

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/s2237-96222022000200005>

Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão arterial no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019

Elaine Tomasi, Dario Correia Pereira, Anderson Vaz dos Santos, Rosália Garcia Neves Neves

<https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000200005>

Submetido em: 2022-03-21

Postado em: 2022-03-21 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)



Como citar este artigo:

Tomasi E, Pereira DC, Santos AV; Neves RG. Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão arterial no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. Epidemiol Serv Saude [preprint]. 2022 [citado 17 mar 2022]:[25 p.]. Disponível em: 10.1590/S1679-49742022000200005

ARTIGO ORIGINAL

Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão arterial no Brasil:

Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019

Adequacy of care for people with arterial hypertension in Brazil:

National Health Survey, 2013 and 2019

Adecuación de la atención a personas con hipertensión arterial en

Brasil: Encuesta Nacional de Salud, 2013 y 2019

Título resumido: *Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão no Brasil*

Elaine Tomasi¹ - orcid.org/0000-0001-7328-6044

Dario Correia Pereira¹ - orcid.org/0000-0003-1435-6086

Anderson Vaz dos Santos¹ - orcid.org/0000-0001-9903-4697

Rosália Garcia Neves² - orcid.org/0000-0001-6798-9130

¹Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas, RS, Brasil

²Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, Pelotas, RS, Brasil

Correspondência: Rosália Garcia Neves | rosaliagarcianeves@gmail.com

Recebido em 18/10/2021 | **Aprovado em** 28/02/2022

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

RESUMO

Objetivo: Analisar a adequação do cuidado recebido por adultos e idosos com hipertensão arterial (HA) e sua associação com macrorregião nacional, características demográficas, socioeconômica e do sistema de saúde, Brasil, 2013 e 2019. **Métodos:** Estudo transversal, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Foram incluídas pessoas na idade de 18 anos ou mais, com diagnóstico de HA e consulta médica por esse motivo nos últimos três anos. Analisou-se a adequação do cuidado, construída a partir de 11 indicadores, por regressão de Poisson. **Resultados:** Em 2013, 11.129 pessoas com HA (25,3% – IC_{95%} 24,5;26,1) receberam cuidado adequado, e em 2019, 19.107 (18,8% – IC_{95%} 18,2;19,3). Indivíduos do quintil de melhor nível socioeconômico apresentaram prevalências de cuidado adequado 2,54 vezes maior (IC_{95%} 2,03;3,17) em 2013, e 3,53 vezes maior (IC_{95%} 2,94;4,23) em 2019, em relação aos de menor nível socioeconômico. **Conclusão:** O cuidado adequado diminuiu e as desigualdades econômicas intensificaram-se no período 2013-2019.

Palavras-chave: Hipertensão; Doenças não Transmissíveis; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objective: To analyze the adequacy of care received by adults and elderly people with arterial hypertension (AH), and its association with region, demographic, socioeconomic and health system characteristics, Brazil, 2013 and 2019. **Methods:** Cross-sectional study with data from the National Health Survey. People aged ≥ 18 years with a diagnosis of AH and medical consultation for this reason in the last three years were included. The adequacy of care was analyzed, constructed from 11 indicators, by Poisson regression. **Results:** In 2013, 11,129 people with AH (25.3% – 95%CI 24.5;26.1) received adequate care and, in 2019, 19,107 (18.8% – 95%CI 18.2;19.3). Individuals from the quintile with the best socioeconomic status had a prevalence of adequate care 2.54 (95%CI 2.03;3.17), in 2013, and 3.53 (95%CI 2.94;4.23), in 2019, times higher than those from the lowest class. **Conclusion:** It was identified that care decreased, and economic inequalities intensified in the period 2013-2019.

Keywords: Hypertension; Noncommunicable Diseases; Health Services Research; Quality of Health Care; Cross-Sectional Studies.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la adecuación de la atención recibida por adultos y ancianos con hipertensión arterial (HA), y su asociación con características regionales, demográficas, socioeconómicas y del sistema de salud, Brasil, 2013 y 2019. **Métodos:** Estudio transversal con datos de la Encuesta Nacional de Salud. Se incluyeron personas mayores

de 18 años con diagnóstico de HA y consulta médica por este motivo en los últimos tres años. Se analizó la adecuación de la atención, construida a partir de 11 indicadores, por regresión de Poisson. **Resultados:** En 2013, 11.129 personas con HA (25,3% – IC_{95%} 24,5;26,1) recibieron atención adecuada y, en 2019, 19.107 (18,8% – IC_{95%} 18,2;19,3). Individuos del quintil con mejor nivel socioeconómico tuvieron una prevalencia de cuidado adecuado 2,54 (IC_{95%} 2,03;3,17) (2013) y 3,53 (IC_{95%} 2,94;4,23) (2019) veces mayor que los de clase más baja. **Conclusión:** Se identificó que la atención disminuyó y las desigualdades económicas intensificaron en el período 2013-2019.

Palabras-clave: Hipertensión; Enfermedades no Transmisibles; Investigación sobre Servicios de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Estudios Transversales.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de importância para a saúde pública.^{1,2} Estima-se que até 2025, a HA acometa cerca de um terço da população do planeta.³ As complicações de HA respondem por 9,4 milhões de mortes em todo o mundo, a cada ano,⁴ sendo que em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devidas a HA, ou a causas atribuíveis a ela como complicações.⁵

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em três edições, 1998, 2003 e 2008, registraram que a HA atingia 18,0%, 19,2% e 20,9% da população, respectivamente.⁶ Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, conduzida em parceria do Ministério da Saúde com o IBGE, a prevalência de HA autorreferida no Brasil foi de 21,4%;⁷ mais recentemente, a PNS 2019 registrou essa proporção em 23,9%, evidenciando o constante crescimento da prevalência dessa doença crônica.⁷

A HA e suas consequências na saúde pública implicam custos expressivos para o sistema de saúde, além da redução da capacidade funcional e da expectativa de vida.⁸⁻¹¹ Além do tratamento farmacológico, o cuidado dispensado pelo sistema de saúde às pessoas com HA deve contemplar o monitoramento e o apoio a mudanças no estilo de vida.¹ O correto diagnóstico, a conscientização sobre a gravidade da doença e suas consequências, a oferta de orientações sobre hábitos saudáveis e um acompanhamento regular encarregado a um profissional de saúde, que solicite exames periódicos preconizados, podem contribuir para o adequado manejo e consequente redução da morbimortalidade relacionada à HA.¹

A literatura aponta que a qualidade do cuidado dispensado a essa população é baixa e depende de características individuais, a exemplo do nível socioeconômico.¹² Um estudo realizado no Brasil em 2013, com idosos portadores de HA, encontrou que um

quarto deles referiu ter recebido orientações e solicitação de exames, itens indicadores desse cuidado.¹² Além disso, as desigualdades na atenção à saúde de afetados pela HA foram marcantes: os mais escolarizados receberam um cuidado de melhor qualidade.¹²

Faz-se necessária, portanto, a avaliação e monitoramento periódico dos indicadores de cuidado prestado às pessoas com HA, tendo em vista o aumento da prevalência da doença e o crescimento dessa demanda para os serviços de saúde.^{6,7}

O objetivo deste artigo foi analisar a adequação do cuidado recebido por adultos e idosos com hipertensão arterial – HA – nos anos de 2013 e 2019, e sua associação com macrorregião do país, características demográficas, socioeconômica e do sistema de saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional, utilizando-se de dados das PNS de 2013 e 2019, realizadas pelo IBGE e o Ministério da Saúde.¹³

As amostras da PNS foram representativas de moradores de domicílios permanentes, localizados em área urbana ou rural de municípios das cinco grandes regiões geográficas nacionais, nas 26 Unidades da Federação e no Distrito Federal. Utilizou-se amostragem em múltiplos estágios, em ambos estudos. Inicialmente, foram selecionados os setores censitários, seguidos dos domicílios e por último, dos indivíduos na idade de 18 anos ou mais, totalizando 64.348 domicílios em 2013 e 108.457 em 2019. Nesses domicílios, foram entrevistadas 60.202 pessoas sobre doenças crônicas em 2013 e 88.736 em 2019.

Para o presente estudo, foram consultados dados de pessoas com 18 anos ou mais, que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e que haviam se consultado, em razão da doença, nos últimos três anos.

As coletas de dados pela PNS foram feitas por entrevistadores treinados, munidos de computadores de mão para armazenamento dos dados. O questionário foi constituído de três partes. Inicialmente, foram coletadas variáveis do domicílio. À segunda parte do questionário cabiam as características gerais dos moradores do domicílio, incluindo escolaridade, trabalho e rendimento, entre outras informações. Na terceira parte do instrumento, constavam perguntas destinadas a um morador adulto (18 anos ou mais de idade), selecionado aleatoriamente, sobre autopercepção do estado de saúde, acidentes e violências, estilos de vida e doenças crônicas, entre outras. Mais detalhes sobre as PNS de 2013 e 2019 encontram-se nos artigos metodológicos dos estudos.^{13,14}

O desfecho analisado foi a adequação do cuidado recebido dos serviços de saúde pelos entrevistados que referiram diagnóstico médico de HA e que já haviam se consultado por causa da HA. Os indicadores utilizados para a operacionalização do desfecho foram as recomendações para alimentação saudável, manter o peso adequado, ingerir menos sal, praticar atividade física, não fumar, não ingerir de bebida alcoólica em excesso e fazer acompanhamento regular, operacionalizados pela proposição da seguinte pergunta: “*Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?*”. Também foram utilizados, como indicadores de adequação do cuidado, a solicitação de exames de sangue e de urina, eletrocardiograma e teste de esforço, obtidos mediante a pergunta: “*Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame?*”. O desfecho ‘adequação do cuidado recebido’ foi construído a partir da resposta afirmativa aos 11 indicadores mencionados, na condição de dicotomizados (sim; não), sendo considerado como positivo o relato do recebimento de todos os indicadores avaliados. Todas as perguntas eram apresentadas da mesma forma, nas duas pesquisas.

Como variáveis de exposição, foram investigadas:

- a) região de residência (Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sudeste; Sul);
- b) sexo (masculino; feminino);
- c) faixa etária (em anos completos: 18 a 49; 50 a 64; 65 ou mais);
- d) raça/cor da pele (autorreferida: branca; preta; parda/amarela/indígena);
- e) classe econômica (em quintis, do 1º quintil, dos mais pobres, ao 5º quintil, dos mais ricos,¹⁵ construída a partir da soma das pontuações das seguintes variáveis: tipo de domicílio, número de dormitórios, banheiros, televisores, geladeira, vídeo/DVD, máquina de lavar, telefone fixo, telefone celular, micro-ondas, computador, motocicleta, carro, acesso à internet e presença de empregada doméstica);
- f) local de atendimento (em três grupos: hospital público/unidade de pronto atendimento [UPA]/pronto atendimento [PA]/pronto-socorro [PS]; unidade básica de saúde [UBS]/unidade de Saúde da Família [USF]; e serviços privados); e
- g) tipo de atendimento (Sistema Único de Saúde [SUS]; não SUS).

As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico Stata/SE 15.1 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), pelo comando *svy*, para o desenho amostral por estágios múltiplos e diferentes níveis de agregação, em ambas amostras. Inicialmente, foi realizada uma descrição da amostra em números absoluto (n) e relativo (%), segundo as variáveis de exposição e desfecho. Foram estimadas as razões de prevalências (RP) não ajustadas e ajustadas do recebimento dos 11 indicadores, mediante regressão de Poisson.¹⁶ A análise ajustada foi conduzida com base em modelo hierarquizado: no nível mais distal, a variável ‘região’; em seguida, entrou-se com ‘classificação econômica’, ‘sexo’, ‘idade’ e ‘raça/cor da pele’; por fim, em um nível mais proximal ao desfecho, entraram as variáveis ‘local de atendimento’ e ‘tipo de

atendimento'. O ajuste foi feito para as variáveis do mesmo nível e acima dele, sendo mantidas no modelo todas as que apresentaram um nível de significância menor que 0,05.

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS – foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), órgão vinculado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado: Protocolos n° 10853812.7.0000.0008 (2013) e n° 3.529.376 (2019). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados da PNS são públicos, não sendo divulgadas informações pessoais dos participantes.

RESULTADOS

Em 2013, entre 58.415 indivíduos incluídos na PNS, 12.500 referiram diagnóstico médico de HA (21,4%); destes, 11.129 haviam se consultado por causa da doença nos últimos três anos, tendo sido considerados na presente análise. Em 2019, entre 88.736 incluídos, 23.851 referiram diagnóstico médico de HA (26,9%) e destes, 19.107 haviam se consultado por esse motivo nos últimos três anos, sendo também incluídos na análise. As características da amostra mantiveram-se semelhantes nos períodos, com predomínio de residentes nas regiões Nordeste e Sudeste, mulheres, pessoas na idade de 50 anos ou mais e raça/cor da pele branca. Cerca de metade da amostra referiu, como local de atendimento médico para HA, a UBS ou a USF; pouco menos de um terço referiu os serviços privados. A maioria recebeu esse atendimento pelo SUS (Tabela 1).

As orientações mais referidas foram ingerir menos sal (91,2% em 2013 e 87,8% em 2019), manter alimentação saudável (88,3% em 2013 e 87,2% em 2019), fazer acompanhamento regular (87,5% em 2013 e 85,3% em 2019) e manter o peso adequado (84,8% em 2013 e 84,3% em 2019); as menos referidas foram praticar atividade física regular (81,8% em 2013 e 81,7% em 2019), não fumar (76,1% em 2013 e 67,3% em 2019) e não beber em excesso (75,2% em 2013 e 66,6% em 2019) (Figura 1). No que

toca à classificação econômica, em ambas amostras, à exceção das orientações para ingerir menos sal nas refeições e não fumar, nas demais orientações, as pessoas mais ricas tiveram vantagem significativa e com tendência linear (Figura 2).

Os exames mais solicitados aos entrevistados com HA foram os de sangue (81,4% em 2013 e 80,2% em 2019) e de urina (70,9% em 2013 e 70,2% em 2019); o menos solicitado foi o eletrocardiograma (65,5% em 2013 e 64,8% em 2019) e o teste de esforço (36,5% em 2013 e 33,8% em 2019) (Figura 1). A estratificação revelou o mesmo perfil de desigualdade encontrado na análise das orientações, sendo os mais pobres os menos contemplados com a prescrição de exames, tanto em 2013 como em 2019 (Figura 3).

A prevalência de cuidado adequado recebido, considerando-se todas as sete orientações recebidas e os quatro exames solicitados, passou de 25,3% (IC_{95%} 24,5;26,1) em 2013 para 18,8% (IC_{95%} 18,2;19,3) em 2019. Residentes no Nordeste foram menos classificados como tendo recebido cuidado adequado nas duas pesquisas, ao lado dos residentes na região Norte, enquanto os do Centro-Oeste e os do Sudeste tiveram maior proporção de cuidado adequado (Tabela 1 e 2).

Em 2013, as participantes do sexo feminino com HA apresentaram 24% menos cuidado adequado recebido (RP=0,76 – IC_{95%} 0,68;0,86), comparadas aos do sexo masculino; em 2019, essa medida caiu para 12% (RP=0,88 – IC_{95%} 0,79;0,97), após ajuste para posição econômica e região. Nas duas amostras, as pessoas na idade de 50 a 64 anos tiveram maior proporção de cuidado adequado, quando comparadas às mais jovens e às mais velhas. Em relação à análise não ajustada, pessoas com HA e na idade de 65 anos ou mais tiveram razões de prevalências mais altas em 2013 e 2019. Diferenças nas prevalências do desfecho relacionadas com a raça/cor da pele foram observadas apenas na análise não ajustada, tendo desaparecido na análise ajustada (Tabela 2).

Quanto melhor a posição econômica, maior a proporção de cuidado adequado, em ambas amostras. Entretanto, os dados apontam para o recrudescimento da desigualdade em 2019: os mais ricos, em 2013, tiveram 2,5 vezes maior prevalência de cuidado adequado, e em 2019, 3,5 vezes mais, comparados com os mais pobres. A prevalência de cuidado adequado recebido, entre os mais pobres, foi de 15,3% em 2013 e de 9,1% em 2019 (Tabela 1 e 2).

Aqueles atendidos em serviços privados tiveram 48% mais cuidado adequado do que os atendidos em serviços públicos, em 2013; em 2019, porém, essa associação não se manteve após ajustes. O atendimento pelo SUS implicou diferença significativa limítrofe ($p=0,053$) apenas em 2019, tendo sido a prevalência de cuidado adequado 35% maior entre os não usuários do Sistema Único de Saúde (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os achados do estudo apontaram que em 2013, apenas um quarto dos adultos e idosos brasileiros com diagnóstico médico de HA receberam, da rede de saúde, um conjunto de orientações e prescrição de exames para o adequado manejo de sua condição de saúde, situação que piorou em 2019, com essa qualidade do atendimento ofertada para menos de um quinto da população pesquisada.

O processo de transição demográfica, aliado à transição epidemiológica que vem sendo experimentada no país,¹⁷ tem afetado a ocorrência das DCNTs,^{6,7} incluindo a HA. De acordo com os inquéritos da PNS, a prevalência de HA aumentou de 21,4% em 2013 para 26,9% em 2019. Este fato contribui para que também aumente a demanda por serviços de saúde, com a possibilidade de gerar uma assistência de baixa qualidade. Além do que, nos últimos anos, o Brasil tem enfrentado o recrudescimento do subfinanciamento do SUS, notadamente a partir da promulgação da Emenda Constitucional 95 pelo

Congresso Nacional, em 15 de dezembro de 2016,¹⁸ inaugurando um período em que não houve investimento público no setor saúde, fator determinante para uma previsível influência negativa na qualidade dos serviços prestados.

Em que pese o fato de, segundo ambas pesquisas, a maioria dos entrevistados ter recebido alguma orientação, um achado chama a atenção: as recomendações referentes a comportamentos saudáveis – praticar atividade física, não fumar e não consumir bebidas alcoólicas em excesso – foram menos enfatizadas pelos profissionais de saúde, enquanto manter uma alimentação saudável e reduzir o consumo de sal foram as orientações mais relatadas. Sabe-se que a adoção de tais comportamentos têm efeito positivo sobre a saúde, notadamente para pessoas com HA.²

Da mesma forma, destacam-se as baixas prevalências de solicitação de eletrocardiograma e teste de esforço, exames que ajudam a monitorar eventuais danos da doença no sistema cardiocirculatório¹⁹ e por isso, deveriam ser solicitados periodicamente, a todos os indivíduos com HA.¹ Igualmente, o exame de urina, para análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos nessa excreta, é essencial no controle da doença,¹ e dada sua importância, baixo custo e simplicidade desse exame, ele deveria ser mais requisitado, o que não ocorreu em aproximadamente um a cada quatro indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial.

As desigualdades regionais, bastante bem documentadas pela literatura no Brasil,^{7,12,20,21} mais uma vez se manifestaram. O Norte e o Nordeste responderam pelas menores prevalências de cuidado adequado à pessoa com hipertensão, ao passo que as demais regiões do país mantiveram seus índices pouco acima da média nacional. O nível socioeconômico, além de afetar a saúde da população, vê-se refletido nos serviços de saúde, seja em suas estruturas constituídas, seja nos processos conformadores da oferta de ações em saúde.^{12,21} No caso do cuidado dispensado a pessoas com HA, essa

desigualdade é ainda mais preocupante, uma vez que o fornecimento de orientações independe de recursos de qualquer monta. Já a solicitação de exames para o controle da doença pode ter sido afetada pela menor disponibilidade de estabelecimentos em muitos municípios de regiões mais pobres, alimentando um círculo perverso de pobreza e pior qualidade da atenção à saúde.

As desigualdades socioeconômicas em nível individual também foram observadas em ambas amostras, no que concerne à maioria dos exames e das orientações, tendo sido inclusive agravadas em alguns casos, com acirramento das iniquidades, a exemplo das orientações para manter o peso adequado, a prática de atividade física, não beber em excesso e fazer acompanhamento regular. O mesmo foi observado para os exames em geral – exceto o exame de urina –, ao se analisar esses mesmos desfechos com base nos dados da PNS de 2013, apenas para idosos: encontrou-se o mesmo padrão de desigualdades,¹² o que reforça os achados do presente estudo.

O comportamento do desfecho de acordo com a situação socioeconômica dos indivíduos, após ajuste por região, aponta uma associação direta: quanto melhor a classificação econômica, melhor cuidado foi dispensado. Além de esse efeito ter-se verificado nas duas pesquisas, particularmente em 2019, a desigualdade foi mais expressiva do que em 2013, possivelmente atribuída ao fato de, no período entre esses anos, a pobreza ter aumentado,^{22,23} levando à maior demanda por serviços de saúde, notadamente os de caráter público. Esta sobrecarga pode limitar o tempo dispensado às consultas, reduzindo a oportunidade de atendimentos com maior integralidade. Isto é ainda mais preocupante quando se observa o aumento da prevalência da doença e, mesmo com a permanência da mesma capacidade dos serviços, a qualidade da atenção tende a cair conforme sugerem os achados do presente estudo.

Mais orientações e solicitações de exames foram identificadas nas respostas de pessoas com mais idade, um fato indicativo de equidade na atenção à saúde. Os mais velhos necessitam de mais cuidado, comparados aos mais jovens, haja vista idades mais avançadas apresentarem mais carga de doença. Entretanto, idosos são os que mais se utilizam da Saúde, com maior número de exposições a esses serviços e consequente aumento na probabilidade de receber um cuidado de maior qualidade.^{7,24,25} Após ajuste, não houve diferenças no atendimento a homens ou mulheres, o que seria esperado em razão da igualdade de necessidades entre ambos os sexos. Da mesma forma, na análise bruta, a raça/cor da pele havia revelado maior cuidado adequado para os brancos, efeito desaparecido na análise ajustada. Este achado é importante, pois, a exemplo da idade, enfatiza a equidade no cuidado. Duro et al.,²⁶ ao observarem amostra da população brasileira, registraram maior prevalência de orientação sobre atividade física regular em pessoas de raça/cor da pele branca. Pesquisa realizada em uma amostra de idosos de Pelotas, município do Sul do Brasil, registrou que a orientação para redução do consumo de sal apresentou diferença estatística, com maior prevalência entre os não brancos.²⁷

Quanto ao local de atendimento, acredita-se que hospitais públicos e serviços de PA, identificados neste estudo com o pior desempenho, não tenham o perfil para o adequado acompanhamento de portadores de condições crônicas, sendo procurados, na maioria das vezes, em função de alguma intercorrência da HA ou de outra comorbidade. Em 2013, pessoas com HA atendidas em serviços privados apresentaram quase 48% mais cuidado adequado do que as atendidas em hospital público, UPA, PA ou PS; esta associação, entretanto, não permaneceu significativa em 2019. Uma possível explicação para esse resultado estaria relacionada à queda na qualidade do sistema de saúde como um todo, atingindo também os serviços privados.

A Atenção Primária à Saúde, APS, foi responsável por metade dos atendimentos à pessoa portadora de HA. Porta de entrada do SUS, a APS tem como modelo preferencial a Estratégia Saúde da Família, ESF. Suas bases e diretrizes incluem o vínculo longitudinal, fundamental para a prevenção e o correto manejo de condições que acompanharão o indivíduo ao longo de toda a vida, como é o caso da HA.¹ Contudo, a última edição da Política Nacional de Atenção Básica, PNAB, publicada em 2017, trouxe novos arranjos para as equipes e permitiu a redução de profissionais e de carga horária nos serviços.²⁸ Logo, com o aumento da demanda em virtude do empobrecimento populacional,²² a PNAB induziu maior sobrecarga de trabalho para os profissionais e assim, pode ter feito com que a qualidade da Atenção Básica decrescesse.

A falta de associação com o tipo de atendimento – SUS ou outro – em 2013 e a associação limítrofe em 2019 podem ser explicadas pelo modelo de análise, com outras variáveis hierarquicamente mais determinantes do desfecho, especialmente o local de atendimento. Sabe-se que 20 a 30% da população não utilizam o SUS, pessoas que, de modo geral, têm melhor situação socioeconômica.²⁹ Assim, níveis similares de prevalência do cuidado, de acordo com o tipo de atendimento, podem ter sido afetados pelo ajuste para variáveis hierarquicamente superiores.

Sobre as limitações deste trabalho, pode-se citar a disponibilidade restrita de perguntas nos questionários da PNS destinadas a inferir a qualidade do cuidado, não havendo, por exemplo, perguntas sobre solicitação de raio-X para pessoas portadoras de HA com insuficiência cardíaca congestiva. Outro destaque entre as limitações do estudo diz respeito à generalidade da pergunta sobre exame de sangue, sem distinguir os diferentes tipos de exame de sangue solicitados. Da mesma forma, a adequação do cuidado foi avaliada como um todo, sem considerar as diferenças nos perfis das pessoas com HA quanto relação à severidade da doença e a comorbidades. É possível que algumas

respostas tenham sido afetadas por viés de recordatório, desde que o período dos atendimentos a que as perguntas se referiam era de até três anos pregressos.

Entre as fortalezas do trabalho, destaca-se a representatividade nacional das amostras e a oportunidade de comparar a evolução de indicadores em dois momentos-limite, permitindo a identificação de tendências e padrões na qualidade da atenção a pessoas com HA pelo sistema de saúde, e suas desigualdades.

É preocupante constatar que, passados seis anos, esses indicadores de atenção à saúde tenham se deteriorado com o acirramento das desigualdades. Dado o fato de a prevalência de HA vir aumentando no Brasil, acredita-se que, se a qualidade do cuidado também aumentar, será possível minimizar o impacto populacional da doença.

Esforços para nortear e qualificar a atenção à pessoa com HA vêm sendo feitos, a exemplo de recente publicação do Ministério da Saúde cujo tema é a linha de cuidado voltada a essa população.³⁰ Porém, existem gargalos no âmbito do sistema de saúde. A oferta de orientações e a prescrição de exames de rotina são manifestações concretas deste cuidado a pessoas com HA, e devem ser mais frequentes. Em todos os seus contatos com os serviços de saúde, os usuários devem receber, de parte de seus profissionais, o reforço dessas condutas. Mais ações de educação permanente, voltadas não só à promoção da saúde de modo geral como também a cuidados específicos, no caso dos portadores de doenças crônicas, podem potencializar a melhoria da saúde em todas as idades.

Espera-se que as políticas em nível macro, a exemplo da ampliação do acesso à alimentação saudável e manutenção da segurança para a prática de atividade física, sejam fortalecidas. Ademais, os serviços de saúde devem encorajar o autocuidado e o engajamento da família nas mudanças de estilo de vida, contribuindo para viabilizar a adesão da pessoa com hipertensão arterial ao tratamento não farmacológico. Este apoio pode atenuar as deficiências nas orientações sobre uso de bebida alcoólica e tabagismo,

que se mostraram menos prevalentes embora sejam tão importantes para a saúde da população.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Neves RG, Pereira DC, Santos AV e Tomasi E contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658. doi: [10.36660/abc.20201238](https://doi.org/10.36660/abc.20201238)
2. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol. 2020;16(4):223-237. doi: [10.1038/s41581-019-0244-2](https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2)
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365(9455):217-23. doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2224-60. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Datasus: Tabnet - mortalidade - Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 ago 16]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

6. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6):e00035316. doi: [10.1590/0102-311X00035316](https://doi.org/10.1590/0102-311X00035316)
7. Ministério da Saúde (BR). Percepção do estado de saúde, estilo de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Pesquisa Nacional de Saúde – 2019. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2020.
8. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44(8):e32. doi: [10.26633/RPSP.2020.32](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32)
9. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *Jama*. 2017;317(2):165-82. doi: [10.1001/jama.2016.19043](https://doi.org/10.1001/jama.2016.19043)
10. He J, Gu D, Chen J, Wu X, Kelly TN, Huang JF, et al. Premature deaths attributable to blood pressure in China: a prospective cohort study. *Lancet*. 2009;374(9703):1765-72. doi: [10.1016/S0140-6736\(09\)61199-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61199-5)
11. Dantas RCO, Silva JPT, Dantas DCO, Roncalli ÂG. Fatores associados às internações por hipertensão arterial. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(3):1-7. doi: [10.1590/S1679-45082018AO4283](https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4283)
12. Neves RG, Duro SMS, Flores TR, Nunes BP, Costa CS, Wendt A, et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saude Publica* 2017;33(7):e00189915. doi: [10.1590/0102-311X00189915](https://doi.org/10.1590/0102-311X00189915)
13. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRBD, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):197-206. doi [10.5123/S1679-49742015000200002](https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200002)
14. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS et al . Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude*. 2010;29(5):e2020315. doi: [10.1590/s1679-49742020000500004](https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004)
15. Ribeiro AO, Souza Noronha KVM, Antigo MF. Uma análise das condições de vida e bem-estar dos idosos brasileiros em 2013 sob a ótica das capacitações e funcionamentos. In: *Anais do VII Congresso de la Asociación Latinoamericana de Población e XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2016 out 17-22; Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2017 [citado 2021 jul 09]. p. 1-7. Disponível em: <http://abep.org.br/xxencontro/files/paper/1033-905.pdf>
16. Barros AJ, Hiraakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3(1):1-13. doi: [10.1186/1471-2288-3-21](https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21)
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pirâmide etária 2020. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020 [citado 2020 nov 10]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>

18. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Investig Const.* 2017;4(1):259-81. doi: [10.5380/rinc.v4i1.50289](https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289)
19. Rocha MOC, Ribeiro ALP, Torres RM, Vaz-Tostes VT. Métodos não invasivos de análise funcional cardíaca. In: Dias JCP, Coura JR. *Clínica e terapêutica da doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
20. Barreto ML. Desigualdades em salud: una perspectiva global. *Cienc Saude Colet.* 2017;22(7):2097-108. doi: [10.1590/1413-81232017227.02742017](https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017)
21. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, Castro TRP, Facchini LA, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saude Publica.* 2018;34(4):e00072317. doi: [10.1590/0102-311X00072317](https://doi.org/10.1590/0102-311X00072317)
22. Fundação João Pinheiro. Observatório das desigualdades. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2020 [citado 2020 set 17]. Disponível em: http://observatoriodesigualdades.fjp.mg.gov.br/?page_id=154
23. Barbosa RJ, Souza PHGF, Soares SSD. Distribuição de renda nos anos 2010: uma década perdida para desigualdade e pobreza. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2020.
24. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cienc Saude Colet.* 2018;23(6):1929-36. doi: [10.1590/1413-81232018236.04722018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018)
25. Nunes BP, Chiavegatto Filho AD, Pati S, Teixeira DSC, Flores TR, Camargo-Figuera FA, et al. Contextual and individual inequalities of multimorbidity in Brazilian adults: a cross-sectional national-based study. *BMJ Open.* 2017;7(6):e015885. doi: [10.1136/bmjopen-2017-015885](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015885)
26. Duro SM, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, Facchini LA. Adult physical activity counseling by health professionals in Brazil: a National Urban Population Survey. *J Phys Act Health.* 2015;12(8):1177-83. doi: [10.1123/jpah.2013-0213](https://doi.org/10.1123/jpah.2013-0213)
27. Flores TR, Nunes BP, Assunção MCF, Bertoldi AD. Hábitos saudáveis: que tipo de orientação a população idosa está recebendo dos profissionais de saúde?. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(1):167-80. doi: [10.1590/1980-5497201600010015](https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010015)
28. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate.* 2018;42(116):11-24. doi: [10.1590/0103-1104201811601](https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601)
29. Ministério da Saúde (BR). Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde – 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
30. Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de pessoas com diagnóstico médico de hipertensão arterial e prevalência de cuidado adequado recebido da rede de saúde, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 e 2019

Variável	2013 (n=11.129)		2019 (n=19.107)	
	n (%)	Cuidado adequado % ^a	n (%)	Cuidado adequado % ^a
Região				
Nordeste	3.242 (29,1)	20,0	6.639 (34,8)	13,7
Norte	1.719 (15,5)	22,5	2.983 (15,6)	17,4
Sudeste	3.111 (27,9)	27,2	4.867 (25,5)	20,5
Sul	1.597 (14,4)	22,5	2.545 (13,3)	19,7
Centro-Oeste	1.460 (13,1)	27,4	2.073 (10,9)	24,6
Sexo				
Masculino	3.898 (35,0)	29,9	7.717 (40,4)	20,7
Feminino	7.231 (65,0)	21,4	11.390 (59,6)	17,4
Idade (em anos)				
18-49	3.441 (30,9)	21,3	4.249 (22,2)	16,0
50-64	4.099 (36,8)	27,7	7.160 (37,5)	21,9
≥65	3.589 (32,3)	23,8	7.698 (40,3)	17,2
Raça/cor da pele				
Branca	4.724 (42,5)	26,5	7.201 (37,7)	21,8
Preta	1.159 (10,4)	24,0	2.472 (12,9)	18,5
Parda/amarela/indígena	5.246 (47,1)	22,3	9.434 (49,4)	15,7
Classe econômica (em quintis)				
1º (mais pobres)	2.394 (26,6)	15,3	5.201 (27,2)	9,1
2º	2.106 (23,5)	20,8	4.715 (24,7)	15,2
3º	1.423 (15,8)	25,7	3.679 (19,3)	18,1
4º	1.705 (19,0)	27,9	2.910 (15,2)	24,1
5º (mais ricos)	1.357 (15,1)	39,9	2.602 (13,6)	33,0
Local de atendimento				
Hospital público/UPA ^b /PA ^c /PS ^d	2.466 (22,1)	18,7	3.825 (20,0)	14,5
UBS ^e /USF ^f	5.513 (49,6)	19,2	9.526 (49,9)	13,2
Serviços privados	3.150 (28,3)	41,1	5.756 (30,1)	29,5
Tipo de atendimento				
SUS ^g	7.605 (68,3)	18,8	12.909 (67,7%)	13,4
Não SUS	3.524 (31,7)	35,8	6.161 (32,3%)	29,1
TOTAL	11.129 (100,0)	25,3	19.128 (100,0)	18,8

a) Proporção com ponderação; b) UPA = unidade de pronto atendimento; c) PA = pronto atendimento; d) PS = pronto-socorro; e) UBS = unidade básica de saúde; f) USF = unidade de Saúde da Família; g) SUS = Sistema Único de Saúde.

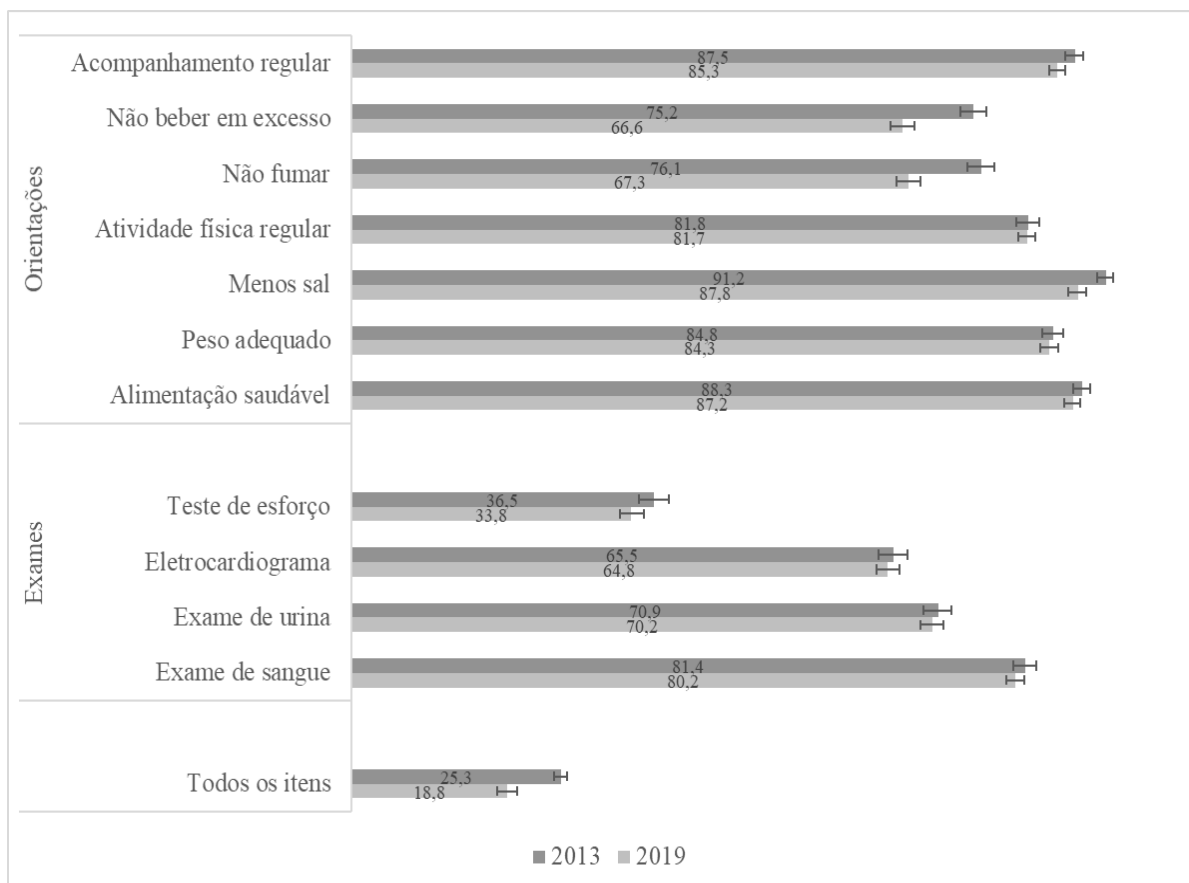


Figura 1 – Prevalência (%) de adultos e idosos atendidos por hipertensão arterial que referiram o recebimento de orientações e de prescrição de exames, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 (n=11.129) e 2019 (n=19.107)

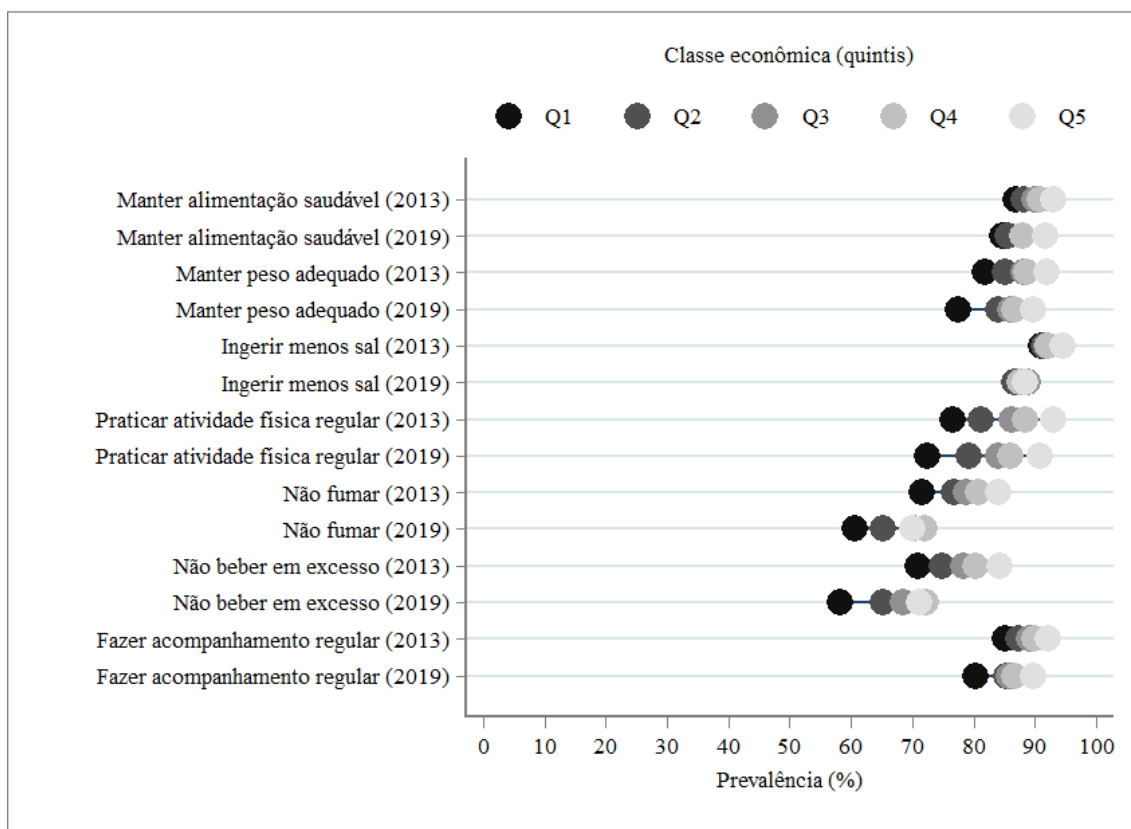


Figura 2 – Prevalência de adultos e idosos atendidos por hipertensão arterial que referiram o recebimento de orientações de acordo com quintis de classe econômica, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 (n=11.129) e 2019 (n=19.107)

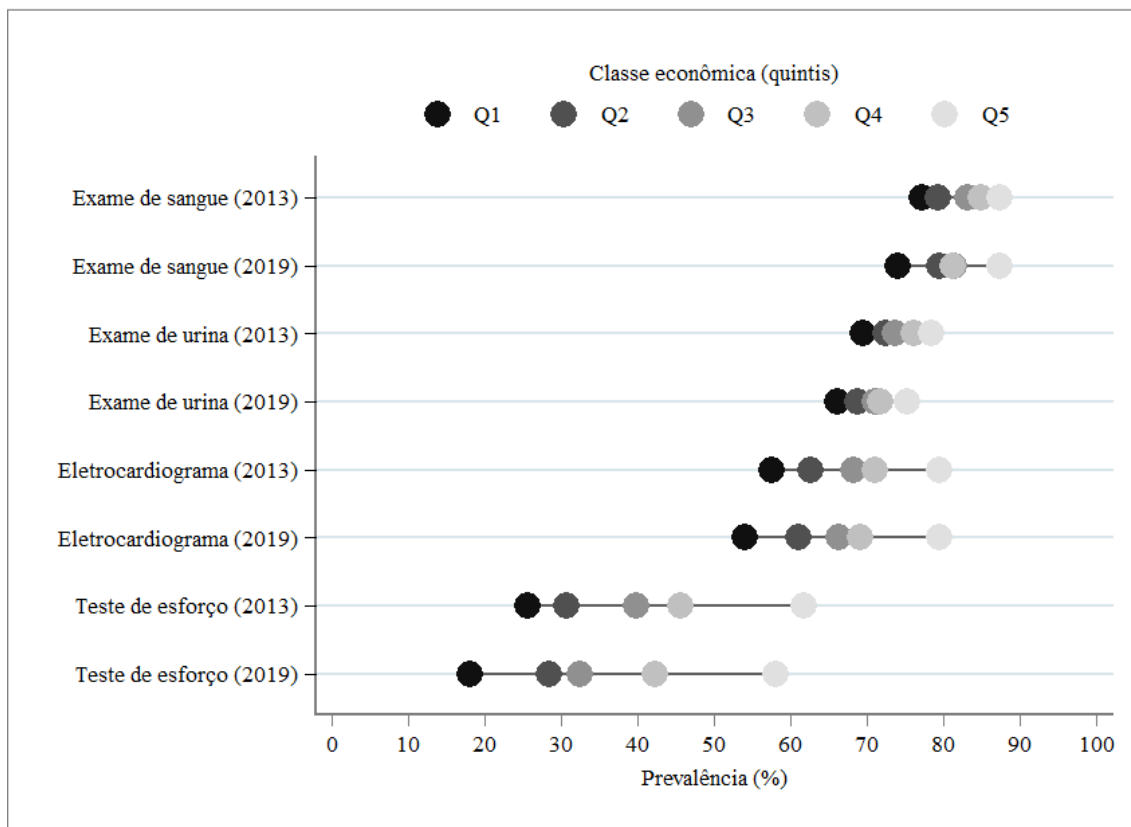


Figura 3 – Prevalência de adultos e idosos atendidos por hipertensão arterial que referiram o recebimento de solicitação de exames de acordo com quintis de classe econômica, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 (n=11.129) e 2019 (n=19.107)

Tabela 2 – Razões de prevalências não ajustadas e ajustadas do cuidado recebido oferecido por profissional de saúde aos adultos e idosos com hipertensão arterial, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 (n=11.129) e 2019 (n=19.107)

Variável	2013		2019	
	RP ^a (IC _{95%} ^b) Não ajustadas	RP (IC _{95%}) Ajustadas	RP (IC _{95%}) Não ajustadas	RP (IC _{95%}) Ajustadas
Região^c	p<0,001 ^l		p<0,001 ^l	
Nordeste	1,00		1,00	
Norte	1,12 (0,90;1,39)		1,27 (1,08;1,50)	
Sudeste	1,36 (1,14;1,62)		1,49 (1,29;1,73)	
Sul	1,12 (0,91;1,38)		1,44 (1,24;1,67)	
Centro-Oeste	1,37 (1,14;1,64)		1,79 (1,53;2,10)	
Sexo^d	p<0,001 ^l		p<0,001 ^l	
Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
Feminino	0,72 (0,64;0,81)	0,76 (0,68;0,86)	0,84 (0,76;0,93)	0,88 (0,79;0,97)
Idade (em anos)^d	p<0,001 ^l		p<0,001 ^l	
18-49	1,00	1,00	1,00	1,00
50-64	1,30 (1,13;1,50)	1,32 (1,13;1,53)	1,37 (1,17;1,61)	1,38 (1,18;1,61)
≥65	1,12 (0,96;1,31)	1,28 (1,08;1,52)	1,08 (0,92;1,27)	1,16 (1,00;1,37)
Raça/cor da pele^d	p=0,041 ^l		p=0,890 ^l	
Branca	1,00	1,00	1,00	1,00
Preta	0,91 (0,74;1,11)	1,05 (0,84;1,33)	0,85 (0,72;1,00)	1,05 (0,89;1,23)
Parda/amarela/indígena	0,84 (0,74;0,96)	0,99 (0,86;1,15)	0,72 (0,64;0,81)	0,90 (0,80;1,02)
Classe econômica (em quintis)^d	p<0,001 ^l		p<0,001 ^l	
1° (mais pobres)	1,00	1,00	1,00	1,00
2°	1,36 (1,08;1,71)	1,35 (1,07;1,70)	1,68 (1,40;2,01)	1,63 (1,36;1,96)
3°	1,68 (1,35;2,09)	1,65 (1,32;2,07)	2,00 (1,68;2,38)	1,93 (1,62;2,31)
4°	1,83 (1,48;2,25)	1,80 (1,45;2,24)	2,66 (2,20;3,23)	2,58 (2,12;3,13)
5° (mais ricos)	2,60 (2,10;3,22)	2,54 (2,03;3,17)	3,64 (3,04;4,35)	3,53 (2,94;4,23)
Local de atendimento^e	p<0,001 ^l		p=0,043 ^l	
Hospital público/UPA ^f /PA ^g /PS ^h	1,00	1,00	1,00	1,00
UBS ⁱ /USF ^j	1,04 (0,85;1,26)	1,03 (0,84;1,27)	0,91 (0,77;1,09)	0,96 (0,81;1,14)
Serviços privados	2,05 (1,71;2,45)	1,48 (1,11;1,98)	2,04 (1,74;2,38)	1,22 (0,90;1,66)
Tipo de atendimento^e	p<0,001 ^l		p=0,117 ^l	
SUS ^k	1,00	1,00	1,00	1,00
Não SUS	1,91 (1,68;2,16)	1,14 (0,86;1,52)	2,17 (1,94;2,42)	1,35 (1,00;1,82)

a) RP = razão de prevalências; b) IC_{95%} = intervalo de confiança de 95%; c) Primeiro nível hierárquico; d) Segundo nível hierárquico; e) Terceiro nível hierárquico; f) UPA = unidade de pronto atendimento; g) PA = pronto atendimento; h) PS = pronto-socorro; i) UBS = unidade básica de saúde; j) USF = unidade de Saúde da Família; k) SUS = Sistema Único de Saúde; l) Valor-p do teste de Wald, obtido mediante regressão de Poisson.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.