



Utilização de cuidados médicos associados com a tensão arterial em doentes hipertensos: uma análise longitudinal comparando nativos e imigrantes africanos

Bernardete Pinheiro,¹⁻² Milene Fernandes,³⁻⁴ Violeta Alarcão,³ Paulo Nicola,³ Marília Antunes,⁵⁻⁶ Evangelista Rocha³

RESUMO

Introdução: A diversidade étnica e cultural em Portugal tem reforçado a importância de adequar os serviços de saúde às necessidades em saúde de diferentes populações. Este estudo pretende analisar longitudinalmente os fatores associados à utilização de cuidados de saúde em hipertensos tratados portugueses e imigrantes africanos.

Métodos: Estudo longitudinal com hipertensos tratados seguidos nos cuidados de saúde primários da região de Lisboa, entre setembro de 2010 e março de 2012. Incluíram-se 233 nativos caucasianos e 170 imigrantes africanos. Aplicaram-se três questionários presencialmente (zero, seis e doze meses) e dois telefonicamente (três e nove meses). O indicador de consumo de recursos foi o número de consultas médicas motivadas pela hipertensão nos três meses anteriores à entrevista. Para a identificação dos fatores estimou-se um modelo longitudinal linear generalizado misto por grupo.

Resultados: Mais nativos do que imigrantes consultaram o médico de família no último ano (76,0% vs 64,7%, $p=0,019$). No entanto, mais imigrantes recorreram a cuidados com caráter de urgência (12,4% vs 5,2%, $p=0,016$). A proporção de indivíduos que foram ao médico, pelo menos uma vez, não diferiu nos dois grupos (46,5% vs 41,6%, $p=0,387$). Ajustando para todas as variáveis, a utilização de cuidados médicos pelos nativos revelou estar associada à idade ($e^{\beta}=1,036$; $p=0,021$), diabetes ($e^{\beta}=1,898$; $p=0,006$), controlo da hipertensão (OR=1,036; $p=0,007$), não controlo autopercionado ($e^{\beta}=0,596$; $p=0,033$) e tempo de seguimento ($e^{\beta}=0,771$; $p=0,001$). Nos imigrantes, os fatores significativos foram: estado civil ($e^{\beta}=2,228$; $p=0,025$), não controlo autopercionado ($e^{\beta}=0,580$; $p=0,013$), tempo desde diagnóstico de hipertensão ($e^{\beta}=1,021$; $p=0,016$) e tempo seguimento ($e^{\beta}=0,689$; $p<0,001$).

Conclusões: Existe a necessidade de compreender melhor as diferenças nos fatores associados à utilização de cuidados de saúde relacionados com a hipertensão, entre nativos e imigrantes, de modo a desenvolver estratégias de promoção da saúde adaptadas às populações-alvo.

Palavras-chave: Hipertensão; Utilização de cuidados de saúde; Imigração; Estudo longitudinal.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) é uma doença com elevada prevalência em Portugal, de difícil controlo¹⁻² e que está associada a várias complicações cardiovasculares.³ Estima-se que, em Portugal, aproximadamente 50% dos hipertensos seguidos nos cuidados de saúde primários e cuidados

1. CISEP, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade de Lisboa, Portugal.

2. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE), Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal.

3. IMPSP, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal.

4. Eurotrials, Scientific Consultants.

5. CEAUL, Universidade de Lisboa, Portugal.

6. DEIO, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Portugal.



hospitalares apresente risco cardiovascular elevado/muito elevado.⁴ Além disso, estudos indicam que a prevalência de HTA é mais elevada entre as minorias étnicas, em especial na população africana, na qual se verifica também um menor controlo.⁵

De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a população estrangeira residente em Portugal em 2014 totalizava os 395.195 cidadãos. Entre as nacionalidades mais representativas estão países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), como Cabo Verde (10,4%), Angola (5,0%), Guiné-Bissau (4,5%) e São Tomé e Príncipe (2,6%).⁶ Em 2010, o número de residentes estrangeiros em Portugal ascendia aos 445.262 habitantes.⁷ Esta diversidade populacional é reconhecida pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que assume a necessidade de estratégias direcionadas para a população imigrante com o intuito de melhorar o acesso aos serviços de saúde.⁸ No entanto, apesar dos esforços desenvolvidos, persistem barreiras ao acesso e utilização de cuidados de saúde por parte da população imigrante.⁹

Vários trabalhos têm sido desenvolvidos para compreender quais os fatores que motivam a procura de cuidados médicos. O modelo proposto por Grossman defende que a procura de cuidados de saúde tem como objetivo a procura de saúde, sendo resultado de uma escolha individual.¹⁰ Este modelo considera a saúde como um capital que deprecia com o tempo, mas que pode ser aumentado através de investimentos em saúde, como sejam os cuidados médicos, hábitos alimentares ou prática de exercício físico.

O modelo comportamental apresentado por Andersen complementa o de Grossman na seleção e identificação das variáveis relevantes no processo de utilização de cuidados de saúde. Assim, o modelo original de Andersen classifica os determinantes da utilização de cuidados de saúde em três grupos: (i) variáveis de predisposição (e.g., idade, sexo, educação); (ii) variáveis de capacitação (e.g., rendimento, seguro de saúde); (iii) variáveis de necessidade (e.g., necessidade autopercionada e necessidade avaliada).¹¹⁻¹³

Embora nenhum destes modelos inclua explicitamente o fator migração, o modelo de Andersen considera a etnicidade como determinante da utilização de cuidados de saúde. As disparidades no acesso e na utilização dos cuidados de saúde, entre imigrantes e nativos, têm vindo a ser explicadas pela presença de barreiras, nomeadamen-

te estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas, mas também devido a diferentes preferências e atitudes de risco por parte do indivíduo.¹⁴⁻¹⁵

O acompanhamento clínico regular é importante para o controlo e conhecimento da HTA,^{3,16} sendo por isso importante conhecer melhor os fatores que determinam a utilização dos serviços de saúde neste contexto. Em particular entre as populações imigrantes provenientes de países africanos, devido à heterogeneidade cultural e étnica, os fatores que influenciam a procura de saúde podem ser distintos, exigindo por isso uma intervenção apropriada e diferenciada.¹⁷ O objetivo deste trabalho é analisar os fatores associados à utilização de cuidados de saúde ao longo do tempo entre hipertensos seguidos nos cuidados de saúde primários – imigrantes e nativos. Em particular, pretende-se estudar o impacto das variáveis demográficas, socioeconómicas e das variáveis relacionadas com o estado de saúde no número de consultas.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo observacional longitudinal de duas coortes (nativos e imigrantes) de hipertensos medicados, seguidos nos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e que corresponde a uma análise do estudo DIMATCH-HTA: *determinants and impact of medication adherence and therapeutic change in the control of arterial hypertension*.¹⁸

Participantes

Incluíram-se hipertensos, entre os 40 e os 80 anos de idade, medicados com anti-hipertensores e que tiveram pelo menos uma consulta no médico de família nos últimos doze meses. O grupo de «imigrantes africanos» foi constituído por indivíduos imigrantes (1ª geração), naturais de um PALOP e de etnia negra, e o grupo de «nativos» por indivíduos naturais de Portugal e caucasianos.

O processo de amostragem baseou-se numa seleção aleatória por etapas dos Agrupamentos de Centros de Saúde da região de Lisboa, dos Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiares e dos hipertensos elegíveis utentes dos médicos com maior proporção de imigrantes.¹⁹

Recolha e tratamento de dados

A duração de seguimento do estudo foi de doze me-



ses, durante a qual se conduziram entrevistas presenciais no momento inicial, aos seis e doze meses, e entrevistas telefónicas aos três e nove meses. Durante as entrevistas recolheu-se informação sobre variáveis demográficas e socioeconómicas, variáveis relacionadas com o estado de saúde, aspetos relacionados com a medicação, entre outras. Realizaram-se três medições de pressão arterial (PA) em cada entrevista presencial, de acordo com os procedimentos das *Guidelines for the Management of Arterial Hypertension*.³ Os dados foram recolhidos entre setembro de 2010 e março de 2012.

O estudo incluía 786 hipertensos recrutados no momento inicial, mas o número de participantes em cada momento variou entre 655 aos três meses e 379 aos doze meses. Eliminaram-se as observações com valores omisso para as variáveis explicativas escolhidas. Excluíram-se os indivíduos que classificaram a sua ocupação como doentes ou incapacitados. Os resultados apresentados neste trabalho baseiam-se na análise de um total de 1.035 observações não equilibradas, correspondente a uma amostra reduzida de 403 indivíduos (233 nativos e 170 imigrantes africanos), analisados em quatro momentos distintos (292 participantes aos três meses, 321 aos seis meses, 191 aos nove meses e 231 aos doze meses).

Como variável indicadora do consumo de cuidados de saúde pelos hipertensos usou-se o *número de consultas* médicas relacionadas com pressão arterial efetuadas nos três meses anteriores às entrevistas. As questões colocadas aos indivíduos foram: «Nestes três últimos meses quantas vezes foi ao médico de família ou a outro médico por um motivo relacionado com a sua tensão arterial?» e «Se foi ao médico, qual foi o médico e quantas vezes foi? [médico de família, médico especialista no hospital, médico privado, urgência hospitalar]». Recolheram-se as variáveis nos quatro momentos de observação (três, seis, nove e doze meses).

Foram considerados como fatores associados ao número de consultas as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, estado civil, anos de escolaridade, ocupação profissional, rendimento equivalente, número de pessoas do agregado familiar além do próprio, seguro privado, subsistema de saúde, unidade funcional de saúde (unidade de saúde familiar ou unidade de cuidados de saúde personalizados), diabetes, colesterol, tempo desde diagnóstico de HTA, tempo de residência, controlo da PA, auto perceção do controlo da HTA e momento de avaliação.

Transformou-se a variável «rendimento» em «rendimento individual equivalente», de acordo com a escala de equivalência modificada da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Esta metodologia foi previamente usada em estudos semelhantes²⁰⁻²¹ e permite, através da aplicação de ponderadores, calcular o rendimento ajustado para a composição do agregado. No entanto, uma vez que não estava disponível a idade dos indivíduos do agregado familiar, não foi possível atribuir uma ponderação diferente às crianças com idade inferior a 14 anos, ao contrário da metodologia adotada pela OCDE.

Definiu-se a variável «controlo P» de acordo com os critérios usados em outros estudos, segundo os quais se considera que um indivíduo tem PA controlada se a pressão arterial sistólica (PAS) média for <140mm Hg e a pressão arterial diastólica (PAD) média for <90mm Hg.^{1-3,22} Em cada uma das entrevistas presenciais (zero, seis e doze meses), os entrevistadores realizaram três medições dos valores de PAS e três medições de PAD. Nos momentos três e nove meses aplicaram-se os questionários telefonicamente e não foram recolhidos valores de PA. Para estes momentos optou-se por imputar a média dos valores registados nos momentos adjacentes.

Recolhe-se a variável «HTA autopercecionada», referente à autoavaliação sobre o controlo da HTA, a partir da questão «Acha que a sua hipertensão está controlada atualmente?»

Registaram-se as variáveis «Controlo PA» e «HTA autopercecionada» em quatro momentos distintos, incluídos no modelo como variáveis dependentes do tempo. As restantes foram incluídas como variáveis medidas no momento da avaliação inicial.

Análise estatística

Efetou-se a análise descritiva para as características dos participantes na avaliação inicial por grupo populacional. Avaliaram-se as diferenças entre os grupos com teste de Qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste-*t* de Student para as variáveis contínuas.

Para estudar o efeito das variáveis independentes na utilização de cuidados médicos, medido através do número de consultas médicas nos três meses anteriores, realizou-se uma análise multivariável. Adotou-se a metodologia dos modelos lineares generalizados mistos (GLMM) de Poisson, adequados para modelizar variá-



veis resultantes de um processo de contagem e que permitem acomodar simultaneamente a correlação entre as observações e componentes de variabilidade devida a efeitos não observados, através da inclusão de efeitos aleatórios no preditor linear.²³ Estimaram-se dois modelos, um por cada grupo, usando como variável dependente o número total de consultas motivadas pela PA. Os resultados são apresentados como exponencial do coeficiente estimado (e^{β}), que corresponde ao fator multiplicativo no valor médio da variável resposta e respetivo valor- p .

A análise estatística foi realizada no *software* estatístico R, v. 2.13.1, disponível em *Comprehensive R Archive Network*.²⁴ Estimaram-se os modelos de efeitos aleatórios recorrendo à função *glmmML* da biblioteca *glmmML*. Admitiu-se um nível de significância de 5% em todas as análises.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Foram estudados 403 indivíduos, sendo 57,8% ($n=233$) nativos e os restantes ($n=170$) imigrantes africanos (Quadro I). Os imigrantes encontravam-se a residir em Portugal há 24,3 ($\pm 11,9$) anos em média (\pm desvio-padrão, dp). A idade média foi superior no grupo dos nativos (63,8 vs 56,9 anos, $p<0,001$) e a proporção de homens também foi significativamente superior neste grupo (56,2% vs 29,4%, $p<0,001$). A distribuição dos indivíduos pelas categorias do estado civil foi diferente entre as duas coortes ($p<0,001$), verificando-se que a proporção de casados foi superior nos nativos (77,3% vs 60,6%), enquanto a proporção de solteiros foi superior nos imigrantes (21,2% vs 3,0%). Aproximadamente 58% dos nativos indicou estar reformado, enquanto a maioria dos imigrantes referiu estar empregada (55,9%) e a proporção de desempregados entre os imigrantes foi superior à registada no grupo dos nativos (19,4% vs 12,0%). Os imigrantes indicaram auferir um rendimento médio mensal significativamente inferior ao rendimento dos nativos (€ 362,00 vs € 721,00, $p<0,001$). Comparando os dois grupos relativamente à composição do agregado familiar, a maioria (76,0%) dos nativos habitava apenas com mais uma ou duas pessoas, enquanto 52,4% dos imigrantes morava com três ou mais pessoas. A proporção de indivíduos beneficiários de seguro privado foi superior no grupo dos na-

tivos (20,2% vs 10,6%, $p=0,01$). Apesar de não terem sido registadas diferenças nos valores iniciais de PAS, nem na proporção de controlo entre os dois grupos, a PAD inicial foi em média significativamente inferior nos nativos (83,1 vs 88,6mm Hg, $p<0,001$).

Utilização de cuidados médicos

Na avaliação inicial a proporção de indivíduos que referiu ter consultado, no último ano, apenas o médico de família foi superior no grupo dos nativos (76,0% vs 64,7%, $p=0,019$) (Figura 1). Por sua vez, os imigrantes indicaram recorrer mais vezes a cuidados médicos com caráter de urgência: 12,4% consultaram, além do médico de família, o serviço de urgência ou de atendimento complementar (comparativamente a 5,2% nos nativos, $p=0,016$).

O Quadro II apresenta o número médio de consultas e proporção de utentes que consultaram o médico nos três meses anteriores, por grupo populacional e momento de avaliação. Relativamente ao período de seguimento, o número médio de consultas entre os nativos variou entre 0,47 aos seis meses e 0,13 aos doze meses, com 33% e 10% a reportarem pelo menos uma consulta, respetivamente, aos seis e doze meses. No grupo de imigrantes o número médio de consultas variou entre 0,56 e 0,20 aos doze meses e nove meses, com 37% e 17% a terem recorrido ao médico, respetivamente, aos doze e nove meses (Quadro II).

Considerando as respostas dadas pelos indivíduos em todos os momentos de avaliação, a proporção que referiu ter ido ao médico em pelo menos um dos momentos de avaliação não diferiu entre os dois grupos (46,5% vs 41,6%, $p=0,387$). Não se verificaram diferenças na proporção de indivíduos imigrantes que foram ao médico durante o seguimento entre os que estavam controlados e os não controlados na avaliação inicial (47,9% vs 44,6%, $p=0,783$). No grupo dos nativos, apesar de parecer haver uma tendência para os indivíduos inicialmente não controlados consultarem mais o médico (comparativamente aos que se encontravam inicialmente controlados), essa diferença também não foi significativa (44,8% vs 38,5%, $p=0,394$) (Figura 2).

Analisando pelo tipo de unidade funcional, a proporção de utentes que foi pelo menos uma vez ao médico não foi diferente entre os seguidos nas USF e nas UCSP (44% vs 43%, $p=0,883$).



QUADRO I. Caracterização inicial da amostra por grupo populacional			
	Nativos <i>n</i> =233	Imigrantes Africanos <i>n</i> =170	Valor- <i>p</i>
Idade média ± dp, anos; min-max	63,8 ± 9,2; 41-80	56,9 ± 10,2; 40-80	<0,001 ^a
Sexo masculino, <i>n</i> (%)	131 (56,2)	50 (29,4)	<0,001 ^b
Estado civil, <i>n</i> (%)			
Casado	180 (77,3)	103 (60,6)	<0,001 ^b
Viúvo	27 (11,6)	17 (10,0)	
Divorciado	19 (8,2)	14 (8,2)	
Solteiro	7 (3,0)	36 (21,2)	
Ocupação profissional, <i>n</i> (%)			
Desempregado	28 (12,0)	33 (19,4)	<0,001 ^b
Empregado	66 (28,3)	95 (55,9)	
Reformado	139 (59,7)	42 (24,7)	
Tempo médio de escolaridade ± dp, anos; min-max	7,2 ± 4,0; 0-20	6,7 ± 4,4; 0-28	0,265 ^a
Rendimento mensal equivalente médio ± dp, €, min-max	720,8 ± 362,9; 30-2001	362,0 ± 275,6; 25-1750	<0,001 ^a
Pessoas do agregado familiar (além do próprio), <i>n</i> (%)			
Três ou mais pessoas	30 (12,9)	89 (52,4)	<0,001 ^b
Uma ou duas pessoas	177 (76,0)	60 (35,3)	
Nenhuma	26 (11,2)	21 (12,4)	
Tempo médio de residência em Portugal ± dp, anos; min-max	–	24,3 ± 11,9; 3-63	–
Beneficiário de seguro privado, <i>n</i> (%)	47 (20,2)	18 (10,6)	0,010 ^b
Beneficiário de subsistema de saúde, <i>n</i> (%)	34 (14,6)	17 (10,0)	0,155 ^b
Unidade funcional de saúde, <i>n</i> (%)			
UCSP	122 (52,4)	95 (55,9)	0,484 ^b
USF	111 (47,6)	75 (44,1)	
Tempo médio desde diagnóstico HTA ± dp, anos; min-max	13,6 ± 10,2; 1-61	13,9 ± 12,2; 1-71	0,791 ^a
Controlo PA, <i>n</i> (%)	117 (50,2)	74 (43,5)	0,184 ^b
Diabetes, <i>n</i> (%)	56 (24,0)	53 (31,2)	0,111 ^b
Hipercolesterolemia, <i>n</i> (%)	123 (52,8)	95 (55,9)	0,538 ^b
PAS média ± dp, mm Hg; min-max	140,3 ± 18,1; 93,7-198,3	142,3 ± 23,8 94,7-223,0	0,362 ^a
PAD média ± dp, mm Hg; min-max	83,1 ± 10,0; 49,3-110,7	88,6 ± 12,8; 57,3-147,7	<0,001 ^a

Legenda: dp = desvio-padrão; UCSP = Unidade de cuidados de saúde personalizados; USF = Unidade de saúde familiar; HTA = hipertensão arterial; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica; PA = pressão arterial. ^aTeste-t; ^bTeste de Qui-quadrado.

Fatores associados à utilização de cuidados médicos

Realizou-se uma análise multivariável por grupo (imigrante e nativo) para o número total de consultas. Para cada grupo estimou-se um modelo Poisson GLMM com efeito aleatório na interseção. Apresentam-se os resultados no Quadro III.

No grupo dos nativos, indivíduos com PA controlada recorreram mais vezes ao médico do que os hipertensos não controlados ($e^{\beta}=1,87$; IC95%: 1,19-2,94) e com o aumento da idade registou-se também um maior recurso ao médico ($e^{\beta}=1,04$; IC95%: 1,01-1,07). Por outro lado, os hipertensos diabéticos foram aproximadamente duas vezes mais ao médico, comparativamente aos hipertensos não diabéticos ($e^{\beta}=1,90$; IC95%: 1,20-3,00). Indivíduos que percecionavam a sua hipertensão como controlada foram aproximadamente metade das vezes ao médico ($e^{\beta}=0,60$; IC95%: 0,37-0,96). Os resultados do modelo também indicaram que, com o aumento do tempo de seguimento no estudo, o número de consultas diminuiu ($e^{\beta}=0,77$; IC95%: 0,66-0,90).

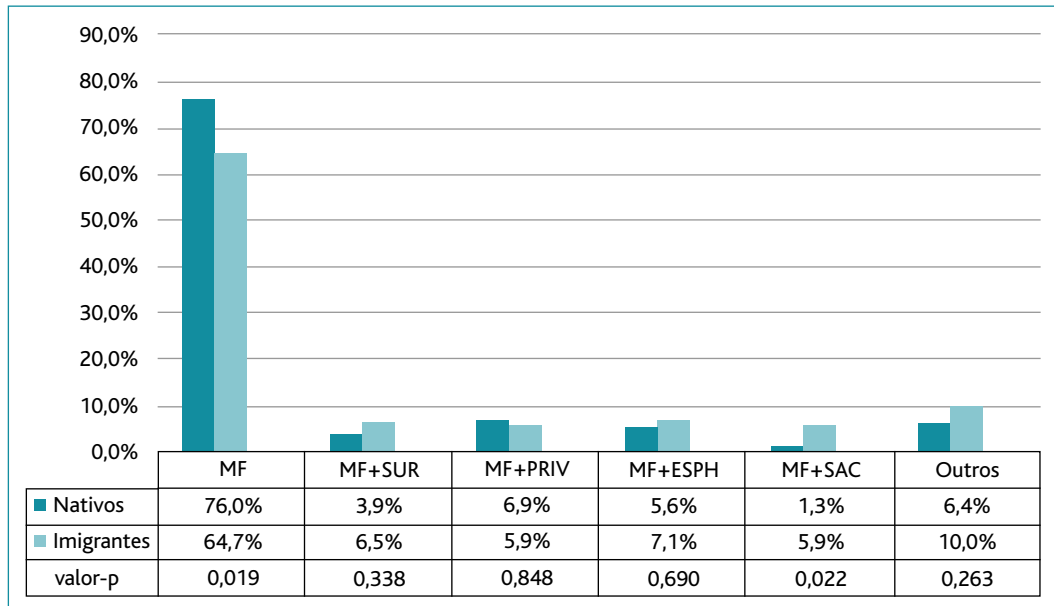


Figura 1. Padrão de utilização de cuidados médicos para controlo da PA no último ano.

Legenda: MF = Médico de família; SUR = Serviço de urgência; PRIV = Médico privado; ESPH = Especialista no hospital; SAC = Serviço de atendimento complementar; Outros = Outros padrões de utilização.

Nota: Os participantes foram questionados sobre o tipo de cuidado médico a que recorreram no último ano para controlar a tensão arterial.

QUADRO II. Número médio de consultas e proporção de utentes que consultaram o médico nos três meses anteriores, por grupo populacional e momento de avaliação

		3 M	6 M	9 M	12 M
Nativos	<i>n</i>	173	184	126	139
	Média total \pm dp	0,32 \pm 0,62	0,47 \pm 0,83	0,21 \pm 0,54	0,13 \pm 0,41
	Mediana (IIQ)	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-0)	0 (0-0)
	Utentes com pelo menos uma consulta, <i>n</i> (%)	43 (24,9)	60 (32,6)	18 (14,3)	14 (10,1)
Imigrantes	<i>n</i>	119	137	65	92
	Média total \pm dp	0,56 \pm 0,89	0,43 \pm 0,78	0,20 \pm 0,51	0,22 \pm 0,57
	Mediana (IIQ)	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-0)	0 (0-0)
	Utentes com pelo menos uma consulta, <i>n</i> (%)	44 (37,0)	40 (29,2)	11 (16,9)	14 (15,2)
Africanos	<i>n</i>	119	137	65	92
	Média total \pm dp	0,56 \pm 0,89	0,43 \pm 0,78	0,20 \pm 0,51	0,22 \pm 0,57
	Mediana (IIQ)	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-0)	0 (0-0)
	Utentes com pelo menos uma consulta, <i>n</i> (%)	44 (37,0)	40 (29,2)	11 (16,9)	14 (15,2)

No grupo dos imigrantes, os resultados do modelo GLMM revelaram outros fatores como estando associados às idas ao médico. Indivíduos viúvos foram duas vezes mais ao médico do que os indivíduos casados ($e^{\beta}=2,2$; IC95%: 1,10-4,41). Verificou-se também que, com o aumento do tempo desde o diagnóstico da HTA, o número

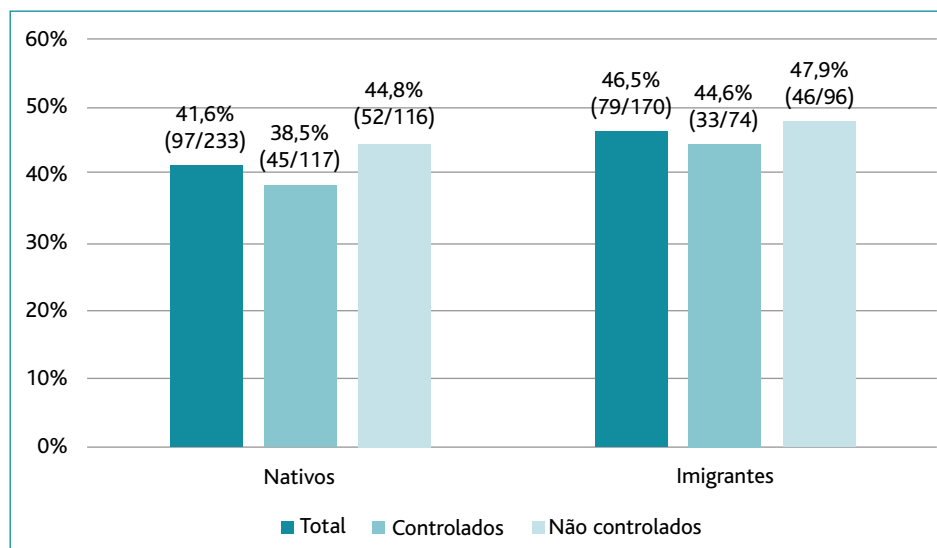


Figura 2. Proporção de indivíduos que foram ao médico, pelo menos uma vez durante o período de seguimento, de acordo com o controle da PA registado no momento inicial.

de consultas aumentou ($e^{\beta}=1,02$; IC95%: 1,004-1,039). Por sua vez, e de forma semelhante à verificada no modelo dos nativos, indivíduos que percecionavam a sua HTA como controlada foram menos vezes ao médico ($e^{\beta}=0,58$; IC95%: 0,38-0,90) e, com o aumento do tempo de seguimento, o número de consultas diminuiu ($e^{\beta}=0,69$; IC95%: 0,58-0,81).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam para uma maior tendência dos imigrantes recorrerem a serviços de saúde com carácter de urgência, como sejam o serviço de urgência e o atendimento complementar, quando comparados aos recursos utilizados pelos nativos. Por outro lado, no momento inicial, mais nativos do que imigrantes indicaram ter recorrido apenas ao médico de família para controlo da PA no último ano. Estas diferenças podem ser justificadas por diferentes comportamentos face aos serviços de saúde, nomeadamente o relacionamento com o médico de família, o desconhecimento da doença e as necessidades médicas associadas ou, ainda, devido a crenças relacionadas com a saúde e com a utilização de cuidados médicos.²⁵⁻²⁶ Não se encontraram, contudo, diferenças significativas na proporção de indivíduos que indicou ter ido pelo menos uma vez ao médico durante o período de seguimento.

O número médio de consultas (nos três meses) registado em cada um dos momentos de observação foi

relativamente baixo em ambos os grupos. Apesar da maioria das orientações apontarem para um intervalo de acompanhamento de três a seis meses, um estudo realizado no Canadá concluiu que um acompanhamento a cada seis meses é equivalente a um acompanhamento a cada três meses.²⁷ Além do mais, de acordo com os indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários, a definição de acompanhamento adequado dos hipertensos implica pelo menos uma consulta médica de vi-

gilância realizada num dos semestres.²⁸ No entanto, considerando todo o período de seguimento, apenas 43,7% da amostra referiu ter consultado o médico, pelo menos uma vez, por motivos relacionados com HTA. Com a reforma dos cuidados de saúde primários e a implementação das USF poder-se-ia esperar que a proporção de utentes a recorrer ao médico fosse diferente entre os utentes seguidos nas USF e UCSP. Contudo, não se verificaram tais diferenças. Finalmente, comparando hipertensos controlados e não controlados no momento inicial, parece haver uma tendência para os hipertensos que não se encontravam inicialmente controlados recorrerem ao médico, pelo menos uma vez, durante o período de seguimento. Esta tendência, apesar de não ser estatisticamente significativa, pode resultar da tomada de consciência do não controlo da sua hipertensão aquando da inclusão no estudo DIMATCH.

Os resultados dos modelos estimados indicam que os fatores associados à utilização de cuidados de saúde relacionados com a PA diferem entre imigrantes e nativos. Entre os imigrantes, o estado de saúde auto-percecionado revelou ser um fator importante para explicar a utilização de cuidados médicos, observando-se que aqueles que autoavaliam a sua HTA como controlada recorrem ao médico aproximadamente metade das vezes. Também de acordo com o modelo estimado, imigrantes com um maior tempo de diag-



nóstico de HTA recorrem mais vezes ao médico, independentemente da idade e da presença de comorbilidades. Este fenómeno pode dever-se ao facto dos imigrantes, numa fase inicial da doença, desvalorizarem a HTA e, posteriormente, quando decidem consultar o médico, apresentarem um estado de saúde mais grave que resulta numa maior necessidade de cuidados, nomeadamente cuidados especializados ou de urgência. Scheppers e colaboradores²⁶ sugerem que algumas minorias étnicas tentam resolver os seus problemas de saúde através de tratamentos tradicionais, sem apoio médico, o que pode ter um efeito negativo na utilização de cuidados preventivos. Os efeitos estimados para estas duas variáveis – autoperceção e tempo desde o diagnóstico de HTA – alertam para a necessidade de compreender melhor qual a percepção dos imigrantes sobre a doença e de que forma esta per-

QUADRO III. Efeito ajustado das variáveis explicativas no número médio de consultas motivadas pela PA nos últimos três meses, por grupo populacional

	Nativos			Imigrantes Africanos		
	exp (β)	Valor-p	IC 95%	exp (β)	Valor-p	IC 95%
Constante	0,010	0,012*	0,00-0,36	1,553	0,766	0,09-28,5
Sexo (Ref: Feminino)						
Masculino	1,101	0,690	0,69-1,77	0,581	0,058†	0,33-1,02
Idade	1,036	0,021*	1,01-1,07	0,998	0,903	0,96-1,03
Estado civil (Ref: Casado)						
Divorciado	1,254	0,589	0,30-2,85	0,872	0,749	0,38-2,02
Solteiro	1,086	0,900	0,30-3,95	1,152	0,616	0,66-2,00
Viúvo	0,716	0,409	0,32-1,58	2,208	0,025*	1,11-4,41
Tempo de escolaridade (anos)	1,011	0,732	0,95-1,08	1,014	0,637	0,96-1,08
Ocupação (Ref: Desempregado)						
Empregado	0,720	0,371	0,35-1,48	1,000	0,999	0,53-1,90
Reformado	0,718	0,337	0,36-1,41	1,059	0,897	0,45-2,51
Pessoas do agregado (Ref: Nenhuma)						
Uma ou duas pessoas	0,675	0,360	0,29-1,57	0,677	0,251	0,35-1,32
Três ou mais pessoas	1,404	0,521	0,50-3,95	0,789	0,530	0,38-1,66
log (Rendimento equivalente)	1,253	0,278	0,83-1,88	0,958	0,818	0,66-1,38
Unidade Funcional (Ref: UCSP)						
USF	0,869	0,506	0,58-1,31	1,287	0,253	0,84-1,98
Beneficiário de subsistema saúde	0,831	0,563	0,44-1,55	0,656	0,342	0,27-1,57
Beneficiário de seguro privado	1,004	0,989	0,59-1,70	0,461	0,085†	0,19-1,11
Tempo desde diagnóstico HTA (anos)	1,015	0,141	1,00-1,04	1,021	0,016*	1,00-1,04
HTA autopercecionada (controlada)	0,596	0,033*	0,37-0,96	0,580	0,013*	0,38-0,89
PA controlada	1,869	0,007**	1,19-2,94	0,877	0,561	0,56-1,36
Diabetes	1,898	0,006**	1,20-2,99	1,188	0,490	0,73-1,94
Hipercolesterolemia	1,028	0,892	0,69-1,54	1,032	0,895	0,65-1,65
Tempo de residência (anos)	–	–	–	0,991	0,371	0,97-1,01
Tempo	0,771	0,001**	0,66-0,90	0,689	0,000***	0,58-0,81
Nº de observações	622			413		
Nº de indivíduos	233			170		

Legenda: † $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; β = coeficiente beta; IC = intervalo de confiança.

ceção afeta a adoção de comportamentos preventivos relativamente à HTA.

Relativamente ao tempo de residência nos países de acolhimento, alguns estudos indicam que a prevalência de não utilizadores é mais frequente entre imigrantes recentes (tempo médio de residência inferior a oito



anos), sendo expectável um padrão de utilização regular no caso de imigrantes que residem no país há mais tempo.^{9,29-30} No entanto, neste trabalho a variável «tempo de residência» não teve impacto significativo no número de consultas, o que poderá ser justificado pelo facto dos imigrantes incluídos neste estudo se encontrarem a residir em Portugal há 24,4 anos (em média), sendo por isso utentes que já recorrem ao médico numa frequência regular.

O estado civil é indicado por alguns estudos como factor determinante da procura de cuidados médicos, sugerindo que os indivíduos casados tendem a ir mais vezes ao médico, possivelmente por sentirem que a sua saúde tem impacto também sobre o bem-estar do cônjuge.²¹ Os resultados obtidos para o grupo de imigrantes contrariam esta hipótese, verificando-se que, para esta população, ser viúvo, independentemente do sexo, idade e composição do agregado familiar, está associado a uma maior utilização de cuidados de saúde, comparativamente a ser casado (número total de consultas 2,2 vezes superior).

Apesar de apenas ser significativo a um nível de significância de 10%, os resultados sugerem o factor sexo como um possível determinante da utilização de cuidados médicos, verificando-se que os homens imigrantes recorrem menos ao médico por motivos relacionados com a PA. Este resultado é consistente com a literatura, que indica que as mulheres imigrantes são utilizadoras mais frequentes dos cuidados de saúde.^{9,28,31}

Por outro lado, os resultados sugerem que, nos nativos, o estado de saúde é o principal determinante da utilização de cuidados médicos, verificando-se que indivíduos com a PA controlada e que hipertensos diabéticos utilizam mais cuidados médicos por motivos relacionados com a HTA. A presença da diabetes é reconhecida como um factor de risco cardiovascular major, sendo expectável que diabéticos recorram mais vezes ao médico.¹⁶ Aliás, um estudo demonstrou que a presença de factores de risco adicionais, além da hipertensão, aumenta significativamente o número médio de consultas.³² Desta forma, a idade, reconhecida como factor de risco, também relevou estar associada a um maior número de consultas na coorte dos nativos.³

De forma semelhante à verificada na coorte de imigrantes, a autopercepção de controlo de HTA influencia significativamente o número de consultas por motivos re-

lacionados com a PA, i.e., os hipertensos que se autoavaliaram como controlados recorreram ao médico metade das vezes. Os resultados do modelo estimado para os nativos são coerentes com o modelo de Andersen, segundo o qual a utilização de cuidados médicos é determinada por variáveis de necessidade,¹¹⁻¹² apesar de neste estudo apenas se terem considerado as consultas motivadas pela HTA, doença muitas vezes assintomática.

Limitações do estudo

O facto de se ter considerado a utilização de cuidados de saúde autorreportada pode ter introduzido um potencial viés de memória por parte dos participantes. Contudo, este potencial viés terá sido minimizado, uma vez que o período de referência foi relativamente curto (três meses). Por outro lado, foram incluídos imigrantes que já residem em Portugal há bastante tempo, não sendo possível inferir sobre os factores associados à utilização de cuidados médicos nos imigrantes mais recentes. O estudo DIMATCH foi desenvolvido nos cuidados de saúde primários, pelo que a natureza da amostra não possibilitou estudar em detalhe os factores associados ao acesso a consultas com o médico especialista, com o médico privado e com o serviço de urgências. Finalmente, os resultados obtidos para algumas das variáveis (nomeadamente, estado civil e seguro privado), apesar de serem indicadores do efeito, devem ser analisados com precaução, dado o reduzido número de indivíduos incluídos nas categorias que tornam as estimativas menos robustas.

A população-alvo era composta por utentes dos cuidados de saúde primários na área da Grande Lisboa, pelo que as conclusões não podem ser extrapoladas a nível nacional. Apesar destas limitações, os resultados do estudo fornecem informação relevante sobre os factores associados ao consumo de recursos médicos, com particular enfoque nos cuidados de saúde primários, permitindo identificar diferenças entre imigrantes e nativos.

CONCLUSÃO

Os resultados desta investigação confirmam a existência de diferenças entre imigrantes e nativos relativamente aos factores associados à utilização de cuidados médicos por motivos relacionados com a PA. Hipertensos imigrantes devem ser incentivados a consultar regularmente o seu médico de família para um melhor



controlo e seguimento da doença, desde o diagnóstico, de forma a evitar a utilização desnecessária de cuidados de saúde. Entre os nativos, o controlo da hipertensão demonstrou estar associado a um maior recurso ao médico, assim como a idade e a presença de diabetes. Por outro lado, em ambos os grupos, a perceção da doença revelou ser determinante na utilização de cuidados médicos, sendo por isso fundamental perceber melhor qual o conhecimento que os doentes têm sobre a doença e capacitá-los no sentido de conseguirem fazer uma correta autoavaliação do controlo da HTA.

Este estudo destaca a importância de desenvolver estratégias para o melhor controlo da PA e para a promoção da saúde que sejam adaptadas às diferenças culturais e às necessidades específicas de cada população. De modo a garantir uma utilização adequada dos serviços de saúde devem ser delineadas abordagens que considerem as crenças e experiências dos imigrantes, relativamente à hipertensão e aos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *Rev Port Cardiol.* 2007;26(1):21-39.
- Polónia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens.* 2014;32(6):1211-21.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2013;34(28):2159-219.
- Polónia J, Mesquita-Bastos J, Pessanha P, Bertoquini S, Martins L, Silva JA, et al. Global cardiovascular risk stratification of hypertensive patients followed in Portugal in primary care or in hospital care according to the 2007 ESH/ESC guidelines. *Rev Port Cardiol.* 2010;29(11):1685-96.
- Agyemang C, Bhopal R. Is the blood pressure of people from African origin adults in the UK higher or lower than that in European origin white people? A review of cross-sectional data. *J Hum Hypertens.* 2003;17(8):523-34.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Relatório de imigração, fronteiras e asilo, 2014 [Internet]. Oeiras: SEF; 2015. Available from: https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Relatório de imigração, fronteiras e asilo, 2010 [Internet]. Oeiras: SEF; 2011. Available from: https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2010.pdf
- Direção-Geral da Saúde. Plano nacional de saúde (PNS) 2012-2016 [homepage]. Lisboa: DGS; 2012. Available from: <http://pns.dgs.pt/pns-ver-sao-completa/>
- Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:207.
- Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Polit Econ.* 1972;80(2):223-55.
- Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies; 1968.
- Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
- Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med.* 2012;9:Doc11.
- Rosen AB, Tsai JS, Downs SM. Variations in risk attitude across race, gender, and education. *Med Decis Making.* 2003;23(6):511-7.
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep.* 2003;118(4):293-302.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012;33(13):1635-701.
- Estrela P. A saúde dos imigrantes em Portugal [The health immigrants in Portugal]. *Rev Port Glin Geral.* 2009;25(1):45-55. Portuguese
- Rocha E, Alarcão V. DIMATCH-HTA: impacto da adesão e da mudança terapêutica no controlo da tensão arterial [homepage]. Lisboa: Unidade de Epidemiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; 2007. Available from: <http://www.uepid.org/projectos-dimatch>
- Lopes E, Alarcão V, Simões R, Fernandes M, Gómez V, Souto D, et al. Controlo da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários: uma comparação entre nativos portugueses e imigrantes africanos [Hypertension control at the primary health care: a comparison among Portuguese natives and Portuguese speaking African countries immigrants]. *Acta Med Port.* 2016;29(3):193-204. Portuguese
- Quintal C, Lourenço O, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes [Health care utilization of the elderly Portuguese population: an analysis by gender and latent classes]. *Rev Port Saúde Pública.* 2012;30(1):35-46. Portuguese
- Lourenço O, Quintal C, Ferreira PL, Barros PP. A equidade na utilização de cuidados de saúde em Portugal: uma avaliação em modelos de contagem. *Notas Econ.* 2007;(25):6-26.
- Direção-Geral de Saúde. Hipertensão arterial: definição e classificação. Norma n.º 020/2011, de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013. Lisboa: DGS; 2013.
- Cabral MS, Gonçalves MH. Análise de dados longitudinais. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Estatística; 2011. ISBN 9789728890247
- The R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing [homepage]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2013. Available from: <https://www.r-project.org/>
- Dias S, Gama A, Silva AC, Cargaleiro H, Martins MO. Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: a perspetiva dos profissionais de saúde [Barriers in access and utilization of health ser-



- vices among immigrants: the perspective of health professionals]. *Acta Med Port.* 2011;24(4):511-6. Portuguese
26. Scheppers E, Van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract.* 2006;23(3):325-48.
27. Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ.* 2004;328(7433):204.
28. Administração Central do Sistema de Saúde. Bilhete de identidade dos indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários propostos para ano de 2015 [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015. Available from: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2015__2015_01_26.pdf
29. Dias S, Gama A, Martins MO. Health status and preventative behaviors of immigrants by gender and origin: a Portuguese cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2013;15(3):309-17.
30. Leduc N, Proulx M. Patterns of health services utilization by recent immigrants. *J Immigr Health.* 2004;6(1):15-27.
31. Fenta H, Hyman I, Noh S. Health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J Immigr Minor Health.* 2007;9(4):349-57.
32. Natarajan S, Nietert PJ. Hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, and their combinations increased health care utilization and decreased health status. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(9):954-61.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

O estudo foi desenvolvido pela Unidade de Epidemiologia do Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Lisboa (IMPSP-FML), e cofinanciado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), através do projeto PTDC/SAU-ESA/103511/2008, e pela Fundação AstraZeneca. O trabalho de Marília Antunes é parcialmente financiado pela FCT, através do projeto UID/MAT/00006/2013.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Bernardete Pinheiro

E-mail: bernardeteap@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0003-2420-6938>

Recebido em 04-10-2016

Aceite para publicação em 13-04-2018

ABSTRACT

USE OF HEALTH CARE SERVICES ASSOCIATED WITH BLOOD PRESSURE MANAGEMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS: A LONGITUDINAL ANALYSIS COMPARING NATIVES AND AFRICAN IMMIGRANTS

Introduction: Ethnic and cultural diversity in Portugal has reinforced the importance of adjusting healthcare services to the health needs of different populations. This study aims to analyse longitudinally the factors associated with health care use by native Portuguese and African hypertensive patients.

Methods: Longitudinal study including treated hypertensive patients followed-up in primary care in the Lisbon region, between September 2010 and March 2012. For this analysis, 233 native Caucasians and 170 African immigrants were included. We applied three face-to-face questionnaires (0, 6 and 12 months) and two by telephone (3 and 9 months). The measure of service use was the number of encounters due to hypertension, in the three months preceding the interview. For the identification of the factors, a longitudinal generalised linear mixed model was estimated for each group.

Results: More natives than immigrants consulted the GP in the last year (76.0% vs 64.7%, $p=0.019$), however, more immigrants used urgent health care (12.4% vs 5.2%, $p=0.016$). The proportion of patients with at least one medical encounter was not different between groups (46.5% vs 41.6%, $p=0.387$). After adjusting for all variables, the use of medical care among natives was associated with age ($e^{\beta}=1.036$; $p=0.021$), diabetes ($e^{\beta}=1.898$; $p=0.006$), hypertension control ($e^{\beta}=1.036$; $p=0.007$), uncontrolled self-assessed hypertension status ($e^{\beta}=0.596$; $p=0.033$), and follow-up time. ($e^{\beta}=0.771$; $p=0.001$). Among immigrants, the use of health services was associated with marital status ($e^{\beta}=2.228$; $p=0.025$), uncontrolled self-assessed hypertension status ($e^{\beta}=0.580$; $p=0.013$), time since diagnosis of hypertension ($e^{\beta}=1.021$; $p=0.016$) and follow-up time ($e^{\beta}=0.689$; $p<0.001$).

Conclusions: There is a need to better understand the differences in the factors associated with the use of hypertension-related health care among natives and immigrants, in order to develop health promotion strategies adapted to target populations.

Keywords: Hypertension; Health care utilization; Immigration; Longitudinal study.