



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Lifestyle and hindering factors in controlling hypertension

Estilo de vida e fatores dificultadores no controle da hipertensão
Estilo de vida y factores que complica el control de la hipertensión

Ernandes Gonçalves Dias¹, Janine Cinara Silveira Alves², Valdinéia Cristina Oliveira Santos³, Danny Kelly Antunes Aguiar⁴, Paulo Ramon Martins⁵, Maiza Caldeira Barbosa⁶

ABSTRACT

Objectives: check the lifestyle and hindering factors for the control of hypertension. **Methods:** It is a descriptive, exploratory and quantitative study with 68 hypertensive of a Health Strategy Porteirinha Family. It was used as data collection instrument a form. Data were collected from September to October 2012. The design of this study was analyzed by the Ethics and Research Committee of the Colleges Integrated Pythagoras and approved with the number 130.055. **Results:** 60.29% were females, age ranged from 29 to 91 years, 52.94% were illiterate, 76.47% do not add salt to food, 73.53% do not smoke, 57.35% do not drink alcohol, 61.76% did not practice physical activity, 45.59% did not do leisure activity and 47.06% reported having difficulty maintaining a healthy diet, 45.59% do only drug treatment. Among the factors that hinder adherence to treatment they highlighted perform physical activity (52.94%); do proper diet (47.06%); control of the body weight (29.41%) and smoking cessation, anxiety and stress (22.06%). **Conclusions:** the health professionals need to intensify health education programs with innovation in interventions aimed at improving the quality of life and reduce the difficulties of hypertensive in controlling the disease.

Keywords: Hypertension. Life Style. Residential Treatment.

RESUMO

Objetivo: verificar o estilo de vida e fatores que dificultam o controle da hipertensão. **Método:** estudo descritivo, exploratório e de natureza quantitativa, realizado com 68 hipertensos de uma Unidade de Saúde de Porteirinha. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário. Os dados foram coletados de setembro a outubro de 2012. O projeto deste estudo foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras e aprovado com o número 130.055. **Resultados:** 60,29% eram do sexo feminino, a idade variou de 29 a 91 anos e 52,94% eram analfabetos, 76,47% não adicionam sal aos alimentos, 73,53% não fumam, 57,35% não consomem bebidas alcoólicas, 61,76% não pratica atividade física, 45,59% não realizam atividade de lazer e 47,06% relataram ter dificuldade em manter uma dieta saudável, 45,59% faz apenas tratamento medicamentoso. Entre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento destacaram realizar atividade física (52,94%); fazer dieta adequada (47,06%); controle do peso corpóreo (29,41%) e abandono do fumo e ansiedade/estresse (22,06%). **Conclusão:** os profissionais de saúde precisam intensificar os programas de educação em saúde com inovação nas intervenções com vistas a melhorar a qualidade de vida e reduzir as dificuldades dos hipertensos no controle da doença.

Palavras-Chave: Hipertensão; Estilo de vida; Tratamento Domiciliar.

RESUMÉN

Objetivo: comprobar el estilo de vida y los factores que hacen que sea difícil controlar la hipertensión. **Método:** descriptivo, exploratorio y estudio cuantitativo con 68 hipertensos una Estrategia de Salud Porteirinha Familia. Se utilizó como instrumento de recolección de datos una forma. Los datos fueron recogidos de septiembre a octubre de 2012. El diseño de este estudio fue analizado por el Comité de Ética e Investigación de la Colegios Integradas Pitágoras y aprobado con el número 130.055. **Resultados:** 60,29% eran mujeres, la edad varió de 29 a 91 años y 52.94% era analfabeta, 76.47% no añadir sal a la comida, 73.53% no fuma, 57.35% no bebe alcohol, 61.76% no practican actividad física, 45,59% no hizo actividad de ocio y 47,06% reportaron tener dificultades para mantener una dieta saludable, 45,59% lo hace único tratamiento de drogas. Entre los factores que dificultan la adherencia al tratamiento destacó realizar actividad física (52,94%); hacer dieta adecuada (47,06%); control del peso corporal (29,41%) y abandono desde fumar, ansiedad y estrés (22,06%). **Conclusión:** profesionales de la salud deben intensificar los programas de educación para la salud con innovación en las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida y reducir las dificultades de hipertensos en el control de la enfermedad.

Palabras clave: Hipertensión. Estilo de Vida. Tratamiento Domiciliario.

¹ Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Docente na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais, Brasil. Email: ernandesgdias@yahoo.com.br

² Licenciada em Biologia. Mestre em Ensino de Biologia. Docente na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais, Brasil. Email: janinecinara@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Pai Pedro. Pai Pedro, Minas Gerais, Brasil. Email: valdineiacristinaoliveira@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Graduada pela Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais, Brasil. Email: nandesenfg@gmail.com

⁵ Enfermeiro. Pós-graduando Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Secretaria Municipal de Saúde de Serranópolis de Minas. Serranópolis de Minas, Minas Gerais, Brasil. Email: pauloramon15@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira. Pós-graduando Docência na Saúde (UFRGS). Docente na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais, Brasil. Email: maizacaldeira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Mais conhecida como pressão alta, a Hipertensão Arterial (HAS) é uma das doenças mais frequente na população mundial. Uma vez que o estilo de vida e o estresse interferem na incidência da doença, a maioria dos casos de HAS surge de forma gradativa e silenciosa⁽¹⁾.

Embora nenhum estudo afirme com exatidão as causas específicas da maioria de casos de HAS, sabe-se que a HAS se apresenta como uma condição multifatorial que pode estar relacionada com modificações nos sistemas que controlam a PA ou por alterações nos fatores que afetam a resistência periférica e o débito cardíaco⁽²⁾.

Estima-se que no Brasil cerca de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos possam ser classificadas como hipertensas. A HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC), por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, junto com o diabetes, 50% de insuficiência renal terminal⁽³⁾.

Dessa forma, a HAS constitui num grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo à medida que se configura como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais⁽⁴⁾.

É de fundamental importância a abordagem multiprofissional no tratamento da HAS e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve realizar campanhas educativas periódicas, abordando os fatores de risco para HAS; programar periodicamente atividades de lazer individual e comunitário; reafirmar a importância dessas medidas para as populações de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe; estimular a criação dos grupos de hipertensos com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento proposto⁽⁵⁾.

O tratamento anti-hipertensivo pode ser medicamentoso e não medicamentoso. O medicamentoso objetiva a redução da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares por meio da administração de medicamentos diuréticos, betabloqueadores, inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA), entre outros, enquanto o não medicamentoso inclui adoção de um estilo de vida saudável conseguido através de alterações da ingestão excessiva de álcool e sódio, aumento no consumo de vegetais, abandono do sedentarismo e controle de peso⁽⁶⁾.

O êxito do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental no estilo de vida. Até uma modesta perda de peso está associado a reduções na PA em indivíduos com sobrepeso⁽⁷⁾.

As intervenções não farmacológicas têm sido consideradas ideais devido ao baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da PA. Entre medidas não farmacológicas estão a redução do peso corporal, restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física⁽⁸⁾.

Tendo em vista a importância social e econômica de uma doença prevalente como a HAS, julgou-se necessário investigar a adesão dos hipertensos usuários em uma unidade de saúde do norte de Minas, quanto às mudanças dos hábitos alimentares e estilo de vida como medidas de controle da HAS.

Frente a estas considerações, importância e benefícios que a adesão a mudanças de vida pode proporcionar ao hipertenso, este estudo teve como objetivo verificar o estilo de vida e fatores dificultadores para o controle da hipertensão.

METODOLOGIA

Considerando-se o objetivo proposto, o estudo caracteriza-se como descritivo, exploratório de abordagem quantitativa.

O estudo teve como universo a ESF Dom José Mauro Pereira Bastos, localizada na cidade de Porteirinha-MG. Os sujeitos pesquisados foram 68 hipertensos de ambos os gêneros, independente de idade, etnia, religião e classe social residentes na microárea 01 da área adscrita desta Unidade de Saúde.

O método de seleção da amostra foi de forma aleatória por conveniência, de acordo com a disponibilidade e interesse destes no momento da recolha dos dados.

Em respeito aos princípios éticos todo o caminho metodológico obedeceu às normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Dessa forma o projeto deste estudo foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros e aprovado com o parecer de número 130.055. Os usuários que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados foi aplicado um formulário com roteiro composto por questões que versam sobre o perfil socioeconômico, conhecimento em relação às necessidades de mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida e os fatores que interferem na adesão a essas mudanças como medidas de controle da doença.

Antes de iniciar a coleta dos dados, foi realizada a partir das Fichas B a busca dos usuários hipertensos que atendessem aos critérios de inclusão com os seus respectivos endereços. Assim, os dados foram coletados nas residências dos usuários no período de setembro a outubro 2012.

O formulário foi aplicado pelos pesquisadores, sendo os mesmos responsáveis pelo preenchimento do roteiro conforme as respostas relatadas pelos hipertensos.

Os dados obtidos foram organizados, codificados e processados em planilha do *Microsoft Excel 2007*. Assim foram construídos gráficos e tabelas para facilitar a análise e interpretação das informações, após cada informação apresentada foi feita uma discussão relacionando-a com o referencial teórico disponível.

RESULTADOS

Entre os entrevistados 41 (60,29%) eram mulheres com idade entre 38 a 91 anos. Quanto ao tipo de tratamento para o controle da PA, 45,59% fazem uso exclusivo de medicamentos; 44,12% tratam apenas com mudanças no estilo de vida, 10,29% afirmaram associar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Ao investigar o estado civil dos hipertensos verificou-se que 30 (44,12%) possuíam vínculo conjugal. Em relação à escolaridade, 21 (30,88%) eram analfabetos funcionais, somente sabem escrever o nome. Quanto aos recursos econômicos os resultados mostram que 30 (44,1%) hipertensos possuíam uma ocupação profissional, enquanto os demais eram aposentados ou pensionistas.

Conforme se observa na Tabela 01, dentre entrevistados, 52 (76,47%) não costumam adicionar sal na alimentação pronta para o consumo. Em relação ao consumo de alimentos industrializados como embutidos e enlatados, nota-se que dentre os pesquisados, 38 (55,88%) não os ingerem de forma alguma.

Os dados relacionados ao consumo de frituras mostram que 34 (50%) afirmaram às vezes consomem frituras nas refeições, 28 (41,18%) não consomem alimentos temperados com gordura animal. Quanto ao consumo de café, 58 (85,29%) entrevistados relataram consumir a bebida no mínimo 3 vezes por dia e 42 (61,76%) relataram não realizarem nenhum tipo de atividade física.

Quando questionados se estressam com facilidade, 43 (63,24%) afirmaram que não, no que diz respeito à realização de atividade de lazer, 31 (45,59%) entrevistados afirmaram que não realizam.

Os resultados encontrados relacionados ao tempo diário de sono dos hipertensos, o estudo detectou que 36 (52,94%) conseguem dormir em torno de 8 horas, 50 (73,53%) hipertensos disseram que não fumam e 39 (57,35%) não fazem uso da bebida alcoólica.

Quanto aos fatores que interferem na adesão ao tratamento e um estilo de vida adequado no controle da PA. Entre os entrevistados observou-se que a dificuldade de adesão ao tratamento estão, realizar atividade física (36 - 52,94%); fazer dieta adequada (32 - 47,06%); controle do peso corpóreo (20 - 29,41%); abando do fumo e ansiedade/estresse (15 - 22,06%) para ambos; diminuição do sal na dieta (13 - 19,12%); redução ou abandono do consumo de álcool (11 - 16,18%) e o baixo recurso financeiro (02 - 2,94%) como fatores dificultadores.

Tabela 1. Distribuição dos hipertensos usuários da ESF Dom José Mauro Pereira Bastos quanto aos hábitos alimentares e estilo de vida. Porteirinha-MG, 2012.

Variáveis	N	%
Adiciona sal aos alimentos prontos para o consumo		
Sim	04	5,88
Não	52	76,47
Às vezes	12	17,65
Consome alimentos industrializados tais como: embutidos, enlatados, conservas		
Sim	15	22,06
Não	38	55,88
Às vezes	15	22,06
Consome frituras		
Sim	25	36,76
Não	09	13,24
Às vezes	34	50,00
Consome alimentos temperados com gordura animal		
Sim	22	32,35
Não	28	41,18
Às vezes	18	26,47
Faz uso de café		
Sim	58	85,29
Não	09	13,24
Às vezes	01	1,47
Pratica exercício físico		
Sim	15	22,06
Não	42	61,76
Às vezes	11	16,18
Estressa com facilidade		
Sim	14	20,59
Não	43	63,24
Às vezes	11	16,18
Realiza atividade de lazer		
Sim	16	23,53
Não	31	45,59
Às vezes	21	30,88
Quantas horas dormem por dia		
< 8horas	20	29,41
8 horas	36	52,94
> 8 horas	12	17,65
Faz uso de fumo		
Sim	10	14,71
Não	50	73,53
Às vezes	08	11,76
Faz uso de álcool		
Sim	11	16,18
Não	39	57,35
Às vezes	18	26,47

DISCUSSÃO

O estudo indicou que maior parte dos entrevistados são mulheres com idade entre 38 a 91 anos e homens com idade entre 29 a 86 anos, são de cor parda e fazem o controle da PA, exclusivamente com uso de medicamentos. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca⁽⁷⁾.

O nível de escolaridade da maioria mostrou-se baixo nesta população, a maioria era de analfabetos funcionais com até o 2º grau completo. A escolaridade favorece para a maior compreensão da doença e dos seus respectivos cuidados, o que consequentemente, torna a instrução um elemento relevante e contribuinte na busca da adesão da pessoa hipertensa ao tratamento⁽⁹⁾.

Quanto aos recursos econômicos, os hipertensos pesquisados possuíam uma ocupação profissional, porém o nível socioeconômico dos entrevistados evidencia baixo poder aquisitivo, pois a maioria recebe cerca de um salário mínimo. Em um estudo realizado no Centro de Saúde da Família, na Secretaria Executiva Regional VI, em Fortaleza, observou-se que a maioria dos hipertensos tinha renda mensal variando de 1 a 2 salários mínimos (72,5%)⁽¹⁰⁾.

A mudança de hábito requer um esforço mútuo por parte de todos os envolvidos no processo de promoção e manutenção da saúde, incluindo, além dos hipertensos, seus familiares, pessoas próximas e toda a equipe de profissionais de saúde. É sabido que o tratamento não medicamentoso é essencial para o controle da PA, visando mudanças nos hábitos de vida. Portanto, o comprometimento do indivíduo com sua saúde é fundamental e a capacitação do portador de HAS para o autocuidado torna-se uma parte essencial do tratamento⁽¹¹⁾.

Observou-se que não costumam adicionar sal na alimentação pronta para o consumo, em um estudo realizado em Porto Alegre-RS com amostra constituída por 400 hipertensos observou-se que a maioria evitava o uso do sal e que 10,5% utilizavam regularmente sem redução nas refeições⁽¹⁾.

A maior parte afirmou não ingerir alimentos industrializados, como embutidos e enlatados, este dado corrobora com uma pesquisa realizada com 42 hipertensos cadastrados no programa Hiperdia da cidade de Céu Azul-PR, em que 68% dos hipertensos afirmaram não consumir alimentos industrializados⁽¹²⁾.

Os dados relacionados ao consumo de frituras mostram que às vezes consomem frituras nas refeições. A implantação de estilos de vida que afetam de forma favorável a população tanto pode prevenir o risco de desenvolver a doença como também pode contribuir para o tratamento da HAS⁽¹³⁾.

A maior parte da população estudada não consomem alimentos temperados com gordura animal. Este resultado diverge dos encontrados em um estudo realizados em Teixeira-MG, onde constataram em uma amostra constituída por 150 hipertensos, que apenas 8,7% deles consomem gordura animal em seus alimentos enquanto que 72,5% os preparam com gordura vegetal e 18,8% consomem óleo vegetal juntamente com a gordura animal⁽¹⁴⁾.

O número de hipertensos que afirmaram consumir café é um fator preocupante, a maioria dos entrevistados relataram consumir a bebida no mínimo 3 vezes por dia. Uma frequência exagerada no consumo de cafeína é um dado relevante, e, possivelmente, um fator de risco para alterações nos níveis da PA⁽¹⁵⁾.

Notou-se que a população estudada não realiza de atividade física. A falta da prática de exercícios físicos entre os hipertensos é preocupante, uma vez que as reduções clinicamente significantes na PA podem ser alcançadas com o aumento relativamente modesto das atividades físicas⁽¹⁶⁾.

A prática regular de exercício físico é recomendada a todos os hipertensos, pois além de

reduzir a PA, reduz o risco de doença arterial coronária e acidente vascular cerebral⁽⁶⁾.

O estudo revelou que a maioria não se estressam com facilidade. Isto é positivo para o hipertenso, pois é importante que o indivíduo contenha suas emoções, e que não tenha uma reação exacerbada a um estresse mental ou psicológico, pois portadores de HAS que se estressam diariamente tem maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares e morte súbita⁽¹⁷⁾.

Tratando das atividades de lazer, a maior parte dos pesquisados relataram praticar de modo regular uma atividade de lazer. Esses dados alcançados corroboram com os encontrados em pesquisa realizada com uma amostra de 220 hipertensos numa ESF em Niterói-RJ, onde constatou que apenas 27% dos entrevistados tem o hábito de realizar atividades de lazer. O estilo de vida é fundamental para a promoção e manutenção da qualidade de vida e saúde dos hipertensos⁽¹⁸⁾.

Os resultados encontrados relacionados ao tempo diário de sono demonstram que os entrevistados dormem em média de 8 horas por dia. Isto revela que a maioria não apresenta a insônia como fator de risco para a elevação da PA, uma vez que dormir bem é fator importante para prevenção de doenças, pois a privação do sono eleva os índices de cortisol, o hormônio do stress⁽¹⁵⁾.

Observou-se que a maior parte dos entrevistados não fuma, isso é positivo entre hipertensos, pois os efeitos do tabagismo são maléficos em curto e longo prazo, além disso, a ação da nicotina contribui para o efeito adverso da terapêutica e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas⁽¹⁹⁾.

A população estudada se mostrou consciente quanto ao consumo de álcool, pois a maior parte não faz uso da bebida alcoólica ou consome às vezes. A diminuição do uso de álcool contribui para a redução da PA por isso, é recomendado cautela no uso de bebidas alcoólicas pelos hipertensos⁽¹⁶⁾.

Quanto ao tratamento, além da utilização de medicamentos, a primeira alternativa deve ser a modificação de hábitos de vida⁽⁵⁾. No entanto, existe fatores que dificultam o hipertenso aderir a mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida para controlar a HAS.

Dentre as dificuldades citadas pelos hipertensos para aderir ao controle da doença destacam-se o controle do peso corpóreo, a dieta e a realização de atividade física como as principais mudanças no estilo de vida.

A prática de atividade física é a principal mudança no estilo de vida para o controle da doença que os entrevistados relataram ter dificuldade em aderir. Este fato é relevante, uma vez que a não realização de atividade física aumenta a incidência de HAS e indivíduos sedentários demonstram risco em 30% maior de desenvolver HAS do que em indivíduos ativos nas práticas de exercícios físicos⁽⁶⁾.

A realização da atividade física diminui a pressão arterial e podem reduzir o risco de doença coronariana, acidente vascular cerebral e mortalidade geral. Indica-se por isso que pacientes hipertensos iniciem programas de exercícios físicos regulares, devendo, porém ser previamente submetidos a avaliação clínica⁽²⁰⁾.

O excesso de peso é um fator predisponente à hipertensão e estima-se representar 20% a 30% dos casos da PA elevada. Portanto, controlar o peso corpóreo é fator importante para manter a PA em níveis pressóricos no valor ideal⁽⁷⁾.

Foi constatado também que parte significativa dos entrevistados possui resistência a adesão de uma dieta adequada para o controle da doença. A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial, pois uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4g/dia, equivale a 6g de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, leguminosas, cereais integrais, leite e derivados desnatados, quantidade de gordura saturada reduzida, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a hipertensão arterial sistêmica em indivíduos acometidos por esta patologia⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

O estudo revela que as mudanças relacionadas ao estilo de vida como a prática de atividade física e atividades de lazer não eram adotadas pelos hipertensos. A adesão a essas mudanças é indispensável para a vida dos hipertensos, pois o tratamento não farmacológico é um dos aspectos fundamentais no controle individual da HAS.

Percebe-se neste estudo que existem fatores que dificultam os hipertensos aderirem a mudanças na vida diária como controlar o peso corpóreo, fazer uma dieta saudável e realizar atividade física. Vale ressaltar que a adoção de um estilo de vida saudável, melhora a qualidade de vida das pessoas e principalmente dos hipertensos e garante que os benefícios alcançados sejam duradouros.

Espera-se que este estudo possa oferecer subsídios aos profissionais de saúde na concretização de ações voltadas a implementação de mudanças de hábitos de vida dos hipertensos com o intuito de melhorar o controle da doença e prevenir as complicações que comprometem a saúde destes usuários. Contudo espera-se também que enriqueça o conhecimento científico dos profissionais da saúde, além de trazer novas perspectivas para outras produções científicas.

REFERÊNCIAS

1. Weissheimer FL. Incidência de hipertensão arterial em uma capital brasileira: estudo de base populacional. 2011. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva - UFMT. Cuiabá, MT, 2011. 119 p.
2. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. Rev. Bras. Hipertens., v. 17(1): 7-10, 2010.
3. Gomes TJ, Silva MVR, Santos AA. Controle de pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. Revista Brasileira de Hipertensão. Macéio-AL. 2010, 17(3): p. 132-139. [acesso em mai. 2012]. <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>.

4. Pedrino HC. Produção científica sobre a assistência de enfermagem em hipertensão arterial sistêmica na atenção primária. 2010. 86f. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de São Carlos, 2010.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol., 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
6. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à Saúde do Adulto e Idoso. Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. Belo Horizonte, 2013. 204p.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão VI. Tratamento Não Medicamentoso e Abordagem Multiprofissional. J. Bras. Nefrol. 32; 2010 (Supl. 1): 22-28.
8. Rêgo ARON. Pressão Arterial após Programa de Exercício Físico Supervisionado em Mulheres Idosas Hipertensas. Rev Bras Med Esporte. 2011, 17(5): Set/Out, p. 300-04. [acesso em jun. 2012]. <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v17n5/a01v17n5.pdf>>.
9. Milagres KR. Portadores de hipertensão arterial: fatores relativos à adesão ao trabalho de educação em saúde. 2008. 85f. Dissertação de Mestrado em Educação e Sociedade, Universidade Presidente Antônio Carlos, Barbacena, 2008.
10. Oliveira RG, et al. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o relacionamento familiar. Rev Enferm UFPI. 2013, oct-dec; 2(4): p.42-9. [acesso em jun. 2015]. <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1302/pdf>>.
11. Oliveira EAF, et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. Rev APS. Juiz de Fora-MG. 2011, 14(3): p-319-326. [acesso em nov. 2012]. <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/File/1191/510>>.
12. Piat J, Felicetti CR, Lopes AC. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. Rev. Bras. Hipertensos. Céu Azul-PR. 2009, 16(2): p.123-129. [acesso em nov. 2012]. <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/14-perfil.pdf>>.
13. Magrini WD, Martini G. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia da família. Rev. Enfermaria Global. Brasília, 2012, 16(2): p.354-362. [acesso em nov. 2012]. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf>.
14. Cotta RMM, et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. Revista Nutrição. Campinas-SP. 2009, 22(6): p.38-43. [acesso em nov. 2012]. <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a04.pdf>>.

15. Caetano JA, *et al.* Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de hipertensos. *Revista Contexto em Enfermagem*. Florianópolis. 2008, abr-jun; 17(2): p-327-335. [acesso em nov. 2012]. <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/15.pdf>>.

16. Jesus ES, *et al.* Perfil de grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta. Paul. Enferm. São Paulo*. 2008, 21(1): p. 59-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf>. Acesso: abr. 2012.

17. Nóbrega ACL, Castro RRT, Souza AC. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Rio de Janeiro. 2007, 14(2): p.94-97. [acesso em nov. 2012]. <http://www.proac.uff.br/lace/sites/default/files/ac_2007_rev_bras_hipertens_%20estresse_mental_e_hipertensao_arterial_sistematica.pdf>.

18. Teixeira ER, *t al.* O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro. 2006, 10(3): p.124-132. [acesso em nov. 2012]. <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a04>>.

19. Nordon DG, *et al.* Características de uso de benzodiazepínicos por hipertensos que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre-RS. 2009, 31(3): p-152-158. [acesso em nov. 2012]. <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a04v31n3.pdf>>.

20. Oshiro ML. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS: um Estudo de caso e controle. Tese de Doutorado em Ciências. Universidade de Brasília. 2007. Brasília.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2015/06/20

Accepted: 2015/08/23

Publishing: 2015/09/01

Corresponding Address

Ernandes Gonçalves Dias

Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha

Endereço: Avenida José Silveira Lopes,429 - Vila Serranópolis.

CEP: 39520-000

Porteirinha, Minas Gerais, Brasil.