Lena,*  
pela força, carinho, por cuidar do meu filho e da minha família,

*A Bruna,*  
pela amizade, força e apoio nesta jornada,

*A Flavinha,*  
pela presença e amizade,

*À Drª. Celle,*  
Pela força e por me alicerçar nesta trajetória,

*À Professora Deborah,*  
pela cumplicidade, oportunidade, pela generosidade e por compartilhar comigo seus preciosos ensinamentos,

*Ao Professor Gustavo Velásquez,*  
pelo apoio e lições,

*À Professora Drª. Regina Bernal,*  
pela contribuição e ensinamentos,

*A todos meus mestres e colegas do mestrado,*  
Com os quais tanto aprendi,

*A Milene e a Profª. Allana*  
Por compartilhar comigo seu aprendizado,

*A todos que torceram por mim.*

## RESUMO

PAULUCCI, T. D. **Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte, segundo inquérito telefônico.** 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

**Objetivo:** analisar o cuidado dispensado aos hipertensos na população de Belo Horizonte, segundo posse ou não de plano de saúde. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas telefônicas em amostra de adultos hipertensos no ano de 2009 em Belo Horizonte (n=100), comparando-se a assistência prestada aos hipertensos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Suplementar (SS) usando-se os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. **Resultados:** Os usuários exclusivos do SUS apresentaram menor escolaridade (p=0,000), eram mais jovens (p=0,024), da cor de pele não branca (p=0,005). Quanto à assistência prestada usuários da SS tiveram maior frequência de médico de referência (p=0,010), maior controle da pressão arterial sistólica e diastólica (p=0,014) e (p=0,027). Não foram encontradas diferenças quanto ao tempo de diagnóstico da hipertensão, orientações quanto ao cuidado com a hipertensão foram semelhantes, bem como a periodicidade de visita ao serviço de saúde e da última consulta médica, recomendação do uso de anti-hipertensivo e tempo da última medida da pressão arterial. Os grupos operativos foram mais frequentados pelos usuários do SUS (p=0,035). A aquisição de medicamentos anti-hipertensivos pelos beneficiários da SS foi mais frequente nas farmácias privadas e os usuários do SUS utilizaram mais os Centros de Saúde (p=0,000). Não houve diferença quanto às orientações sobre consumo de menos sal, álcool, cessação do tabagismo, prática de atividade física, uso de medicação anti-hipertensiva e adoção de hábitos alimentares saudáveis e nem quanto à incorporação dessas práticas de promoção da saúde. **Conclusão:** Foram observadas iniquidades na utilização dos serviços de saúde entre os usuários do SUS e beneficiários da SS no que tange a cor, escolaridade, idade, médico de referência, controle dos níveis pressóricos e participação em grupos educativos.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde Suplementar. Sistema Único de Saúde. Linha de Cuidado. Inquéritos Telefônicos. Doença Crônica Não Transmissível.



## ABSTRACT

PAULUCCI, T. D. **Analysis the care given hypertension in patients with Belo Horizonte by telephone survey.** 2012. 85 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

**Objective:** To examine the care given to patients with hypertension in the services of public and private health in the population of Belo Horizonte, Minas Gerais. **Methods:** Telephone interviews were conducted in a sample of hypertensive adults in the year 2008/2009 in Belo Horizonte (n=100). We compared the care provided to hypertensive users of the Unified Health System (SUS) and Supplementary Health (SS) using the chi-square test or Fisher exact test. **Results:** The exclusive SUS users had lower education (p=0.000), were younger (p=0.024), skin color non-white (p=0.005). The assistance provided users had a higher frequency of SS medical reference (p=0.010), control of systolic blood pressure and diastolic had controlled blood pressure levels (p=0.014) (p=0.027). There were no differences in the time of diagnosis of hypertension guidelines for the care with hypertension were similar, and the frequency of visits to health service and the last medical consultation, recommending the use of antihypertensive and time of last measurement blood pressure. The operative groups were most frequented by users of SUS (p=0.035). The acquisition of antihypertensive medications by beneficiaries of the SS was more frequent in private pharmacies and SUS users used more health centers (p=0.000). There was no difference in the guidelines on salt intake, alcohol, smoking cessation, physical activity, antihypertensive drugs and modification of eating habits. In regard to health promotion incorporated by hypertensive (salt intake, modification of eating habits, physical activity practice and regular use of medication) did not differ between individuals SUS users and beneficiaries of the SS. **Conclusion:** There were inequities in the use of health services among SUS users and beneficiaries of SS with respect to color, education, age, medical reference, control of blood pressure levels and participation in educational groups.

**Keywords:** Hypertension. Health Care Providers. Health System. Care Line. Telephone Surveys. Chronic non-Communicable.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Fluxograma da linha do cuidado.....	27
Figura 2	- Seleção da amostra de hipertensos.....	39
Gráfico 1	- Distribuição acumulada da variável Idade dos hipertensos segundo grupo.....	51
Gráfico 2	- Distribuição acumulada da variável anos de estudo dos hipertensos segundo grupo.....	52
Gráfico 3	- Distribuição acumulada da variável IMC do grupo de hipertensos segundo grupo.....	52
Gráfico 4	- Distribuição dos hipertensos em cada amostra segundo sexo.....	52

## LISTA DE TABELAS

1	- Tamanho de amostra de adultos hipertensos em cada réplica.....	50
2	- Resultados dos testes não paramétricos de adultos hipertensos.....	51
3	- Comparação das características sócio-demográficas e IMC da população estudada, segundo modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde). Belo Horizonte, 2008-2009.....	53
4	- Comparação da assistência prestada à população de hipertensos segundo a modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde). Belo Horizonte, 2008 -2009.....	55
5	- Comparação das ações de promoção da saúde oferecidas aos hipertensos, segundo modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde). Belo Horizonte, 2008-2009.....	57
6	- Comparação de mudanças de práticas (sal, dieta, atividade física, medicamentos) e aquisição de medicamentos, em hipertensos, segundo modalidade de Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte, 2008-2009.....	59

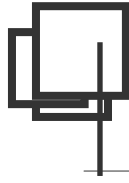
## LISTA DE SIGLAS

ANS	-	Agência Nacional de Saúde
CERSAM	-	Centro de Referência em Saúde Mental
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	-	Doenças Cardiovasculares
HA	-	Hipertensão Arterial
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	-	Índice de Massa Corporal
LC	-	Linha do Cuidado
NS/NR	-	Não Sei / Não Respondeu
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PA	-	Pressão Arterial
PAD	-	Pressão Arterial Diastólica
PAS	-	Pressão Arterial Sistólica
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SS	-	Saúde Suplementar
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
VIGITEL	-	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	-	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	19
2.1	Objetivo geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	20
3.1	Caracterização da Saúde Suplementar.....	21
3.2	Linha do cuidado.....	25
3.3	Hipertensão arterial.....	28
3.3.1	Conceituação e epidemiologia.....	28
3.3.2	Fatores de risco para HAS.....	29
3.3.2.1	Idade.....	29
3.3.2.2	Gênero, etnia e genética.....	29
3.3.2.3	Excesso de peso e obesidade.....	30
3.3.2.4	Ingestão de sal.....	31
3.3.2.5	Ingestão de álcool.....	31
3.3.2.6	Sedentarismo.....	31
3.3.2.7	Fatores econômicos.....	32
3.3.3	Diagnóstico, classificação e tratamento.....	32
3.3.4	Tratamento não medicamentoso e medicamentoso.....	34
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	35
4.1	Tipo de estudo.....	36
4.2	Local de estudo.....	36
4.3	População de estudo.....	36
4.3.1	Plano de amostragem do VIGITEL.....	36
4.3.2	Amostra estudada.....	38
4.4	Coleta de dados.....	39
4.5	Aspectos éticos.....	40
4.5.1	Aspectos éticos do Sistema VIGITEL.....	40
4.5.2	Aspectos éticos do estudo.....	40
4.6	Variáveis do estudo.....	41
4.6.1	Variáveis sócio-demográficas.....	41

4.6.2	Variáveis das características do cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial no SUS e SS.....	42
4.6.3	Variáveis das ações de promoção da saúde ao portador de hipertensão arterial no SUS e SS.....	43
4.7	Análise estatística.....	45
4.7.1	Análise estatística do VIGITEL.....	45
4.7.2	Análise estatística do estudo.....	46
4.7.2.1	Análise de aderência.....	47
4.7.2.2	Análise descritiva.....	47
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>49</b>
5.1	Validação da amostra estudada.....	50
5.2	Características da população estudada.....	53
5.3	Características da assistência prestada à população estudada segundo a modalidade de financiamento.....	55
5.4	Características das ações de promoção da saúde oferecidas à população estudada segundo modalidade de financiamento.....	57
5.5	Características das ações de promoção da saúde praticadas pela população estudada após orientação profissional segundo a modalidade de financiamento.....	59
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>
6.1	Características sócio-demográficas e IMC da assistência prestada e das ações de promoção da saúde oferecidas e praticadas pela população estudada	61
6.2	Limites do estudo.....	66
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>
	<b>APÊNDICE</b> .....	<b>78</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>83</b>



# *Introdução*

---

## 1 INTRODUÇÃO

As sociedades humanas modificaram a forma de organização de suas vidas devido a transformações sociais, econômicas, políticas e culturais e migraram para o modo de viver contemporâneo, que ambigualmente facilita e dificulta o acesso dos indivíduos e coletividade a condições de promotoras da saúde, o que acarreta alterações nos padrões populacionais de morbimortalidade (BRASIL, 2006).

Neste cenário, insere-se a população brasileira, que tem experimentado significativas mudanças nos seus padrões de morbidade e perfil demográfico, pois desde a década de 60 até a atualidade, evidencia-se queda das taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade, processo acelerado de urbanização, ampliação da cobertura de imunizações, universalização da prestação dos serviços de saúde. Desta forma, processa-se no Brasil a transição epidemiológica, atribuída à mudança do padrão de morbimortalidade da população, que no início do século passado era atribuída a doenças infectocontagiosas onde, atualmente, devido às melhorias de condições sócio-econômico-culturais, predominam as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A modificação da estrutura etária da população brasileira, com estreitamento na base da pirâmide populacional e ampliação do número de idosos modificou o padrão e frequência de utilização dos serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997). O envelhecimento populacional, por sua vez, é hoje um importante fenômeno no contexto nacional. O gradativo aumento da população de 60 anos ou mais ocorre em todas as Unidades da Federação, seja em termos absolutos ou relativos. Em todos os estados das Regiões Sudeste e Sul e seis da Região Nordeste havia mais de 10% de pessoas com 60 anos ou mais, o que contribui para o elevado percentual médio de idosos do país (10,8%). Em números absolutos, a população com mais de 60 anos já superava a da França, Inglaterra ou Alemanha em 2008. Mas, ao contrário desses países, 32,2% dos idosos brasileiros não sabiam ler e 51,4% eram analfabetos funcionais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2009).

As transições epidemiológicas e demográficas se correlacionam e o declínio da mortalidade é observado amplamente nas doenças infectocontagiosas e parasitárias, beneficiando grupos mais jovens que passam a ter uma expectativa de vida maior e consequente exposição a fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis, que crescem juntamente com o processo de envelhecimento (CHAIMOWICZ, 1997).

Além da transição epidemiológica e demográfica, percebe-se a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, o que amplia a sua



exposição a riscos cardiovasculares. A transição nutricional deve-se a alterações no perfil nutricional e hábitos alimentares dos brasileiros, resultando no aumento da ocorrência de obesidade em todas as faixas etárias da população, além da diminuição da prevalência de desnutrição em crianças (JARDIM *et al.*, 2007; MONTEIRO *et al.*, 2000).

Ademais, a transição nutricional é caracterizada pelas alterações no perfil de consumo de alimentos, registrando-se tendências de consumo de dietas de alta densidade energética e alimentos industrializados, concomitantemente com o aumento do sedentarismo (POZZAN, 2002). Ressalta-se que existem fortes evidências epidemiológicas de que consumo de alimentos menos industrializados como cereais integrais diminuem o risco de doença arterial coronariana (MORRIS; MARR; CLAYTON, 1977).

Com a transição epidemiológica predominam as DCNT que são as principais causas de mortalidade e de invalidez precoce da população na maioria dos países. Estima-se que no ano de 2005, aproximadamente 35 milhões de pessoas teriam morrido de doenças crônicas no mundo e as mortes atribuídas às doenças infecciosas corresponderão a pelo menos metade daquelas (BRASIL, 2005).

Este contexto, associado às particularidades brasileiras, tais como grande extensão territorial e franca diversidade de recursos naturais, de variações climáticas e de situações econômicas, sociais e políticas, agrava a situação epidemiológica brasileira (IBGE, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, tanto em países desenvolvidos quanto em países emergentes (LESSA, 2001). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2002), as DCV são responsáveis por 30% do total de mortes no mundo. No Brasil, essas doenças constituem a principal causa de morte em todas as regiões do país, em ambos os sexos (BRASIL, 2010). As doenças cerebrovasculares são apontadas como a primeira causa de morte e a principal causa de gastos com internações hospitalares (MALTA *et al.*, 2006).

Dentre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial (HA) tem grande prevalência e conduz a elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações e associação positiva com outras comorbidades, gerando grande impacto na morbimortalidade brasileira e mundial. A HA é a principal causa de morte, tendo sido responsável em 2001 por cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo, destas 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC). No Brasil estima-se 30 milhões de portadores de hipertensão arterial e apenas um terço desta população apresenta pressão controlada, apesar das modernas tecnologias relacionadas aos

medicamentos (GUS *et al.*, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; YUSUF *et al.*, 2001). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1999) contabiliza 600 milhões de pessoas acometidas pela hipertensão arterial sistêmica (HAS), que é responsável por 7,1 milhões de mortes anualmente, ou seja, 13% da mortalidade global.

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2008, 23,1% da população é hipertensa, sendo a maior prevalência entre as mulheres (25,5%), quando comparadas aos homens (20,3%). Entre 18 e 24 anos, 6% dos indivíduos são hipertensos e acima de 60 anos, sobe para 60% (BRASIL, 2008).

A HAS é uma entidade clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou pressão arterial diastólica (PAD) podendo ser classificada em primária ou secundária. A HAS primária acomete de 90% a 95% dos pacientes hipertensos, possui forte componente genético (poligênica), embora com fortes influências ambientais fenotípicas, sendo improvável que uma única causa explique a diversidade de alterações fisiopatológicas e hemodinâmicas. Frequentemente, associa-se a alterações estruturais e/ou funcionais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e metabólicas que incrementam o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Já a HAS secundária tem prevalência de 3% a 5% e está associada a uma causa específica identificável que pode ser renal ou não (RIERA, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O caráter multifatorial da HA demanda abordagem multidisciplinar. Vários aspectos devem ser contemplados durante o curso desta síndrome, tais como cardiológicos, endocrinológicos, renais, vasculares, epidemiológicos nutricionais e psicossociais, o que exige a participação de diferentes categorias profissionais da área da saúde para efetiva abordagem deste problema (KOHLMANN JÚNIOR, 2000).

A HA é considerada um dos mais importantes fatores de risco modificáveis e um grande problema de saúde pública. Elevados níveis tensionais aumentam progressivamente a morbidade e mortalidade por DCV. Desta forma, o controle do portador de hipertensão torna-se fundamental para redução do risco, devendo ser utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; VON DER HEYDE; VON DER HEYDE, 2004).

A assistência à saúde no Brasil possui um caráter dual, onde coexistem um sistema público e outro privado, que proporcionam formas diferenciadas de acesso, financiamento e produção de serviços, apesar de constitucionalmente a política de saúde ser pautada nos pilares da universalidade, integralidade e equidade (MENICUCCI, 2011). No Brasil o setor de saúde suplementar (SS) envolve 24,5% da população e a cada dia se torna mais expressivo, conquistando um número relevante de usuários principalmente na região sudeste. Em Belo Horizonte 47% da população possui plano de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007).

Denota-se, a partir do exposto, que o cenário contemporâneo é desafiador, tanto para o sistema privado quanto para o sistema público de saúde, pois a modificação no perfil de saúde da população brasileira, bem como as iniquidades nesta área, exigem deste sistema outro perfil de atendimento que não engloba apenas a incorporação da alta tecnologia e elevado investimento financeiro, mas também um investimento em educação para equipe interdisciplinar e fomento a práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos com a adoção de ações intersetoriais. Desta forma, há de se pensar em novos modelos assistenciais que tenham como pilar a integralidade do cuidado, o que possibilitará a produção da saúde de forma sistêmica, no qual o fluxo de assistência ao beneficiário seja centrado em suas necessidades e não nos interesses do mercado (MALTA *et al.*, 2004).

A interligação de todos os níveis de atenção é o primeiro passo para a integralidade e resolutividade dos problemas de saúde da população. Entretanto, o modelo de saúde hegemônico é reducionista e fragmentador e assim o usuário se perde no sistema e as complicações emergem com toda sua potencialidade.

Nesse sentido, é importante a adoção de linhas de cuidado integrais, ou estratégias para o estabelecimento do “percurso assistencial adequado”, visando organizar o fluxo dos indivíduos propiciando ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência centradas nas necessidades e especificidades dos usuários (MALTA *et al.*, 2004). Assim, é relevante conhecer como a produção do cuidado para hipertensos tem se dado no sistema de saúde público e privado.

Neste contexto, e sabendo ainda que em Belo Horizonte, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2010), 49,6% da população possui um plano de saúde, torna-se relevante conhecer como esta produção do cuidado para hipertensos acontece no sistema de saúde público e privado e se existem diferenças na produção do cuidado para hipertensos vinculados a plano de saúde para aqueles que são exclusivamente dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta perspectiva, este estudo propõe avaliar o cuidado dispensado aos hipertensos que utilizam o SUS e os beneficiários da SS na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Como hipótese pressupõe-se que há maior efetividade do cuidado e por consequência do controle dos usuários hipertensos beneficiários da SS, quando comparados aos usuários do SUS.

Acredita-se que este estudo possa gerar informações capazes de contribuir para melhoria na abordagem aos hipertensos nos serviços de saúde público e privado, fornecendo subsídios para os gestores de saúde implementarem ações com vistas à promoção da saúde e prevenção de agravos nesta população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o cuidado dispensado aos usuários hipertensos do SUS e sistema de saúde privado da população da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar a reprodutibilidade e a validade dos registros obtidos por entrevistas telefônicas do sistema VIGITEL, em uma subamostra de adultos do município de Belo Horizonte;
- Caracterizar a população estudada com relação às variáveis sócio-demográficas e dos serviços de saúde de Belo Horizonte;
- Analisar a associação entre a modalidade de financiamento público e privado na atenção ao indivíduo hipertenso em Belo Horizonte.



# *Revisão de literatura*

---

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Caracterização da Saúde Suplementar

O setor de saúde no Brasil, nas últimas décadas, passou por transformações que conduziram a inúmeros avanços e a saúde passou a ser compreendida como um direito de todo o cidadão e um dever do estado, pois até então, de caráter excludente, atrelava-se ao mundo do trabalho formal. O movimento político em torno da remodelação do sistema de atenção à saúde resultou no arcabouço jurídico da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990, que definiram as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988). O Sistema de Saúde brasileiro é dual: o Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal e o Setor Suplementar de Atenção à Saúde, chamado de Saúde Suplementar (SS), privado e restritivo. Esta dualidade é evidenciada no próprio texto da Constituição Federal, no seu artigo 196, que garante a saúde como um direito de todos e dever do estado, ao mesmo tempo em que o artigo 199 permite a livre iniciativa privada na assistência à saúde. Concebeu-se, desta forma, um sistema nacional de saúde universal e com proposta de igualdade paralelamente à manutenção das instituições privadas de assistência à saúde (BRASIL, 1988; MENICUCCI, 2011).

O SUS brasileiro compõe-se essencialmente de princípios e diretrizes. Fundamenta-se nos princípios da universalidade, igualdade e equidade, que significa tratar as diferenças em busca da igualdade. Além disso, tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Integram o SUS as ações e os serviços públicos de saúde, municipais, estaduais e federais, bem como os serviços privados complementares contratados ou conveniados a eles, que devem ser desenvolvidos conforme as diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 1988; TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Na SS, a atuação do Estado na regulamentação das práticas de saúde é recente. Os planos privados de assistência à saúde, exceto as sociedades seguradoras, não seguiam nenhuma regulação específica, por quase 40 anos. As operações com seguros de saúde privados realizadas no país estavam subordinadas ao decreto - lei nº 73 de 1967, regulamentado pelo decreto nº 60.459 de 1967. A regulamentação acontecia no âmbito da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com suas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). A Lei nº 9.961 de 2000 tem por finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras, inclusive em suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, assim, para o

desenvolvimento de ações de saúde no país. Isso fez com que a SS tivesse de se adequar e cumprir os requisitos legais impostos a partir dela (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2004; BRASIL, 2000).

O setor privado da saúde funciona de forma dissociada do SUS. Na prática não há uma interface das operadoras com o sistema público de saúde, no entanto os clientes das operadoras buscam pelo atendimento público em situações de alta complexidade, oncologia e na urgência (MALTA *et al.*, 2004).

Os baixos investimentos financeiros nas últimas décadas conduziram à queda progressiva de qualidade dos serviços públicos de saúde e à progressiva migração de pessoas para a SS. Além disto, o aumento do poder aquisitivo da população, crescimento do emprego e desenvolvimento econômico do país na última década conduziram a uma expansão dos planos de saúde, pois quanto maior a renda familiar do indivíduo, maior a sua chance de ter um plano de saúde (IBGE, 2008; MALTA *et al.*, 2011; MALTA; JORGE, 2005a).

O mercado da SS envolve 24,5% da população brasileira, contabilizando mais de 38 milhões de usuários (BRASIL, 2004; IBGE, 2000). Em 2008, foram estimados 49,2 milhões de beneficiários da SS, equivalendo a 25,9% dos brasileiros. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 aponta a expansão da SS no Brasil, principalmente dos setores médios da sociedade (IBGE, 2010).

As operadoras concentram-se geograficamente na região sudeste, provavelmente devido ao maior poder aquisitivo da população dessa região e da existência de várias indústrias e empresas contratantes de planos coletivos (MALTA; JORGE, 2005a). A população de beneficiários de planos de saúde está mais concentrada nas faixas produtivas e de idosos. Desta forma, os planos de saúde proporcionam no sistema de saúde brasileiro desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois cobrem uma parcela seleta da população brasileira, que incluem as pessoas de maior renda familiar, inseridas no mercado formal de trabalho e que avaliam seu estado de saúde como muito bom ou bom (IBGE, 2010).

A SS possui princípios norteadores e modo de organização completamente diferentes do SUS, exibindo grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, fragmentação, descontinuidade da atenção e acesso aos serviços de saúde mediante pagamento direto ao prestador pelo usuário ou indireto através do custeio dos serviços pelo plano médico de saúde. Outra questão que impossibilita a integralidade é a possibilidade de segmentação da assistência por tipos de planos que permitirá o acesso a serviços previamente contratados que podem ser ambulatoriais e/ou hospitalares com ou sem obstetrícia e odontologia. Evidencia-se



nessa forma de abordagem à saúde também o comprometimento da equidade pela capacidade de renda e compra de planos mais abrangentes e com qualidade reconhecida de seus serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Ademais, os planos de saúde introduzem, no sistema de saúde brasileiro, mais desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, na medida em que proporcionam cobertura assistencial a uma minoria seleta da população brasileira que compartilha características como elevada renda familiar, inserção no mercado formal de trabalho e que avalia seu estado de saúde como muito bom ou bom. A assistência privada caracteriza-se, portanto, pela diferenciação das características do produto, que se adquire em um mercado altamente competitivo e diversificado, concentrado geograficamente, tanto pela oferta quanto pela demanda (IBGE, 2000; MENICUCCI, 2011).

Historicamente, o mercado dos planos privados de assistência à saúde sempre esteve relacionado à urbanização, industrialização, renda e mercado formal. A expansão da industrialização no país a partir da década de 1950 fomentou a organização de uma assistência médico-hospitalar junto a prestadores de serviços específicos para seus empregados, principalmente de empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas. As empresas eram motivadas a assumir a assistência de seus empregados devido a vários fatores, dentre eles a importância da saúde para produtividade e a necessidade de controlar o absenteísmo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; MENICUCCI, 2011). Já após a década de 80, o desenvolvimento da assistência médica privada foi favorecido por incentivos fiscais às pessoas físicas, se expandindo para clientes individuais, por meio dos planos de saúde contratados diretamente pelos usuários com as diferentes operadoras comerciais de planos de saúde. Em relação às empresas, esse desenvolvimento se deu principalmente devido à evolução das teorias administrativas e às novas concepções quanto ao papel social da empresa que assumiu não só a saúde ocupacional e medicina do trabalho, mas também a assistência médico-hospitalar integral e complementar (MENICUCCI, 2011).

As operadoras de saúde, quanto à classificação, podem ser divididas nas seguintes modalidades: a) Autogestão; b) Seguradoras; c) Cooperativas Médicas ou Cooperativas Odontológicas; d) Medicinas de Grupo ou Odontologias de Grupo e e) Filantropias (MALTA; JORGE, 2005a).

Na modalidade de Autogestão, a própria empresa administra a assistência médica prestada a seus empregados. Neste grupo, incluem-se as grandes indústrias de transformação, entidades sindicais, empresas públicas e empresas com pequeno número de associados. Sua administração conta com representantes dos trabalhadores e patronais (MALTA *et al.*, 2004).

As cooperativas médicas surgem nos anos 60, após a medicina de grupo e em oposição às condições de trabalho impostas por ela, que sempre foi enxergada pela categoria médica como um mecanismo de mercantilização da medicina e para garantir autonomia do trabalho médico. Em 2004, as cooperativas médicas possuíam aproximadamente 25% dos clientes de planos de saúde (MALTA *et al.*, 2004; MENICUCCI, 2011). São sociedades sem fins lucrativos, caracterizadas por cooperativismo de profissionais médicos, conforme o disposto na Lei nº 5.764/71, que estabelece a Política Nacional de Cooperativismo (BRASIL, 2007).

A modalidade de assistência à saúde tipo filantropia constitui-se em entidades sem fins lucrativos que operam planos privados, certificadas como entidades filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2007).

A mais recente modalidade empresarial atuante na área da saúde são as seguradoras. O seguro de saúde tem baixa aceitação no mercado brasileiro, em contrapartida, o seguro de assistência médica e/ou hospitalar tem melhor aceitação, pois desde 1989 foi autorizado legalmente a se vincular aos serviços de saúde através do referenciamento dos prestadores de serviços. Desta forma, passou-se a efetuar o pagamento direto ao prestador, ao invés de efetuar o pagamento direto ao segurado pelas suas despesas realizadas. Organiza-se na lógica securitária e atuarial para o cálculo das prestações dos planos (MALTA *et al.*, 2004; MENICUCCI, 2011).

As Medicinas de Grupo surgiram na década de 1960 por meio da terceirização via convênio das empresas empregadoras com empresas médicas (ou medicina de grupo) estimulados pela previdência social, sendo inicialmente constituída por grupos médicos aliados ao empresariado paulista (MALTA *et al.*, 2004).

No Brasil, existem 1.598 operadoras de saúde, sendo que destas 229 atuam na modalidade de autogestão, 330 de cooperativas médicas, 94 de filantropia, 427 de medicina de grupo, 13 de seguradoras, 124 de cooperativas odontológicas, 301 de odontologia de grupo e 80 de administradora de beneficiários (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010).

Na região sudeste, existem 988 operadoras de saúde com registro ativos, sendo que destas 46 situam-se na capital de Belo Horizonte, distribuindo-se nas modalidades: autogestão (19), cooperativa médica (2), medicina de grupo (12), cooperativa odontológica (2), odontologia de grupo (7) e administradora de beneficiários (4) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010).

Observa-se o predomínio da modalidade medicina de grupo no Brasil, que inclusive foi a primeira modalidade a ser criada. Em contrapartida, na capital de Belo Horizonte há uma

grande aproximação no número de operadoras registradas como autogestão e medicina de grupo. Há apenas três cooperativas médicas.

Tendo em vista o contexto descrito, a Agência Nacional de Saúde (ANS) vem buscando induzir mudanças no modelo de atenção na saúde suplementar que possibilitem transformar o atual modelo em um de atenção integral à saúde. Desta forma, em 2004 a ANS implantou o Programa Nacional de Qualificação com o objetivo de induzir o mercado à adoção de práticas de qualificação da assistência, promoção à saúde e monitoramento de indicadores de qualidade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007).

### 3.2 Linha do cuidado

A assistência à saúde no Brasil é regida por um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e gratuita para toda população, no entanto encontra-se permeada por uma crise no modo de produzir saúde, centrando-se na produção de procedimentos e na visão reducionista dos indivíduos. Ao segundo plano, relegam-se os determinantes do processo saúde-doença e supervalorizam-se as dimensões biológicas (BRASIL, 2011a; CECÍLIO, 1994; MALTA; MERHY, 2010).

A saúde suplementar acompanha o modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, o que tem gerado fragmentação da atenção e do cuidado, produzindo injustiça e atenção descontinuada aos beneficiários de planos de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009). Esta forma de se conduzir a saúde induz a custos elevados e pouca eficácia, pois é centrada em tecnologias duras como exames e medicamentos, como se estes possuíssem a capacidade de restabelecer a saúde por si só, ou seja, como se tivessem um fim em si mesmos (MALTA *et al.*, 2004).

No sistema público de saúde, segundo Franco e Magalhães Júnior (2007), parte dos encaminhamentos realizados por médicos da rede básica para especialistas não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica, o que revela uma forma de manejo do trabalho em saúde carente de solidariedade com o serviço e de responsabilização no cuidado com o usuário.

A baixa resolutividade na rede básica pode ser atribuída ao exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na geração de procedimentos, prevalecendo um processo de trabalho fragmentado que desconhece o sujeito na sua integralidade, que possui, além de um problema de saúde, certa subjetividade e história de vida, também reconhecidas

como determinantes de sua saúde e doença (FRANCO, 2006; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

Para superação do modelo assistencial vigente, há de se repensar novas modelagens assistenciais que estejam alicerçadas em diretrizes como a integralidade do cuidado e autonomia dos sujeitos, buscando-se novas práticas produtoras e promotoras de saúde centradas nas tecnologias leves e leve-duras do trabalho em saúde para que haja a produção do cuidado. Torna-se necessário, além disso, repensar o processo saúde-doença quanto aos seus determinantes, e também na intervenção em toda cadeia de produção da saúde, ou seja, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação (MALTA *et al.*, 2004).

Nesta concepção emerge o conceito de Linha do Cuidado (LC), que pode ser entendida como uma forma sistêmica de se produzir saúde, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, trabalhando com a imagem de uma linha de produção do cuidado voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades (MALTA; MERHY, 2010).

A garantia do cuidado, na concepção da LC, é responsabilidade do serviço de saúde que deve prover condições para a sua produção. A LC deve ser nutrida com os insumos necessários ao processo assistencial, operando de forma sistêmica e integrada aos vários serviços. Esta se inicia mediante a entrada do usuário em qualquer ponto do sistema de saúde que opere a assistência, ou seja, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. Desta forma inicia-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MALTA *et al.*, 2004; MALTA; MERHY, 2010).

A organização da LC envolve um conceito simples, mas de difícil realização e distante da prática assistencial atual, ou seja, a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário. Busca-se potencializar o trabalho cuidador, no qual o profissional, ao se relacionar com o usuário, consiga gerar “trabalho vivo”, tornando este momento singular e “cuidador”. Outra característica importante consiste na perspectiva de se criar um projeto terapêutico adequado a cada indivíduo na sua singularidade, bem como criar condições que favoreçam a autonomia dos sujeitos, através do compartilhamento de informações, suporte, que possibilitem escolhas responsáveis que garantam maior qualidade de vida e independência (MALTA; MERHY, 2003).

A implementação das LC com propósito de organizar o trabalho requer a vinculação das equipes de saúde à população adstrita. O vínculo estabelecido entre profissionais e usuário permite trabalho mais dialógico, compartilhado, com pactuação do projeto terapêutico e maior

envolvimento de todos os sujeitos no processo de cuidado (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

O usuário é o foco de toda a produção, ou seja, todo o fluxo assistencial deve estar centrado no campo de suas necessidades, estruturado por um projeto terapêutico que lhe é indicado, e que será garantido na trajetória deste sujeito através da rede de serviços, que deverá ocorrer com comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção (MERHY; ONOCKO, 1997).

A efetivação da LC é de responsabilidade dos gestores do sistema público de saúde ou da saúde suplementar, pois eles controlam serviços e recursos assistenciais e são responsáveis pelo atendimento dos usuários e da garantia do acesso aos serviços, recursos necessários e da qualificação das respostas às suas necessidades em saúde. A LC se completa a partir da plena articulação dos macroprocessos com os microprocessos, ou seja, através da pactuação entre todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007; MALTA; MERHY, 2010) (FIG. 1).

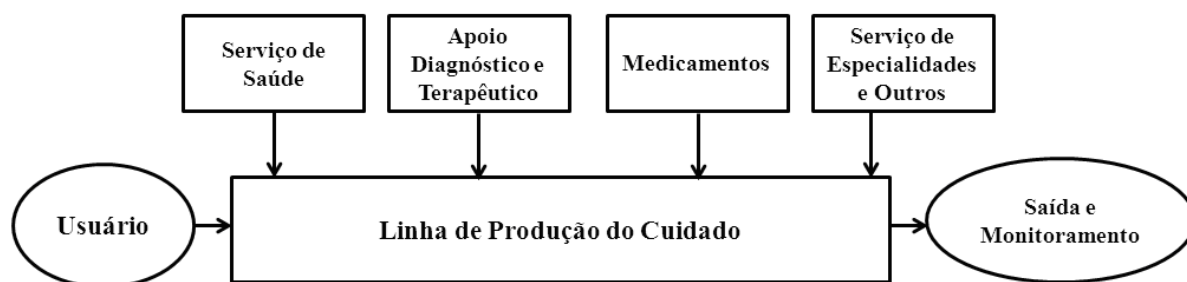


FIGURA 1 - Fluxograma da linha do cuidado  
Fonte: FRANCO, 2003, adaptado pelas pesquisadoras.

A abordagem das DCNT estruturada em LC é estratégia assertiva, o que se justifica pela magnitude destas doenças, pela elevada carga de morbimortalidade, custos elevados e por gerar eventos contínuos/crônicos que frequentemente emergem em situações agudas, especialmente quando não bem cuidados (MALTA; MERHY, 2010).

Desta forma, a LC, ao focar uma assistência integral e contínua aos indivíduos, proporciona o resgate de um atendimento acolhedor e resolutivo, proporcionando aos portadores de DCNT um caminho através dos serviços de saúde, público ou privado, mais assertivo e tranquilo e centrado em suas necessidades, conduzindo a bons desfechos e maior custo-efetividade das ações programadas.

### 3.3 Hipertensão arterial

#### 3.3.1 Conceituação e epidemiologia

A HAS é uma condição clínica de etiopatogenia multifatorial, ora primária, genuína, criptogenética ou essencial (90%), ora secundária (10%), caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) acima do valor normal para a idade, quando a aferição é realizada com metodologia e condições apropriadas. Está frequentemente associada a alterações metabólicas, hormonais, funcionais e ou estruturais dos chamados órgãos alvo (olhos, coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), que conduzem ao maior risco para desenvolvimento de DCV fatais e não fatais, cerebrovasculares e insuficiência renal (CHOBANIAN *et al.*, 2003; BRASIL, 2006; RIERA, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; VEIGA *et al.*, 2003).

Segundo Kohlmann Júnior (2000), a HA é uma síndrome que contempla vários aspectos, dentre eles os cardiológicos, endocrinológicos, vasculares, nutricionais, epidemiológicos, nefrológicos, psicológicos e sociais, o que confere uma necessidade de abordagem multiprofissional do seu portador.

A HAS é uma condição comum em todo o mundo e devido a sua alta frequência e concomitantes riscos de doenças cardiovasculares e renais, é o principal fator de risco de mortalidade e terceiro lugar como causa de incapacidades, tornando-se um importante problema de saúde pública mundial (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2002; KEARNEY *et al.*, 2005).

A prevalência de hipertensão em várias regiões globais tem sido amplamente divulgada, no entanto, não existem informações fidedignas da sua prevalência em todo mundo, e estimativas mostram que em 2000 a HAS acometia aproximadamente 25% da população adulta mundial. Esta proporção aumentará para 29,2% do total de adultos no mundo 2025 (KEARNEY *et al.*, 2005).

No Brasil, a carência de dados estatísticos sobre a magnitude da HAS em todo o território nacional leva ao desconhecimento da real prevalência desta patologia, e apesar de aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da HAS, a comparação dos mesmos estudos brasileiros realizados desde a década de 70, em diversas regiões e com metodologia diversa, apresentaram frequência da HAS em adultos variando de 11,6 a 44%, enquanto que estudo recente (2000-2005) realizado em 17 capitais brasileiras e Distrito

Federal apontaram para variação de 18% a 29% na frequência de HAS auto-referida (MALERBI; FRANCO, 1992; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer (2003), através de estudo realizado em diversas capitais brasileiras, evidenciou prevalência de HAS de 18% a 29%, sendo maior nos indivíduos com baixa escolaridade (20%-42%) quando comparados àqueles com escolaridade superior (14%-25%) (VICTOR, 2009).

Barros *et al.* (2008) avaliam que a HA afeta 22% da população brasileira acima de 20 anos, podendo ser responsabilizada por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces.

### **3.3.2 Fatores de risco para HAS**

#### **3.3.2.1 Idade**

Há uma associação positiva entre HAS e aumento da idade, de modo que aproximadamente um em cada dois adultos norte-americanos acima de 60 anos de idade tem hipertensão. Na faixa etária acima de 65 anos a prevalência de HAS é superior a 60%, e pode ser justificada pelas alterações inerentes ao processo de envelhecimento que tornam vulneráveis os indivíduos longevos ao desenvolvimento desta patologia (BURT *et al.*, 1995; CESARINO *et al.*, 2008).

#### **3.3.2.2 Gênero, etnia e genética**

Entre os gêneros antes do 50 anos, a prevalência da HAS é discretamente mais baixa entre as mulheres elevando-se após a menopausa, sugerindo um efeito protetor do estrogênio antes desse período. Estima-se uma prevalência global de 37,8% em homens e de 32,1% em mulheres e próximo a esta estatística encontra-se o Brasil, com a prevalência de 35,8% nos homens e de 30% nas mulheres (PEREIRA *et al.*, 2009; VICTOR, 2009).

Há uma maior prevalência da HAS em indivíduos de raça negra, estimada em 25% dos casos, sendo duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estatísticas norte-americanas mostram que um a cada três afro-americanos possui a HAS contra um dentre cinco brancos ou mexicano-americanos. No Brasil, estudo realizado com avaliação do gênero e cor demonstrou predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Alguns países europeus como Finlândia, Alemanha e Espanha possuem

prevalência da HAS superior em sua população branca quando comparado com a afro-americana. É rara em africanos que vivem em seu continente de origem (LESSA, 2001; RIERA, 2000; VICTOR, 2009).

A HAS é multideterminada, envolvendo no seu desenvolvimento silencioso fatores genéticos (idade, raça, sexo, história familiar) e de risco (tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e excesso de sal). A contribuição dos fatores genéticos para a gênese da HAS é incontestável, no entanto, não existem variantes genéticas preditoras do risco individual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

### 3.3.2.3 Excesso de peso e obesidade

O aumento da prevalência da obesidade é um grande problema de saúde mundial na sociedade moderna, principalmente nos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Ao se comparar indivíduos de peso normal àqueles com sobrepeso, verifica-se maior risco de desenvolvimento de HA e de outras condições que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (CARNEIRO *et al.*, 2003; GARRISON; HIGGINS; KANNEL, 1996).

Em estudo desenvolvido por Carneiro *et al.* (2003), foi identificado o aumento da prevalência da HA entre os indivíduos com obesidade grau III, quando comparados àqueles com sobrepeso. A prevalência de hipertensão variou com a idade e com o grau de obesidade, sugerindo que não seja recomendável envelhecer com índice de massa corporal (IMC)  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>, levando em consideração que a prevalência de hipertensão neste grupo é alta, elevando o risco de eventos cardiovasculares.

Vários estudos evidenciam o impacto da obesidade sobre a prevalência da HAS. A associação do excesso de peso com maior prevalência de HAS deve-se à hiperinsulinemia causada pela resistência à insulina comum em indivíduos obesos, principalmente naqueles com distribuição centrípeta da gordura corporal. A hiperinsulinemia ativa o sistema nervoso simpático e reabsorção tubular de sódio, o que gera aumento da resistência vascular periférica e da pressão arterial (CARNEIRO *et al.*, 2003; SELBY; FRIEDMAN; QUESENBERRY JR., 1989).

Em americanos entre 20 e 75 anos com sobrepeso, a chance de desenvolver HAS é três vezes maior do que naqueles com peso normal, sendo a chance de risco seis vezes maior de HA nos indivíduos mais jovens, com sobrepeso (IMC  $\geq 25$  e  $\leq 29,9$  Kg/m<sup>2</sup>), de idade entre 20 a 45 anos, quando comparados a esses (CARNEIRO *et al.*, 2003).



Estudo brasileiro identificou maior prevalência da hipertensão entre os indivíduos com obesidade grau III ( $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ ) quando comparados àqueles com sobrepeso. Evidenciado também aumento do risco com a diminuição da idade entre os grupos em comparação, ou seja, risco 7,5 vezes maior de desenvolver hipertensão entre os jovens com obesidade grau III, quando comparados àqueles com sobrepeso, mostrando que a prevalência da HA varia com o grau de obesidade e com a idade (CARNEIRO *et al.*, 2003).

#### **3.3.2.4 Ingestão de sal**

O estudo epidemiológico INTERSALT que pesquisou a relação entre a pressão arterial e o consumo de sódio e potássio concluiu, após analisar várias populações, que há uma forte associação entre consumo de sal e elevação da pressão arterial e, também, uma relação diretamente proporcional ao aumento da PA e excreção urinária de sódio aumentada (OLMOS; BENSEÑOR, 2001; THE INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP, 1988). Em populações com dieta pobre em sódio, como os índios brasileiros Yanomami, foram encontrados casos de HA (FAJARDO, 2006; MANCILHA-CARVALHO; SILVA, 2003).

#### **3.3.2.5 Ingestão de álcool**

O INTERSALT encontrou forte associação entre grande ingestão de álcool (mais de 300 ml de álcool por semana) e a pressão arterial sistólica e diastólica. Recomenda-se às pessoas que consomem álcool a limitarem-se a 30 ml de etanol/dia, e que as mulheres, por serem mais sensíveis aos efeitos do álcool, que não devam ultrapassar 15 ml/dia (FAJARDO, 2006; MANCILHA-CARVALHO; SILVA, 2003).

#### **3.3.2.6 Sedentarismo**

Atividade física reduz a incidência de HAS e é um componente central da abordagem não farmacológica da HAS, pois em associação a uma dieta adequada pode reduzir o peso corporal que está fortemente associado à HAS, além de melhorar a saúde física global e mental. Exercícios realizados de forma moderada tem efeito protetor contra doença coronariana, além de gerar outros benefícios, como redução de cifras na HAS e elevação da

lipoproteína de alta densidade - o HDL-colesterol (FAJARDO, 2006; PAFFENBARGER JÚNIOR *et al.*, 1993; POWELL *et al.*, 1987).

### 3.3.2.7 Fatores econômicos

Estudos mostram que a escolaridade é um fator que influencia e determina a condição sócio-econômica do indivíduo, ou seja, quanto menor o grau de instrução menor a capacidade econômica do indivíduo e o cuidado com a saúde. Isso ocorre porque condições importantes para a sua promoção podem estar comprometidas, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento (SARAIVA *et al.*, 2007).

No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade, e estudo realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal identificou que 25,1% a 45,8% dos hipertensos têm apenas o Ensino Fundamental incompleto. Entre mulheres, a maior prevalência de HA (32,8%) foi encontrada naquelas com até oito anos de estudo (CESARINO *et al.*, 2008).

O baixo grau de instrução e a renda de um indivíduo geram maior probabilidade de não adesão ao tratamento, pois condições precárias como de pobreza e baixa qualificação profissional podem impossibilitar o indivíduo a seguir o plano de cuidado desenvolvido pela equipe de saúde, bem como seu acesso ao serviço (SARAIVA *et al.*, 2007).

A ocupação dos indivíduos e as características negativas do trabalho como falta de autonomia, supervisão severa, natureza repetitiva, instabilidade no emprego, exposição contínua ao barulho, vibração e temperaturas extremas também contribuem para elevar a pressão arterial (MAGNABOSCO, 2007).

### 3.3.3 Diagnóstico, classificação e tratamento

A medida da pressão arterial, apesar de constituir-se em um procedimento simples e de fácil realização, nem sempre é realizada de forma apropriada, podendo gerar erros e condutas equivocadas. Para sucesso na realização deste procedimento, indica-se preparar o paciente adequadamente, a utilização de técnica apropriada e equipamento devidamente calibrado (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2002; PETRIE *et al.*, 1986; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; VEIGA *et al.*, 2003).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), a medida da pressão arterial no consultório deve ocorrer na primeira avaliação, em ambos os braços e utilizar sempre como referência o braço com maior valor para as medidas subsequentes. Em cada consulta, devem ser realizadas pelo menos três medidas com intervalo de um minuto entre elas e para a média das duas últimas deve ser considerada a pressão arterial real. Recomenda-se posição sentada para medida da PA e medidas nas posições ortostáticas e supina na primeira avaliação para idosos, diabéticos, alcoolistas, portadores de disautonomias e em indivíduos em usos de medicações anti-hipertensiva (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2002).

Estudo realizado por Alvarce, Pierin e Mion Júnior (2000), mostrou que em um serviço público de São Paulo a aferição da PA ocorreu em apenas 39% das consultas. Além disso, reforça que a elevada prevalência da HAS e a detecção precoce da doença devem ser prioridade e sugere que em todas as visitas dos pacientes ao serviço de saúde seja aferida a PA dos pacientes, por se tratar de um procedimento de simples execução, de baixo custo e que quando realizado corretamente, consiste a forma mais eficaz de se detectar a doença.

O diagnóstico da HAS é realizado pela identificação de níveis elevados e sustentados da PA em aferições casuais, através de condições apropriadas, e, portanto todos os profissionais da saúde devem medi-la sempre que avaliarem seus pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

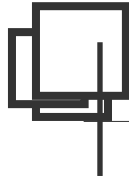
De acordo com a medida casual no consultório para maiores de 18 anos, a PA é classificada em ótima (pressão sistólica é menor que 120 mmHg e a pressão diastólica é menor que 80 mmHg), normal (pressão sistólica menor que 130 mmHg e pressão diastólica menor que 85 mmHg), limítrofe (pressão sistólica entre 130 e 139 mmHg e pressão diastólica entre 85 e 89 mmHg), hipertensão estágio I (pressão sistólica entre 140 e 159 mmHg e pressão diastólica entre 90 e 99 mmHg), hipertensão estágio II (pressão sistólica entre 160 e 179 mmHg e pressão diastólica entre 100 e 109 mmHg), hipertensão estágio III (pressão sistólica  $\geq$  180 mmHg e pressão diastólica  $\geq$  110 mmHg), hipertensão sistólica isolada (pressão sistólica  $\geq$  140 mmHg e pressão diastólica  $<$  90 mmHg). Se as pressões sistólica e diastólica encontrarem-se em categorias diferentes, considera-se a maior para a classificação da pressão arterial (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

### 3.3.4 Tratamento não medicamentoso e medicamentoso

O tratamento da HA consiste em abordagem farmacológica e desenvolvimento de comportamentos de saúde. Tratar a HA implica modificação de rotinas, comportamentos e estilo de vida.

O tratamento não farmacológico inclui abordagem do hipertenso por equipe multiprofissional (grau recomendação I e nível de evidência A), redução de peso, restrição de sal, dieta saudável rica em fibras com baixo teor de gorduras saturadas, rica em potássio e cálcio, chocolate amargo, que pode promover redução discreta da PA devido às elevadas concentrações de polifenóis que estão também presentes no café e em alguns chás, cessação do tabagismo, redução da ingestão do álcool, incorporação da atividade física, devendo ser realizada cinco vezes na semana por 30 minutos de forma moderada contínua ou acumulada, além do controle do estresse psicossocial (RIERA, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O tratamento farmacológico objetiva à diminuição da pressão arterial e redução dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Há redução da morbimortalidade com o uso de diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina e com agonistas dos canais de cálcio. Apesar do efeito individual de cada classe de droga descrita, associações são muito utilizadas. São importantes características do anti-hipertensivo: ser eficaz por via oral, por dose única ou quando administrado o menor número de vezes possível, ser utilizado por no mínimo quatro semanas para aumento de doses (salvo em situações especiais), apresentar segurança e boa tolerância, ser iniciado com as menores doses possíveis, pois quanto maior a dose, maior a chance de efeitos adversos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).



# *Metodologia*

---

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem quantitativa com delineamento transversal, descritivo e exploratório.

### **4.2 Local de estudo**

O local de estudo foi o município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, que ocupa uma área de aproximadamente 330 km<sup>2</sup> e tem uma população de 2.412.937 habitantes (IBGE, 2010).

A rede municipal de saúde de Belo Horizonte possui nove distritos sanitários, definidos de acordo com área geográfica populacional e administrativa. Individualmente, cada distrito compreende de 15 a 20 serviços de saúde, dentre os mesmos as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (atenção primária), Unidades de Referência Secundária (URS) (atenção secundária), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) (atenção secundária) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (atenção secundária). No total são 151 centros de saúde, oito UPA, quatro unidades de referência secundária, seis CERSAM e mais de 40 hospitais conveniados (BELO HORIZONTE, 2012).

### **4.3 População de estudo**

#### **4.3.1 Plano de amostragem do VIGITEL**

O plano de amostragem adotado pelo VIGITEL visa 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 fixa no ano. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade para que se possa estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Esperam-se erros máximos de cerca de três pontos percentuais para as estimativas específicas segundo sexo, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra (BRASIL, 2011b).

O procedimento de amostragem do VIGITEL é dividido em duas etapas, sendo que na primeira há um sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas por cidade. Este sorteio, sistemático e estratificado de acordo com região ou prefixo das linhas telefônicas, é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas que cobrem as cidades. O próximo passo consiste em re-sorteio das linhas sorteadas em cada cidade, e a divisão delas em 25 réplicas de 200 linhas, cada uma reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico. A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas) e, portanto, total de linhas a ser sorteado para se chegar a 2.000 entrevistas. No ano de 2008, a partir dos cadastros telefônicos das três empresas que servem as 27 cidades, foram sorteadas 106.000 linhas telefônicas (5.000 por cidade). No geral, foram utilizadas, em média, 20 réplicas por cidade, variando entre 17 réplicas em Belo Horizonte a 23 réplicas em Campo Grande (BRASIL, 2010).

A segunda etapa da amostragem do VIGITEL é executada em paralelo à realização das entrevistas, envolvendo, inicialmente, a identificação, dentre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. Não são elegíveis para o sistema as linhas que correspondam a empresas, que não mais existem ou que se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a 10 chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados. No ano de 2008, no conjunto das 27 cidades, o sistema VIGITEL fez ligações para 106.000 linhas telefônicas distribuídas em 530 réplicas, identificando 72.834 linhas elegíveis (BRASIL, 2010).

Para cada linha elegível, uma vez obtida a aquiescência dos seus usuários em participar do sistema, procede-se à enumeração dos indivíduos com 18 ou mais anos de idade que residem no domicílio e, a seguir, ao sorteio de um desses indivíduos para ser entrevistado. No ano de 2008, as ligações feitas para as 72.834 linhas elegíveis redundaram em 54.353 entrevistas completas, o que indica uma taxa média de sucesso do sistema de 74,6% (54.353 entrevistas realizadas para 72.834 linhas elegíveis), variando entre 70,1% no Rio de Janeiro e 84,7% em Palmas (BRASIL, 2010).

As situações que impossibilitaram o contato telefônico inicial com o usuário como, linhas permanentemente ocupadas, com sinal de fax ou conectadas à secretária eletrônica, ou a impossibilidade de encontrar o indivíduo sorteado no domicílio mesmo após várias tentativas de aprazamento e depois de pelo menos 10 ligações feitas em dias e horários

variados, são responsáveis por cerca de 80% da não realização de entrevistas para as linhas elegíveis. Situações de recusa em participar do sistema de monitoramento no contato inicial com o domicílio ou após o sorteio do indivíduo a ser entrevistado foram observadas em apenas 5,8% das linhas elegíveis, variando de 3,2% em Rio Branco a 11,4% em Florianópolis. O total de ligações telefônicas feitas pelo sistema VIGITEL em 2008 foi de 572.076, o que corresponde a pouco mais de sete ligações por entrevista completa. O tempo médio de duração das entrevistas realizadas pelo sistema em 2008 foi de 10,33 minutos, variando entre 10,16 minutos em Belo Horizonte e 13,04 minutos em Macapá (BRASIL, 2010).

#### **4.3.2 Amostra estudada**

Em 2008, na cidade de Belo Horizonte, foram realizadas entrevistas do sistema VIGITEL, pelo Ministério da Saúde, e através delas, obtidos dados sobre a frequência dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas. Foram utilizadas 17 réplicas e efetivadas 2.016 entrevistas.

A amostra do presente estudo é composta por indivíduos que se declararam hipertensos provenientes das réplicas 13 a 17, do VIGITEL, totalizando 152 linhas. Das 152 linhas selecionadas, não foi possível realizar a reentrevista com 38 indivíduos e excluídas 14 linhas por se tratarem de indivíduos que confirmaram apenas diagnóstico de diabetes, totalizando 100 reentrevistas efetivas (FIG. 2). Essa amostra foi reentrevistada, mediante utilização de questionário específico sobre hipertensão. Esta pesquisa constituiu-se da parceria entre a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e o Ministério da Saúde.



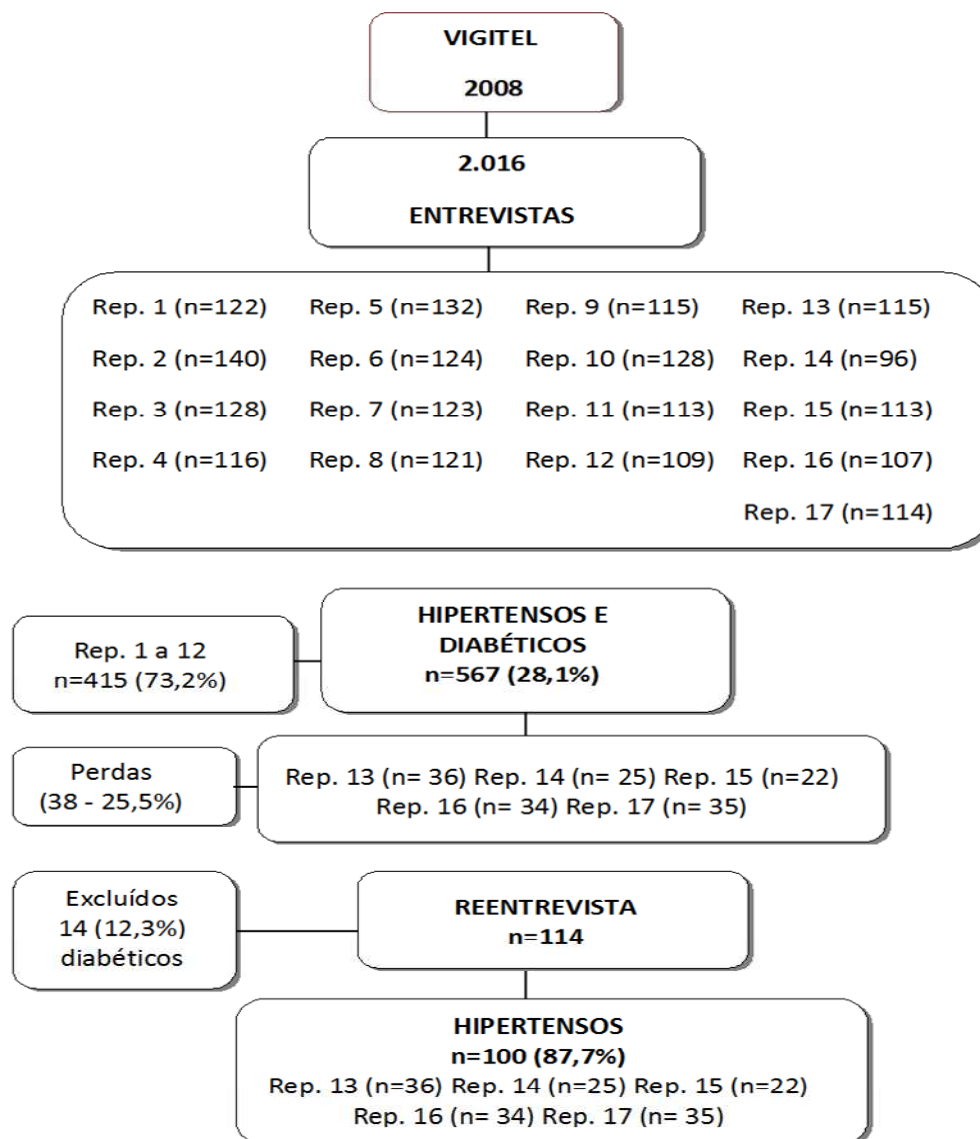


FIGURA 2 - Seleção da amostra de hipertensos

Fonte: Dados do estudo.

Nota: Rep. - Réplica; VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

#### 4.4 Coleta de dados

As entrevistas telefônicas realizadas pelo sistema VIGITEL no ano de 2008 foram feitas entre abril e dezembro de 2008 por uma empresa comercial de pesquisa de opinião sediada em Belo Horizonte. A equipe responsável pelas entrevistas, envolvendo 60 entrevistadores, quatro supervisores e um coordenador, recebeu treinamento prévio e foi supervisionada continuamente durante a operação do sistema por um pesquisador.

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado questionário do sistema VIGITEL, que foi construído de forma a permitir a realização de entrevistas telefônicas

mediante uso de computadores, ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas diretamente na tela de um monitor de vídeo e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. Tal questionário permite, ainda, o sorteio automático do membro do domicílio que será entrevistado, o salto automático de questões não aplicáveis em face de respostas anteriores, a crítica imediata de respostas não válidas e a cronometragem da duração da entrevista, além de propiciar a alimentação direta e contínua no banco de dados do sistema. No questionário padronizado foram abordados temas sobre fatores de risco e proteção de DCNT, como: alimentação, atividade física, tabaco, álcool, morbidade referida, dentre outros.

Em Belo Horizonte, a amostra reentrevistada (originada das réplicas 13 a 17) no período de nove de junho a sete de julho de 2009 foi submetida à aplicação de um questionário específico para hipertensão arterial sistêmica, que contemplou perguntas sobre diagnóstico médico de HA, características demográficas e socioeconômicas, relato de médico de referência, participação em grupos de hipertensos, visita regular ao serviço de saúde, orientações médicas ou de profissionais da saúde quanto: ao cuidado com a hipertensão; à mudança de hábito alimentar; à diminuição do sal; ao uso de bebidas alcoólicas; à cessação do tabagismo; à atividade física; ao uso de anti-hipertensivo; à aquisição de medicamentos; à adesão das orientações prestadas; à medida da PA e a possuir plano de saúde (APÊNDICE).

## **4.5 Aspectos éticos**

### **4.5.1 Aspectos éticos do Sistema VIGITEL**

O projeto VIGITEL foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde. Por se tratar de entrevista por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados.

### **4.5.2 Aspectos éticos do estudo**

O projeto de implantação do VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para Seres Humanos do Ministério da Saúde (ANEXO A). Este projeto foi desenvolvido tendo como referência a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O presente estudo teve anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) em Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, número 552/08 e está

integrado ao projeto “Estudo dos Fatores de Risco, Proteção e Linha do Cuidado para Doenças Crônicas em Usuários do SUS e de Planos de Saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais” (ANEXO B).

## **4.6 Variáveis do estudo**

### **4.6.1 Variáveis sócio-demográficas**

#### **a) Sexo**

O entrevistador verificou o sexo dos sujeitos com base nas seguintes categorias: masculino e feminino.

#### **b) Idade**

A idade obtida foi informada de forma direta pelo entrevistado, sendo aceito apenas indivíduos com, no mínimo, 18 anos. Essa variável foi categorizada da seguinte maneira: 18-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos, 45-54 anos, 55-64 anos, 65 e mais anos.

#### **c) Escolaridade**

O indivíduo informou o último ano e a série de estudo formal que completou, e o programa fez o cálculo dos anos de escolaridade da pessoa. Essa variável foi categorizada da seguinte maneira: 0-8 anos de estudo, 9-11 anos de estudo, 12 e mais anos.

#### **d) Cor da pele / etnia**

O entrevistado classificava a cor de sua pele como branca, negra, parda ou morena, amarela (apenas ascendência oriental), vermelha (ascendência indígena), não sabe e não quis informar. A partir destas informações, a cor da pele foi agrupada em duas categorias: branco e não branco. Ninguém informou não saber ou não quis informar.

### **e) IMC**

O IMC foi classificado segundo aos critérios da Organização Mundial de Saúde: eutrófico, se  $IMC < 25\text{Kg/m}^2$ ; pré obesidade, se IMC entre 25 e 29,9  $\text{Kg/m}^2$ ; e obesidade, para  $IMC \geq 30\text{Kg/m}^2$ . Em seguida, os dados foram agrupados em duas categorias: desnutrido ou eutrófico, se  $IMC < 25\text{Kg/m}^2$  e excesso de peso  $\geq 25\text{Kg/m}^2$ .

## **4.6.2 Variáveis das características do cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial no SUS e SS**

### **a) Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial**

O entrevistado informou há quanto tempo foi feito o diagnóstico de hipertensão em anos ou meses. Mediante esta informação, o pesquisador agrupou os dados nas categorias: < 1 ano; 1 a 2 anos; 2 a 3 anos; > 3 anos. Ninguém informou não saber ou não quis informar.

### **b) Visita ao médico ou serviço de saúde**

O indivíduo relatou a procura por atendimento médico ou serviços de saúde devido à hipertensão. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

### **c) Recomendação do uso de anti-hipertensivo**

O entrevistado informou se foi prescrito pelo médico anti-hipertensivo após diagnóstico da hipertensão. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

### **d) Última medida da PA**

Foi informado pelo indivíduo qual havia sido a última vez que aferiu a PA. Essa variável foi categorizada da seguinte forma: no último mês; entre 1 mês e 1 ano; há mais de 2 anos; nunca mensurou; não sabe ou não está seguro; se nega a responder.

### **e) PA normal**

Foi perguntado ao entrevistado qual o valor da PA na última aferição. Essa variável foi dicotomizada em sim e não. Foi considerado, de acordo com a VI Diretrizes de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), PA normal PAS < 139 mmHg e PAD < 89 mmHg e alterada PAS ≥ 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg.

## **4.6.3 Variáveis das ações de promoção da saúde ao portador de hipertensão arterial no SUS e SS**

### **a) Participação em grupo**

O entrevistado relatou se participou de grupo ou atividade educativa para controle da hipertensão no serviço de saúde. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

### **b) Profissional que realizou o grupo**

Informado pelo entrevistado quais profissionais realizaram o grupo ou atividade educativa no serviço de saúde. Essa variável foi dividida em três categorias quanto ao profissional que organizou o grupo: médico, enfermeiro e outros.

### **c) Orientações de como cuidar da hipertensão**

O indivíduo informou se tem recebido orientações do médico ou outro profissional de saúde sobre como cuidar da hipertensão. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

### **d) Orientações quanto aos hábitos alimentares**

O entrevistado relatou se recebeu do médico ou outro profissional de saúde recomendações para mudança de hábitos alimentares para diminuir ou controlar a PA. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

**e) Orientações sobre redução no consumo de sal**

Informado pelo indivíduo se recebeu do médico ou outro profissional de saúde recomendações para redução no consumo de sal para diminuir ou controlar a PA. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

**f) Orientações sobre consumo de bebidas alcoólicas**

O indivíduo relatou se recebeu orientações do médico ou outro profissional de saúde quanto ao consumo de bebidas alcoólicas com o objetivo de diminuir ou controlar a PA. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

**g) Orientações sobre o fumo**

O entrevistado informou se recebeu do médico ou outro profissional de saúde recomendações para diminuir ou cessar o fumo para controlar a PA. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

**h) Realizado pelo hipertenso redução no consumo de sal**

O indivíduo informou se aderiu à orientação do profissional de saúde quanto à diminuição do consumo de sal para reduzir ou controlar a PA. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

**i) Realizado pelo hipertenso dieta para manter ou perder peso**

Relatado pelo entrevistado se aderiu à orientação do profissional de saúde quanto à modificação dos hábitos alimentares para manter ou perder peso para controle ou redução PA. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

#### **j) Realizado pelo hipertenso prática de atividade física regular**

O entrevistado informou se aderiu à orientação do profissional de saúde quanto à prática de atividade física regular para controle ou redução PA. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

#### **k) Realizado pelo hipertenso uso regular de medicação prescrita**

Informado pelo entrevistado se faz uso regular da medicação anti-hipertensiva prescrita pelo médico. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

#### **l) Realizado pelo hipertenso uso irregular de medicação**

Perguntado ao entrevistado se o mesmo faz uso da medicação anti-hipertensiva somente em situações em que há a constatação de descontrole da PA. Essa variável foi dicotomizada em sim e não.

### **4.7 Análise estatística**

#### **4.7.1 Análise estatística do VIGITEL**

A amostra de adultos entrevistados pelo sistema VIGITEL é extraída do cadastro das linhas telefônicas residenciais existentes em cada cidade. Nesta medida, rigorosamente, só permite inferências para a população adulta que resida em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa. A cobertura dessa rede, embora tenha crescido nos últimos anos, não é, evidentemente, universal, podendo ser particularmente baixa em cidades economicamente menos desenvolvidas e nos estratos de menor nível socioeconômico (BRASIL, 2011b).

Não é empregado, pelo sistema VIGITEL, nenhum método direto de compensação para a fração de domicílios que não sejam servidos por telefone em cada cidade ou em cada estrato populacional. Entretanto, são atribuídos pesos pós-estratificação aos indivíduos entrevistados pelo sistema, para corrigir, ao menos parcialmente, vieses determinados pela não cobertura universal da rede telefônica (BRASIL, 2011b).

Quando dados individuais de um inquérito populacional são utilizados sem pesos, todos os indivíduos estudados contribuem da mesma forma para as estimativas geradas pelo inquérito.

Este procedimento se aplica quando cada indivíduo estudado tenha tido a mesma probabilidade de ser selecionado para o estudo e quando as taxas de não cobertura do cadastro populacional empregado e as taxas de não participação no inquérito sejam iguais em todos os estratos da população. Quando essas situações não são observadas, como no caso do sistema VIGITEL, a atribuição de pesos para os indivíduos estudados é recomendada. O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado pelo VIGITEL é o resultado da multiplicação de três fatores. O primeiro desses fatores é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado, o que corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra. O segundo fator é o número de adultos no domicílio do entrevistado, o que corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra. O terceiro fator de ponderação, empregado pelo sistema, denominado peso pós-estratificação, objetiva igualar a composição sócio-demográfica da amostra de adultos estudada pelo VIGITEL em cada cidade à composição sócio-demográfica da população adulta total da cidade (BRASIL, 2011b).

#### **4.7.2 Análise estatística do estudo**

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 17.0 e o Statistical Software for Professionals (STATA) versão 9.0. A descrição das características dos indivíduos entrevistados foi realizada através dos parâmetros: média, mediana, desvio padrão e frequência absoluta e relativa.

O teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando o primeiro não atendeu aos critérios de número esperado de casos menor que cinco, foi usado para comparar diferenças nas frequências das variáveis, sendo o nível de significância utilizado de 5%, ou seja, as diferenças foram consideradas significativas quando  $p < 0,05$ .

A amostra foi composta por indivíduos que se declararam hipertensos provenientes das réplicas 13 a 17, cujas entrevistas foram realizadas no período de nove de junho a sete de julho de 2009, quando foi aplicado um questionário específico sobre o cuidado em hipertensão. Esta pesquisa constituiu-se em parceria entre a Escola de Enfermagem / Universidade Federal de Minas Gerais e o Ministério da Saúde.



#### **4.7.2.1 Análise de aderência**

Inicialmente, foi verificado se a amostra estudada (réplicas 13 a 17) era representativa da população total que compreende os indivíduos que foram submetidos ao inquérito telefônico no ano de 2008 no município de Belo Horizonte. Desta forma, foi realizado o teste análise de aderência com o objetivo de verificar se duas amostras são provenientes de uma mesma população segundo as variáveis: sexo, idade, IMC e anos de estudo. O grupo 1 foi composto por adultos hipertensos observados nas réplicas 1 a 12 e o grupo 2, por adultos hipertensos observados nas réplicas 13 a 17 que participaram da segunda entrevista.

Nessa análise foi utilizado o teste de aderência, adequado para variável qualitativa, e o teste Kolmogorov-Smirnov (KS) para duas amostras independentes. Esse teste é adequado para variáveis discretas e contínuas.

#### **4.7.2.2 Análise descritiva**

Foram entrevistados 114 adultos no período de 09/06 a 07/07/2009. Destes, 17 (15,0%) declararam ser diabéticos e hipertensos, 14 (12,0%) declararam ser diabéticos e foram excluídos do estudo e 82 (72,0%) declararam ser hipertensos e 1 (1,0%) indivíduo declarou ser hipertenso e não sabe ou não respondeu ser diabético.

##### **a) Caracterização da amostra estudada segundo as variáveis sócio-demográficas e IMC**

A caracterização da amostra estudada foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas dos usuários hipertensos dos serviços de saúde exclusivamente do SUS ou beneficiário da SS. As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, quando o primeiro não atendeu aos critérios de número esperado de casos menor que cinco.

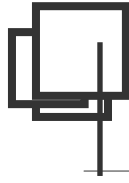
##### **b) Caracterização da amostra estudada segundo o cuidado orientado aos hipertensos**

A caracterização do cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial foi realizada com a apresentação de frequências absolutas e relativas do conjunto de variáveis que

compõem esse grupo, segundo a classificação de usuário hipertensos dos serviços de saúde exclusivamente do SUS ou beneficiário da SS. As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

### **c) Caracterização da amostra estudada segundo as ações de promoção da saúde**

A caracterização do cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial foi realizada com a apresentação de frequências absolutas e relativas do conjunto de variáveis que compõem esse grupo, segundo a classificação de usuário hipertenso dos serviços de saúde exclusivamente do SUS ou beneficiário da SS. As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se os testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.



## *Resultados*

---

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Validação da amostra estudada

Para o estudo atual, foi realizada verificação da reprodutibilidade e a validade dos registros obtidos por entrevistas telefônicas do sistema VIGITEL, em uma subamostra de adultos do município de Belo Horizonte (TAB. 1).

**TABELA 1**  
Tamanho de amostra de adultos hipertensos em cada réplica

Réplicas	Grupo 1		Grupo 2				Total	
			Segunda entrevista					
	n	%	Não		Sim		n	%
1	28	100,0	-	-	-	-	28	100,0
2	46	100,0	-	-	-	-	46	100,0
3	34	100,0	-	-	-	-	34	100,0
4	29	100,0	-	-	-	-	29	100,0
5	34	100,0	-	-	-	-	34	100,0
6	33	100,0	-	-	-	-	33	100,0
7	31	100,0	-	-	-	-	31	100,0
8	45	100,0	-	-	-	-	45	100,0
9	42	100,0	-	-	-	-	42	100,0
10	34	100,0	-	-	-	-	34	100,0
11	24	100,0	-	-	-	-	24	100,0
12	35	100,0	-	-	-	-	35	100,0
<b>Subtotal</b>	<b>415</b>	<b>100,0</b>					<b>415</b>	<b>100,0</b>
13	-	-	13	36,1	23	63,9	36	100,0
14	-	-	10	40,0	15	60,0	25	100,0
15	-	-	5	22,7	17	77,3	22	100,0
16	-	-	8	23,5	26	76,5	34	100,0
17	-	-	13	37,1	22	62,9	35	100,0
<b>Subtotal</b>			<b>49</b>	<b>32,2</b>	<b>103</b>	<b>67,8</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados do estudo.

Nota: - dado rigorosamente zero.

Nessa análise foi utilizado o teste de aderência, adequado para variável qualitativa, e o teste Kolmogorov-Smirnov para duas amostras independentes. Esse teste é adequado para variáveis discretas e contínuas.

O teste de aderência comparou o número de casos ocorridos de Mulheres e Homens hipertensos no grupo 1, com o número esperado de casos, quando a hipótese  $H_0$  é verdadeira. A hipótese  $H_0$  é que as proporções sejam iguais e a  $H_1$  é que sejam diferentes (BUSSAB; MORETTIN, 2005).

**Teste de hipótese:**

$$H_0: P_{HH} = 35$$

$$H_0: P_{MD} = 65$$

sendo: HH = homens hipertensos e MH = mulheres hipertensas e os valores 35 e 65 as porcentagens obtidas no grupo 1.

Os resultados na TAB. 2 e os níveis descritivos (p-valor) acima de 0,05 indicam que os adultos hipertensos dos grupos 1 e 2 são provenientes da mesma população.

**TABELA 2**  
Resultados dos testes não paramétricos de adultos hipertensos

Variáveis	Teste estatístico não paramétrico	p-valor
Idade	KS	0,093
Anos de estudo	KS	0,497
IMC	KS	0,314
Sexo	Qui-quadrado	0,456

Fonte: Dados do estudo.

Nota: IMC - Índice de Massa Corporal; KS - Teste Kolmogorov-Smirnov.

Os GRAF. 1 a 3 apresentam as distribuições acumuladas por amostra e o GRAF. 4 a distribuição da variável sexo para cada amostra.

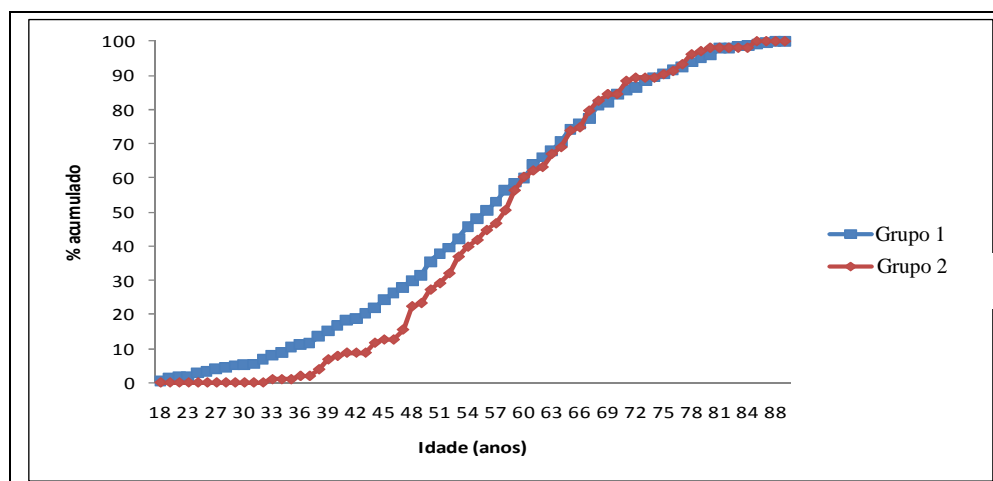


Gráfico 1 - Distribuição acumulada da variável Idade dos hipertensos segundo grupo

Fonte: Dados do estudo.

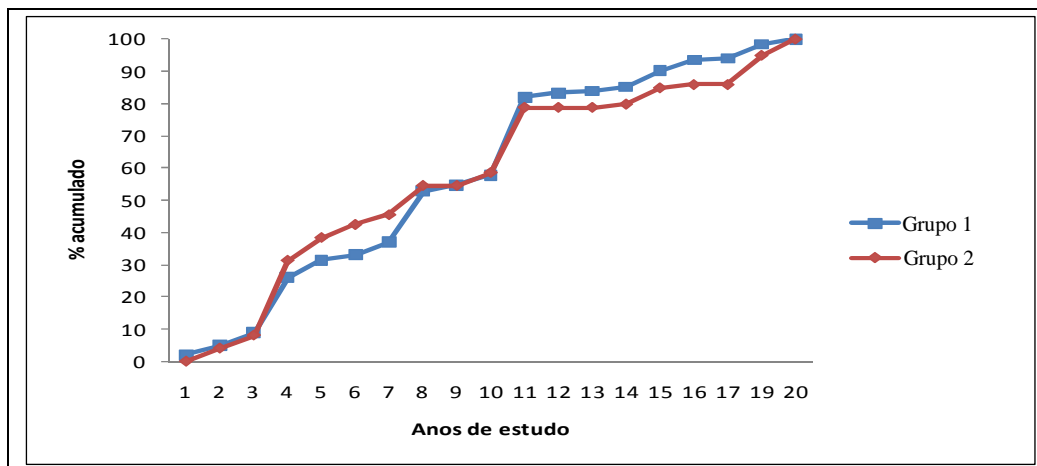


Gráfico 2 - Distribuição acumulada da variável anos de estudo dos hipertensos segundo grupo  
Fonte: Dados do estudo.

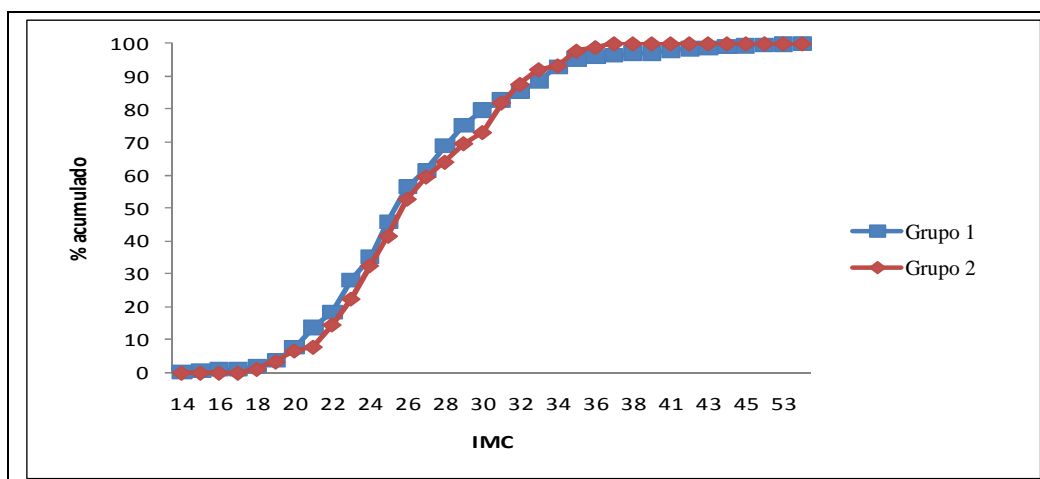


Gráfico 3 - Distribuição acumulada da variável IMC do grupo de hipertensos segundo grupo  
Fonte: Dados do estudo.  
Nota: IMC - Índice de Massa Corporal.

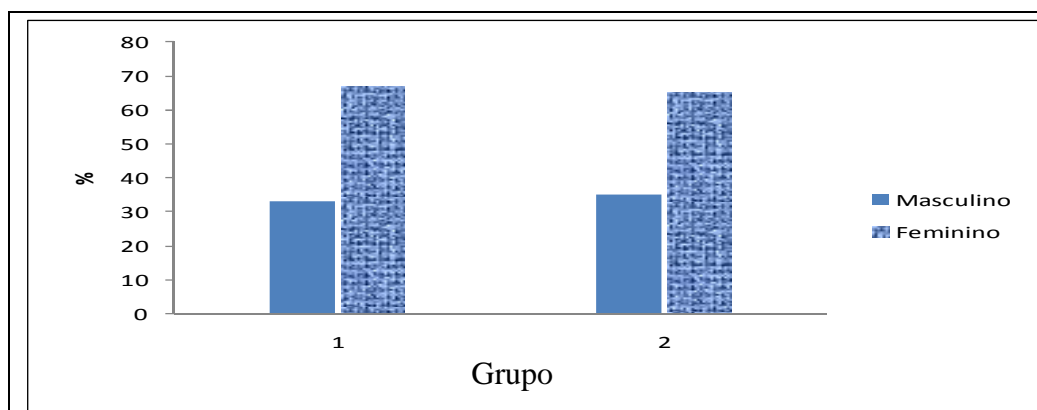


Gráfico 4 - Distribuição dos hipertensos em cada amostra segundo sexo  
Fonte: Dados do estudo.

## 5.2 Características da população estudada

Participaram deste estudo 100 indivíduos com no mínimo 18 anos de idade. Na TAB. 3 são apresentadas as características demográficas, socioeconômicas e de IMC da população estudada, bem como a comparação das mesmas, entre os usuários de SUS e beneficiários da SS.

Na TAB. 3 são realizadas comparações entre as características demográficas e socioeconômicas e do IMC dos usuários exclusivos do SUS e beneficiários da SS.

**TABELA 3**

Comparação das características sócio-demográficas e IMC da população estudada, segundo modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde).  
Belo Horizonte, 2008-2009

Variáveis	Total		Saúde Suplementar		Sistema Único de Saúde		p-valor
	n	%	n	%	n	%	p
<b>Sexo</b>							
Masculino	35	35,0	23	39,7	12	28,6	0,251*
Feminino	65	65,0	35	60,3	30	71,4	
<b>Cor</b>							
Branco	40	40,0	30	51,7	10	23,8	0,005*
Não-branco	60	60,0	28	8,3	32	76,2	
<b>Escolaridade</b>							
0 a 8 anos	52	54,2	20	35,1	32	82,2	0,000*
9 a 11 anos	24	25,0	19	33,3	5	12,8	
acima de 11 anos	20	20,8	18	31,6	2	5,1	
<b>Idade</b>							
18 a 24 anos	-	-	-	-	-	-	0,024**
25 e 34 anos	1	1,0	-	-	1	2,4	
35 e 44 anos	10	10,0	6	10,4	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	
<b>IMC</b>							
Desnutrido ou eutrófico	26	30,2	18	34,0	8	24,2	0,34*
Excesso de peso	60	69,8	35	66,6	25	75,8	

Fonte: Dados do estudo.

Nota: - dado rigorosamente zero; IMC - Índice de Massa Corporal; \*Teste de qui-quadrado de Pearson ou \*\*Exato de Fisher para comparação Sistema Único de Saúde *versus* Saúde Suplementar.

De forma geral observa-se na TAB. 3 uma predominância de indivíduos do sexo feminino (65,0%), com idade maior ou igual que 55 anos (60,0%), entre zero e oito anos de estudo 54,2% com cor da pele não branca (60,0%) e IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (69,8%).

Do total da amostra (100 indivíduos hipertensos entrevistados), 58,0% eram usuários beneficiários da SS e 42 exclusivos do SUS (42,0%). Verificam-se diferenças significativas entre esses dois grupos de pessoas acerca da escolaridade (p=0,000), da raça/cor de pele e da

faixa etária ( $p=0,024$ ). Nos usuários exclusivos do SUS tem-se uma grande parte de indivíduos com menor tempo de estudo, entre zero e oito anos (82,2%), uma maior porcentagem de pessoa da cor não branca (76,2%), e maior proporção de pessoas com idade maior ou igual que 55 anos (52,4%). Entre os beneficiários da SS observa-se maior tempo de estudo, nove ou mais anos (64,9%), predomínio de pessoas da cor branca (51,7%) e grande proporção com idade maior ou igual que 55 anos (65,5%).



### 5.3 Características da assistência prestada à população estudada segundo a modalidade de financiamento

Na TAB. 4 são apresentadas características da assistência prestada à população hipertensa segundo modalidade de financiamento.

**TABELA 4**  
Comparação da assistência prestada à população de hipertensos segundo a modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde).  
Belo Horizonte, 2008-2009

Variáveis	Total		Saúde Suplementar		Sistema Único de Saúde		p-valor p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tempo de diagnóstico da hipertensão</b>							
Até 1 anos	5	5,3	2	3,6	3	7,7	0,494**
1 a 2 anos	9	9,5	4	7,1	5	12,8	
2 a 3 anos	1	1,0	1	1,8	-	-	
> 3 anos	80	84,2	49	87,5	31	79,5	
<b>Referência médica</b>							
Sim	75	75,0	49	84,5	26	61,9	<b>0,010*</b>
Não	25	25,0	9	15,5	16	38,1	
<b>Visita a serviço de saúde</b>							
Sim	74	74,7	45	77,6	29	70,7	0,439*
Não	25	25,3	13	22,4	12	29,3	
<b>Tempo da última consulta médica</b>							
menos que 6 meses	69	94,6	41	93,2	28	96,6	0,77**
entre 6 meses e 1 ano	2	2,7	1	2,3	1	3,4	
mais de 1 ano	2	2,7	2	4,5	0	0,0	
<b>Orientações médicas do cuidado com a HA</b>							
Sim	80	80,8	48	84,2	32	76,2	0,32*
Não	19	19,2	9	15,8	10	23,8	
<b>Recomendação de anti-hipertensivo</b>							
Sim	99	99,0	58	100,0	41	97,6	0,42**
Não	1	1,0	-	-	1	2,4	
<b>Última medida da PA</b>							
Último mês	70	70,7	38	65,5	32	78,0	0,188**
1 mês e 1 ano	26	26,3	19	32,8	7	17,1	
1 ano a 2 anos	3	3,0	1	1,7	2	4,9	
<b>PAS normal/controlada</b>							
Sim	52	65,8	36	76,6	16	50,0	<b>0,014*</b>
Não	27	34,2	11	23,4	16	50,0	
<b>PAD normal/controlada</b>							
Sim	47	60,3	33	70,2	14	45,2	0,027*
Não	31	39,7	14	29,8	17	54,8	

Fonte: Dados do estudo.

Nota: HA - Hipertensão Arterial; PA - Pressão Arterial; PAS - Pressão Arterial Sistólica; PAD - Pressão Arterial Diastólica; \*Teste de qui-quadrado de Pearson ou \*\*Exato de Fisher para comparação Sistema Único de Saúde *versus* Saúde Suplementar.

Entre os entrevistados, 84,2% possuía diagnóstico de hipertensão arterial há mais de três anos, 75,0% relatou referência médica, 74,7% foi a algum serviço de saúde devido à hipertensão, sendo que a maioria, 94,6% consultou há menos de seis meses. Na consulta médica, 80,8% dos entrevistados confirmaram ter recebido algum tipo de orientação sobre os cuidados com a hipertensão e para 99,0% foi prescrito algum fármaco anti-hipertensivo. A PA foi medida em 70,7% dos indivíduos no último mês e apresentado controle da PAS em 65,8% e da PAD em 60,3%.

Quando realizadas comparações da assistência prestada para usuários exclusivos do SUS e beneficiários da SS, observou-se que os beneficiários da SS relataram possuir mais médico de referência (84,5%) quando comparados aos usuários do SUS (61,9%) ( $p=0,010$ ). Percebe-se maior êxito no controle da PAS (76,6%) entre os beneficiários da SS em relação aos usuários exclusivos do SUS PAS (50,0%) ( $p=0,014$ ), bem como no controle da PAD, que na SS apresenta taxa de controle de 70,2% e no SUS de 45,2% ( $p=0,027$ ).

#### 5.4 Características das ações de promoção da saúde oferecidas à população estudada segundo modalidade de financiamento

Na TAB. 5 são apresentadas características das ações de promoção da saúde oferecidas à população estudada segundo a modalidade de financiamento.

**TABELA 5**

Comparação das ações de promoção da saúde oferecidas aos hipertensos, segundo modalidade de financiamento (Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde). Belo Horizonte, 2008-2009

Variáveis	Total		Saúde Suplementar		Sistema Único de Saúde		p-valor
	n	%	n	%	n	%	p
<b>Grupo/atividade educativa</b>							
Sim	25	25,0	10	17,2	15	35,7	<b>0,035*</b>
Não	75	75,0	48	82,8	27	64,3	
<b>Orientação quanto consumo de sal</b>							
Sim	93	93,0	55	94,8	38	90,5	0,400**
Não	7	7,0	3	5,2	4	9,5	
<b>Orientação quanto ao consumo de bebidas alcoólicas</b>							
Sim	58	58,0	33	56,9	25	59,5	0,211**
Não	7	7,0	2	3,4	5	11,9	
Não bebe	35	35,0	23	39,7	12	28,6	
<b>Orientação sobre o fumo</b>							
Sim	7	7,3	4	6,9	3	7,2	0,463**
Não	81	85,4	50	86,2	31	73,8	
Não fuma	7	7,3	4	6,9	8	19,0	
<b>Orientação sobre atividade física</b>							
Sim	94	94,0	55	94,8	39	92,9	0,694**
Não	6	6,0	3	5,2	3	7,1	
<b>Orientação hábitos alimentares</b>							
Sim	81	83,5	45	81,8	36	85,7	0,784*
Não	16	16,5	10	18,2	6	14,3	

Fonte: Dados do estudo.

Nota: \*Teste de qui-quadrado de Pearson ou \*\*Exato de Fisher para comparação Saúde Suplementar *versus* Sistema Único de Saúde.

Há baixíssima participação dos indivíduos em grupos ou atividades educativas (25,0%). Os hipertensos responderam que as orientações de como cuidar da saúde foram repassadas por profissionais de saúde em 80,8% dos casos; 83,5% dos profissionais orientaram mudar os hábitos alimentares, 93,0% orientaram reduzir o sal, 58,0% recomendaram não beber; a atividade física foi orientada por 94,0% dos casos; 99,0% dos pacientes relataram que o médico orientou uso de medicamentos e orientações sobre parar de

fumar em 7,0%, sendo que 12,0% relatam não serem fumantes e 81,0% não terem recebido esta orientação. Os medicamentos anti-hipertensivos foram adquiridos nos Centros de Saúde em 38,0% dos casos, na Farmácia popular em 13,0% e na farmácia privada em 49,0%.

Ao comparar as ações de promoção da saúde oferecidas aos hipertensos usuários do SUS e SS, observou-se que não houve diferenças quanto às seguintes orientações: redução no consumo de sal, bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo, modificação de hábito alimentar, prática de atividade física, uso correto do anti-hipertensivo. Houve diferenças quanto à participação em grupo educativo, que são mais frequentados pelos usuários do SUS (35,7%) quando comparados aos beneficiários da SS (17,2%). Quanto ao local de aquisição da medicação anti-hipertensiva, os usuários do SUS buscam a medicação com maior frequência nos centros de saúde (66,7%), enquanto os beneficiários da SS o fizeram nas farmácias privadas (67,2%) ( $p=0,000$ ).

### 5.5 Características das ações de promoção da saúde praticadas pela população estudada após orientação profissional segundo a modalidade de financiamento

Na TAB. 6 são apresentadas características das ações de promoção da saúde praticadas pela população estudada, após orientação profissional, segundo modalidade de financiamento.

**TABELA 6**

Comparação de mudanças de práticas (sal, dieta, atividade física, medicamentos) e aquisição de medicamentos, em hipertensos, segundo modalidade de Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte, 2008-2009

Variáveis	Total		Saúde Suplementar		Sistema Único de Saúde		p-valor
	n	%	n	%	n	%	p
<b>Redução do consumo de sal</b>							
Sim	92	92,0	54	93,1	38	90,5	0,633**
Não	8	8,0	4	6,9	4	9,5	
<b>Dieta para perder/manter peso</b>							
Sim	36	36,0	19	32,8	17	40,5	0,427*
Não	64	64,0	39	67,2	25	59,5	
<b>Prática atividade física regular</b>							
Sim	51	51,0	31	53,4	20	47,6	0,565*
Não	49	49,0	27	46,6	22	52,4	
<b>Uso regular da medicação</b>							
Sim	95	95,0	56	96,6	39	92,9	0,647**
Não	5	5,0	2	3,4	3	7,1	
<b>Uso da medicação quando PA elevada</b>							
Sim	6	6,0	2	3,4	4	9,5	0,235**
Não	94	94,0	56	96,6	38	90,5	

Fonte: Dados do estudo.

Nota: PA - Pressão Arterial; \*Teste de qui-quadrado de Pearson para comparação Sistema Único de Saúde *versus* Saúde Suplementar.

Dentre os hábitos/orientações que foram incorporados pelos hipertensos destacam-se: relato de terem reduzido sal em 92,0%; a adoção de dieta em 36,0%; a incorporação de atividade física regular em 51,0%; o uso de medicação anti-hipertensiva em 95,0%. Ao comparar as mesmas variáveis entre os usuários exclusivos do SUS e beneficiários da SS, observa-se que não houve diferenças quanto à realização, pelos entrevistados, das atividades de promoção da saúde orientada por profissionais de saúde.



## *Discussão*

---

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram diferenças relevantes entre os portadores de hipertensão arterial sistêmica atendidos pelo SUS e pela SS, no que concerne as características sócio-demográficas, assistenciais e de promoção da saúde. Quanto às características sócio-demográficas, os usuários exclusivos do SUS apresentaram menor escolaridade, eram mais jovens e tinham a cor de pele não branca. Em contrapartida, os beneficiários da SS tinham maior escolaridade, eram mais velhos e tinham a cor de pele branca. Além disso, houve igualdade quanto ao gênero e IMC dentre os usuários exclusivos do SUS e SS. Quanto à assistência prestada à população estudada, constatou-se que houve diferenças importantes na SS, relacionadas à maior evidência de referência médica e maior controle da PAS e PAD entre os seus beneficiários e igualdade quanto ao tempo de diagnóstico da hipertensão, às orientações médicas em relação ao cuidado com a hipertensão, à periodicidade de visita ao serviço de saúde e à última consulta médica, recomendação do uso de anti-hipertensivo e última medida da PA. No que diz respeito às ações de promoção da saúde ofertadas à população estudada, houve diferenças quanto à participação dos indivíduos em grupos operativos que foram mais frequentados pelos usuários do SUS e na aquisição de medicamentos anti-hipertensivos, que pelos beneficiários da SS foram adquiridos em sua maioria nas farmácias privadas e em centros de saúde pelos usuários do SUS. Além disso, verificou-se similaridade quanto às orientações sobre consumo de sal, de álcool, cessação do tabagismo, atividade física, medicação anti-hipertensiva e modificação de hábitos alimentares. Para todas as atividades de promoção da saúde praticadas pelos entrevistados após orientação do profissional de saúde, como consumo de sal, modificação de hábitos alimentares, prática de atividade física e uso regular da medicação, não houve diferença nos sujeitos SUS dependentes e beneficiários da SS.

### **6.1 Características sócio-demográficas e IMC da assistência prestada e das ações de promoção da saúde oferecidas e praticadas pela população estudada**

O estudo atual encontrou diferenças no acesso aos planos de saúde, sendo que os beneficiários da SS apresentaram maior escolaridade, eram mais idosos e de cor de pele branca. Quanto à assistência prestada, usuários da SS tiveram maior frequência de médico de referência (cuidador), maior frequência de pressão arterial sistólica e diastólica controladas. Os grupos operativos de promoção da saúde e prevenção de hipertensão foram mais

frequentados pelos usuários do SUS. 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. Não houve diferença quanto às orientações recebidas de mudanças de hábitos e nem em relação à incorporação destas práticas saudáveis de promoção pelos hipertensos.

O estudo apontou maior frequência dos indivíduos com plano médico de saúde em Belo Horizonte (49,6%) em relação à média nacional de 25,9%, o que é confirmado pelo Cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010) e pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (IBGE, 2010). Geograficamente, as operadoras estão concentradas na região sudeste do país em função do maior poder aquisitivo da população e pela existência de indústrias e empresas contratantes de planos coletivos, que constituem a maior participação no mercado (IBGE, 2000).

Dentre as iniquidades no acesso aos planos de saúde os beneficiários da SS apresentaram maior escolaridade, o que foi identificado também na PNAD, que mostrou associação entre ter plano de saúde e elevada escolaridade e renda (IBGE, 2009). 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 e que avaliam seu estado de saúde como muito bom e bom e têm mais acesso a serviços de saúde (IBGE, 2000; MALTA *et al.*, 2004; RIBEIRO *et al.*, 2006).

Estudos apontam que raça/cor negra tem maior prevalência de HA, conforme achado no atual estudo que mostrou 60% de hipertensos não brancos (FERREIRA *et al.*, 2009; LESSA, 2001). O estudo atual também apontou que a população de hipertensos em Belo Horizonte detentora de planos de saúde apresenta maior frequência de brancos, enquanto os hipertensos usuários do SUS são predominantes não brancos. Também a PNAD identificou que a cor da pele está associada à posse de planos de saúde (IBGE, 2009). Segundo estudo de Ribeiro *et al.* (2006), indivíduos dependentes do SUS, em sua maioria, possuem pele não branca e entre os que possuem plano de saúde há o predomínio daqueles que são brancos.

Segundo Victor (2009), a prevalência de HAS é mais baixa entre mulheres antes dos 50 anos, sugerindo um efeito protetor do estrogênio, sendo que após a menopausa a prevalência cresce rapidamente e ultrapassa a encontrada em homens. O estudo atual mostra frequências maiores de HAS entre as mulheres (65,0%), o que pode ser atribuído ao fato de se tratar de relato autorreferido, o que é compatível com a maior procura pelas mulheres pelos serviços de saúde e conseqüentemente maior possibilidade de diagnóstico médico a este sexo



(FERREIRA *et al.*, 2009; LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004). Quando estratificado segundo posse de plano de saúde, o estudo não mostrou diferenças entre hipertensos tendo como referência o sexo.

A hipertensão arterial tende a se concentrar em idosos e o estudo corrobora com dados da literatura afirmando o aumento da frequência da HAS relacionada com a idade. Indivíduos acima de 55 anos acumularam 60% da frequência de HA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; VICTOR, 2009).

Predominam hipertensos com mais idade e quando são estratificados segundo posse de plano, os hipertensos com planos foram 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, o que se justifica pela predominância de planos coletivos (80%), pagos pelos empregadores (IBGE, 2009). A predominância de idosos em operadoras de planos em Belo Horizonte, em relação ao país, já havia sido identificada em Belo Horizonte em estudo comparativo entre sete operadoras de planos de saúde (autogestão, seguradoras, medicina de grupo e cooperativas) (MALTA *et al.*, 2004). Os autores atribuíram o achado ao fato da operadora local com predomínio no mercado de Belo Horizonte comercializar planos individuais, que tem sido financiados pelas próprias famílias, que provém o custeio dos idosos nos planos, em função do risco maior de utilização nesta faixa etária, caracterizando-se pela seleção adversa, ou maior procura de planos de saúde pelas pessoas que tem maior tendência a problemas de saúde (MALTA *et al.*, 2004).

Mais de dois terços dos hipertensos apresentaram excesso de peso, índice de massa corporal  $\geq 25$ , o que é compatível com a literatura nacional (CARNEIRO *et al.*, 2003; FERREIRA *et al.*, 2009). Estima-se que entre 20% e 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso (BRASIL, 2006).

O tempo de diagnóstico de hipertensão foi superior a três anos. Segundo Passos, Assis e Barreto (2006), 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, mostrando maior participação nos grupos de promoção à saúde em indivíduos que não possuem plano, o que pode refletir a pequena prioridade dada pelos planos a esta prática. Destaca-se, entretanto, que ambos, público e privado, não valorizam as atividades educativas de grupo (MALTA; JORGE, 2005b). A baixa oferta dos

grupos operativos aos indivíduos hipertensos é preocupante, visto que tal técnica é importante no controle da HA e conseqüente prevenção de agravos relacionados a ela. Os grupos podem possibilitar aos indivíduos a coprodução do processo educativo, no qual serão ao mesmo tempo objetos 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 (DIAS; SIVEIRA; WITT, 2009; TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Ribeiro e Costa Neto (2011) constataram que o comparecimento regular dos hipertensos às consultas apresentou correlação positiva com a adesão ao tratamento. Para Alves (2005), 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.

A mudança no estilo de vida é um recurso importante na redução na pressão arterial, como alimentação adequada, diminuição da ingestão de sódio, atividade física (OLMOS; BENSEÑOR, 2001). Reduções clinicamente significativas na pressão arterial em indivíduos sedentários e hipertensos podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto na atividade física (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004). Em geral, as orientações foram dadas pelos profissionais de saúde; como dieta, redução do sal, orientação para atividade física, entretanto, nem sempre adotadas, especialmente a prática de atividade física.

O tabaco é outro importante fator associado à HA. A PA aumenta transitoriamente 10 a 15 mmHg após cada cigarro, além do tabaco constituir fator de risco importante para acidente vascular encefálico e doença coronariana (VICTOR, 2009). A recomendação de não fumar e de não beber foi adequadamente informada aos hipertensos pelos seus médicos. O uso de medicamentos também foi objeto de orientação pelos profissionais.

Os medicamentos foram adquiridos nos Centros de Saúde em 38,0% dos casos, e metade da aquisição ocorreu nas farmácias privadas. Há 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 as farmácias privadas. Estudo realizado por Ribeiro e Costa Neto (2011) 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 tratamento. Palota (2010) evidenciou que a maioria dos indivíduos do seu estudo (91,1%) referiu 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 saúde. A disponibilização de medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes, também nas farmácias privadas, no programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, do Ministério da Saúde, tende a ampliar ainda mais o acesso aos medicamentos (MALTA *et al.*, 2011).

A maioria dos hipertensos encontrava-se com níveis pressóricos normais, abaixo de 140 mmHg por 90mmHg. Torna-se importante este controle, visando à prevenção de doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares (LEWINGTON *et al.*, 2002). Pequenas reduções, tanto na PAS quanto na PAD, têm grande impacto para redução da mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

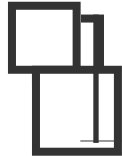
Quem tem plano relata com mais frequência ter um médico de referência, o que pode ser essencial na garantia da integralidade da linha de cuidado. Isto poderia explicar os melhores resultados e níveis pressóricos controlados em usuários de plano. Outras características de beneficiários de planos têm sido descritas em outros estudos como maior facilidade de acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2000); menor tempo de espera (SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006), ter médico de referência e maior rapidez na utilização de serviços (CASTANHEIRA, 2011).

Estas diferenças mostram que os resultados assistenciais dependem de diversos fatores, como acesso a serviços, determinantes sociais, escolaridade, renda, cuidador, qualidade dos serviços, integralidade da atenção. A produção do cuidado aos pacientes hipertensos tem se dado de forma diversa nos sistemas de prestação de serviços de saúde público e privado. Entretanto, melhores resultados aqui encontrados na saúde suplementar resultam não apenas das características assistenciais, tais como existência mais clara do cuidador e facilidade de acesso aos serviços. Os determinantes sociais também aqui identificados, como escolaridade, renda e biológicos, como raça/cor e idade devem ser levados em conta na explicação destes resultados. Hipertensos com maior renda e escolaridade também têm maior chance de melhores desfechos. A mortalidade e fatores de risco tendem a se concentrar em indivíduos de baixa renda (WHO, 2011).

O estudo atual deve servir de referência para a compreensão das diferenças entre os cuidados prestados pelo Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar, bem como para avançar na organização do processo de trabalho, melhorias de fluxos, como por exemplo, na identificação de cuidador responsável pela assistência, avançando no compromisso com o usuário e com os resultados no percurso nas linhas do cuidado (MALTA *et al.*, 2004).

## 6.2 Limites do estudo

Esse estudo possui como limitação 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, e, além disto, o uso de pesos de pós estratificação reduz o viés, aproximando a amostra do estudo à população da capital (BRASIL, 2008). 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 custo (MOKDAD; REMINGTON, 2010; OKURA *et al.*, 2004). Além disto, o pequeno tamanho da amostra dificulta na análise, em especial na identificação de determinadas associações.



## *Conclusão*

---

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados analisados indicam que na população estudada, de Belo Horizonte, existem diferenças demográficas entre os usuários exclusivos do SUS e os beneficiários da saúde suplementar. Destas as mais marcantes foram idade, escolaridade e cor de pele.

Dessa forma, os adultos com baixa escolaridade, mais jovens e de cor de pele não branca são predominantemente usuários do SUS, enquanto aqueles que com maior escolaridade, com cor de pele branca, mais velhos e em idade economicamente ativa são em sua maioria beneficiários da SS, apontando importantes diferenças na clientela atendida por estas duas faces da saúde em Belo Horizonte. Estas características são o resultado das iniquidades sociais refletidas na saúde brasileira conduzindo a um quadro complexo imbricado a questões sociais, propiciando ainda mais desigualdades, chocando com os princípios de igualdade e universalidade preconizados pelo sistema de saúde brasileiro desenhado e explicitado na Constituição Federal.

Verifica-se maior existência de médico de referência para os beneficiários da saúde suplementar, bem como maior controle dos níveis pressóricos sistólicos e diastólicos entre seus beneficiários.

Dentre as ações de promoção da saúde orientadas por profissionais, a participação em grupos operativo-educativos direcionados aos hipertensos foi maior entre os usuários do SUS, entretanto esta participação foi muito aquém do desejado em ambas as modalidades assistenciais, apontando para uma maior necessidade de investimentos nesta área.

Houve diferença quanto ao local de aquisição da medicação anti-hipertensiva, sendo o centro de saúde o local de escolha dos usuários do SUS e a farmácia privada dos beneficiários da SS.

Percebe-se, de um modo geral, baixa adesão em ambas as modalidades assistenciais à adoção das práticas de atividade física e à realização de dieta.



## *Referências*

---

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação e Saúde:** documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. 463 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Regulação e Saúde, 3).

\_\_\_\_\_. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar:** histórias e práticas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. 157 p.

\_\_\_\_\_. **[Saúde Suplementar].** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>>. Acesso em: 2 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2010. 60 p.

ALAVARCE, D. C.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A pressão arterial está sendo medida? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 84-90, mar. 2000.

ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, set./out. 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Projeto Diretrizes:** hipertensão arterial - abordagem geral. 2002. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/>>. Acesso em: 11 out. 2010.

BARROS, M. B. A. *et al.* **As dimensões da saúde:** inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Hucitec, 2008. 229 p. (Saúde em Debate, 184).

BELO HORIZONTE. **Distritos Sanitários asseguram atendimento a população.** Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2012. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=enderecos&tax=16053&lang=pt\\_BR&pg=6300&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=enderecos&tax=16053&lang=pt_BR&pg=6300&taxp=0&)>. Acesso em: 20 maio 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996. Suplemento 3.



BRASIL. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. **Qualisus**: política de qualificação da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Situação e desafios atuais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica, 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 278 p. (Coleção Progestores - para entender a gestão do SUS, 6, 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 135 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 152 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BURT, V. L. *et al.* Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adults US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. **Hypertension**, Dallas, v. 26, n. 1, p. 60-69, July 1995.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2005. 321 p.

CARNEIRO, G. *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovasculares em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 306-311, jul./set. 2003.

CASTANHEIRA, C. H. **Utilização de serviços públicos e privados de saúde, segundo inquérito telefônico na população de Belo Horizonte, 2009.** 2011. 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

CESARINO, C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, jul. 2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, may 2003.

DIAS, V. P.; SIVEIRA, A. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não farmacológica da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 107-118, jan./mar. 2006.

FERREIRA, S. R. G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 98-106, nov. 2009. Suplemento 2.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes.** Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-Abrasco, 2006. p. 459-473.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 2, p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 4, p. 125-133.

GARRISON, R.; HIGGINS, M.; KANNEL, W. Obesity and coronary heart disease. **Current Opinion in Lipidology**, London, v. 7, n. 4, p. 199-202, aug. 1996.

GUS, I. *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 424-428, nov. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96 p.

\_\_\_\_\_. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008. 168 p.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009**. 2009. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 1 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **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: FIOCRUZ, 2010. 256 p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Rio de Janeiro, 2003. 30 p. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao\\_inquerito22\\_06](http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inquerito22_06)>. Acesso em: 14 jun. 2012.

JARDIM, P. C. V. B. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, abr. 2007.

KEARNEY, P. M. *et al.* Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, London, v. 365, n. 9455, p. 217-223, jan. 2005.

KOHLMANN JÚNIOR, O. O título de especialista em hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 334-335, out./dez. 2000.

LESSA, I. A epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 383-392, out./dez. 2001.

LEWINGTON, S. *et al.* 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**, London, v. 316, n. 9349, p. 1903-1913, dec. 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 637-642, out. 2004.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, nov. 1992.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr./jun. 2004.

\_\_\_\_\_. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

\_\_\_\_\_. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2011-2022, mar. 2011.

MALTA, D. C.; JORGE, A. O. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois lados da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005a. Parte I, p. 10-60. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Breve caracterização da saúde suplementar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois lados da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005b. Parte I, p. 37-60. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

\_\_\_\_\_. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MANCILHA-CARVALHO, J. J.; SILVA, N. A. S. e. The Yanomami indians in the INTERSALT study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 80, n. 3, p. 289-294, mar. 2003.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. 1. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. 320 p.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 385 p.

MOKDAD, A. H.; REMINGTON, P. L. Measuring health behaviors in populations. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 7, n. 4, p. A75, jul. 2010.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Shifting obesity trends in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 54, n. 4, p. 342-346, apr. 2000.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 513-519, nov./dez. 2004.

MORRIS, J. N. ; MARR, J. W. ; CLAYTON, D. G. Diet and heart: a postscript. **British Medical Journal**, London, v. 2, n. 6098, p. 1307-1314, nov. 1977.

OKURA, Y. *et al.* Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 57, n. 10, p. 1096-1103, oct. 2004.

OLMOS, R. D.; BENSEÑOR, I. M. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 221-224, abr./jun. 2001.

PAFFENBARGER JÚNIOR, R. S. *et al.* The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 328, n. 8, p. 538-545, feb. 1993.

PALOTA, L. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no centro de saúde de um município do interior paulista.** 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

PEREIRA, M. *et al.* Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal of Hypertension**, London, v. 27, n. 5, p. 963-975, may 2009.

PETRIE, J. C. *et al.* Recommendations on blood pressure measurement. **British Medical Journal (Clinical Research Ed.)**, London, v. 293, n. 6547, p. 611-615, sep. 1986.

POWELL, K. E. *et al.* Physical activity and the incidence of coronary heart disease. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 8, p. 253-287, 1987.

POZZAN, R. **Hiperinsulinemia e agregação de fatores de risco cardiovascular em uma série de casos da população da cidade do Rio de Janeiro.** 2002. 143 f. Tese (Doutorado em Nutrição) - Escola de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

RIBEIRO, E. G.; COSTA NETO, S. B. da. Análise dos indicadores relacionados ao grau de adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 3, n. 1, p. 20-32, jan./jun. 2011.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, out./dez. 2006.

RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêuticos.** São Paulo: Atheneu, 2000. 462 p.

SARAIVA, K. R. O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 63-70, jan./mar. 2007.

SELBY, J. V.; FRIEDMAN, G. D.; QUESENBERRY JR., C. P. Precursors of essential hypertension. The role of body fat distribution pattern. **American Journal of Epidemiology**, Cary, v. 129, n. 1, p. 43-53, jan. 1989.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-655, jul./set. 2006.

THE INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure: results for 24-hour urinary sodium and potassium excretion. **British Medical Journal**, London, v. 297, n. 6644, p. 319-328, jul. 1988.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, abr./jun. 2007.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, jan./mar. 2000.

VEIGA, E. V. *et al.* Assessment of the techniques of the blood pressure measurement by health professionals. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 80, n. 1, p. 89-93, jan. 2003.

VICTOR, R. G. Hipertensão arterial. In: CECIL, R. L.; GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. C. **Tratado de Medicina Interna**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. cap. 63, p. 400-418. 2 v. v. 1.

VON DER HEYDE, R.; VON DER HEYDE, M. E. D. Implementando modificações no estilo de vida. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 102-104, abr./jun. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. News. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 77, n. 3, p. 293-294, 1999.

\_\_\_\_\_. **Integrated management of cardiovascular risk: report of a WHO meeting**. Geneva: WHO, 2002. 35 p.

---

\_\_\_\_\_. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva: WHO, 2011. 162 p.

YUSUF, S. *et al.* Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiological transition, risk factors, and impact of urbanization. **Circulation**, Hagerstown, v. 104, n. 22, p. 2746-2753, nov. 2001.



# *Apêndice*

---



**APÊNDICE - Instrumento de Coleta de Dados**

ENTREVISTA - HIPERTENSÃO ARTERIAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

1. Alô, o número do seu telefone é \_\_\_\_\_ ?

2. Posso falar com o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_ ?

3. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é \_\_\_\_\_, e eu estou falando em nome da Universidade Federal de Minas Gerais. No dia \_\_\_\_/\_\_\_\_, o(a) Sr(a) respondeu uma entrevista por telefone para o Ministério da Saúde (o VIGITEL). Inicialmente nós agradecemos a sua participação e gostaríamos de contar mais uma vez com sua colaboração respondendo apenas sobre a sua saúde. Deve durar cerca de cinco minutos. Podemos começar?

sim      Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_       não

**Qual o melhor dia e horário para conversarmos?**

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_      **Dia da semana** \_\_\_\_\_ **Agradeça e encerre.**

**RETORNAR** no dia e horário indicado (Reiniciar 1).

4. Algum médico já lhe disse que tem Hipertensão arterial/Pressão alta?

- ( ) sim  
( ) sim, somente na gravidez (agradeça e encerre)  
( ) não (agradeça e encerre)  
( ) NS/NR

5. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de hipertensão/pressão alta?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| anos      \_\_\_\_|\_\_\_\_| meses        NS/NR

5a. Tem alguma pessoa que o(a) Sr(a) considera seu médico (ou provedor) de atenção médica de sua confiança?

- ( ) sim, só uma  
( ) sim, mais de uma  
( ) não  
( ) não sabe/não está seguro(a)  
( ) se nega a dizer

6. O(a) Sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?

- ( ) sim  
( ) não (passe para 7)  
( ) não, só quando tem algum problema (passe para 7)  
( ) NS/NR (passe para 7)

6a. Quem cobre os gastos destes atendimentos?

- ( ) SUS/Sistema Único de Saúde (Atendimento Público e Gratuito)  
( ) plano de saúde pago pela empresa que trabalha      Qual Plano (puxar da listagem): \_\_\_\_\_  
( ) plano de saúde pago por mim      Qual Plano (puxar da listagem): \_\_\_\_\_  
( ) outro - **Qual?** \_\_\_\_\_  
( ) NS/NR (passe para 8)

**7. Por que o(a) Sr(a) não visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?**

- dificuldades financeiras
- dificuldades de acesso ao serviço
- não acha necessário
- não tem tempo
- não sabe quem procurar/onde ir
- outros: \_\_\_\_\_
- NS/NR

**8. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) foi ao médico/serviço de saúde por causa da hipertensão?**

- no último mês
- de 1 mês a 6 meses
- mais de 6 meses a 1 ano
- mais de 1 ano a 5 anos
- mais de 5 anos
- NS/NR

**9. O(a) Sr(a) participa ou já participou no serviço de saúde de algum grupo ou atividade de educação para melhor controle de hipertensão/pressão arterial?**

- sim
- não (vá para Q10)
- NS/NR (vá para Q10)

**9a. Quem realizou/organizou esse grupo ou atividade?**

- médico
- enfermeiro
- igreja
- mídia, televisão
- outras pessoas portadoras
- outros. Citar \_\_\_\_\_
- NS/NR

**10. O(a) Sr(a) tem recebido orientações do médico/outro profissional de saúde de como cuidar da hipertensão?**

- sim
- não
- NS/NR

**11. Alguma vez o médico/outro profissional de saúde recomendou mudar seus hábitos alimentares (para diminuir ou controlar a pressão arterial alta)?**

- sim
- não
- não sabe/não está seguro(a)
- se nega a responde

**12. Alguma vez o médico/outro profissional de saúde recomendou ingerir menos sal (para diminuir ou controlar a pressão arterial alta)?**

- sim
- não
- não sabe/não está seguro(a)
- se nega a responder

**13. Alguma vez o médico/outra profissional de saúde fez alguma recomendação sobre o consumo de bebidas alcoólicas (para diminuir ou controlar a pressão arterial alta)?**

- não, não bebo  
 sim. Qual foi essa recomendação? \_\_\_\_\_  
 não  
 não sabe/não está seguro(a)  
 se nega a responder

**14. Alguma vez o médico/outra profissional de saúde recomendou parar/reduzir o fumo (para diminuir ou controlar a pressão arterial alta)?**

- não, não fumo  
 não  
 sim  
 não sabe/não está seguro(a)  
 se nega a responder

**15. Alguma vez o médico/outra profissional de saúde recomendou fazer caminhada ou outro exercício físico (para diminuir ou controlar a pressão arterial alta)?**

- sim  
 não  
 não sabe/não está seguro(a)  
 se nega a responder

**16. Alguma vez o médico/outra profissional de saúde recomendou tomar medicamentos (para diminuir ou controlar a pressão arterial alta)?**

- sim  
 não  
 não sabe/não está seguro(a)  
 se nega a responder

**17. Quando necessita de medicamento, onde costuma adquiri-lo?**

- centro de saúde/posto de saúde/farmácia do SUS (distrital)  
 farmácia popular  
 farmácia privada  
 Outro. Qual: \_\_\_\_\_  
 não toma medicamento

**18. O que Sr(a) costuma fazer para “controlar” a hipertensão?**

	Sim	Não	NS/NR
<b>18a.</b> Reduzir o sal da comida	1	2	9
<b>18b.</b> Dieta para perder/manter peso	1	2	9
<b>18c.</b> Atividade física regular	1	2	9
<b>18d.</b> Toma regularmente medicação prescrita pelo médico	1	2	9
<b>18e.</b> Toma medicação só quando tem “problema” com a pressão	1	2	9
<b>18f.</b> Outro <u>Qual?</u>			

**19. Quando foi a última vez que o(a) Sr (a) mediu a pressão arterial?**

- no último mês
- mais de 1 mês e menos de 1 ano
- entre 1 e 2 anos
- mais de 2 anos
- nunca fez
- não sabe/não está seguro(a)
- se nega a responder

**20. Qual foi o resultado?**

- \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg (anotar valores) ou
- alterada (alta) ou
- normal ou
- não foi informado
- não lembra ou
- se nega a responder

**21. O(a) Sr(a) tem algum plano médico de saúde?**

- sim Qual Plano (puxar da listagem): \_\_\_\_\_
- não
- não sabe/não está seguro(a)
- se nega a dizer

Se na Q6a tiver respondido algum plano, puxar nome aqui apenas para confirmar

**Sr(a) \_\_\_\_\_ chegamos ao final da entrevista. Agradecemos muito pela sua participação. Se tivermos alguma dúvida, voltaremos a lhe telefonar. Por favor, anote o telefone da Universidade Federal de Minas Gerais caso necessite algum esclarecimento sobre esta avaliação. O número é 3409-9862.**

**Agradeça e encerre OU confirme se a pessoa é também diabética.**



# *Anexos*

---

## ANEXO A - Aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SIPAR - Ministério da Saúde  
Registro Número  
25000.076527/2008-00  
19/05/08



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" – Ed. Anexo, Ala "B" –  
4º andar – sala 436B – CEP 70058-900- Brasília / DF  
Tel. : (61) 3315-2951 / Fax : (61) 3226-6453  
[conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br) – <http://conselho.saude.gov.br>

OFÍCIO Nº 973 CONEP/CNS/MS

Brasília, 15 de maio de 2008.

À Senhora

Dra. Déborah Arvalho Malta

Coordenadora Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis- CGDANT/DASIS/SVS/MS

Edifício Sede, sala 142

**Assunto:** Cumprimento das recomendações do Parecer nº 749/2006.  
Resposta ao memorando nº 35 CGDANT/DASIS/SVS/MS

**Registro CONEP 13081:** *"Implantação do sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas no Distrito Federal e no conjunto das capitais dos estados brasileiros".*

Senhora Coordenadora,

1. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP comunica que as Recomendações do Parecer Nº 749/2006, que estavam pendentes, foram atendidas, por meio da documentação recebida SIPAR nº 25000.122136/2006-02.

Atenciosamente ,

Gyselle Saddi Tannous  
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

jf

## ANEXO B - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Paracer nº. ETIC 552/08

Interessado(a): Prof. Jorge Gustavo Velazquez Meléndez  
Depto. Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem - UFMG

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de janeiro de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado “Estudo dos fatores de risco, proteção e linha do cuidado para doenças crônicas em usuários do SUS e de planos de saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG