



Comportamentos de saúde de pessoas hipertensas: modelo de crenças em saúde

Health behaviors of people with hypertension: health belief model

Conductas de salud de personas hipertensas: modelo de creencias en salud

Ariane Alves Barros¹, Maria Vilani Cavalcante Guedes¹, Denizielle de Jesus Moreira Moura², Luciana Catunda Gomes de Menezes¹, Letícia Lima Aguiar¹, Gleudson Alves Xavier²

Objetivou-se conhecer o estilo de vida de hipertensos, com enfoque nos seus comportamentos de saúde à luz do Modelo de Crenças em Saúde. Estudo transversal, descritivo, com amostra de 133 pacientes maiores de 18 anos, portadores de hipertensão arterial, cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica, e assistidos em cinco unidades de saúde de Fortaleza, CE, Brasil, escolhidas de forma aleatória e probabilística. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada elaborada com base no Modelo de Crenças em Saúde, entre março a dezembro de 2013. Os participantes percebiam a severidade da doença e sentiam-se susceptíveis a desenvolver complicações advindas da hipertensão arterial. Afirmaram realizar o tratamento corretamente, no entanto, os valores da pressão arterial, relação cintura-quadril e índice de massa corporal encontravam-se elevados. Faz-se necessário que profissionais de saúde implementem estratégias que favoreçam comportamentos saudáveis de hipertensos em tratamento.

Descritores: Hipertensão; Comportamentos Saudáveis; Enfermagem; Estilo de Vida.

This study aimed to identify the lifestyle of hypertensive patients, focusing on their health behaviors in light of the Health Belief Model. This is a descriptive cross-sectional study with a sample of 133 patients over 18 years old, with hypertension, registered in the Clinical Management System for Hypertension and Diabetes Mellitus in Primary Care, and monitored in five health centers in Fortaleza, CE, Brazil, chosen randomly and probabilistically. Data collection happened through a structured interview that was designed based on the Health Belief Model, from March to December 2013. Participants perceived the disease's severity and felt susceptible to develop complications from hypertension. They reported receiving treatment correctly; however, the values of blood pressure, waist-hip ratio, and body mass index were high. Thus, it is necessary that health professionals implement strategies that favor hypertensive patients who are undergoing treatment to have healthy behavior.

Descriptors: Hypertension; Health Behavior; Nursing; Life Style.

El objetivo fue conocer el estilo de vida de hipertensos, centrándose en sus conductas de salud a la luz del Modelo de Creencias en Salud. Estudio transversal, descriptivo, con 133 pacientes mayores de 18 años, registrados en Sistema de Gestión Clínica de Hipertensión y Diabetes Mellitus en Atención Primaria y asistidos en cinco centros de salud de Fortaleza, CE, Brasil, elegido en forma aleatoria y probabilística. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista estructurada que se basa en el Modelo de Creencias en Salud, de marzo a diciembre de 2013. Los participantes percibían la gravedad de la enfermedad y se sentían propensos a desarrollar complicaciones de la hipertensión. Informaron que recibían tratamiento correctamente, sin embargo, los valores de la presión arterial, índice cintura - cadera e índice de masa corporal fueron altos. Es necesario que profesionales de la salud implementen estrategias de conductas de salud saludables de hipertensos en tratamiento.

Descritores: Hipertensión; Conductas Saludables; Enfermería; Estilo de Vida.

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

²Faculdade Metropolitana de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Ariane Alves Barros

Rua C, 85, Loteamento Expedicionários I, Itaperi. CEP: 60745-540. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: arianealvesbarros@hotmail.com

Introdução

As mudanças sociais, culturais e políticas que ocorrem na sociedade afetam diretamente o estado de saúde da população. Após a década de 1960, identificam-se aumento na expectativa de vida e mudanças no perfil epidemiológico, com redução das doenças infectocontagiosas e intensificação das doenças crônicas não transmissíveis responsáveis por cerca de 63% das mortes mundiais em 2008⁽¹⁾.

Dentre as doenças infectocontagiosas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica, em virtude de sua relação com o surgimento de complicações, como doença arterial coronariana, insuficiência renal, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, entre outras. Tal doença é definida como condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial⁽²⁾.

A frequência de diagnóstico prévio de hipertensão arterial na população brasileira, tem prevalência de 22,7%⁽³⁾. Tal fato é preocupante e alerta os profissionais de saúde, sobretudo os da rede de atenção primária à saúde, para investigação de fatores de risco para o surgimento da hipertensão arterial sistêmica, auxiliando os indivíduos na adoção de comportamentos de saúde, para prevenção desta doença.

Cada pessoa acometida por hipertensão arterial sistêmica é singular e adota um estilo de vida condizente com suas crenças, percepções e conhecimento⁽⁴⁾. Logo, é imprescindível que enfermeiros saibam reconhecê-las, proporcionando cuidados pautados em suas necessidades, de forma a facilitar a adesão ao tratamento e empoderar o indivíduo para o autocuidado. Nesse contexto, o Modelo de Crenças em Saúde pode ser utilizado por profissionais de saúde como referencial teórico para explicar o comportamento humano relacionado ao processo saúde-doença. Este modelo auxilia na compreensão de mudanças e manutenção dos comportamentos dos pacientes, possibilitando, ainda, investigar benefícios e barreiras para adoção de medidas preventivas⁽⁵⁾.

O Modelo de Crenças em Saúde é dividido em quatro domínios: percepção de vulnerabilidade ou susceptibilidade, que é a percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença; severidade, cujo indivíduo associa a doença com a gravidade das consequências; benefícios, em que o sujeito acredita na efetividade da ação, uso correto dos medicamentos, e suas consequências positivas; e barreiras percebidas, que são as dificuldades apontadas para não seguir o tratamento recomendado⁽⁶⁻⁷⁾.

Diante do exposto, pode-se perceber que a hipertensão arterial sistêmica preocupa os profissionais de saúde e as pessoas por ela acometida devido à possibilidade de complicações, sequelas físicas e psicológicas, ou até mesmo a morte dos hipertensos.-

Nesse contexto, questionou-se: quais os comportamentos de saúde desenvolvidos por hipertensos assistidos na atenção primária à saúde? Quais as crenças relacionadas à severidade e suscetibilidade da doença, e as barreiras e os benefícios percebidos? Assim, objetivou-se conhecer o estilo de vida de hipertensos, com enfoque nos seus comportamentos de saúde, à luz do modelo de crenças em saúde.

Método

Estudo transversal, realizado com amostra de 133 pacientes cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica, e assistidos em cinco unidades de saúde, selecionadas por sorteio simples em Fortaleza-CE, Brasil. Foi calculada a partir da fórmula desenvolvida para estudos finitos, com prevalência média estimada da hipertensão arterial em adultos de 20%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

Foram incluídos os indivíduos maiores de 18 anos, em acompanhamento na unidade de saúde no mínimo há um ano. Foram excluídos os que relataram ser portador de Diabetes Mellitus ou outra doença crônica autorreferida.

Os dados foram coletados de março a dezembro de 2013 com o auxílio de entrevista estruturada, gravada, cujo instrumento foi elaborado à luz do Modelo de Crenças em Saúde. A entrevista dividiu-se em quatro partes: informações sobre as características socioeconômicas, dados referentes ao exame físico e tratamento, identificação dos comportamentos de saúde e aspectos relacionados ao Modelo de Crenças em Saúde.

Para o estudo teve-se como variáveis de interesse: sexo, idade, ocupações, estado civil, escolaridade, pressão arterial, peso, altura, circunferência da cintura e do quadril, dieta, tempo de diagnóstico de hipertensão e tempo de tratamento.

A pressão arterial, o peso e a altura, nas unidades foram mensurados por profissional do serviço treinado e registrados em um cartão de acompanhamento, utilizado pelos profissionais de saúde durante as consultas. Tais dados foram utilizados como variáveis do estudo.

A medição da cintura e do quadril dos pacientes foi realizada pelos pesquisadores por meio de uma fita métrica inelástica, com divisão de 0,5 cm, no momento em que eles encontravam-se na sala de triagem. Para medir a circunferência da cintura, os participantes ficaram em pé, eretos, com abdômen relaxado, pernas paralelas e ligeiramente separadas, com a região da cintura despida, e, a medida foi realizada no momento anterior à inspiração, com a fita métrica diretamente na pele do paciente entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca)⁽⁸⁾.

E, a circunferência do quadril foi medida sob uma peça de roupa fina, estando o participante em pé, ereto, com braços afastados do corpo e pés juntos, com a fita métrica alocada ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele⁽⁹⁾.

Quanto à dieta dos participantes, as informações foram obtidas a partir de perguntas que compunham o instrumento de coleta de dados, assim, sendo caracterizadas como auto informações. A dieta foi classificada como hipossódica e hipolipídica de acordo com as respostas dos pacientes, que afirmavam

não ter uma alimentação rica em sal e em lipídeos.

As pessoas foram convidadas e esclarecidas sobre o objetivo do estudo, como seria a participação, os benefícios e os possíveis riscos. Aqueles que aceitaram o convite, foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido e solicitada anuência mediante assinatura⁽¹⁰⁾.

O estudo teve aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, conforme protocolo n. 177.060.

Resultados

Analisar os comportamentos de saúde dos hipertensos mostra necessidade de conhecer suas características socioeconômicas e clínicas, conforme evidenciado na Tabela 1 e 2.

Tabela 1 - Descrição das características sociodemográficas dos 133 hipertensos da amostra

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
18 - 30	2 (1,5)
31 - 45	12 (9,0)
46 - 60	61 (45,9)
> 60	58 (43,6)
Sexo	
Masculino	19 (14,3)
Feminino	114 (85,7)
Ocupação	
Trabalhador ativo	19 (14,3)
Desempregado/Autônomo	92 (69,2)
Aposentado/Pensionista	22 (16,5)
Estado civil	
Casado	69 (51,9)
Não casado	64 (48,1)
Escolaridade (anos)	
Sem escolaridade	10 (7,5)
1 - 6	53 (39,9)
7 - 9	41 (30,8)
10 - 12	23 (17,3)
> 12	6 (4,5)

Os pacientes em estudo concentravam-se na faixa etária de adultos e idosos, com 56,4 e 43,6%, respectivamente, apresentando média de 59,70 anos, desvio padrão de 11,12 e mediana de 58,5 anos. Identificou-se, também, predominância de

indivíduos do sexo feminino (85,7%), casado (51,9%) e aposentado/desempregado (85,7%). No estudo, foram identificados pacientes sem escolaridade (7,5%), e o maior percentual da amostra possuía até nove anos de estudo.

Tabela 2 - Descrição das características clínicas dos 133 hipertensos

Variáveis	n (%)
Tempo de diagnóstico (anos)	
0 - 5	55 (41,4)
5 - 10	32 (24,0)
>10	46 (34,6)
Tempo de tratamento (anos)	
0 - 5	55 (41,4)
5 - 10	35 (26,3)
>10	43 (32,3)
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	
< 130	38 (28,6)
131 - 139	33 (24,8)
140 - 159	35 (26,3)
160 - 179	19 (14,3)
≥ 180	8 (6,0)
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	
< 85	75 (56,4)
86 - 89	5 (3,8)
90 - 99	30 (22,6)
100 - 109	12 (9,0)
≥ 110	11 (8,3)
Relação cintura-quadril (n=108)	
< 1,0 (homens) e < 0,8 (mulheres)	18 (13,5)
≥ 1 (homens) e ≥ 0,8 (mulheres)	90 (67,5)
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	
18,5-24,9	36 (27,1)
25,0-29,9	42 (31,6)
≥ 30	55 (41,3)

A maior parte dos pacientes tinha menos de cinco anos de diagnóstico (41,4%), com média de 9,35 anos e desvio padrão de 7,93 anos. Esse tempo é condizente com o tempo de tratamento, ou seja, 41,4% fazia o tratamento há menos de cinco anos, demonstrando que os pacientes hipertensos iniciaram o tratamento medicamentoso logo após a descoberta da doença. Dos entrevistados, 23,30% da amostra relataram ter sido internado por consequência da hipertensão, cujo principal motivo foi o pico hipertensivo.

A pressão arterial sistólica estava acima do limite normal em 46,6% dos participantes e pressão

arterial diastólica manteve-se em nível normal ou no limite em 60,2% dos pacientes. Esses percentuais foram identificados pela classificação individual das pressões sistólica e diastólica, evidenciando predomínio de hipertensão sistólica isolada, muito comum entre idosos.

Identificaram-se, também, elevados percentuais de indivíduos com relação cintura quadril maior que o esperado (67,5%), com o Índice de Massa Corporal predominando entre sobrepeso (31,6%) e obesidade (41,4%).

Com relação ao estilo de vida, identificou-se que a maioria apresentava comportamentos de saúde relacionados ao tratamento não farmacológico da hipertensão, em que 70,6% relataram ingerir dieta hipolipídica, 83,4% referiram dieta hipossódica, 83,4% não consumiam bebida alcoólica e 91,7% não eram tabagistas. Em contrapartida, apenas 34,5% dos pacientes realizavam algum tipo de atividade física, como caminhada e hidroginástica.

Ao analisar os comportamentos dos pacientes à luz do Modelo de Crenças em Saúde, identificaram-se discursos divergentes entre os pacientes ao responderem as questões relacionadas à severidade e suscetibilidade da doença: 69,2 % se sentiam susceptíveis, temendo complicações advindas da doença, 94,7% acreditavam que viviam bem com a doença e 89,5% afirmaram preocupação em manter a pressão arterial controlada. Dentre as complicações que os pacientes se sentiam mais susceptíveis, destacou-se o infarto agudo do miocárdio (91,7%), acidente vascular cerebral (93,2%), problemas na visão (72,2%) e problemas renais (64,7%), em virtude das sequelas incapacitantes.

A severidade da doença foi apontada por 96,2% e a possibilidade de levar o indivíduo à morte foi percebida por 97,0% dos pacientes. Os participantes também acreditavam que a hipertensão prejudicava o indivíduo, fosse em suas atividades sociais (20,3%), na vida familiar (22,6%), no trabalho (27,8%) ou na situação financeira (24,1%). Tal condição levou-os a se afastar dos amigos para evitar a ingestão de bebidas

alcoólicas e/ou tabagismo, e outros se afastaram do trabalho, para evitar fadiga e estresse, importantes aliados na elevação dos níveis tensionais.

Dentre os benefícios percebidos, destacaram-se as orientações dadas pelos profissionais de saúde durante a consulta, que 100% dos pacientes relataram gostar de escutá-las. A tomada das medicações foi relatada como prioridade por 94,7% dos participantes; 91,7% relataram ter todas as medicações, mesmo com dificuldades financeiras, mesmo quando faltavam medicamentos na farmácia das unidades básicas de saúde e, até mesmo, nas farmácias populares, fazendo com que tivessem que obter os medicamentos em farmácias privadas com custo mais elevado.

Quando se considerou o apoio familiar ao paciente na adesão dos comportamentos de saúde, 44,3% dos entrevistados relataram que a família nem sempre apoiava o tratamento, o que dificultava a adesão, sobretudo na questão alimentar. Outras barreiras percebidas para adoção de comportamentos de saúde foram: não aderir à prática de atividade física (65,4%) e não conseguir parar de beber (16,5%) ou fumar (8,2%).

Discussão

Estudo ressalta a prevalência da hipertensão arterial sistêmica em pessoas mais velhas, visto que existe relação direta e linear do aumento da pressão arterial com a idade⁽²⁾. Outro dado congruente foi o predomínio de participantes do sexo feminino, apontando o fato de as mulheres terem maior assiduidade nos serviços de saúde. Estudo realizado em Fortaleza-Ceará apresenta o percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial de 20% e o dos homens de 14%⁽³⁾.

As mulheres frequentam com mais assiduidade o serviço de saúde, reconhecendo as mudanças que ocorre em seu corpo de forma mais rápida, identificando cada novo sinal apresentado, logo, sabem de forma mais rápida o diagnóstico de suas

doenças. Porém, os profissionais de saúde devem estar atentos à população masculina a qual são responsáveis, pois o atendimento deve chegar até eles, mesmo que as medidas realizadas para tal ato exijam mais dedicação.

No estudo, a minoria dos participantes declarou-se como trabalhador ativo corroborando com outra pesquisa que demonstrou que esses pacientes, provavelmente, são oriundos de famílias que não têm uma boa qualidade de vida devido aos baixos rendimentos que possuem, observando-se, assim, uma maior frequência da hipertensão arterial sistêmica em classes econômicas menos favorecidas⁽¹¹⁾. Em relação ao estado civil, o percentual entre casados e não casados permaneceu próximo, porém, sabe-se que a família desempenha um importante papel na prestação e manutenção do bem estar do paciente, fiscalizando e ajudando no cumprimento do tratamento⁽¹²⁾.

A baixa escolaridade afeta as condições de saúde das pessoas, podendo dificultar a compreensão de informações e, conseqüentemente, dificultar a adesão ao tratamento, aumentando a exposição aos fatores de risco⁽¹³⁾. Identificou-se baixa escolaridade nesta pesquisa, pois os pacientes tinham em maioria até nove anos de estudo.

Verificou-se que 65,4% dos pacientes possuíam tempo de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica menor de 10 anos, aproximando-se aos achados de outro estudo, em que 60,3% da amostra tinha até 10 anos de tempo de diagnóstico⁽¹⁴⁾. O tempo que o paciente tem de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica pode influenciar no desenvolvimento de complicações, pois quanto mais tempo com a doença, maiores são as chances de desenvolver lesões em órgãos-alvos como o coração, cérebro e rins.

O tempo de tratamento da hipertensão arterial sistêmica foi condizente com o tempo de descoberta da doença, em que apenas três pacientes relataram ter demorado a iniciar o tratamento após a descoberta da doença. Este fato permite verificar a adesão do paciente ao tratamento farmacológico.

O processo de adesão ao tratamento de doenças crônicas é complexo e exige adaptação, muitas vezes, brusca a um novo estilo de vida e adoção de comportamentos saudáveis. Esse processo é permeado pelo contexto familiar, social, econômico e cultural do indivíduo. Por isso, a importância do diálogo entre profissional de saúde e paciente, visando a compreensão desse sujeito em sua integralidade⁽¹⁵⁾.

Os participantes deste estudo também se mostraram interessados em manter dieta hipossódica e hipolipídica. O excesso de sódio na alimentação é fator de risco e pode elevar a pressão arterial, a dieta hipolipídica favorece a manutenção do peso corporal, evitando a obesidade. Diariamente, deve ser ingerido em torno de 100 mEq/dia de sódio, o que equivale a 6 gramas de sal ou uma colher de chá. Com relação ao controle do peso, a cada 10 kg de peso reduzido, há a redução de 5 a 20 mmHg da pressão arterial sistólica^(2,16).

Porém, somente o Índice de Massa Corporal não é capaz de detectar as alterações sistêmicas provenientes do excesso de peso. Portanto, utiliza-se em conjunto a medida da relação cintura/quadril, como uma forma de complementar os dados obtidos. E, no estudo, identificou-se um elevado percentual de sujeitos com a relação cintura/quadril alterada (67,5%).

O Índice de Massa Corporal e a relação cintura/quadril são indicadores de gordura, tanto corporal quanto abdominal, e estão fortemente associados com a Hipertensão Arterial Sistêmica. Fato este que, também, foi confirmado em um estudo realizado com 2143 idosos em São Paulo, no qual foi constatado que o excesso de gordura, independentemente do indicador antropométrico utilizado, é um dos principais fatores de risco para hipertensão arterial⁽¹⁷⁾.

Quando se analisam os comportamentos de saúde dos pacientes em estudo, percebeu-se que os discursos dos pacientes se contradiziam com a realidade observada. Afinal, relataram que seguiam a alimentação recomendada durante as consultas, restringindo o sal e os lipídios, porém, o Índice de

Massa Corporal e a relação cintura-quadril mostravam o inverso.

O consumo de bebida alcoólica e o tabagismo foram observados em menor proporção entre os pacientes em estudo. O etanol, se consumido em quantidades elevadas, é capaz de aumentar a pressão arterial e os riscos de morbimortalidade cardiovascular. A dose de etanol a ser consumida pelo homem não deve exceder 30g ao dia e para as mulheres esse valor não deve ultrapassar 15g ao dia⁽²⁾.

A prática de exercício físico, por sua vez, teve baixa adesão entre os participantes deste estudo. Desta forma, ressalta-se a necessidade de atividades educativas que incentivem tal prática. A prática de exercícios físicos regulares é capaz de reduzir a morbimortalidade, diminuindo a pressão arterial e os fatores de risco associados⁽¹⁸⁾.

Fato citado pelos pacientes, principalmente em relação à dieta, foi a dificuldade em realizar a prescrição dietética recomendada, em virtude dos hábitos alimentares familiares e sociais. Logo, os apoios familiares e sociais contribuem para o êxito no tratamento, que fará das restrições apenas uma etapa a ser superada. A família é um ponto imprescindível para realização adequada do tratamento, fornecendo apoio emocional ao paciente⁽¹⁹⁾.

Os participantes da pesquisa relataram ser possível manter a pressão arterial controlada, além da importância do seguimento correto do tratamento, independente do número de remédios. Também acreditavam que as orientações fornecidas pelos profissionais deveriam sempre ser seguidas para prevenção de complicações e por melhorarem o estado de saúde.

Os conhecimentos sobre a severidade da doença e a percepção da susceptibilidade podem motivar o indivíduo a agir, e se estas não forem capazes de gerar tal ato, é necessário que exista incentivo maior às mudanças, afinal, esses dois fatores em conjunto que vão fazer o paciente perceber a sua proximidade com outros agravos de saúde consequentes da doença de base, levando-o a agir de maneira mais adequada⁽²⁰⁾.

A percepção dos benefícios também é essencial para os pacientes. É nesta que há um predomínio de crenças acerca da importância do tratamento para saúde e a confiança nos profissionais⁽⁷⁾. Porém, alguns pacientes não conseguem observar os benefícios com clareza, principalmente quando estes passam a afetar a vida social e familiar.

As barreiras são percebidas e interpretadas de forma particular por cada paciente, a depender de como se apresentam em sua vida. Porém, deve-se considerar que as dificuldades pessoais, como eliminar os hábitos de vida de risco, controlar a dieta e tomar os remédios indicados exigem elevado investimento por parte do paciente⁽⁷⁾.

Conclusão

Pode-se perceber, pelo estudo, que o estilo de vida dos pacientes hipertensos é capaz de influenciar diretamente nos valores da pressão arterial. Sendo ele, também, o responsável por definir os comportamentos de saúde dos pacientes, indicando, por conseguinte a sua qualidade de vida.

Encontrou-se como resultado relevante e relacionado ao estilo de vida, a preocupação em realizar uma dieta saudável, com pouca gordura e pouco sódio, demonstrando que os participantes têm conhecimentos acerca da doença e também da susceptibilidade de complicações.

O estudo também mostrou como o Modelo de Crenças em Saúde contribui para a adoção de um estilo de vida mais saudável, com foco na adesão ao tratamento e na identificação dos aspectos que devem ser trabalhados na relação enfermeiro-paciente.

Afinal, uma assistência de enfermagem mais efetiva pode ser obtida quando as crenças sobre suscetibilidade e severidade da doença e os benefícios e barreiras para o cuidado são considerados e direcionam a abordagem do paciente, auxiliando na identificação do seu estilo de vida e na melhora da sua qualidade de vida.

Agradecimentos

Ao apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Colaborações

Barros AA e Guedes MVC contribuíram para a concepção, coleta dos dados de campo, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Moura DJM e Menezes LCG contribuíram na análise e interpretação dos dados do artigo. Barros AA, Guedes MVC, Aguiar LL e Xavier GA contribuíram para a concepção e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization. Non communicable diseases country profiles 2011. Geneva: WHO; 2011.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(supl.1):1-51.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. Physis. 2009; 19(4):989-1006.
5. Cruz EDA, Pimenta FC, Hayashida M, Eidt M, Gir Er. *Staphylococcus aureus* detection in the mouth of housekeepers. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19(1):90-6.
6. Santos ACL, Gubert FA, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barbosa SM. Modelo de crenças em saúde e vulnerabilidade ao HIV: percepções de adolescentes em Fortaleza-CE. Rev Eletr Enf. [periódico na Internet]. 2010; 12(4):705-10.

- Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a16.pdf.
7. Dela Coleta MF. Crenças sobre comportamento de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças Psicol Saúde*. 2010; 18(1-2):69-78.
 8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 9. Ministério da Saúde (BR). Vigilância Alimentar e Nutricional: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 10. Ministério da Saúde (BR). CNE/CONEP. Resolução nº 466/2012. Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012 [Internet] 2012 [citado 2013 out. 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 11. Ramos FFA, Maia JA. Tratamento da hipertensão arterial entre usuários idosos assistidos pela enfermagem numa unidade básica de saúde da família. *Rev Bras Educ Saúde*. 2013; 3(2):9-16.
 12. Oliveira RG, Frota NM, Martins ABT, Silva CJA, Santos ZMSA. Accession of user interface and treatment hypertensive relationship with the Family. *Rev Enferm UFPI*. 2013; 2(4):42-9.
 13. Berlezi EM, Schineider RH. Análise de Risco Cardiovascular em Hipertensos Adscritos a uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Rev Contexto Saúde*. 2009; 9(17):45-52.
 14. Alves MCB, Brito FN, Lima LM, Matos VC, Sousa JCS, Leite DKM et al. A qualidade de vida de pacientes hipertensos em uma estratégia saúde da família, Ananindeua-Pará. *Rev Eletr Gestão Saúde [periódico na Internet]*. 2013; 4(1):1659-71. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/320>.
 15. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(1):67-72.
 16. Ribeiro AJP, Fachineto S, Pedrozo SC, Trentin, AP, Zapoani C. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares com idade de 7 a 17 anos, residentes nos municípios pertencentes à secretaria de desenvolvimento regional de São Miguel do Oeste/SC. *Conexões: Rev Fac Educ Física UNICAMP*. 2013; 11(1):57-73.
 17. Munaretti DB, Barbosa AR, Marucci MFN, Lebrão ML. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 57(1):25-30.
 18. Nogueira IC, Santos ZMSA, Mont'Alverne DGB, Martins ABT, Magalhães CBA. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Gerontol*. 2012; 15(3):587-601.
 19. Alencar DC, Alencar AMPG. O papel da família na adaptação do adolescente diabético. *Rev Rene*. 2009; 10(1):19-28.
 20. Santos ZMSA, Caetano JÁ, Moreira FGA. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial-uma tecnologia educativa em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4385-94.