

PREVALÊNCIA E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE POPULAÇÃO URBANA E RURAL

PREVALENCE AND CONTROL OF HYPERTENSION: COMPARISON BETWEEN URBAN AND RURAL POPULATION

PREVALENCIA Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA POBLACIÓN URBANA Y LA POBLACIÓN RURAL

Patricia Magnabosco¹
Edward Meirelles de Oliveira²
Adrielle Naiara Toneti³
Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos¹
Leila Maria Marchi-Alves⁴

¹ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta. Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberlândia, MG – Brasil.

² Enfermeiro. Doutor em Ciências. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – HC-UFTM. Uberaba, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Doutoranda em Ciências. Universidade de São Paulo – USP, Escola de Ribeirão Preto – EERP. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada. USP, EERP. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Patricia Magnabosco. E-mail: magnabosco@ufu.br

Submetido em: 13/12/2016

Aprovado em: 19/03/2017

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência, conhecimento e tratamento da hipertensão arterial sistêmica, comparando as características associadas ao não controle da pressão arterial entre população hipertensa urbana e rural de um município de pequeno porte do interior de Minas Gerais. **Material e métodos:** estudo epidemiológico com 1.528 residentes do município de Sacramento-MG, Brasil. Foram coletadas variáveis socioeconômicas e comportamentais, dificuldades de utilização dos serviços de saúde e realização da medida da pressão arterial. Para analisar a associação entre a variável dependente (não controle da pressão arterial) e demais variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e calculou-se a *Odds Ratio*. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0.05$. **Resultados:** foram entrevistados 153 sujeitos residentes da área rural e 1.375 da área urbana. A prevalência da hipertensão foi de 38,6%, sendo 38,6% na área urbana e 38,5% na área rural. Entre os hipertensos ($n=590$), 91,5% sabiam dessa condição; 90,6% estavam em tratamento e 52,6% apresentaram a pressão arterial controlada. Tinham associação com o não controle da pressão arterial: consumo de bebida alcoólica ($p=0,001$), dificuldade de seguir a prescrição medicamentosa ($p=0,000$), não comparecimento às consultas médicas de rotina ($p=0,005$). **Conclusões:** a hipertensão arterial revelou-se de alta prevalência e importante problema de saúde pública também em um município de pequeno porte do interior do país.

Palavras-chave: Prevalência; Hipertensão; Controle; População Urbana; População Rural.

ABSTRACT

Background: Hypertension is considered a public health problem due to its high prevalence and control difficulties. **Objectives:** To estimate the prevalence of hypertension and evaluate the main characteristics associated with failure to control blood pressure comparing rural with the urban population. **Materials and Methods:** An epidemiological study of 1528 adult residents of the city of Sacramento/Minas Gerais/Brazil. Were collected during home visits, socioeconomic and behavioral variables, the following characteristics of drug treatment, difficulties in using the health and achievement of blood pressure measurement services. To analyze the association between the dependent variable (not blood pressure control) and other variables we used the chi-square test of Pearson and the Odds Ratio. The level of significance was set at $\alpha = 0.05$. **Results:** 153 subjects residing in rural areas and 1375 in urban area were interviewed. The prevalence of hypertension in the city was 38.6% and 38.6% in urban areas and 38.5% in rural areas. Among hypertensive patients ($n = 590$), 91.5% were aware of this condition; 90.6% were under treatment, and 52.6% had controlled blood pressure. The variables that were associated with the non-control BP were: alcohol consumption ($p = 0.001$), difficulty in following the prescriptions ($p = 0.000$), failure to attend medical appointments ($p = 0.005$). **Conclusions:** Hypertension proved to be highly prevalent and important public health as well in a small city from the countryside.

Keywords: Prevalence; Hypertension; Control; Urban Population; Rural Population.

Como citar este artigo:

Magnabosco P, Oliveira EM, Toneti NA, Anjos ACY, Marchi-Alves LM. Prevalência e controle da hipertensão arterial: estudo comparativo entre população urbana e rural. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____];21:e-999. Disponível em: _____
DOI: 10.5935/1415-2762.20170009

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia, el conocimiento y el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica, comparando las características asociadas con ningún control de la presión arterial entre la población urbana y rural de una pequeña ciudad del interior de Minas Gerais. **Material y método:** Estudio epidemiológico con 1.528 habitantes de la ciudad de Sacramento / Brasil. Se recogieron variables socioeconómicas y de comportamiento, dificultades para usar los servicios de salud y si hubo control de la presión arterial. Para analizar la asociación entre la variable dependiente (Ningún control de la presión arterial) y las demás variables se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson y se calculó el cociente de probabilidades. El nivel de significación se fijó en $\alpha = 0,05$ **Resultados:** Se entrevistó a 153 habitantes de la zona rural y a 1.375 de la zona urbana. La prevalencia de hipertensión fue de 38,6%: 38,6% en la zona urbana y 38,5% en la rural. Entre los pacientes hipertensos ($n = 590$), el 91,5% era consciente de su estado; un 90,6% estaba en tratamiento y un 52,6% había controlado la presión arterial. El consumo de bebidas alcohólicas ($p = 0,001$), la dificultad para seguir con los medicamentos recetados ($p = 0,000$), el faltar a las citas médicas de rutina ($p = 0,005$) están asociados con ningún control de la presión arterial. **Conclusiones:** La hipertensión arterial ha demostrado ser de alta prevalencia y un problema de salud pública grave también para una pequeña ciudad del interior del país.

Palabras clave: Prevalencia; Hipertensión; Control; Población Urbana; Población Rural.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência e dificuldade de controle, além de constituir um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares.¹

Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, no Brasil 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3 e 43,9%, média de 32,5%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.^{2,3}

O controle da pressão arterial é essencial para a prevenção de lesões em órgãos induzidas pela hipertensão arterial, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e, conseqüentemente, não tratada, apesar de sua alta prevalência.⁴

Estudos realizados no Brasil salientam alta prevalência e baixas taxas de conhecimento e controle da hipertensão arterial.⁵⁻⁷ Pesquisa realizada em um município de pequeno porte do interior do país, com 1.003 indivíduos de 18 a 90 anos, apurou prevalência de HAS de 30,1%. Entre os hipertensos deste estudo ($N = 302$), 73,5% sabiam dessa condição, 61,9% faziam tratamento e 24,2% tinham a PA controlada.³

Em Minas Gerais, poucos estudos foram realizados e não se conhece o perfil de risco dos moradores de municípios de pequeno porte demográfico⁸. Na cidade de Sacramento, conforme dados registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica⁹, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha com prevalência de HAS de 17,9% no município, sendo 19,4% na área rural e 17,7% na urbana. A escassez de estudos de prevalência da HAS nesses municípios indica a utilidade dessas informações para o direcionamento de projetos e ações preventivas, terapêuticas e assistenciais, como também para populações com características semelhantes.¹⁰

Ser morador de área urbana ou rural pode implicar diferenças culturais e estilos de vida importantes que podem influenciar

diretamente nos fatores de risco de doenças crônicas, em especial a hipertensão arterial, bem como seu tratamento e controle.

Estudo realizado com 142.042 pessoas entre 35 e 70 anos de 628 comunidades urbanas e rurais de três países de alta renda, sete de média alta renda (incluindo o Brasil), três de média baixa renda e quatro de baixa renda encontrou índice de HAS de 40,1% em área urbana e 39,2% rural. Os índices de conhecimento da condição de hipertenso e tratamento foram semelhantes entre as áreas urbana e rural nos países de alta e média-alta renda, porém foram significativamente menores nas áreas rurais dos países de baixa renda. O índice de controle da PA foi consistentemente menor nas zonas rurais em relação às áreas urbanas em todos os países.¹¹

No Brasil, pesquisa realizada com 251 sujeitos na área rural do estado de Minas Gerais com o objetivo de determinar a prevalência da síndrome metabólica entre sujeitos maiores de 18 anos de idade encontrou prevalência da HAS de 62,5%, sendo maiores em homens (65,8%) que nas mulheres (59,7%).¹²

Diante dessa problemática, este estudo apresenta como objetivos estimar a prevalência, conhecimento e tratamento da HAS, comparando as características associadas ao não controle da pressão arterial entre população hipertensa urbana e rural de um município de pequeno porte do interior de Minas Gerais.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Sacramento, situado no Triângulo Mineiro, região do Alto Paranaíba no estado de Minas Gerais. O município possui população de 23.880 habitantes,¹³ sendo 19.278 residentes na área urbana e 4.602 na rural. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde local, a população com idade de 20 anos ou mais é de 14.217 pessoas, destas 12.974 na área urbana e 1.243 na rural. O município possui cobertura populacional de 85,9% da Estratégia Saúde da Família (ESF), composta de cinco equipes na área urbana (19 bairros) e uma na área rural (seis povoados).

Este estudo é de base populacional, com amostragem aleatória de abordagem quantitativa, transversal, descritivo e exploratório. Participaram 1.528 moradores (153 da área rural e 1375 da área urbana), com idade de 20 anos ou mais e que referiram ter HAS. Os critérios de exclusão foram: gravidez, doenças psiquiátricas graves ou incapacidade mental atestadas por laudo de saúde.

A determinação do tamanho da amostra foi feita com base na estimativa da proporção populacional, utilizando prevalência de HAS de 44%, valor máximo segundo estudos realizados no Brasil.¹ O tamanho amostral total foi estimado em 1.705 indivíduos selecionados a partir de amostragem aleatória de 14.217 habitantes de 5.939 domicílios, com correção para população finita e ajustamento de recusa de 20%, respeitando-se a densidade populacional das diversas áreas urbanas e rural. Nível de confiança fixado em 95% e erro de delineamento de 2,5%. Para cada área de abrangência da ESF, foi estimada uma amostra distribuída, respectivamente, da seguinte forma: 205 indivíduos para área I; 341 para II; 358 para III; 324 de cada uma das áreas IV e V; e 153 da área VI, está última rural e subdividida em seis povoados distantes entre si e da cidade, sendo o mais próximo da cidade a 42 km e o mais distante a 82 km.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O sorteio da amostra foi realizado em quatro estágios. As unidades amostrais do primeiro estágio foram por áreas de cobertura da ESF da zona urbana e rural do município. O segundo estágio compreendeu amostragem por ruas, o terceiro por domicílios e o quarto pela escolha de um morador. Para a seleção dos sujeitos foi escolhido o primeiro aniversariante a partir da data da entrevista.

A escolha dos participantes da área rural ocorreu por sorteio aleatório a partir do cadastro numérico das famílias na Estratégia Saúde da Família, de acordo com o povoado correspondente à área de abrangência registrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde. Para a seleção dos sujeitos foi utilizado o mesmo critério da população urbana.

Preliminarmente, os indivíduos foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e, a seguir, convidados a participar voluntariamente do estudo. Procedeu-se à coleta de dados após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) sob protocolo nº 188/2012. Destaca-se que este trabalho não tem conflitos de interesses.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista entre os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2014, utilizando instrumento semiestruturado abordando variáveis sociodemográficas e econômicas, estilo de vida, dados antropométricos, conhecimento da condição de hipertenso, medicamentos em uso, acesso aos serviços de saúde e razões pelas quais procura o atendimento.

O critério para classificação da HAS será o valor da pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg ou uso atual de anti-hipertensivos.¹⁴

Os indivíduos que durante a entrevista relataram não conhecer a condição da sua pressão arterial, que não estavam em uso de medicamentos anti-hipertensivos e que apresentaram PA de 140/90 mmHg ou mais foram encaminhados ao serviço de saúde, para confirmação diagnóstica ou não da hipertensão, com consultas médicas previamente agendadas, que no caso ocorriam na unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) em que os indivíduos eram cadastrados. Já os serviços de saúde receberam uma lista de todos os indivíduos nessas condições citadas, podendo, inclusive, realizar busca ativa dos mesmos no caso de não comparecimento. Após a data da consulta, o pesquisador procurou o serviço de saúde para obter as informações referentes à avaliação dos indivíduos encaminhados. Os sujeitos que receberam o diagnóstico para hipertensão foram classificados como indivíduos que desconheciam sua condição de hipertenso.

A variável dependente abordada foi o “não controle da PA” entre os sujeitos que conheciam sua condição de hipertenso e apresentaram valores pressóricos iguais ou superiores a 140/90 mmHg no dia da entrevista.

As variáveis independentes de interesse foram: sexo; faixa etária; anos de estudo; situação familiar; religião; classe econômica;¹⁵ sedentarismo (não realização atividade física pelo menos três vezes/semana com duração de no mínimo 30 minutos/dia); tabagismo (consumo de pelo menos um cigarro/dia); etilismo (consumo superior a 30 g de etanol/dia para homens e 15 g/dia para mulheres); tempo de diagnóstico de HAS; dificuldade de acesso ao serviço de saúde; tipo de serviço de saúde utilizado (convênio/particular ou SUS); comparecimento a consulta médica no último ano; motivo por que procura o serviço de saúde; doenças associadas; quantidade de comprimidos anti-hipertensivos prescritos por dia; fonte do medicamento anti-hipertensivo (SUS ou precisou comprar); realização de consulta médica de rotina pelo menos uma vez ao ano; frequência de aferição da PA anualmente; e adesão ao tratamento medicamentoso segundo “Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids” (QAM-Q).¹⁶

O critério para o cálculo do índice de controle da PA considerado foram valores encontrados abaixo de 140 x 90 mmHg entre os sujeitos que conheciam sua condição de doente e estavam em tratamento.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para analisar a associação entre a variável dependente (não controle da PA) e variáveis sociodemográficas e econômicas; clínicas/tratamento/estilo de vida e acesso aos serviços de saúde, calculou-se a *Odds Ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% para cada variável em estudo.

O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$. Utilizou-se o programa SPSS *Windows Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0.

RESULTADOS

Do total da amostra calculada (1.705), ocorreram 10,38% de recusa, todos na área urbana, resultando no total de 1.528 sujeitos. Foram entrevistados 153 sujeitos residentes da área rural e 1.375 da área urbana. A prevalência da HAS foi de 38,6%, sendo a mesma proporção na área urbana (38,6%) e na área rural (38,5%). O índice de controle foi bastante próximo entre elas, sendo 51,1% na população urbana e 52,8% na rural.

Entre os 131 sujeitos encaminhados ao serviço de saúde para confirmação diagnóstica de HAS que apresentaram a PA $\geq 140 \times 90$ mmHg no dia da entrevista e que relataram desconhecer sua condição de hipertensos, 50 (38,1%) foram diagnosticados com HAS, 53 (40,5%) obtiveram diagnósticos negativos para HAS e 28 (21,4%) não foram avaliados pelo serviço de saúde, por mudança de endereço, recusa dos indivíduos ou por não se encontrarem na residência no momento da visita pela equipe da ESF.

Entre os hipertensos; 91,5% conheciam sua condição; 90,6% se encontravam em tratamento; e 52,6% apresentaram a PA controlada. Na Figura 1 pode-se observar a distribuição do total da amostra segundo prevalência, conhecimento, tratamento e controle da PA.

As características sociodemográficas predominantes no total da amostra (1.528) foram: sexo feminino (69,7%); idade até 39 anos (31,2%); pele branca (79,0%); menos de quatro anos de estudo (43,6%); trabalhadores em serviços gerais/comércio (86,1%); classe econômica C (52,2%); e ganhos inferiores a um salário mínimo por pessoa (58,2%).

Entre os hipertensos, as características sociodemográficas predominantes foram as mesmas do total da amostra, exceto para a faixa etária, que nesse grupo predominaram aqueles com idade de 60 anos ou mais (59,5%).

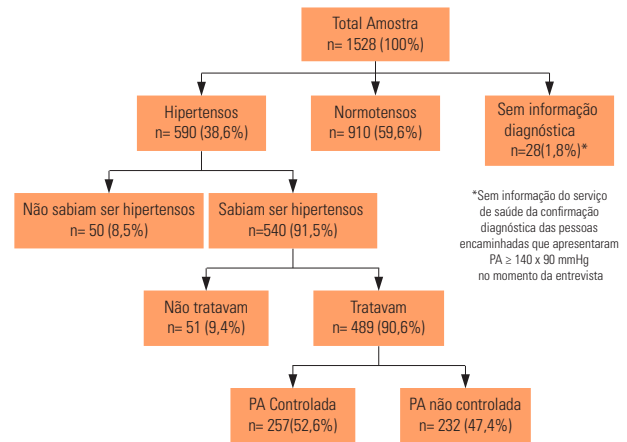


Figura 1 - Distribuição dos indivíduos (n=1528) segundo prevalência, conhecimento, tratamento e controle da HAS, Sacramento (MG), Brasil, 2013.

Na Tabela 1 está demonstrada a associação entre o não controle da PA e variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais, características do seguimento do tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde dos sujeitos hipertensos que conheciam sua condição. Na Tabela 2 pode-se observar a análise univariada da associação do não controle da PA e características do seguimento do tratamento medicamentoso e acesso aos serviços de saúde entre os sujeitos que conheciam sua condição de hipertensão.

DISCUSSÃO

A prevalência encontrada neste estudo (38,6%) está dentro da faixa de outros estudos realizados no Brasil¹, porém bem superiores aos valores fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento.⁹ Isso que pode demonstrar não atualização dos dados no SIAB, consequentemente, falhas no diagnóstico e acompanhamento das famílias pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Valores também acima dos 30% foram encontrados em diferentes regiões no Brasil: Nobres-MT (30,1%)³, Formiga-MG (32,7%)⁸ e Florianópolis-SC (40,1%)¹⁷

Tabela 1 - Análise univariada da associação do não controle da pressão arterial e variáveis sociodemográficas, econômicas e comportamentais entre os sujeitos que conheciam sua condição de hipertensão (n=540). Sacramento, MG, Brasil – 2013

Variáveis de estudo	Rural (n= 53)	Urbano (n= 487)	População Total (n=540)	OR	IC 95%	Valor de p
	Não Controle (%)	Não Controle (%)	Não Controle (%)			
Sexo						
Feminino	43,3	46,7	46,4	1	(0,93-1,95)	0,107
Masculino	52,2	54,3	54,0	1,35		
Faixa Etária (anos)						
Até 59 anos	46,9	45,7	45,9	1	(0,85-1,70)	0,279
≥ 60 anos	47,6	50,8	50,6	1,21		

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Análise univariada da associação do não controle da pressão arterial e variáveis sociodemográficas, econômicas e comportamentais entre os sujeitos que conheciam sua condição de hipertensão (n=540). Sacramento, MG, Brasil – 2013

Variáveis de estudo	Rural (n= 53)	Urbano (n= 487)	População Total (n=540)	OR	IC 95%	Valor de p
	Não Controle (%)	Não Controle (%)	Não Controle (%)			
Situação Familiar						
Não reside sozinho (a)	47,8	48,2	48,1	1	(0,72-1,84)	0,539
Reside sozinho (a)	42,9	52,6	51,8	1,15		
Religião						
Segue	49,0	49,3	49,3	1	(0,39-1,39)	0,350
Não segue	25,0	43,6	41,9	0,74		
Anos de estudo						
≥ 8 anos de estudo	50,0	47,7	47,8	1	(0,71-1,54)	0,811
< 8 anos de estudo	46,7	49,3	49,0	1,04		
Classe econômica						
A/B	28,6	49,6	48,5	1	(0,68-1,49)	0,954
C/D/E	50,0	48,6	48,8	1,01		
Tabagismo						
Não	48,9	47,4	47,6	1	(0,83-2,07)	0,233
Sim	37,5	56,1	54,4	1,31		
Etilismo						
Não	44,7	46,8	46,6	1	(1,32-4,43)	0,003
Sim	66,7	68,1	67,9	2,42		
Sedentarismo						
Não	45,5	48,6	48,3	1	(0,67-1,53)	0,922
Sim	47,6	48,9	48,8	1,02		

IC: intervalo de confiança; OR: Odds Ratio.

Fonte: elaboração própria.

Tabela 2 - Análise univariada da associação do não controle da pressão arterial e características do seguimento do tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde entre os sujeitos que conheciam sua condição de hipertensão. Sacramento, MG, Brasil. 2013

Variáveis de estudo	Rural (n= 53)	Urbano (n= 487)	População Total (n=540)	OD	IC 95%	Valor de p
	Não Controle (%)	Não Controle (%)	Não Controle (%)			
Tempo diagnóstico						
Até 3 anos	45,5	42,9	42,2	1	(0,94-2,10)	0,092
Mais de 3 anos	48,8	50,7	50,7	1,41		
Comprimidos/dia						
Mais de 2	51,8	46,2	46,8	1	(0,76-1,52)	0,674
1 a 2	40,0	49,6	48,7	1,07		
Adesão ao tratamento						
Sim	17,4	28,6	27,5	1	(3,16-6,67)	0,000
Não	70,0	62,8	63,5	4,59		

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Análise univariada da associação do não controle da pressão arterial e características do seguimento do tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde entre os sujeitos que conheciam sua condição de hipertenso. Sacramento, MG, Brasil. 2013

Variáveis de estudo	Rural (n= 53)	Urbano (n= 487)	População Total (n=540)	OD	IC 95%	Valor de p
	Não Controle (%)	Não Controle (%)	Não Controle (%)			
Tipo de Serviço						
Convênio/Particular	0,0	47,5	47,1	1	(0,70-1,67)	0,712
SUS	48,1	49,2	49,1	1,08		
Dificuldade de acesso						
Não	40,6	50,7	49,9	1	(0,59-1,24)	0,420
Sim	57,1	44,5	46,1	0,86		
Frequência aferição PA						
>1vezes/ano	45,1	48,4	48,0	1	(0,74-2,23)	0,365
≤ 1 vezes/ano	100,0	52,7	54,4	1,29		
Consulta de rotina						
Realiza	39,4	44,4	43,9	1	(1,27-2,67)	0,001
Não realiza	60,0	59,1	59,2	1,84		

IC: intervalo de confiança; OR: Odds Ratio
 Fonte: elaboração própria.

O fato de a prevalência da HAS ter sido igual entre área urbana e rural e os índices de controle da PA serem muito semelhantes entre elas pode ser explicado pelas mudanças no estilo de vida e fatores comportamentais que vêm ocorrendo entre moradores da área rural nas últimas décadas. A evolução da tecnologia e o trabalho assalariado contribuem para o aumento do sedentarismo, consumo de alimentos industrializados, maior quantidade de sal, sobrepeso e obesidade, atingindo também a população rural.¹⁶ Portanto, tais fatores são comprovadamente associados às doenças cardiovasculares e, em especial, à hipertensão arterial e seu controle.¹

O índice de 52,6% de controle da PA entre os hipertensos moradores do município de Sacramento apresentou-se superior a diversos estudos realizados no Brasil: Nobre-MT (24,2%)³, São Paulo-SP (35,2%)⁵, Tubarão-SC (10,1%)⁷, estado do Rio Grande do Sul (10,4%)¹⁹ e São José do Rio Preto-SP (52,4%).² Esse relevante resultado pode estar associado à facilidade de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, bem como ao bom desenvolvimento socioeconômico do município, que apresentou em 2010 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,732, figurando na lista dos 100 municípios com os mais altos IDH-M entre os municípios mineiros no mesmo ano.²⁰ Contudo, alguns autores estimam que as taxas de controle da pressão arterial no Brasil devem estar superestimadas devido principalmente à heterogeneidade dos trabalhos realizados.²¹

Alguns estudos demonstram que países com grandes contingentes de habitantes nas áreas rurais mostram taxas de conhecimento, tratamento e controle inaceitavelmente baixas.

Em um desses estudos, realizado com dois países da África com residentes em área rural, apurou-se, entre 2.678 participantes da pesquisa na Nigéria, que a prevalência de HAS foi de 19,3%, sendo que 92% desconheciam sua condição de hipertenso, 2% estavam em tratamento e somente 3% com a PA controlada. Índices também alarmantes foram encontrados no Quênia entre 2.111 participantes, cuja prevalência da HAS foi de 21,4%; 83% desconheciam sua condição de hipertenso; 9% estavam em tratamento; e apenas 2,6% tinham a PA controlada.²²

O presente estudo ainda demonstrou que o consumo de bebida alcoólica acima dos padrões recomendados; não aderir ao tratamento medicamentoso; e não realizar consultas de rotina foram variáveis com associação estatisticamente significativa com o não controle da PA. O não comparecimento à consulta de rotina (no mínimo uma vez ao ano) aumentou em 1,8 vez o risco de PA não controlada. No entanto, há controvérsias quanto à importância da frequência de consultas na adesão e controle da pressão arterial.

Em estudo aleatório e retrospectivo²³ realizado com 245 pacientes hipertensos com o objetivo de relacionar a assiduidade às consultas médicas ao controle da pressão arterial encontrou-se associação positiva, mas com taxas menores de controle da HAS entre os pacientes assíduos (30%) comparadas ao estudo atual (56,1%). Entre os não assíduos a diferença foi ainda maior, 8% de controle no trabalho de Coelho *et al.*²¹ versus 40,8% no estudo atual. Outra pesquisa²⁴ também demonstrou a existência da associação entre frequência às consultas médicas e mais adesão.

Entretanto, outros autores^{25,26} mostraram que maior frequência de consultas não teve impacto na adesão ao tratamento nem no controle clínico. Alguns sugerem que esses resultados controversos podem indicar uma limitação da variável de estudo, pelo fato de a qualidade das consultas ser mais importante do que a frequência.²⁶

Em relação ao consumo de álcool, este parece estar associado ao não controle da pressão arterial. Em nosso estudo, usuários que consomem álcool apresentaram risco de não controle 2,4 vezes maior do que os hipertensos que não ingerem. Isso pode ser explicado pelo receio de efeitos indesejáveis da mistura dos medicamentos anti-hipertensivos com o álcool. O medo de misturar medicamento e bebida alcoólica foi uma das principais respostas relatadas em um estudo transversal com 401 pacientes em diferentes centros do estado da Bahia, que analisou as razões que levavam os pacientes à não adesão do tratamento para hipertensão arterial.²⁷

Quanto às limitações deste estudo, deve-se ressaltar que, mesmo utilizando aparelho de medida da PA calibrado e recomendado em pesquisas científicas, os valores obtidos para a seleção e definição entre pessoa com a PA controlada e não controlada podem ser influenciáveis por vários fatores físicos e emocionais no momento da medida da PA. Outra limitação do estudo é que a maioria das informações obtidas foi autorreferida, o que pode acarretar erros decorrentes da compreensão do entrevistado, enganos relativos à memória do respondente e outras distorções, interferindo em alguns resultados.

CONCLUSÕES

A HAS na cidade de Sacramento apresentou alta prevalência. Os níveis de controle e tratamento da hipertensão nessa população, apesar de melhores em comparação aos observados em outros estudos, ainda são considerados insatisfatórios. A semelhança dos dados referentes ao controle da PA entre a área urbana e rural indica que a população rural não tem dificuldade de acesso aos serviços e medicamentos ou essa dificuldade não se apresenta como fator limitante para o controle.

O conhecimento dos fatores de risco associados ao controle da pressão arterial nessa população poderá contribuir para ações mais resolutivas dos serviços de saúde e planejamento de políticas públicas que visem alcançar melhor adesão ao tratamento da hipertensão arterial, com consequente redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010[citado em 2016 ago. 20];13:260-312.

- Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
2. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. *Arq Bras Cardiol*. 2008[citado em 2016 ago. 20];91(1):31-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300005
 3. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009[citado em 2016 ago. 20];93(6):672-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf>
 4. Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LAS, Godoy MRP, Caçõa JC, Loureiro AAC, et al. Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. *Arq Bras Cardiol*. 2010[citado em 2016 ago. 20];94:519-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400014
 5. Mion Júnior D, Pierin AMG, Bensor AM, Marin JCM, Costa KRA, Henrique LFO, et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. *Arq Bras Cardiol*. 2010[citado em 2016 ago. 20];95: 99-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X20100001100015
 6. Barbosa JB, Silva AAM, Santos AM, Monteiro Júnior FC, Barbosa MM, Barbosa MM, et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís – MA. *Arq Bras Cardiol*. 2008[citado em 2016 ago. 20];91:260-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001600009
 7. Pereira MR, Coutinho MSSA, Freitas PF, D'Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007[citado em 2016 ago. 20];23: 2363-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000011&script=sci_abstract&tlng=es
 8. Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. *Arq Bras Cardiol*. 2007[citado em 2016 ago. 20];88:334-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000300013&script=sci_abstract&tlng=pt
 9. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação da Atenção Básica. Atenção básica e saúde da Família: números. Brasília: MS; 2008. [citado em 25 fev. 2014]. Disponível em: <http://dabs.saude.gov.br/atencaoobasica.php>.
 10. Lessa I, Mendonça GA, Teixeira MT. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996[citado em 2016 ago. 20];120:89-413. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000118&pid=S1517-8692200500040000800028&lng=pt
 11. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Vezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013[citado em 2016 ago. 20];310(9):959-68. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24002282>
 12. Velásquez-Meléndez G, Gazzinelli A, Côrrea-Oliveira R, Pimenta AM, Kac G. Prevalence of metabolic syndrome in a rural area of Brazil. *Sao Paulo Med J*. 2007[citado em 2016 ago. 20];125(3):155-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802007000300006
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2014.[citado em 2014 maio 14]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315690&search=minasgerais|sacramento>.
 14. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics - Update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. 2008. [citado em 2014 maio 05]. Disponível em: www.circ.ahajournals.org.
 15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no levantamento sócio econômico 2008 – IBOPE. 2010[citado em 2014 maio 05]. Disponível em: www.abep.org.

16. Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2008[citado em 2016 ago. 20];42(2):764-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400025
17. Santos SDA, Petroski EL, Peres MA. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2012[citado em 2016 ago. 20];46(6):988-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000600008&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Carvalho EO, Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011[citado em 2016 ago. 20];16(1):179-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100021
19. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004[citado em 2016 ago. 20];83(5):424-8. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2004/8305/83050009.pdf>
20. Organização das Nações Unidas. Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2010[citado em 2014 maio 05]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/consulta>.
21. Nobre F, Mion Junior D. Adesão ao tratamento: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica; 2013. p.19.
22. Hendriks ME, Wit FWNM, Roos MTL, Brewster LM, Akande TM, de Beer IH, *et al*. Hypertension in Sub-Saharan Africa: cross-sectional surveys in four rural and urban communities. *PLoS ONE*. 2012[citado em 2016 ago. 20];7(3):1-10. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0032638>
23. Coelho EB, Neto M, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilete TJM, Nobre F. Relationship between regular attendance to ambulatory appointments and blood pressure control among hypertensive patients. *Arq Bras Cardiol*. 2005[citado em 2016 ago. 20];85(3):157-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005001600002
24. Caro JJ, Salas M, Speckman JL, Raggio G, Jackson JD. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *CMAS*. 1999[citado em 2016 ago. 20];160:31-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1229943/>
25. Chapman RH, Benner JJ, Petrilla AA, Tierce JC, Collins SR, Battleman DS, *et al*. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Arch Intern Med*. 2005[citado em 2016 ago. 20];165:1147-52. Disponível em: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486562>
26. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Junior D. The influence of Patient's consciousness regarding high blood Pressure and Patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol*. 2003[citado em 2016 ago. 20];81(4):349-54. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14666277>
27. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2002[citado em 2016 ago. 20];79(4):375-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12426646>