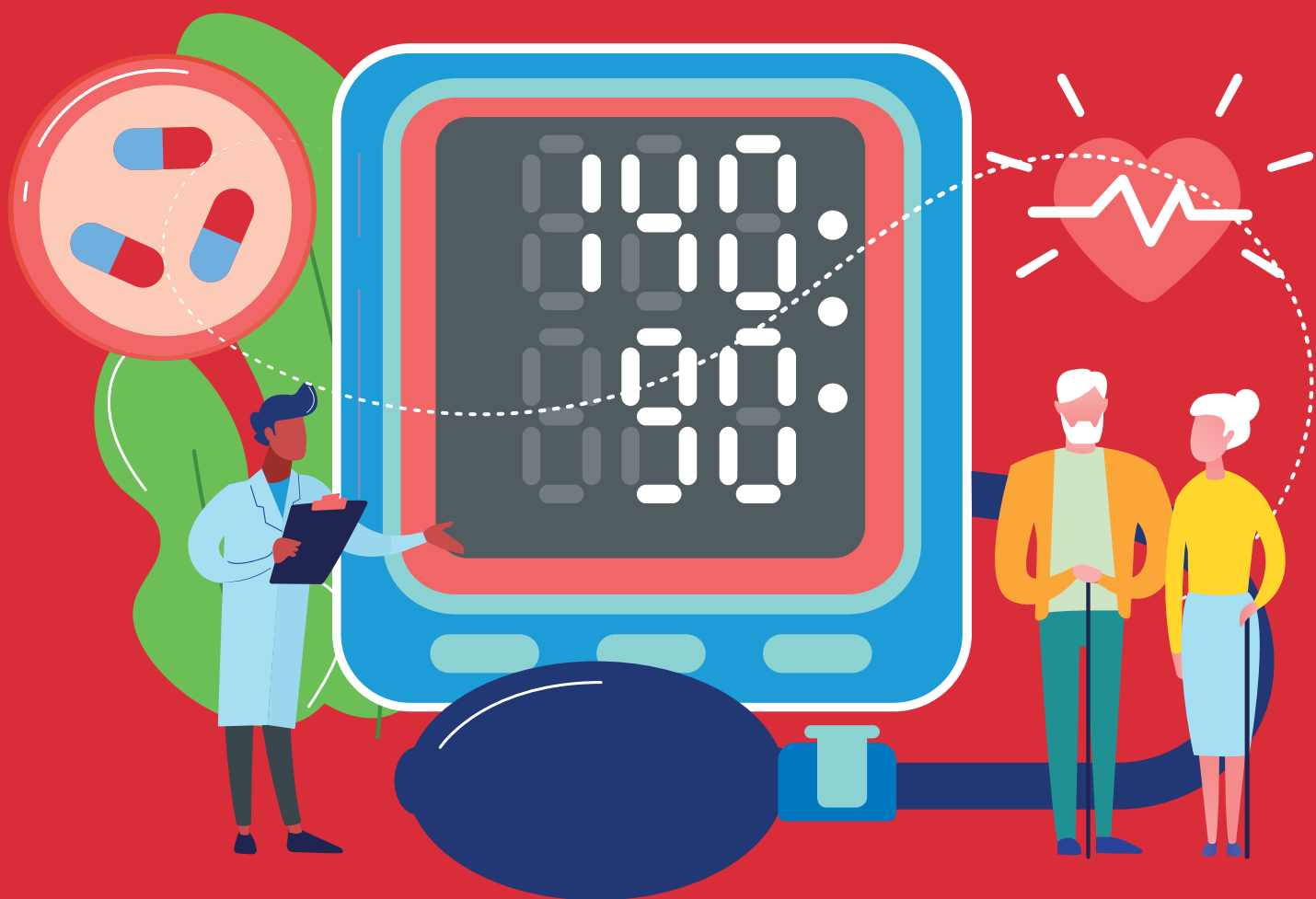


CENÁRIO DA **HIPERTENSÃO** NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA



Autor: **BRUNO MINAMI**
Superintendente executivo: **JOSÉ CECHIN**

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

SUMÁRIO EXECUTIVO

- A hipertensão arterial (ou pressão alta) é a força que o sangue circulante exerce contra as paredes das artérias do corpo. Quando essa pressão arterial está persistentemente alta, é chamada de hipertensão (WHO, 2021).
- Muitas vezes não apresenta sinais ou sintomas de alerta e, assim, a maioria das pessoas com hipertensão desconhece a doença. Entretanto, ela é uma das principais causas de morte prematura em todo o mundo. Assim, recomenda-se a medição da pressão arterial regularmente (WHO, 2021).
- No Brasil, segundo dados da Pnad Covid-19 do IBGE de novembro de 2020, 47,7 milhões de brasileiros (ou 22,5% da população) declararam ter recebido diagnóstico médico de alguma doença crônica em algum momento da vida, sendo **a hipertensão a mais frequente (28,2 milhões de brasileiros ou 13% da população)**. As demais prevalências de fatores de risco questionadas foram doença de pulmão (5,5%), diabetes (5,3%), depressão (2,9%), doenças do coração (2,6%) e câncer (1,0%) (IBGE, 2020).
- Dos 28,2 milhões de brasileiros que declararam em novembro de 2020 ter recebido diagnóstico médico de hipertensão em algum momento da vida, **8 milhões tinham plano de saúde (ou 14% dos 58 milhões de beneficiários)** (IBGE, 2020).
- Entre os respondentes que disseram ter diagnóstico médico de hipertensão, houve maior percentual no sexo feminino (15%), pessoas com ensino fundamental completo ou incompleto (17%), 75 anos ou mais de idade (55%), no sudeste e sul (14%) e entre pretos (16%) (IBGE, 2020).
- Dados do “Mapa Assistencial” da ANS trouxeram um alerta. Em 2020, os planos privados de assistência à saúde realizaram 35 mil internações por doença hipertensiva, resultado 14% menor em comparação com o ano anterior (40 mil). Esta queda também ocorreu em todos os procedimentos realizados na saúde suplementar no mesmo período – justificado pelo início da pandemia de Covid-19 no país e no mundo, que levou diversas pessoas a adiarem procedimentos eletivos e de não urgência (ANS, 2021).

INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial (ou pressão alta) é uma doença. A pressão arterial é a força que o sangue circulante exerce contra as paredes das artérias¹ do corpo (WHO, 2021).

A leitura da pressão arterial é feita por meio de dois números: (i) o sistólico que representa a pressão nos vasos sanguíneos quando o coração contrai ou bate; e (ii) o diastólico, quando o coração descansa entre os batimentos. O diagnóstico de hipertensão ocorre quando, ao medir em dois dias diferentes, a leitura sistólica for ≥ 140 mmHg e/ou a diastólica ≥ 90 mmHg, em ambos os dias. Quando essa pressão arterial está persistentemente alta, é chamada de hipertensão (WHO, 2021).

Imagens. Materiais da campanha da OPAS/OMS do Dia Mundial da Hipertensão.



Fonte: Imagem extraída do sítio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-hipertensao-2022>

¹ As artérias são vasos sanguíneos espessos e resistentes que levam o sangue, nutrientes e oxigênio do coração para os tecidos. Consequentemente, transportam sangue sob alta pressão.

Muitas vezes, a hipertensão não apresenta sinais ou sintomas de alerta e, assim, a maioria das pessoas com hipertensão desconhece o problema. Se não controlada, a hipertensão pode causar ataque cardíaco (quando há o suprimento de sangue para o coração e as células do músculo cardíaco morrem por falta de oxigênio), insuficiência cardíaca (quando o coração não consegue bombear sangue e oxigênio suficiente para os órgãos vitais do corpo), derrame (quando há o rompimento ou bloqueio das artérias que fornecem sangue e oxigênio para o cérebro) e insuficiência renal. Ela é uma das principais causas de morte prematura em todo o mundo e, alguns, o apelidam de “assassino silencioso” (WHO, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 1,3 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos de idade tenham hipertensão em todo o mundo – sendo dois terços em países de baixa e média renda. Quase metade (46%) dos adultos com hipertensão não sabem que têm a doença e menos da metade dos adultos (42%) são diagnosticados e tratados (WHO, 2021). Infelizmente, a pressão alta ainda não tem cura, mas há tratamento e pode ser controlada por meio de medicamentos e adoção de um estilo de vida saudável.

Dado a relevância da hipertensão e os impactos causados pela pandemia de Covid-19, este estudo buscou: (i) descrever a quantidade de brasileiros que referiram diagnóstico médico de hipertensão no Brasil; e (ii) alertar sobre a queda do número de procedimentos de assistência à saúde entre 2019 e 2020. Assim, pretende-se atualizar os gestores sobre o perfil epidemiológico da sua população, da agenda de atenção à saúde e contribuir com o planejamento, monitoramento e conhecimento das estatísticas de saúde pública e suplementar disponíveis até o momento.

PERFIL DOS BRASILEIROS QUE REFERIRAM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HIPERTENSÃO NO BRASIL: PNAD COVID-19 DO IBGE

Para quantificar as pessoas que referiram diagnóstico médico de hipertensão em aspecto nacional, utilizaram-se os microdados da pesquisa “Pnad Covid-19” do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao mês de novembro de 2020.

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de estimar o número de pessoas com sintomas referidos associados à síndrome gripal e monitorar os impactos da pandemia da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. A coleta dos dados teve início em 4 de maio de 2020, com entrevistas realizadas por telefone em 193 mil domicílios por mês², em todo o território nacional. A amostra era fixa, ou seja, os domicílios entrevistados no primeiro mês de coleta de dados permaneceram na amostra nos meses subsequentes, até o fim da pesquisa.

A Pnad Covid-19 se divide em dois módulos: questões de saúde (consideraram-se todos os moradores do domicílio e foram o foco deste trabalho) e questões de trabalho. Atenta-se que essa é a primeira pesquisa divulgada com o selo de “Estatística Experimental”³. O encerramento da pesquisa em novembro de 2020 está relacionado ao caráter temporário e redução da sobrecarga e desgastes dos respondentes – já que estes eram requisitados todos os meses para responder a pesquisa⁴ (IBGE, 2020).

2 Aproximadamente, 48 mil domicílios por semana. Utilizou-se como base a amostra de domicílios da PNAD Contínua do 1º trimestre de 2019.

3 Seus dados são novos, estão sujeitas a testes e avaliações ou não atingiram um grau completo de maturidade em termos de harmonização, cobertura ou metodologia. Seus resultados devem ser usados com cautela. Veja mais sobre estatísticas experimentais: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/investigacoes-experimentais/estatisticas-experimentais.html>

4 Comunicado disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_PNAD_COVID19/Notas_Tecnicas/Comunicado_Encerramento_PNAD_COVID_19.pdf

Para o presente trabalho, o cruzamento dos dados e sua ponderação foram realizados no *software* estatístico *R*. Foram analisadas as prevalências de hipertensão arterial utilizando a variável B0102 (“Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão?”: sim/não/ ignorado).

A partir das entrevistas realizadas, aplicou-se peso amostral e chegou-se a uma população estimada para o Brasil de 212 milhões de habitantes em novembro de 2020. Do total de habitantes, 58 milhões (ou 27% da população) tinham algum plano de saúde de assistência médica⁵, seja particular, de empresa ou de órgão público e 154 milhões (73%) não tinham acesso à saúde suplementar (utilizavam o Sistema Único de Saúde, o SUS, ou pagavam os serviços do próprio bolso)⁶.

Os resultados demonstraram que, em novembro de 2020, havia 47,7 milhões de brasileiros (ou 22,5% da população) com alguma doença crônica, sendo a hipertensão a mais frequente (13,3%). As demais prevalências de fatores de risco questionadas na Pnad Covid-19 foram asma/bronquite/enfisema/doenças respiratória crônica ou doença de pulmão (5,5%), diabetes (5,3%), depressão (2,9%), doenças do coração - como infarto, angina, insuficiência cardíaca, arritmia (2,6%) e câncer (1,0%) (tabela 1)⁷.

Tabela 1. Número e proporção (%) de pessoas com hipertensão, diabetes, doenças do pulmão (1), depressão, doenças do coração e câncer segundo posse de plano de saúde. Brasil, novembro de 2020.

	COM PLANO DE SAÚDE		SEM PLANO DE SAÚDE		POPULAÇÃO TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
POPULAÇÃO TOTAL	57.778.084	100,0	153.500.150	100,0	211.652.369	100,0
Hipertensão	8.275.230	14,3	19.905.252	13,0	28.182.265	13,3
Diabetes	3.356.830	5,8	7.768.965	5,1	11.126.398	5,3
Doenças do pulmão ou (1)	3.910.669	6,8	7.653.112	5,0	11.564.712	5,5
Depressão	2.058.212	3,6	4.162.086	2,7	6.220.764	2,9
Doenças do coração	1.810.366	3,1	3.662.646	2,4	5.473.614	2,6
Câncer	924.016	1,6	1.246.382	0,8	2.170.932	1,0

Fonte: IBGE/Pnad Covid-19 (edição: novembro de 2020). Elaboração: IESS. Nota: (1) ou asma/bronquite/enfisema/doenças respiratória crônica. Não constam na tabela os não respondentes ou ignorados.

- 5** O resultado de 57,8 milhões de beneficiários é diferente do divulgado pela ANS. A Agência Reguladora contabiliza o número de vínculos a planos privados de saúde, e a Pnad Covid-19 questionou se o indivíduo “tem algum plano de saúde médico, seja particular, de empresa ou de órgão público”.
- 6** O número de pessoas que não responderam se tinha um plano de saúde foi de 374.135 pessoas.
- 7** Atenta-se que uma pessoa pode ter mais de uma doença ou fatores de risco.

O foco deste estudo foi nos 28 milhões de brasileiros (ou 13% da população) que declararam ter recebido diagnóstico médico de hipertensão em algum momento da vida. Desses, 8 milhões tinham plano de saúde (14% dos 58 milhões de beneficiários⁸) e 20 milhões não tinham o benefício (13% dos 154 milhões dos não beneficiários) (tabela 1).

Entre os respondentes que disseram ter diagnóstico médico de hipertensão, a prevalência foi superior no sexo feminino (15%) em comparação com o masculino (12%). Maior percentual de pessoas com ensino fundamental completo ou incompleto declararam ter hipertensão (17%) em comparação com os demais níveis de escolaridade. Quanto à faixa etária (atenta-se que esta variável se refere à idade do morador no momento da entrevista e não na idade que a pessoa tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão), o grupo com maior percentual foram os de 75 anos ou mais de idade (55%), seguido de 65 a 74 (49%) e 60 a 64 (40%). As regiões que apresentaram maior prevalência foram sudeste e sul (14%). Considerando a cor declarada, a prevalência foi maior entre pretos (16%), brancos (14%) e amarelos (14%) (tabela 2).

Tabela 2. Número e prevalência (%) de pessoas com hipertensão segundo posse de plano de saúde e por variáveis selecionadas (sexo, nível de instrução, idade no momento da entrevista, região e cor). Brasil, novembro de 2020.

	% DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HIPERTENSÃO					
	COM PLANO DE SAÚDE		SEM PLANO DE SAÚDE		POPULAÇÃO TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
POPULAÇÃO COM HIPERTENSÃO	8.275.230	14,3	19.905.252	13,0	28.182.265	13,3
SEXO						
Masculino	3.726.712	13,5	8.121.047	10,7	11.848.245	11,5
Feminino	4.548.518	15,1	11.784.206	15,1	16.334.020	15,1
NÍVEL DE INSTRUÇÃO						
Sem instrução	222.624	4,1	2.315.449	13,2	2.538.538	11,0
Fundamental c/i	2.490.081	18,5	11.088.670	17,2	13.579.658	17,4
Médio c/i	2.548.218	15,7	4.998.653	9,2	7.546.871	10,7

⁸ O resultado da Pnad Covid-19 do IBGE, de 57,7 milhões de beneficiários é diferente do divulgado pela ANS. A Agência Reguladora contabiliza o número de vínculos a planos privados de saúde, e a Pnad Covid-19 questionou se o indivíduo “tem algum plano de saúde médico, seja particular, de empresa ou de órgão público”.

(cont.) Tabela 2. Número e prevalência (%) de pessoas com hipertensão segundo posse de plano de saúde e por variáveis selecionadas (sexo, nível de instrução, idade no momento da entrevista, região e raça/cor). Brasil, novembro de 2020.

	% DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HIPERTENSÃO					
	COM PLANO DE SAÚDE		SEM PLANO DE SAÚDE		POPULAÇÃO TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Superior c/i	2.385.148	13,1	1.314.822	8,1	3.700.379	10,8
Pós, mest. ou dout.	629.160	14,0	187.659	13,4	816.819	13,8
IDADE (ANOS E NO MOMENTO DA ENTREVISTA)						
0 a 17	18.278	0,1	31.023	0,1	49.301	0,1
18 a 29	114.987	1,3	442.837	1,4	557.824	1,4
30 a 59	3.582.464	14,0	9.348.699	15,1	12.932.058	14,8
60 a 64	1.084.878	38,6	2.691.153	40,8	3.776.031	40,1
65 a 74	1.983.505	49,1	4.475.342	49,6	6.459.131	49,4
75 ou +	1.491.118	53,2	2.916.199	55,6	4.407.920	54,7
*Adultos (≥ 18 anos)	8.256.952	18,6	19.874.229	17,5	28.132.964	17,8
REGIÃO						
Norte	265.333	11,8	1.249.883	7,8	1.515.353	8,2
Nordeste	1.263.021	14,1	6.036.368	12,5	7.299.673	12,7
Centro-Oeste	586.390	12,7	1.467.360	12,4	2.054.159	12,5
Sul	1.392.329	14,4	2.950.363	14,4	4.343.643	14,4
Sudeste	4.768.157	14,8	8.201.280	14,5	12.969.437	14,5
COR						
Branca	4.991.790	14,3	7.992.410	13,7	12.985.075	13,9
Preta	690.045	17,5	2.288.361	15,8	2.978.406	16,1
Amarela	104.255	15,3	105.167	12,3	209.422	13,6
Parda	2.481.438	13,7	9.451.004	12,0	11.933.349	12,3
Indígena	7.703	10,8	65.811	11,9	73.514	11,8

Fonte: IBGE/Pnad Covid-19 (edição: novembro de 2020). Elaboração: IESS. Nota: (i) não constam na tabela os não respondentes ou ignorados; (ii) em níveis de instrução, "c/i" significa completo ou incompleto.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE E IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19

Em 2020, países do mundo inteiro sofreram com a pandemia causada por uma doença virótica altamente infecciosa, a Covid-19⁹. No Brasil, o primeiro caso do novo coronavírus foi detectado no final de fevereiro de 2020. Um mês depois foi registrada a primeira morte confirmada por esse vírus no país. Dias depois, a transmissão comunitária foi confirmada para todo o território nacional.

Essa crise sanitária fez parte dos brasileiros começarem a trabalhar em suas casas (*home office*). Em abril de 2020, alguns municípios decretaram *lockdown* para tentar combater o avanço da pandemia – a população poderia sair de casa apenas para realizar atividades essenciais (como idas ao mercado, por exemplo) e em horários restritos, sem aglomerações. Algumas cidades chegaram a registrar colapso hospitalar e funerário, com leitos de UTI em capacidade máxima.

A população então precisou mudar seus hábitos de higiene e muitos preferiram adiar procedimentos eletivos (considerados como não urgência/ emergência ou que não estavam programados) e, conseqüente, houve redução de idas aos ambulatórios, dentistas, hospitais, laboratórios e prontos-socorros.

⁹ A nomenclatura “Covid-19” foi adotada oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para nomear a doença causada pelo novo coronavírus (o SARS-CoV-2). O 19, refere-se ao ano em que os primeiros casos foram notificados em humanos, após a publicação do relatório de casos de “pneumonia viral” na cidade de Wuhan, na República Popular da China, no final de dezembro de 2019 (OMS, 2021).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) detectou que, de março a dezembro de 2020 e o mesmo período do ano anterior, houve queda de 27 milhões de exames, cirurgias e outros procedimentos eletivos¹⁰ (redução de 16 milhões de exames diagnósticos, 8 milhões de procedimentos clínicos, 1,2 milhão de pequenas cirurgias e 210 mil transplantes de órgãos, tecidos e células) (CFM, 2021).

Esses adiamentos foram preocupantes em todo o setor, inclusive na saúde suplementar. Dados do Mapa Assistencial da ANS¹¹ revelaram que, em 2020, os planos privados de assistência à saúde realizaram 1,2 bilhão de procedimentos de assistência médico-hospitalar. Em comparação com o ano anterior, houve queda de 17,4% no número total e em todos os grupos de procedimentos analisados. As internações por doença hipertensiva também apresentaram queda, de 13,5% (tabela 3) (ANS, 2021).

Tabela 3. Quantidade de procedimentos de assistência médico-hospitalar realizados por planos privados de assistência à saúde e número de beneficiários. Brasil, 2019 e 2020.

	2019	2020	VARIAÇÃO % ENTRE 2019 E 2020
Consultas Médicas	277.547.948	208.015.620	-25,1
Outros atendimentos ambulatoriais	158.837.908	131.274.762	-17,4
Exames complementares	916.537.839	783.000.124	-14,6
Terapias	72.051.896	54.942.214	-23,7
Internação	8.639.578	7.367.872	-14,7
Internação por doença hipertensiva	40.147	34.727	-13,5
TOTAL DE PROCEDIMENTOS	1.433.615.169	1.184.600.592	-17,4
Nº BENEFICIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR	47.017.849	47.051.059	0,3

Fonte: SIB/ANS/MS - 06/2021 e SIP/ANS/MS - 06/2021. Elaboração: IESS.

¹⁰ Utilizaram-se as informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

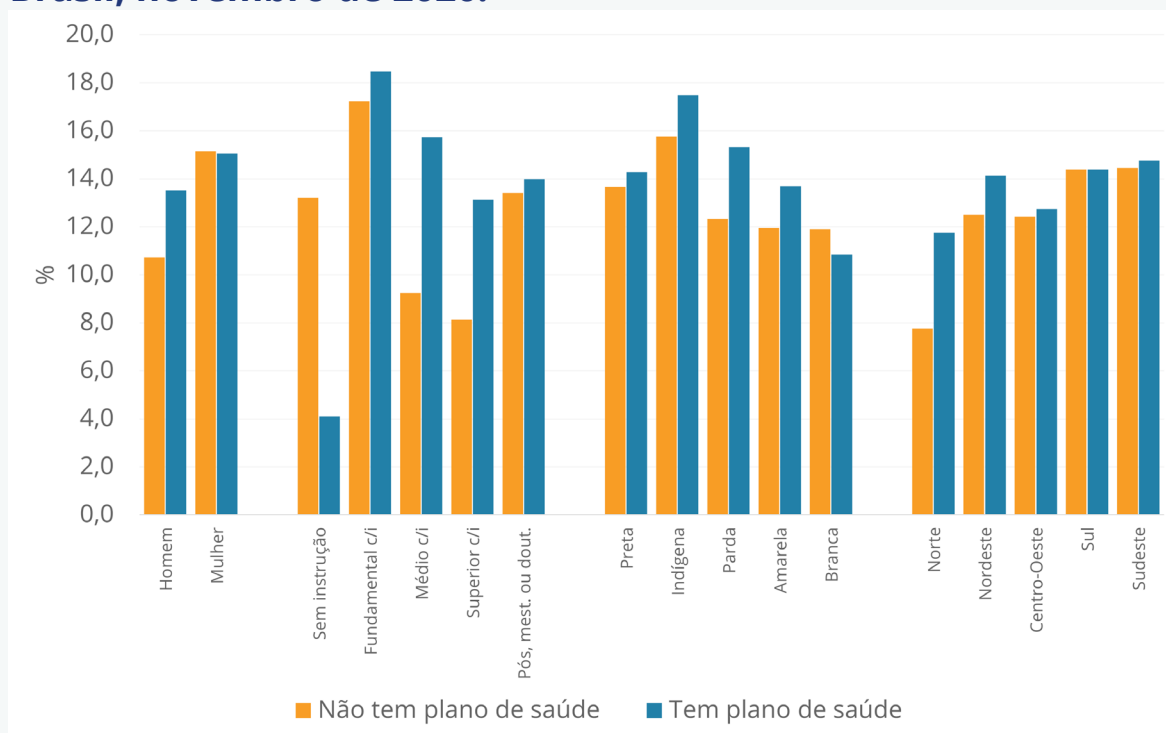
¹¹ Para descrever o impacto da pandemia de Covid-19 no número de procedimentos de assistência à saúde em planos privados, utilizou-se o “Mapa Assistencial da Saúde Suplementar” da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sua principal fonte de informação é o Sistema de Informações de Produtos (SIP), uma base de dados da ANS que coleta periodicamente as informações assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Os dados quantitativos do número de beneficiários de planos médico-hospitalares foram extraídos de uma ferramenta denominada “ANS Tabnet”, cuja principal fonte de informações é o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

DISCUSSÃO

Este estudo especial mapeou os beneficiários de planos de saúde com hipertensão arterial a partir dos dados da Pnad Covid-19 do IBGE. Com esses microdados, estima-se que 28 milhões de brasileiros (ou 13% da população) declararam ter recebido diagnóstico médico de hipertensão em algum momento da vida. Desses, 8 milhões tinham plano de saúde (14% dos 58 milhões de beneficiários). Entre os respondentes que disseram ter diagnóstico médico de hipertensão, houve maior percentual no sexo feminino (15%), pessoas com ensino fundamental completo ou incompleto (17%), 75 anos ou mais de idade (55%), no sudeste e sul (14%) e entre pretos (16%).

As tabelas 1 e 2 e o gráfico 1 mostram que, em quase todas as variáveis, o percentual de indivíduos com hipertensão foi maior entre os que possuem plano de saúde de assistência médico-hospitalar em comparação com quem não tem o mesmo benefício. Questionou-se então os motivos desta diferença

Gráfico 1. Percentual de pessoas com hipertensão segundo posse de plano de saúde de assistência médico-hospitalar e por variáveis selecionadas (sexo, nível de instrução, cor e região). Brasil, novembro de 2020.



Fonte: IBGE/Pnad Covid-19 (edição: novembro de 2020). Elaboração: IESS. Nota: (i) não constam no gráfico os não respondentes ou ignorados; (ii) em níveis de instrução, "c/i" significa completo ou incompleto.

Artigo de Novaes, H. M. D. et al. (2006) analisou fatores associados à realização de exames de papanicolau e mamografia em mulheres brasileiras com dados da Pnad 2003. Os principais fatores preditivos para Papanicolau foram ter filhos, consulta médica no último ano, renda elevada, médio a alto grau de escolaridade, ter plano de saúde e morar em zona urbana e para mamografia, distribuição etária (40-59 anos), consulta médica no último ano, morar em zona urbana e ter plano de saúde.

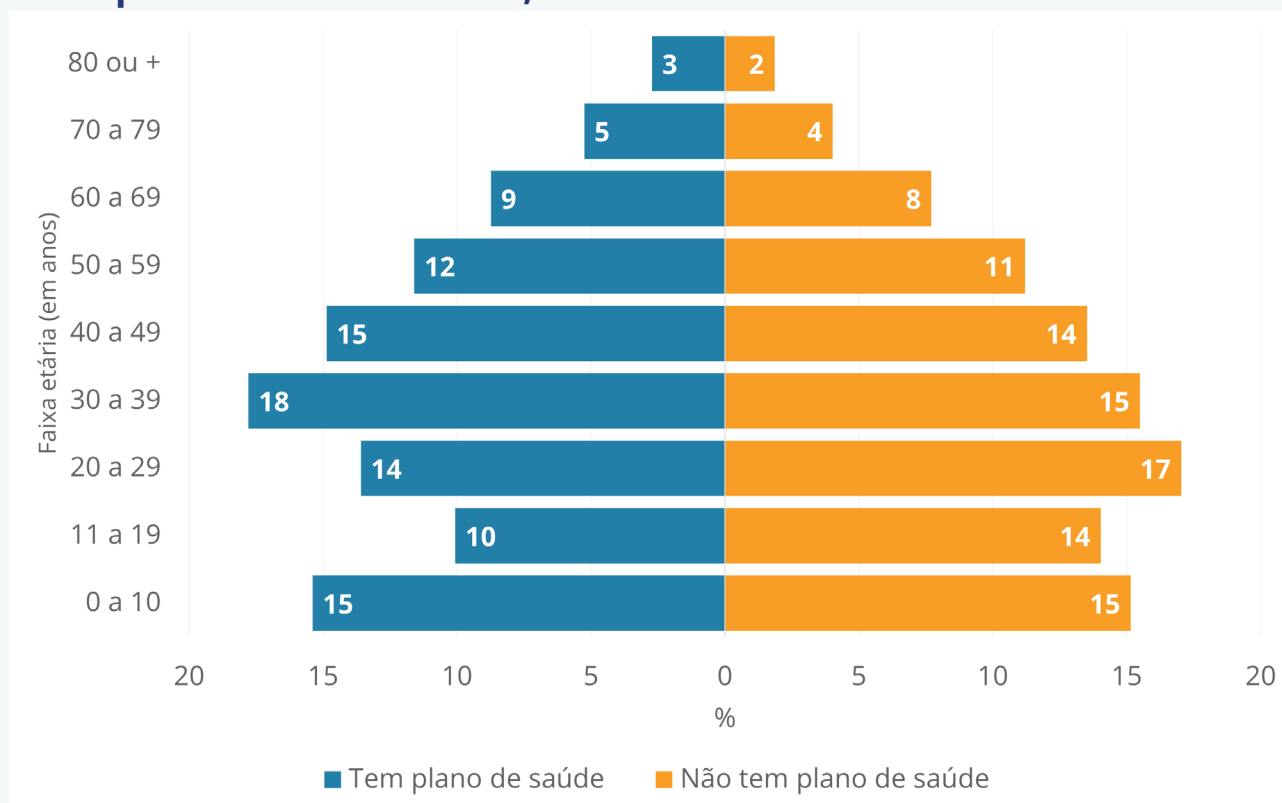
Outro artigo de Azevedo e Silva G. et al. (2017) analisou as ações de detecção precoce para o câncer de mama e suas diferenças entre usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Suplementar (SS). Das entrevistadas, 67% tiveram um pedido médico para mamografia (60% usuárias SUS e 84%, SS). A posse de um plano de saúde, maior nível de escolaridade e ser de cor branca tiveram associação positiva no pedido do exame. Residir no Norte e Nordeste do país reduziram as chances do pedido. Das que receberam o pedido, 5% não realizaram a mamografia (8% eram usuárias do SUS e 2%, SS), o que indicou que uma vez que conseguiu o pedido, a maioria consegue realizar o exame. Destaca-se a disparidade entre as mulheres que não conseguiram marcar o exame, o percentual foi de 20% entre usuárias do SUS e 3,7% da SS. Os autores concluíram que as barreiras de acesso para rastreamento para o câncer de mama são maiores entre mulheres que dependem exclusivamente do SUS (Azevedo e Silva G, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL., 2017).

Assim, acredita-se que possa existir associação entre escolaridade, posse de um plano de saúde e maior acesso a consultas e exames preventivos, consequentemente, aumentando o diagnóstico médico de hipertensão e tratamentos.

Outra hipótese se baseia nas diferenças da estrutura etária da população – o percentual de idosos (≥ 60 anos) entre os que possuem plano de saúde somam 17%, enquanto os que não têm, 14% (gráfico 2). Sabe-se que a morbidade, incapacidade e mortalidade de DNTs (Doenças não-transmissíveis) aumenta com o envelhecimento da população (WHO, 2005). Logo, pela população de beneficiários de planos de saúde ter percentual maior de idosos, espera-se maior prevalência de hipertensão, diabetes, câncer e outras DNTs em comparação com a população que não conta com o benefício.

Desigualdades na prevalência de DNTs podem resultar de diferenças nos estilos de vida, como padrão alimentar e atividade física. Acredita-se também que menor nível de instrução, informação e conhecimento sobre os efeitos dos hábitos na saúde impactam em maior prevalência. Ademais, indivíduos nos estratos de menor renda costumam ter menos acesso a alimentos saudáveis.

Gráfico 2. Distribuição (%) da população por faixa etária segundo posse de plano de saúde. Brasil, novembro de 2020.



Fonte: IBGE/Pnad Covid-19 (edição: novembro de 2020). Elaboração: IESS. Nota: não constam no gráfico os não respondentes ou ignorados.

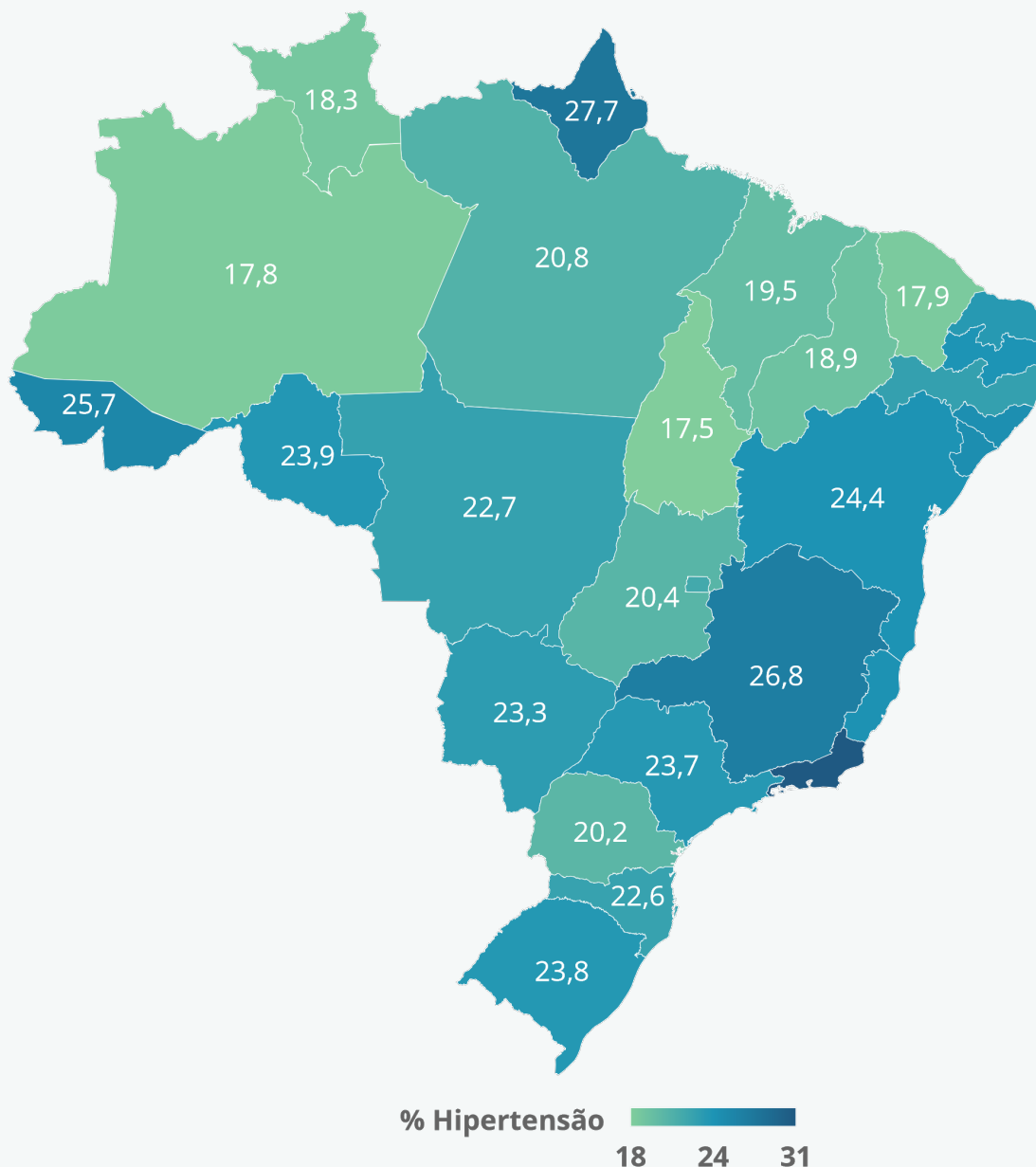
Como visto nos artigos acima citados, salienta-se também que pode haver a presença de variáveis de confusão, como escolaridade e renda. Espera-se que futuras análises aprofundadas sobre o tema sejam realizadas.

Para complementar esta discussão, trazem-se os resultados de 2018, do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) da Saúde Suplementar (SS). O objetivo foi monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT na população brasileira. Nesse ano, o Vigitel contou com a participação de 52 mil brasileiros, dos quais, 29 mil eram beneficiários de planos de saúde. Responderam adultos (≥ 18 anos), com pelo menos uma linha telefônica, residentes das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Com dados da última edição do Vigitel SS foi possível detectar que 24,1% dos adultos beneficiários de planos de saúde, residentes das capitais dos Estados, relataram diagnóstico médico de hipertensão arterial (variou de 17,5% em Palmas e 31% no Rio de Janeiro) em 2018 (mapa 1).

Atenta-se que os dados do Vigitel trazem estimativas específicas da população adulta e residente das capitais do Estados Brasileiros, o que difere da Pnad Covid-19 (com abrangência nacional). Sua diferença metodológica não os torna comparáveis.

Mapa 1. Percentual* de adultos (≥ 18 anos) beneficiários de planos de saúde que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel Saúde Suplementar, 2018.



Fonte: Vigitel Brasil Saúde Suplementar. *Percentual ponderado para ajustar a distribuição de beneficiários de planos de saúde por sexo e faixa etária da amostra Vigitel à distribuição da população adulta beneficiária de planos de saúde de cada cidade de acordo com o SIB-ANS, dezembro de 2018 (ver “Aspectos Metodológicos”).

No conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnósticos entre beneficiários adultos aumentou com a idade, diminuiu com o nível de escolaridade e não houve diferença significativa entre sexos (tabela 4).

Tabela 4. Percentual* de adultos beneficiários de planos de saúde que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, no conjunto das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, segundo idade e anos de escolaridade. Vigitel Brasil Saúde Suplementar, 2018.

	TOTAL	SEXO	
		MASCULINO	FEMININO
FAIXA ETÁRIA (ANOS)			
18 a 24	3,5	3,7	3,3
25 a 34	6	4,9	6,9
35 a 44	15,3	16,3	14,4
45 a 54	30,5	30	30,8
55 a 64	46,1	46,6	45,7
65 e +	56,6	52,6	59
ANOS DE ESCOLARIDADE			
0 a 8	50,8	41,2	56,3
9 a 11	24,6	20,9	27,8
12 e +	17,4	20	15,4
TOTAL	24,1	22,6	25,3

Fonte: Vigitel Brasil Saúde Suplementar. Nota: *Percentual ponderado para ajustar a distribuição de beneficiários de planos de saúde por sexo e faixa etária da amostra Vigitel à distribuição da população adulta beneficiária de planos de saúde de cada cidade de acordo com o SIB-ANS, dezembro de 2018.

O Vigitel também questionou se o beneficiário adulto com hipertensão arterial utilizava algum tratamento medicamentoso para controlar a pressão alta. No conjunto das capitais, 87,1% dos beneficiários hipertensos referiram tratamento medicamentoso para a doença. A frequência de hipertensos com uso de medicamentos mostrou tendência de aumento com a idade e foi maior entre os menos escolarizados. Não houve diferença entre os sexos (tabela 5). Entre as cidades, variou de 71,2%, em Manaus, a 92,7%, em Goiânia.

Tabela 5. Percentual* de adultos com hipertensão arterial (≥ 18 anos) beneficiários de planos de saúde que referiram tratamento medicamentoso, no conjunto das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. Vigitel Brasil Saúde Suplementar, 2018.

	TOTAL	SEXO	
		MASCULINO	FEMININO
FAIXA ETÁRIA (ANOS)			
18 a 24	45,5	13,8	77,0
25 a 34	54,1	57,1	52,4
35 a 44	74,0	74,5	73,6
45 a 54	85,0	87,8	87,6
55 a 64	93,0	92,8	93,2
65 e +	97,3	95,6	98,2
ANOS DE ESCOLARIDADE			
0 a 8	94,0	89,3	96,0
9 a 11	84,1	84,4	83,9
12 e +	84,9	82,9	86,9
TOTAL	87,1	84,6	88,8

Fonte: Vigitel Brasil Saúde Suplementar. Nota: *Percentual ponderado para ajustar a distribuição de beneficiários de planos de saúde por sexo e faixa etária da amostra Vigitel à distribuição da população adulta beneficiária de planos de saúde de cada cidade de acordo com o SIB-ANS, dezembro de 2018.

Esta análise especial também mostrou as consequências da pandemia de Covid-19 na realização de procedimentos assistenciais nos sistemas de saúde. A população mudou seus hábitos e muitos preferiram adiar procedimentos eletivos (considerados como não urgência/ emergência ou que não estavam programados) e, conseqüentemente, houve redução de idas aos ambulatórios, dentistas, hospitais e prontos-socorros. Infelizmente, foram constatados adiamentos inclusive para casos que não deveriam ter sido adiados. A consequência foi a mundialmente constatada sobremortalidade por causas outras que não a Covid-19.

Os números da saúde suplementar do “Mapa Assistencial da ANS” revelaram que, entre 2019 e 2020, houve queda em todos os procedimentos de assistência à saúde realizados pelos planos privados, inclusive das internações por doença hipertensiva que tiveram queda de 13,5%.

Para finalizar e complementar este estudo, o IESS realizou em maio – mês em que se comemora o “Dia Mundial da Hipertensão” – o webinar “Rompendo o silêncio: Impactos e efeitos da hipertensão arterial”¹². Por meio de especialistas em hipertensão, discutiu-se os cuidados adequados, referencial de hipertensão, dietas, consumo de sódio e as formas de prevenção da doença.

CONCLUSÃO

Esse estudo especial descreveu a quantidade de brasileiros que declararam ter diagnóstico médico de hipertensão e mostrou o impacto da pandemia de Covid-19 no número de procedimentos assistenciais.

Essa identificação atualiza os gestores sobre o perfil epidemiológico da sua população e da agenda de atenção à saúde – que em breve pode ser incrementada com novos desafios, em virtude do aparecimento de novas variantes da Covid-19, do adiamento de procedimentos de saúde eletivos, preventivos e possíveis novos casos de pacientes com sequelas da Covid-19.

Assim, pretende-se contribuir com o planejamento, monitoramento e conhecimento das estatísticas de saúde pública e suplementar disponíveis até o momento.

¹² Disponível em: <https://youtu.be/Oa6bnoY-Gfs>

REFERÊNCIAS

Azevedo e Silva G, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 1:14s.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da Saúde Suplementar 2018 [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da Saúde Suplementar 2019. Rio de Janeiro, 2020. Painel dinâmico.

BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19, edição novembro/2020. Resultado mensal. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/investigacoes-experimentais/estatisticas-experimentais/27946-divulgacao-semanal-pnadcovid1?t=o-que-e&utm_source=covid19&utm_medium=hotsite&utm_campaign=covid_19 .

Brasil. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19. Novembro/2020. Resultado mensal. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101778.pdf> .

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para beneficiários de planos de saúde nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 135 p.: il. Modo de acesso:

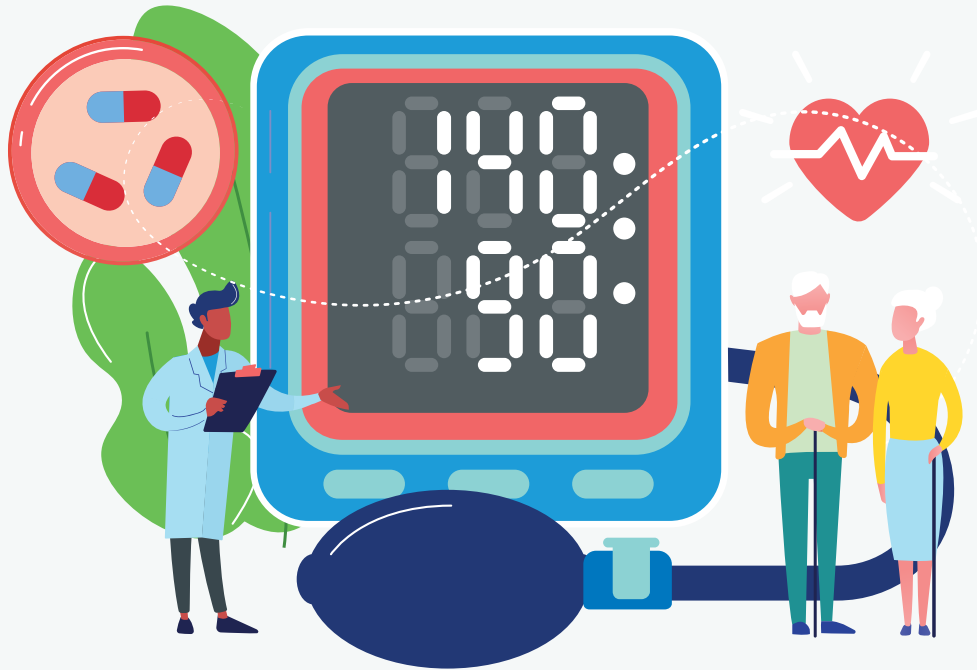
World Wide Web: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_saude_suplementar.pdf . ISBN 978-85-334-2797-6.

CFM. Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS. Publicado em: 13/09/2021. Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-em-ambulatorios-do-sus/> >.

Novaes, Hillegonda Maria Dutilh, Braga, Patrícia Emilia e Schout, Denise Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2006, v. 11, n. 4 [Acessado 29 Março 2022] , pp. 1023-1035. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400023>>. Epub 22 Nov 2006. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400023>.

WHO. World Health Organization ou Organização Mundial da Saúde (em português). Hypertension. Key facts. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> >. Atualizado em: 25/08/2021.

WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.



IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Rua Joaquim Floriano 1052 • conj. 42
CEP 04534 004 • Itaim • São Paulo/SP
(11) 3706.9747
contato@iess.org.br
www.iess.org.br