

O IMPACTO DAS CRENÇAS EM SAÚDE SOBRE O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS

THE IMPACT OF HEALTH BELIEFS ON THE CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE ELDERLY

RESUMO

Matheus Martins Luz¹
Letícia Braz Klaiber¹
Debora Oliveira Vidal
Tavares¹
Lea Machado Fernandes¹
Ana Luiza Campos Luersen¹
Kátia Lourenço Sá Barreto¹
Débora Dias Ferraretto
Moura Rocco²
Alexandre Galvão da Silva²
Brigitte Reickmann Martins
dos Santos^{1,2}

1. Universidade São Caetano do Sul,
São Caetano do Sul, SP, Brasil.
2. Laboratório de Fisiologia do
Exercício e Saúde da Universidade
Santa Cecília, Santos, SP, Brasil.

Correspondência
Débora Dias Ferraretto Moura Rocco
Rua Oswaldo cruz, 277, Boqueirão,
Santos, SP, Brasil.
drocco@unisanta.br

Recebido em 06/06/2018,
Aceito em 17/02/2019

Objetivo: Avaliar o impacto das crenças em saúde no controle da pressão arterial de idosos hipertensos em um município com elevado índice de desenvolvimento humano (IDHM), considerando sexo e classe social. **Metodologia:** O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Caetano do Sul. Foram coletadas informações sociodemográficas por meio de questionário. Aferiu-se a PA para a identificação dos pacientes hipertensos controlados e não controlados. Utilizou-se escala de crenças em saúde com sentenças sobre crenças de barreiras e benefícios relacionados a cada um dos treze comportamentos de saúde referentes às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial. Realizou-se análise descritiva e razão de prevalência, considerando significância para $p \leq 0,05$. **Resultados:** Observamos que a maioria dos pacientes aderiu ao tratamento, tendo noção dos benefícios de controlar os fatores de risco de hipertensão. **Conclusão:** Concluímos que os dados foram semelhantes entre homens e mulheres e a classe social impactou inversamente na adesão ao tratamento medicamentoso.

Descritores: Hipertensão; Saúde do Idoso; Idoso.

ABSTRACT

Objective: To assess the impact of health beliefs on blood pressure control in hypertensive elderly patients in a municipality with a high human development index (HDI), considering sex and social class. **Methodology:** The study was carried out at the Basic Health Units of the municipality of São Caetano do Sul. Sociodemographic information was collected through a questionnaire. BP was measured to identify controlled and uncontrolled hypertensive patients. A health belief scale with judgments on the perceived barriers and benefits related to each of the thirteen health behaviors corresponding to hypertension prevention and control measures was used. A descriptive analysis was conducted and a prevalence ratio calculated, considering significance for $p \leq 0.05$. **Results:** We observed treatment adherence in the majority of patients, who were aware of the benefits of controlling the risk factors for hypertension. **Conclusion:** We concluded that the data were similar between men and women, and that social class had an inverse impact on compliance with drug treatment.

Keywords: Hypertension; Health of the Elderly; Aged.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), foram a principal causa de morte em todo o mundo entre 2000 e 2012.¹ Em 2000, cerca de um bilhão de pessoas eram portadoras de hipertensão arterial, devendo atingir a 1,56 bilhão da população mundial em 2025.² No Brasil, embora se observe redução de mortalidade por essas doenças,³ esse grupo ainda representa a principal causa de morte.⁴

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como principal fator de risco para doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.⁵ Essa multiplicidade de

consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

No Brasil, a prevalência de HAS referida na população de adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1% (IC_{95%}: 23,4-24,8).⁶ Essa prevalência aumenta progressivamente com a idade, com incidência de 80% na população acima de 60 anos, sendo semelhante entre homens e mulheres, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é mais frequente em indivíduos de cor não branca.⁷ Adultos com menor escolaridade também são

mais acometidos pela doença, bem como (24,2%; IC_{95%}: 22,2 – 26,3) os indivíduos que residem em áreas urbanas (21%).⁸

Para o controle da HAS são adotadas medidas como uso contínuo de terapia medicamentosa, modificações nos hábitos de vida e comparecimento regular aos serviços de saúde. Medidas não medicamentosas, tais como, redução de peso e da ingestão de sal, abandono do etilismo e do tabagismo, e a prática regular de atividade física contribuem para o controle dos níveis pressóricos.⁹ Há também a terapia medicamentosa como parte do tratamento. No entanto, apenas parte dos portadores de HAS utiliza a medicação de forma correta e adere às medidas terapêuticas.⁷

De acordo com a literatura, o nível de adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva varia de 22,5% a 88,5%.¹⁰ Fatores como, falta de conhecimento, baixo nível sócio econômico, ausência de sintomas, esquecimento, complexidade da medicação e o fato da hipertensão ser uma doença crônica, são alguns dos aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento.¹⁰

A baixa adesão ao tratamento é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ como um problema de saúde pública. As consequências da não adesão incluem aumento dos sintomas, falha em atingir metas terapêuticas, ajustes desnecessários ao tratamento, insatisfação do paciente, frustração médica, e finalmente, maior impacto na morbidade, mortalidade e custos em saúde pública.

O município de São Caetano do Sul localiza-se no Estado de São Paulo. Sua população é composta por 149.263 habitantes, distribuída em uma área total de 15,3 km².⁶ Apresenta o melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Brasil¹¹ e atualmente ocupa a 4ª posição nacional e 3ª estadual pelo índice FIRJAN de desenvolvimento municipal¹¹ da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Possui o 8º maior PIB per capita do Estado de São Paulo.

Considerando o aumento da porcentagem de idosos na população de São Caetano do Sul de 11,61% para 13,89% entre 2000 e 2010,⁶ além dos excelentes indicadores de qualidade de vida e renda per capita existentes no município justifica propor conhecer as crenças em saúde envolvidas no controle da hipertensão arterial de idosos no município de São Caetano do Sul, no sentido de subsidiar projetos/estratégias inovadoras que possam favorecer o paciente a motivar-se por seu tratamento, bem como, contribuir com os profissionais no planejamento, execução e avaliação da assistência prestada, além de garantir uma política de saúde eficaz para o controle da hipertensão arterial, nos diferentes níveis de complexidade.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto das crenças em saúde no controle da pressão arterial de idosos hipertensos em um município com elevado IDHM, considerando o gênero e a classe social.

MATERIAS E METÓDOS

Amostra do estudo

Este projeto caracteriza-se como um estudo observacional de caráter transversal que tem como público alvo idosos com idade compreendida entre 60 e 79 anos, de ambos os gêneros, portadores de hipertensão arterial, usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de São do Caetano do Sul. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê

de Ética da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CAAE 45145415.6.0000.5510, parecer CEP 1.130.977 de 29/06/2015) e pelo Comitê de Ética da Fundação Municipal de São Caetano do Sul (FUMUSA) (CAAE 45145415.6.3001.5635, parecer CEP 1.294.793 de 24/10/2015).

O convite para participação no estudo foi feito no dia da consulta, sendo a entrevista realizada imediatamente após a consulta.

Foram excluídos do estudo portadores de doenças crônicas degenerativas debilitantes, ou sequelas neurológicas ou doenças mentais, ou que apresentassem no momento da investigação limitada autonomia e poder de decisão. Foram excluídos pacientes com hipertensão secundária confirmada em prontuário ou que compraram pelo menos um medicamento anti-hipertensivo nos trinta dias anteriores à entrevista. Este critério de exclusão teve como propósito afastar a possível interferência do custo dos medicamentos sobre a não adesão ao tratamento.

Instrumento utilizados para as coletas de dados

1. Dados sócio demográficos. Através de questionário estruturado foram obtidas informações quanto à idade, gênero, cor e situação conjugal. A classe social foi classificada de acordo com as orientações do Critério de Classificação Brasil.⁶ 2. Dados clínicos: A pressão arterial foi aferida preferencialmente no braço direito, com a pessoa sentada, após três a cinco minutos de repouso, com o braço no mesmo nível do precórdio. O aparelho utilizado foi o esfigmomanômetro digital (OMRON HEM-7200). Foram tomadas três medidas de pressão arterial, separadas por intervalo de 2 min. A estimativa final foi obtida a partir da média das três medidas de pressão arterial⁹ e adesão ao tratamento medicamentoso. 3. Adesão ao tratamento medicamentoso: Utilizamos a Escala de Adesão Terapêutica de Medida de Adesão ao Tratamento (MMAS-8)¹² validado para hipertensos, que contém oito perguntas com respostas fechadas de caráter dicotômico (sim/não). O grau de adesão terapêutica foi determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: adesão elevada (oito pontos), adesão moderada (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos). Para fins de apresentação dos dados, foi utilizada a classificação binária, ou seja, aderidos (MMAS-8 = 8 pontos) e não aderidos (MMAS-8 < 8 pontos). 4. Avaliação das crenças em saúde: Foi utilizada uma escala que apresenta sentenças sobre crenças de barreiras e benefícios relacionados a cada um dos treze comportamentos de saúde referentes às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial¹³ envolvendo: alimentação, exercícios físicos, preocupações, lazer e diversão, descanso e sossego, importância de medir a pressão arterial, consultas médicas, uso de fumo, álcool e controle de peso. A escala encontra-se no formato Likert, com cinco níveis de resposta, variando de DT (discordo totalmente = 1), D (discordo = 2), I (indeciso = 3), C (concordo = 4), até CT (concordo totalmente = 5).

Forma de análise dos resultados

Os dados de caracterização da amostra foram analisados com base em números absolutos e percentuais e processados com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (v.23; SPSS Inc., Chicago, IL USA).

Para análise do percentual de crenças sobre barreiras e benefícios relacionados às treze medidas de prevenção e

controle da hipertensão arterial, foi obtida a média aritmética para barreiras e uma média aritmética para os benefícios, para cada uma das medidas de prevenção e controle da escala de crenças. Em sequência, foi obtida a diferença entre as médias aritméticas da barreira e do benefício. Estas diferenças foram classificadas em três categorias: Crenças sobre benefícios (valores da diferença das médias abaixo de zero); Crenças sobre barreiras (valores da diferença das médias acima de zero); Indecisos (valores da diferença das médias igual a zero)

As crenças sobre benefícios foram correlacionadas aos dados sócio demográficos através do coeficiente de correlação *r* de Pearson ou teste Qui-quadrado com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS for Windows, versão 23.0).

RESULTADOS

Dos 110 idosos hipertensos, 63,6% estavam aderidos ao tratamento medicamentoso enquanto 36,4% não estavam, dentre estes 78,2% apresentaram níveis pressóricos controlados e 11,8% não. Em relação ao gênero, o feminino foi predominante (65,4%) e em relação à etnia, 74,6% dos idosos hipertensos eram brancos. Pouco mais da metade dos idosos hipertensos (51,3%) eram das classes B2 e C. 58,1% e 34,5% faziam uso de 1 a 4 e 5 a 9 medicamentos/dia, respectivamente. (Tabela 1)

As tabelas 2 - 6 mostram a análise dos fatores sócio demográficos associados às percepções de crenças em saúde sobre benefícios, segundo as treze medidas de controle de hipertensão arterial. Nota-se que homens e mulheres perceberam de modo semelhante maior ou menor benefício em relação aos treze comportamentos de saúde para o controle da pressão arterial.

Em relação à dieta (Tabela 2), observa-se que a percepção dos idosos quanto ao seu benefício para o controle da pressão arterial foi bastante semelhante. Embora não tenham sido identificadas diferenças significantes, a restrição do sal e do açúcar traz mais benefícios para o controle da pressão arterial. Todavia, um número menor de idosos acredita que a restrição de gorduras na dieta também seja importante para o controle da pressão arterial.

Para os entrevistados, controlar o nível do estresse pode trazer benefícios para o controle da pressão arterial. Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significantes, evidencia-se uma tendência entre “evitar preocupação” e classe social, bem como entre “ter horas de lazer e diversão” e faixa etária. (Tabela 3) A maior parte dos entrevistados admite que o acompanhamento médico é importante para o controle da pressão arterial. Neste estudo, foi observada diferença estatisticamente significativa ao se comparar “tomar remédios” e classe social. (Tabela 4)

A Tabela 5 demonstra a percepção da importância de realizar atividade física e manter o peso ideal para o controle da pressão arterial. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa apenas entre “fazer exercícios” e etnia. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação às demais variáveis.

Nota-se o reconhecimento dos idosos sobre o benefício que evitar bebidas alcólicas e tabaco contribuem para o controle da pressão arterial, embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significantes. (Tabela 6).

Tabela 1. Distribuição dos idosos quanto à caracterização sócio demográfica, controle dos níveis pressão arterial e número de medicamentos, segundo a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. São Caetano do Sul, São Paulo, 2016. (n=110).

Variáveis	Adesão				Valor de p
	Sim		Não		
	N	(%)	N	(%)	
Gênero					
Homens	24	21,8	14	12,7	0,940
Mulheres	46	41,8	26	23,6	
Etnia					
Branco	54	49,1	28	25,5	0,413
Negros	16	14,5	12	10,9	
Faixa etária (anos)					
60 - 64	23	20,9	10	9,1	0,293
65 - 69	10	9,1	9	8,2	
70 - 74	18	16,4	4	3,6	
75 - 79	19	17,3	17	15,5	
Classe social					
A	2	1,8	1	0,9	0,660
B1	4	3,6	2	1,8	
B2	22	18,5	11	10,0	
C1	19	17,3	12	10,9	
C2	17	15,5	10	9,1	
D - E	6	5,5	4	3,6	
Número de medicamentos					
1 - 4	33	34,5	20	23,6	0,680
5 - 9	26	24,5	10	10,0	
10 - 14	4	3,6	1	0,9	
> 15	1	0,9	2	1,8	
Pressão arterial					
Controlada	56	50,9	30	27,3	0,344
Não controlada	14	12,7	10	9,1	

Tabela 2. Fatores sócio demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação à dieta. São Caetano do Sul, São Paulo, 2016.

Variáveis	Dieta								
	Sal			Gordura			Açúcar		
	N	(%)	Valor de p	N	(%)	Valor de p	N	(%)	Valor de p
Gênero									
Homens	33	3,0	0,579	11	10,0	0,148	31	28,2	0,402
Mulheres	57	51,8		31	28,2		63	57,3	
Etnia									
Branco	66	60,0	0,700	31	28,2	0,889	70	63,6	0,964
Negros	24	21,8		11	10,0		24	21,8	
Faixa etária									
60 - 64	24	21,8	0,625	8	7,2	0,254	27	24,5	0,866
65 - 69	16	14,5		9	8,2		16	14,5	
70 - 74	20	18,2		10	9,1		19	17,2	
75 - 79	30	27,3		15	13,6		32	29,1	
Classe social									
A	3	2,7	0,449	1	0,96	0,928	3	2,7	0,514
B1	4	3,6		3	2,7		5	4,5	
B2	29	26,4		13	11,8		27	24,5	
C1	25	22,7		11	10,0		25	22,7	
C2	19	17,3		9	8,2		26	23,6	
D - E	10	9,1		5	4,5		8	7,3	

Tabela 3. Fatores sócio demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao estresse. São Caetano do Sul, São Paulo, 2016.

Variáveis	Estresse								
	Evitar preocupação			Ter horas de lazer e diversão		Descansar			
	N	(%)	Valor de p	N	(%)	Valor de p	N	(%)	Valor de p
Gênero									
Homens	15	13,6	0,217	33	30,0	0,443	21	19,0	0,540
Mulheres	41	37,2		63	57,3		47	42,7	
Etnia									
Branco	40	36,4	0,526	72	65,4	0,938	48	43,6	0,460
Negro	16	14,5		24	21,8		20	18,2	
Faixa etária									
60 - 64	17	15,4	0,638	30	27,3	0,080	20	18,8	0,558
65 - 69	8	7,2		13	11,8		12	10,9	
70 - 74	9	8,2		19	17,3		12	10,9	
75 - 79	22	20,0		34	30,9		24	21,8	
Classe social									
A	2	1,8	0,085	2	2,7	0,972	3	2,7	0,138
B1	2	1,8		6	3,6		5	4,5	
B2	15	13,6		29	26,3		24	21,8	
C1	13	11,8		27	24,5		15	13,6	
C2	18	16,4		24	21,8		17	15,4	
D - E	6	5,4		8	7,3		4	3,6	

Tabela 4. Fatores sócio demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao controle médico. São Caetano do Sul, São Paulo, 2016.

Variáveis	Controle médico								
	Aferir a pressão arterial			Consultar o médico		Tomar os remédios			
	N	(%)	Valor de p	N	(%)	Valor de p	N	(%)	Valor de p
Gênero									
Homens	36	32,7	0,508	36	32,7	0,718	37	33,6	0,250
Mulheres	70	63,6		66	60,0		65	59,1	
Etnia									
Branco	79	71,8	0,983	75	68,2	0,651	77	70,0	0,121
Negro	27	24,5		27	24,5		25	22,7	
Faixa etária (anos)									
60 - 64	38	34,5	0,709	33	30,0	0,078	30	27,3	0,
65 - 69	18	16,3		15	13,6		16	14,5	
70 - 74	22	20,0		21	19,21		22	20,0	
75 - 79	34	30,9		33	30,0		34	30,9	
Classe social									
A	3	2,7	0,687	3	2,7	0,189	3	2,7	0,02*
B1	6	5,4		6	5,4		4	3,6	
B2	31	28,2		29	26,4		30	27,3	
C1	30	27,3		30	27,3		30	27,0	
C2	27	24,5		25	22,7		26	23,6	
D - E	9	8,2		9	8,2		9	0,9	

* p<0,05.

Tabela 5. Fatores sócio demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação ao peso ideal e exercício. São Caetano do Sul, São Paulo, 2016.

Variáveis	Peso ideal e exercícios					
	Manter o peso ideal			Fazer exercícios		
	N	(%)	Valor de p	N	(%)	Valor de p
Gênero						
Homens	36	32,7	0,274	30	27,3	0,882
Mulheres	71	64,5		55	50,0	
Etnia						
Branco	81	73,6	0,159	65	59,1	0,029*
Negro	26	23,6		20	18,2	
Faixa etária						
60 - 64	32	29,1	0,780	25	22,7	0,669
65 - 69	18	16,4		14	12,7	
70 - 74	22	20,0		15	13,6	
75 - 79	35	31,8		31	28,2	
Classe social						
A	3	2,7	0,718	3	2,7	0,085
B1	6	5,5		5	4,5	
B2	31	28,2		26	23,6	
C1	31	28,2		22	20,0	
C2	26	23,6		23	20,9	
D - E	10	9,1		6	5,4	

Tabela 6. Fatores sócio demográficos associados à categoria crenças sobre benefícios em relação a álcool e fumo. São Caetano do Sul, São Paulo, 2016.

Variáveis	Álcool e fumo					
	Evitar bebidas alcoólicas			Não fumar ou parar de fumar		
	N	(%)	Valor de p	N	(%)	Valor de p
Gênero						
Homens	36	32,7	0,307	37	33,6	1,0
Mulheres	68	61,8		70	63,6	
Etnia						
Branco	77	70,0	0,805	81	73,6	0,780
Negro	27	24,5		26	23,6	
Faixa etária						
60 - 64	31	28,2	0,553	32	29,1	0,746
65 - 69	17	15,4		18	16,4	
70 - 74	22	20,0		22	20,0	
75 - 79	34	30,9		35	31,8	
Classe social						
A	3	2,7	0,598	3	2,7	0,159
B1	5	4,5		6	5,5	
B2	31	28,2		31	28,2	
C1	28	25,5		30	27,3	
C2	27	24,5		27	24,5	
D - E	10	9,1		10	9,1	

DISCUSSÃO

No presente estudo 110 idosos usuários de UBS de São Caetano do Sul foram avaliados. Destes, 63,6% aderidos ao tratamento anti-hipertensivo e 78,2% estavam com os níveis pressóricos controlados. Entretanto, ao se considerar apenas os idosos cuja pressão encontrava-se controlada, apenas 50,9% estavam aderidos ao tratamento. Tanto os valores de adesão, bem como os níveis de controle da pressão arterial identificados neste trabalho superam os descritos em outros estudos.^{10,14,15}

Entre as variáveis demográficas e socioeconômicas estudadas, nenhuma apresentou associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, embora já tenha sido encontrada em outros estudos, relação entre raça, estado civil, ocupação, escolaridade, renda, idade, apoio familiar e social e adesão ao tratamento medicamentoso.¹⁰

Para Silva et al.¹⁶ as mulheres apresentaram níveis de pressão arterial mais controlados que os homens, embora tenham menor renda, índice de massa corporal elevado, menor apoio social e maior percentual de transtornos mentais comuns. A predominância da hipertensão em mulheres vem sendo apontada por alguns estudos refletindo também a maior procura desta população pelos serviços de saúde tanto no Brasil como exterior.⁷ Ainda em relação à classe social, mais da metade dos entrevistados pertenciam às classes B2 e C, sendo que não foi observada associação entre classe social e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A redução da hipertensão arterial ocorre, na maioria dos estudos, em indivíduos com maiores níveis de escolaridade e outros fatores de ordem social e condições de ocupação. Por outro lado, níveis econômicos mais baixos associam a maior prevalência da HAS e exposição a fatores de risco para elevação da pressão arterial.¹⁴ Um maior nível de instrução pode favorecer a compreensão do idoso a respeito de sua condição de saúde e de seu tratamento medicamentoso, o que pode contribuir para a adesão.¹²

Observamos que a grande quantidade de medicamentos utilizados pelos pacientes, aumenta a complexidade do regime terapêutico e piora a adesão ao tratamento.¹⁷ De acordo com a análise dos dados do PNAD, homens utilizam menos medicamentos que as mulheres. Além disso, a indicação quanto ao uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão é elevada, o que deve ser considerado como aspecto positivo, haja vista que a doença hipertensiva é assintomática.¹⁷

A não adesão é identificada como principal causa da pressão arterial não controlada, o que acarreta em aumento do risco para doenças cardiovasculares.⁹

Os resultados deste estudo demonstram que os idosos hipertensos conhecem os benefícios que a redução da

ingestão de sal e açúcar na dieta pode trazer para o controle da pressão arterial, bem como a redução de estresse e a prática regular de exercícios físicos. Em estudo semelhante, a maioria dos pacientes aderiu à dieta com restrição de sal, gorduras e açúcares, à regularidade na medida da pressão arterial e nas consultas médicas, evitar bebida alcoólica e tomar medicação corretamente. O controle do peso e os comportamentos relacionados com o controle do estresse e a prática de atividade física tiveram uma adesão menor.¹³

Nesse estudo foi identificada associação significativa entre prática regular de exercícios físicos e etnia, bem como relação inversa entre adesão aos tratamentos medicamentosos no geral e classe social, corroborando os resultados encontrados na literatura.^{17,18} Neste estudo foi identificada a relação estatisticamente significativa entre o hábito de ingerir as medicações e a classe social.

Fatores sócio demográficos, comportamentais e clínicos não interferiram na adesão, como também observado em São Caetano do Sul e o absenteísmo às consultas era baixo. O fato de São Caetano apresentar o melhor índice de IDHM não garantiu níveis elevados de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Porém, essa variação de valores de adesão encontrados pode ser atribuída aos diferentes instrumentos para avaliação da adesão disponíveis na literatura.

Este estudo reforça a evidência que a crença em saúde é capaz de influenciar a adesão ao tratamento e um forte preditor do comportamento para busca do seguimento adequado. Embora a percepção dos benefícios quanto à adoção de medidas de prevenção e controle da HAS não implicarem diretamente na coerência e efetividade de ações em busca da adesão, é importante fornecer ao paciente elementos que possam contribuir para a compreensão do tratamento levando-o a acreditar que terá resultados positivos se segui-lo de maneira adequada.^{19,20}

CONCLUSÃO

Concluimos que a maioria da população estudada estava aderida ao tratamento, tendo noção dos benefícios em controlar os fatores de risco para hipertensão. Os dados foram semelhantes entre homens e mulheres e a classe social impactou inversamente na adesão ao tratamento medicamentoso.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and information. Geneva, 2014. Disponível em: < http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html >. Acesso em: 07 de julho 2016.
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of world wide data. *Lancet*.2005; 365(9455): 217-23.
3. Luz, FE, Santos BRM, Sabino W. Estudo comparativo de mortalidade por doenças cardiovasculares em São Caetano do Sul (SP) no período de 1980 a 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(1): 161-8.
4. Malta DC, Stopa SR, Andrade SSCA, Szwarcwal CL, Silva Junior JB, Reis AAC. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*.2013; 18(Supl 2):109-22.

5. Rapsomaniki E, Timmis A, George A, Pujades-Rodriguez M, Daenaxas S, White IR, et al. **Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people.** *Lancet*. 2014; 383(9932): 1899-911.
6. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.com.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=354880&search=sao-paulo|sao-caetano-do-sul> >. Acesso em: 02 de março 2016.
7. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, César CLG, Carandina L. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. *Cad Saúde Pública*, 2013; 29(11): 2275-86.
8. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(1): 62-72.
9. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2010; 95: I-III.
10. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18:1763-72.
11. (PNUD). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013. Acesso em: 02 de março 2016.
12. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. **The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008).** *Cad Saúde Pública*. 2014; 30: 1438-52.
13. Dela-Coleta MF. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2010;18(1): 69-78.
14. Chor D, Pinho Ribeiro AL, Sá Carvalho M, Duncan BB, Andrade Lotufo P, Araújo Nobre, A, et al. **Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study.** *PLoS ONE*. 2015;10(6): e 01277382.
15. Santos MV, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DA, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(1):55-61.
16. Silva,SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. **O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa.** *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):50-8.
17. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL. et al. **Access to and use of high blood pressure medications in Brazil.** *Rev Saude Publica*. 2016;50:8s.
18. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 24(2): 297-304.
19. Machado JC, Cotta RMM, Moreira TR, Silva LS. **Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(2):611-20.
20. Pires CGDS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(suppl 2): 2257-67.