

**AJES – FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO  
VALE DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA ADESÃO AO  
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: Uma análise de evidências quanti-  
qualitativas**

**Autora: ELIZABETE FANTIN SILVEIRA DE CARVALHO**

**Orientador: Prof. Me. VICTOR CAUÊ LOPES**

**JUÍNA/2015**

**AJES – FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO  
VALE DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA ADESÃO AO  
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: Uma análise de evidências quanti-  
qualitativas**

**Autora: ELIZABETE FANTIN SILVEIRA DE CARVALHO**

**Orientador: Prof. Me. VICTOR CAUÊ LOPES**

Monografia apresentada no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**JUÍNA/2015**

**ELIZABETE FANTIN SILVEIRA DE CARVALHO**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA ADESÃO AO  
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: Uma análise de evidências quanti-  
qualitativas.**

**MONOGRAFIA APRESENTADA À BANCA EXAMINADORA DO CURSO DE  
BACHARELADO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE DE CIÊNCIAS  
CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO JURUENA, PARA  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientador: Prof. Me. VICTOR CAUÊ LOPES**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO  
JURUENA**

---

**Prof. Esp. LIDIA CATARINA WEBER**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO  
JURUENA**

---

**Prof. Me. WLADIMIR RODRIGUES FAUSTINO**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO  
JURUENA**

**DATA DA APROVAÇÃO: 16/12/2015**

## **DEDICATÓRIA**

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter me dado forças nas horas mais difíceis, me consolado nos momentos de desesperos, onde não encontrava forças ele tem aparecido em minha vida, me permitido chegar até aqui, ao meu esposo e ao meu filho pelo apoio, companheirismo, dedicação e amor, e a minha família pela torcida.... amo todos vocês.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, sabedoria e iluminação, por ter me perdoado e ter me concedido sua graça e seu amor, me permitindo passar por tantas prova, me guiando até aqui, para contemplar minha formatura em enfermagem.

Ao meu esposo Jefferson, pelo apoio, companheirismo, sempre ao meu lado me dando forças sempre compreensivo, durante estes quatro anos e meio tem suportado minhas ausências, meu mau humor e ansiedade, sempre com muita paciência e muito amor. Pelo pai maravilhoso e dedicado com nosso filho João Henrique. Muito obrigado meu amor, não sei se teria conseguido sem seu incentivo, apoio e confiança. “TE AMO” por todo sempre, meu eterno amor.

Ao meu filho João Henrique, por ter sido tão companheiro e compreensivo nas noites das minhas ausências, por ter me apoiado nos dias difíceis, me ajudando nas suas orações e por ter sido esse filho tão maravilhoso e especial, por dizer ti amo mãe nos momentos de desanimo. Obrigado filho por você existir e me fazer tão feliz te amo muito.

Agradeço aos meus irmãos Eliane, Marcia e Marcelino, por terem me dado apoio nos momentos difíceis, por terem acreditado que eu seria capaz. Pelas ligações que mesmo distantes tem me dado ajuda e forças para vencer. Amo vocês, meus irmão queridos, obrigado meu Deus por ter vocês sempre ao meu lado.

A minha mãe Ebis e minha sogra Marina, foram peças fundamentais para mim, me ajudando a cuidar das coisas do meu filho e meu esposo, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Amo vocês por existirem em minha vida.

A todos os professores que durante toda minha graduação contribuirão de uma forma direta e indireta para a minha formação. Deus abençoe vocês, pelo carinho, paciência, dedicação e esforço de todos.

Agradeço em especial ao meu professor e orientador Victor Cauê Lopes, pela disponibilidade de me orientar e me ajudar nos momentos difíceis de indecisões, angustia, medo e insegurança, obrigada por ter feito parte desse momento tão espacial para mim, em você vejo não só um professor , mais sim um grande amigo que levarei comigo para sempre.

A todas as equipes dos campos de estágios, que nos acolheram com muito carinho e respeito, nos ajudando e nos apoiando, obrigada a todos.

As minhas amigas Adriana e Irenéia, companheiras inseparáveis dos estudos e dos trabalhos em grupos, vivemos momentos tensos e momentos bons que só contribuiu para o nosso crescimento profissional. Muito obrigada minhas amigas queridas.

Aos que não estão mencionados aqui, mais que de uma forma ou de outra me ajudaram na construção desse trabalho.

Minha eterna gratidão a todos vocês

*O sonho*

*Sonhe com aquilo que você quer ser,  
porque você possui apenas uma vida  
e nela só se tem uma chance  
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.  
Dificuldades para fazê-la forte.  
Tristeza para fazê-la humana.  
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não tem as melhores coisas.  
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades  
que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.  
Para aqueles que se machucam  
Para aqueles que buscam e tentam sempre.  
E para aqueles que reconhecem  
a importância das pessoas que passaram por suas vidas.*

*Clarice Lispector*

## RESUMO

Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena  
Bacharelado em Enfermagem

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: Uma análise de evidências quanti-qualitativas.**

AUTORA: Elizabete Fantin Silveira de Carvalho

ORIENTADOR: Me. Victor Cauê Lopes

Data e Local da Defesa: Juína, 16 de Dezembro de 2015.

**Objetivo:** Identificar na literatura as intervenções utilizadas por enfermeiros brasileiros para melhoria e/ou manutenção da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Método:** Trata-se de revisão integrativa, com amostra de 11 estudos, identificados nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), e BDENF (Base de Dados da Enfermagem). As buscas para complementação do trabalho foram captadas através de consulta de estudo bibliométrico no tema. Os dados foram armazenados e tratados os achados no programa SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows. Com análise estatística das frequências relativas e absolutas. Os níveis de evidência foram classificados conforme a mais recente versão de níveis de evidência do Instituto Joanna Briggs. **Resultados:** Observou-se aumento de estudos no tema a partir de 2010 a 2012 (18,2%). Os grupos variaram de 4 a 6 pesquisadores (63,6%), com título de doutor (73%), Verificou-se (81,8%) dos estudos foi realizados por enfermeiros. Houve preferência por delineamento descritivo com (55%) e experimental com (36%). Quanto ao tipo de amostra a maioria dos estudos foi por conveniência (73%). A predominância dos estudos se destaca com as abordagens qualitativas (55%) e quantitativas (36%). Os principais pólos de produção foi o estado do Paraná (27%), com centros de produção no tema de Norte ao Sul do País. As intervenções para melhoria da adesão identificadas na literatura foram: Contato Telefônico (1 estudo), Palestras Educativas (1 estudo), Roda de Conversa (3 estudos), Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (4 estudos), e Visitas Domiciliares (2 estudos). **Conclusão:** A pesquisa em enfermagem ainda permanece com uma produção predominantemente observacional descritiva, porém urge a necessidade de novos modelos teóricos e intervenções próprias da enfermagem para a eficaz manutenção e melhora da adesão ao tratamento anti-hipertensivo com conseqüente diminuição de eventos cardiovasculares e mudança no perfil de morbimortalidade.

**Descritores:** hipertensão arterial, adesão ao tratamento, enfermagem, intervenção educativa, educação em saúde.

## ABSTRACT

Faculty of Account Sciences and of Management from Juruena's Valley.  
Nursing Degree

### **NURSING INTERVENTION FOR IMPROVING THE ACCESSION TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT: an evidence of quantitative and qualitative analysis.**

AUTHORA: Elizabete Fantin Silveira de Carvalho

ADVISOR: Me. Victor Cauê Lopes

Date and Place of Defense: Juína, December 16, 2015.

**Objective:** To identify the evidences published in scientific literature about nursing interventions to increase the patient compliance to hypertension treatment. **Methods:** Integrative review, searches occurred in the following databases: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Latin American Literature in Health Sciences), e BDENF (Nursing Database). To access all possible literature in area we used an bibliometric study (dissertation). Data was collected and treated in frequencies using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20. To classify the levels of evidence we used Joanna Briggs Institute classification. **Results:** 11 articles in the final sample, the production has increased between 2010 to 2012 (18,2%). Research groups were mostly composed by 4 to 6 researchers (63,6%), PhD's (73%), nurses (81,8%). Regarding study design, descriptive (55%), experimental (36%), non randomized sample (73%), qualitative approach (55%). We identify the following interventions used by nurses to increase patient adherence: Phone calls (1) Educational Lectures (1), talk wheel (3) , Systematization of Nursing Assistance ( SAE ) (4) , and Home Visits (2) .**Conclusions:** Nursing research is still mostly descriptive/observational, there is a need of the development of new theoretic models and nursing interventions to increase hypertensive patients compliance and consequently to change the morbimortality profile.

**Descriptors:** arterial hypertension, adherence to treatment, nursing, Educational intervention, health education.

## **FIGURAS**

<b>FIGURA 1 - As cinco dimensões da adesão.....</b>	<b>25</b>
<b>FIGURA 2 - Fluxo de exclusão dos artigos.....</b>	<b>33</b>
<b>FIGURA 3 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com a titulação.....</b>	<b>40</b>
<b>FIGURA 4 - Distribuição quanto o delineamento dos estudos.....</b>	<b>42</b>
<b>FIGURA 5 - Distribuição dos estudos quanto ao tipo de amostras utilizada.....</b>	<b>43</b>
<b>FIGURA 6 - Distribuição dos estudos quando a abordagem metodológica adotada.....</b>	<b>43</b>
<b>FIGURA 7 - Distribuição das publicações quanto ao estado em que os estudo foram realizados.....</b>	<b>44</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 - Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica.....</b>	<b>19</b>
<b>QUADRO 2 - Seleção inicial dos estudos, de acordo com os descritores e palavras chave.....</b>	<b>32</b>
<b>QUADRO 3 - Apresentação dos artigos selecionados para a pesquisa.....</b>	<b>45</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1 - Distribuição dos estudos de acordo com o ano de publicação.....</b>	<b>39</b>
<b>TABELA 2 - Quantidade de autores por publicação.....</b>	<b>40</b>
<b>TABELA 3 - Distribuição das áreas de atuação dos autores.....</b>	<b>41</b>
<b>TABELA 4 - Frequência dos passos de coleta e aspectos éticos.....</b>	<b>41</b>
<b>TABELA 5 - Distribuição das amostras de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo.....</b>	<b>42</b>
<b>TABELA 6 - Apresentação dos estudos.....</b>	<b>46</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AV</b>	- Acidentes Vasculares
<b>BDENF</b>	- Base de Dados da Enfermagem
<b>COFEN</b>	- Conselho Federal de Enfermagem
<b>CV</b>	- Cardiovasculares
<b>DC</b>	- Débito Cardíaco
<b>ESF</b>	- Estratégia Saúde da Família
<b>IC</b>	- Insuficiência Cardíaca
<b>IR</b>	- Insuficiência Renal
<b>LILACS</b>	- Literatura Latino-Americana em Ciências da saúde
<b>OMS</b>	- Organização Mundial da Saúde
<b>PA</b>	- Pressão Arterial
<b>PAD</b>	- Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS</b>	- Pressão Arterial Sistólica
<b>PBE</b>	- Prática baseada em evidências
<b>RVP</b>	- Resistência Vascular Periférica
<b>SAE</b>	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SciELO</b>	- Scientific Electronic Library Online
<b>SCV</b>	- Sistema Cardiovascular
<b>VD</b>	- Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
2.1 FISIOLOGIA DA PRESSÃO ARTERIAL.....	17
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	18
<b>2.2.1 Fatores de Risco para Hipertensão</b> .....	<b>20</b>
2.3 TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO.....	20
<b>2.3.1 Tratamento não Farmacológico</b> .....	<b>21</b>
<b>2.3.2 Tratamento Farmacológico</b> .....	<b>22</b>
2.4. CONCEITO DE ADESÃO .....	23
2.5. MÉTODOS UTILIZADOS AVALIAR A ADESÃO.....	26
<b>2.5.1 Métodos Diretos</b> .....	<b>26</b>
<b>2.5.2 Métodos Indiretos</b> .....	<b>26</b>
<b>3 OBJETIVO</b> .....	<b>28</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>29</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	29
<b>4.1.1 Referencial teórico-metodológico: Revisão Integrativa</b> .....	<b>29</b>
<b>4.1.2 Questão norteadora</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1.3 Critérios de inclusão</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1.4 Critérios de exclusão</b> .....	<b>31</b>
4.2 COLETA DE DADOS .....	31
<b>4.2.1 Identificações dos Descritores Decs</b> .....	<b>31</b>
<b>4.2.2 Buscas em portais e bancos de dados</b> .....	<b>33</b>
<b>4.2.3 Armazenamento dos dados</b> .....	<b>34</b>
4.3 ANÁLISE DOS DADOS E REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE.....	34
4.4 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS .....	35
<b>4.4.1 Níveis de Evidência para Eficácia</b> .....	<b>35</b>
<b>4.4.2 Níveis de Evidência para Significados</b> .....	<b>36</b>
<b>4.4.3 Graus de Recomendação</b> .....	<b>36</b>
<b>4.4.4 Tratamento dos dados</b> .....	<b>38</b>
<b>4.4.5 Procedimentos éticos</b> .....	<b>38</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO BIBLIOMÉTRICA .....	39
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
6.1 ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES IDENTIFICADAS. ....	50

<b>6.1.1 Contato Telefônico.....</b>	<b>50</b>
<b>6.1.2 Palestras Educativas.....</b>	<b>51</b>
<b>6.1.3. Roda de conversa .....</b>	<b>52</b>
<b>6.1.4 Sistematização de Enfermagem (SAE) .....</b>	<b>53</b>
<b>6.1.5 Visitas Domiciliares .....</b>	<b>54</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO A: Ficha de Identificação dos Estudos .....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é considerada importante problema de saúde pública no cenário mundial, sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento de complicações cardio-cerebrovasculares e renais. Estas complicações podem ser incapacitantes ou mesmo letais (BRASIL, 2006).

Segundo, Brunner e Suddarth (2009), as implicações usuais da HA prolongada e descontrolada são: infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, acidente vascular cerebral e comprometimento da visão.

A HA constitui o distúrbio cardiovascular de maior prevalência no Brasil, sendo que mais de 50% da população com mais de 60 anos tem HA. No mundo 15% a 25% da população adulta é hipertensa. Apesar da expansão das medicações anti-hipertensivas e da crescente conscientização pública a hipertensão continua sendo um dos fatores de risco mais comuns de morbimortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em inquérito telefônico Vigitel, (2013), 24,1% dos entrevistados referiram diagnóstico prévio de HA, sendo maior em mulheres (26,3%), pois estas procuram os serviços de saúde com maior regularidade e aumento da frequência do diagnóstico em indivíduos com mais idade. Esses índices nacionais são bem abaixo da estimativa europeia nas Diretrizes de 2013, situando-se na faixa de 30 a 45% da população geral, com aumento no envelhecimento. Até 2025 mais de um quarto da população mundial adulta será hipertensa (KEARNEY et al., 2005).

Apesar do avanço nos tratamentos disponíveis para HA ainda há falha nos processos que envolvem a adesão e manutenção do tratamento anti-hipertensivo, sobretudo pelo caráter assintomático da doença, sendo um desafio para a saúde pública, principalmente na atenção primária (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004).

A adesão ao tratamento vai além de simplesmente fazer o uso correto do medicamento prescrito, mas abrangem também aspectos relacionados ao estilo de vida, dieta, comparecimento às consultas médicas e seguimento de todas as recomendações da equipe de saúde (HORWITZ; HORWITZ, 1993). Diversos fatores influenciam na descontinuidade do tratamento, dentre eles fatores culturais, biossociais, crenças em saúde, entre outras (PIERIN; STRELEC; MION, 2004).

Embora não haja investigação que demonstre os níveis de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em todo território nacional, nos Estados Unidos os níveis de indivíduos com a pressão não controlada chegam a (34%), bem como Canadá (51%), Espanha (77%) e Inglaterra (62%) (UZUN et al., 2009). Estes índices corroboram para o agravamento do perfil de morbimortalidade da doença e aumento de gastos públicos, como a exemplo do Brasil, no ano de 2009 onde os custos gerados por 91.970 internações, em apenas um mês, somaram R\$ 165.461.644,33 (DATASUS, 2009).

A falta de adesão ao tratamento constitui barreira importante no alcance do objetivo terapêutico, o profissional enfermeiro é agente chave na assistência a este cliente, devendo conhecer suas características e reais necessidades (JESUS, 2008).

A adesão ao tratamento é fundamental para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a HA, sendo um desafio para os profissionais de saúde. O processo educativo hoje é visto como uma tecnologia básica que proporciona a adesão ao tratamento através de recursos disponíveis para orientação, educação e motivação para a mudança de comportamento em relação ao autocuidado. A enfermagem precisa atuar nos tratamentos da HA, abordando a família no sentido de esclarecer, participar, ajudar e negociar, utilizando diversos componentes do cuidar (MANO; PIERIN, 2005).

Tendo em vista o importante impacto sócio-econômico e de morbimortalidade das doenças cardiovasculares, faz-se necessária detecção precoce da HA e manutenção satisfatória do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. No entanto até o momento não se identifica na literatura estudo que reúna as estratégias utilizadas por enfermeiros brasileiros para melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 FISIOLOGIA DA PRESSÃO ARTERIAL

A Pressão Arterial (PA) é a força que o sangue exerce contra as paredes das artérias sanguíneas, de uma relação direta em meio à resistência vascular periférica (RVP) e o débito cardíaco (DC). Na circulação normal, a pressão é exercida pelo fluxo do sangue através do coração e vasos sanguíneos durante o ciclo cardíaco (GUYTON; HALL, 2006).

O controle do fluxo sanguíneo nos tecidos e órgão do corpo ocorre em sua maior parte, através de mecanismos locais de controle. O objetivo principal do centro de controle cardiovascular, esta localizado no tronco encefálico, sendo responsável a manter o fluxo sanguíneo apropriado ao encéfalo e ao coração. Todas as informações sensitivas que são recebidas a este centro integrador chegam de receptores sensitivos periféricos. Os barorreceptores são os principais receptores envolvidos na regulação da pressão arterial, e estão localizados na parede da artéria carótida e no arco da aorta, de onde regulam a pressão do sangue conduzida para o encéfalo e ao corpo (GUYTON; HALL, 2011).

Os receptores são mantidos ativos e enviam potenciais de ação para que a pressão arterial seja mantida em seu nível normal. Porém, quando há uma elevação da PA, as membranas dos receptores são estimuladas aumentando seu potencial de ação para que a PA seja normalizada, ao contrario, se a PA diminui a ação diminui. Os potenciais de ação dos barorreceptores são conduzidos até o centro de controle cardiovascular que se localiza no bulbo via neurônios sensitivos. As informações são recebidas e as respostas são programadas rapidamente, o débito cardíaco e a resistência periférica sofrem alterações para normalizar a pressão arterial. Além dos barorreceptores, outros receptores periféricos podem modular a pressão arterial, exemplo, os quimiorreceptores arteriais, que sendo ativados em baixos níveis de oxigênio, aumentam o débito cardíaco (DC). Se houver maior necessidade de O<sup>2</sup> nos tecidos o Sistema Cardiovascular (SCV) atua em conjunto (GUYTON; HALL, 2011).

A regulação da PA está intrinsicamente ligada à regulação do equilíbrio de fluidos corporais pelos rins, porém esta é uma resposta humoral bem mais lenta às alterações da PA. A regulação a longo prazo da pressão arterial está sobre responsabilidade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, sempre que ocorrer um volume de liquido extracelular a PA aumenta, e os rins atuam diante de um mecanismo aumentando a diurese, com a intenção de

atuar na normatização da PA, porém quando esta diminui seu valor normal os rins retêm água e sal até que a PA esteja em seu valor normal (GUYTON; HALL, 2006).

Modificações fisiológicas na pressão arterial são necessárias para que o organismo reaja de modo a manter adequado o fluxo nos tecidos. Essas variações são determinadas por uma série de situações como: exercícios físicos, estresse, alimentação, sono entre outros (GUYTON; HALL, 2006).

## 2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1978, a Hipertensão Arterial como sendo "uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica" (WHO, 1978).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HA pode ser entendida como

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (p.01).

Atualmente no Brasil, é seguido o valor recomendado pela VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). As Diretrizes trazem uma classificação diagnóstica considerando-se níveis da PA sistólica e diastólica. O indivíduo é considerado com PA ótima (PA 120 X 80), normal (PA menor que 130 x 85 mmHg), normal limítrofe (PA entre 130 – 139 x 85 – 89 mmHg) ou hipertenso (PA igual ou maior a 140 x 90 mmHg). Os hipertensos são divididos por três categorias de acordo com a gravidade ou grau da hipertensão (QUADRO 01).

**Quadro 01** - Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica (> 18 anos).

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ ou = 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ ou = 140	>90

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

Quando a pressão sistólica e diastólica situa-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

\* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Para que se determine um indivíduo como hipertenso é necessário que a pressão arterial sistólica (PAS) encontra-se superior a 140 mmHg, e a pressão arterial diastólica (PAD) superior a 90 mmHg, em média de duas ou mais condições exatas da pressão arterial, verificada por duas ou mais vezes por um profissional de saúde (BRUNER; SUDDARTH, 2009).

Segundo, Pessuto e Carvalho (1998), HA pode ser influenciada pelo nível de conhecimento do portador da patologia, dependendo de fatores como a aceitação da patologia, domínio e conhecimento da própria e manifestação de complicações. Um dos principais fatores de risco para as complicações cardiovasculares em nível mundial está sendo a hipertensão arterial, porque age completamente na parede das artérias, podendo causar lesões.

Na redução da morbidade e mortalidade Cardiovasculares (CV) é muito importante o tratamento anti-hipertensivo, especialmente na precaução de Insuficiência Cardíaca (IC) Insuficiência Renal (IR) e Acidentes Vasculares (AV) (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

A hipertensão, segundo sua fisiopatologia é classificada em primária ou essencial e secundária. A primária não tem causa identificável, e representa de 90 a 95% dos casos. Os outros 5 a 10% restantes dos casos corresponde à secundária, que é causada por outros transtornos e afeta os órgãos alvos (RIBEIRO, 2010).

O controle da hipertensão arterial começa com a detecção e observação contínua, não precisando ser diagnosticada necessariamente em uma única verificação da pressão arterial. Após o diagnóstico confirmado, necessita ser considerada como hipertensão primária ou secundária, verificação de lesões dos órgãos alvos como coração, cérebro, rins e classificação de outros fatores de risco cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As pessoas com hipertensão podem estar assintomáticas e permanecer assim durante muitos anos. No entanto, quando os sinais e sintomas específicos sobrevêm, elas geralmente indicam a lesão vascular, com manifestações específicas relacionada com os órgãos servidos pelos vasos afetados. A cardiopatia coronariana com angina ou infarto do miocárdio é uma consequência comum da hipertensão. A hipertrofia ventricular esquerda acontece em resposta à carga de trabalho aumentada colocada sobre o ventrículo, quando ele se contrai contra a pressão sistêmica mais elevada (SMELTZER; BARE, 2005, p.08).

### **2.2.1 Fatores de Risco para Hipertensão**

Silva e Souza (2004) referem que os fatores de risco para a hipertensão arterial, podem ser controláveis ou não controláveis. Entre os fatores não controláveis estão: hereditariedade, idade, sexo masculino (ocorre mais cedo nos homens), raça negra (a prevalência é duas vezes mais do que na raça branca). Como fatores ambientais e controláveis relacionem-se a obesidade, sedentarismo, consumo de álcool, estresse, alimentação (controle do sódio), tabagismo, aspectos físicos, hábitos sociais, uso de anticoncepcionais. São fatores que apresentam grande necessidade de mudança, podendo tanto controlar a pressão arterial, como colaborar para o tratamento farmacológico.

### **2.3 TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO**

A terapêutica da HA necessita de tratamento a longo prazo, e o seu sucesso vai depender dos efeitos da terapêutica sobre a qualidade de vida do paciente. Durante o tratamento são utilizados tanto medidas não farmacológica como as medidas associadas aos fármacos (LOPES, 2010).

Damasceno (2010), explica que “por se tratar de uma patologia de curso assintomática isso faz com que o paciente negligencie o tratamento, podendo levar a complicações”.

A falta de adesão ao tratamento, inclusive às medidas não farmacológicas, é provavelmente, a causa da alta prevalência encontrada em hipertensos sem o controle da pressão arterial, sendo um desafio para os profissionais de saúde, mesmo naqueles indivíduos em que a enfermidade é conhecida (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004).

### **2.3.1 Tratamento não Farmacológico**

O tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial (HA) é considerado como o comportamento do indivíduo perante a mudança no estilo de vida. Estas mudanças são capazes de prevenir ou até mesmo retardar a instalação da HA. As mudanças comportamentais não são facilmente realizadas, para que os resultados sejam alcançados é preciso disciplina e paciência, que serão obtidas ao longo da vida (BORGES; CLAUDIA; GRAVIN, 2007).

Assim, o tratamento não medicamentoso da pressão arterial tem como objetivo principal a redução dos níveis da PA, alcançado as metas que são recomendadas pelas Diretrizes, usando de todos os meios e estratégias possíveis. Independente do regime terapêutico utilizado as evidências indicam que, com a redução da pressão arterial os benefícios cardiovasculares são alcançados. O VI Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure recomenda modificações do estilo de vida para todos os indivíduos hipertensos como medida terapêutica (KANNEL, 1996). Adverte também que apenas após a tentativa de controle da PA por pelo menos 6 meses, através de mudança do estilo de vida que o uso de fármacos deverá ser iniciada, naqueles pacientes hipertensos que não precisaram de terapêutica imediata (JOINT, 1997).

Deve-se considerar que as principais modificações de hábitos de vida englobam o controle de peso e a diminuição da circunferência abdominal que auxiliam no controle da PA, melhorando as alterações metabólicas associadas (GUIMARÃES et al., 2008; STEVENS et al., 2001). O padrão dietético com a utilização de laticínios com baixos teores de gordura, hortaliças, frutas, minerais e fibras, em indivíduos com um alto nível de adesão utilizando esse tipo de dieta diminuiu o desenvolvimento de HA em 14%, de acordo a *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) (FORMAN; STAMPFER; CURHAN, 2009; SACKS et al., 2001). O consumo excessivo de sódio está ligado ao aumento da incidência de doenças crônicas, como HA, pois os indivíduos sensíveis ao sódio apresentam risco cinco

vezes maior de desenvolver a HA comparado aqueles com baixa sensibilidade (SKRABAL et al., 1984), a prática de atividade física, principalmente exercícios aeróbicos, contribuem para a redução da PA, promovem crescimento excêntrico das câmaras cardíacas e aumento da expectativa de vida, além da consequente diminuição dos eventos cardiovasculares (WHELTON, 2002; FLETCHER, 2001).

Há ainda fontes alimentares que proporcionam discreta redução da PA e podem ser utilizadas como aliadas ao tratamento da hipertensão, como o consumo do óleo de peixe (rico em ômega 3), fontes de ácidos graxos monoinsaturados (oléico), como a canola, abacate, óleo de oliva e as oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas) e o óleo de azeitona (IV DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROS, 2007). O chocolate amargo (com alto teor de cacau) promove redução da PA por conter concentração elevada de polifenóis (DESCH et al., 2010; GELEIJNSEA; SACKS; ROSNER, 1993).

Para um bom tratamento não medicamentoso, são necessários bons hábitos saudáveis, especialmente pela diminuição da quantidade de sal nos alimentos. A relação entre o nível elevado da PA e aumento da idade é maior em populações com alto consumo de sal, se as alimentações não fossem conservadas em sais de sódio e não se acrescentassem o cloreto de sódio em sua preparação, a pressão arterial possivelmente não se aumentaria. Esse acontecimento é comprovado em populações não aculturadas (DUCAN et al., 2004).

Como se trata de uma doença crônica, a HA precisa de modificações comportamentais constantes. Assim a habilidade de adaptação do sujeito a um novo modo de vida trará influência direta no método de adesão à terapêutica (SMELTZER; BARE, 2005).

### **2.3.2 Tratamento Farmacológico**

A forma como o tratamento farmacológico é sugerido ao paciente podem tornar-se facilitador no que se refere à adesão terapêutica. A simplificação é um dos pontos fundamentais para o sucesso no tratamento. A redução do número dos remédios usados e a redução da frequência das doses, sendo uma única dose diária de preferência, corroboram para uma adesão satisfatória. Os horários das tomadas dos remédios têm significado também como fator interveniente na adesão, quando correlacionando com os horários das doses com suas atividades de rotina diária, que sirvam de avisos, há melhoria no grau de adesão. Sendo assim,

é de grande valor, que uma prescrição medicamentosa seja individualizada, organizada de acordo com o modo de vida de cada indivíduo hipertenso (BORGES, 2012).

#### 2.4. CONCEITO DE ADESÃO

O conceito de adesão e não adesão remonta historicamente a Hipócrates, na Grécia antiga, onde os doentes ficavam sob vigia constante a fim de garantir a continuidade do tratamento e manutenção do regime terapêutico prescrito (RAMALHINHO, 1994).

A adesão é entendida como a ação vivenciada pelo paciente, com correto acompanhamento as orientações do médico, que tem como equivalente na língua inglesa a expressão “*Compliance*”. Ultimamente apareceu uma definição alternativa, que determina adesão como a influência a qual a conduta do doente coincide com a indicação médica, ou aconselhamento de outros profissionais da área da saúde, seja para seguir as orientações da prescrição medicamentosa, ou para seguir às recomendações sobre dieta, modificação de hábitos de vida e frequência nas consultas de rotina (MÉTRY; MEYER, 1999).

Quando se fala no termo ‘adesão’ e procura buscar seu significado encontram-se várias definições, sendo algumas variações, como ‘aderência’, ‘concordância’, ‘cooperação’ (em inglês: *compliance, adherence*), ‘cumprimento’ (em espanhol, *cumplimiento*), ‘falha com a terapia’ (em holandês, *therapietrouw*) e ‘observância’ (em francês, *observance*) (MÉTRY; MEYER, 1999).

Estas definições enfatizam a necessidade de diferenciar *compliance* de *adherence*, sendo que o termo *adherence* implica na concordância do paciente com as recomendações. Implicitamente pressupõe-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas, participe das decisões sobre seu tratamento e que a adesão às instruções aplique-se também àquelas recomendações feitas por outros profissionais de saúde. Uma das primeiras descrições na literatura sobre o tema adesão ao tratamento data de muito tempo. Há citações de Hipócrates em relação à importância da observação às falhas do paciente na forma como interpretava e operacionalizava o que havia sido prescrito (RAMALHINHO, 1994; WHO, 2003, p.57).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a adesão como: “o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde” (OMS, 2003).

Segundo, Pierin, Strelec e Mion (2004), a adesão ao tratamento deve ser entendida como um recurso que o sujeito usa, no sentido de conseguir melhorar e manter a conservação de sua saúde, sendo preciso para isso, estar atentos aos sinais e sintomas provocados por determinadas doenças. Deste modo, é importante manter uma ligação entre os profissionais de saúde e o paciente, este é um fator que estrutura e concretiza a ação, precisando assim, ser considerada para que seja realizada adesão ao tratamento.

[...] devemos conceber adesão ao tratamento como um processo com três componentes principais: a noção de doença que possui o paciente, a ideia de cura, ou de melhora que se forma em sua mente, o lugar do médico no imaginário do doente (BOTEGA, 2001, p.49).

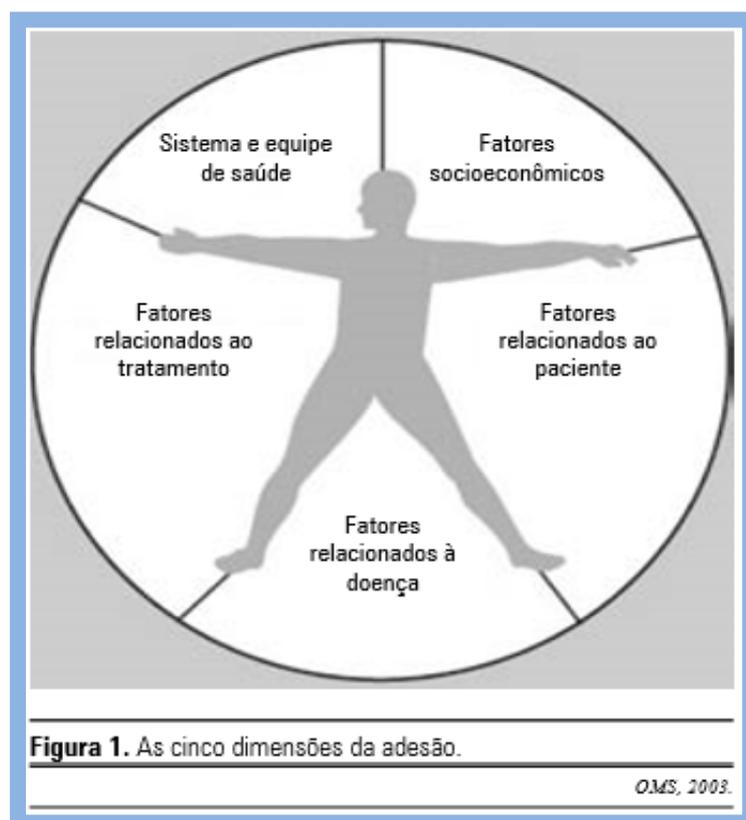
Deste modo, a adesão à terapêutica poderia ser diferenciada também quanto ao grau que coincide em meio à prescrição médica e a conduta do indivíduo. Na tentativa de quantificar a adesão, resolvem como sendo a uso dos remédios em pelo menos 80% do seu total, incluindo os horários dos remédios, quantidades e o período do tratamento. É importante realizar a diferença entre interromper e não aderir à terapêutica (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Enquanto a não adesão pode admitir a continuação da terapêutica, em algumas ocasiões o esquecimento do medicamento pode ser permanente ou temporário. Tanto a não adesão quanto à descontinuação do tratamento geram grande impacto na saúde do indivíduo (ROCHA et al., 2008)

Portanto, é indispensável à adesão ao tratamento da hipertensão arterial aos indivíduos já diagnosticados pelo médico. Os conceitos não farmacológicos e os medicamentos utilizados no controle da HA são de grande importância na prevenção de danos em órgãos alvos decorrentes da doença (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Adesão é uma ação comportamental complicada, sujeito a várias influências culturais, sociais, do meio ambiente e dos profissionais de saúde (PIERIN; GUSMÃO; CARVALHO, 2004).

Os principais fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento da hipertensão arterial são apresentados na FIGURA 1 (GUSMÃO et al., 2009).



Para Paiva (2002), a adesão “deve ser pensada como um processo de aprendizado individual e coletivo de como lidar com as dificuldades material, social e individual envolvidas no tratamento proposto”.

Considera-se que os baixos graus de domínio da hipertensão arterial tenham relação direta com a difícil adesão à terapêutica. De acordo com Mano e Pierin (2005), promover a adesão terapêutica da doença, por meio de táticas que montem o controle da HA, proporciona benefícios não só para as unidades de saúde, mas também melhora o tratamento no plano de intervenção.

A adesão dos pacientes ao regime medicamentoso é de suma importância para o domínio dos sintomas e progresso da enfermidade. A pesquisa realizada pelos autores, (34,1%) dos pacientes hipertensos entrevistados mencionou como causa para começar a terapêutica medicamentosa, a presença de alguma pessoa da família ou qualquer conhecido com certo tipo de complicação relacionada ao não controle da HA (MARCON et al., 1995).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adesão ao tratamento de enfermidades crônicas como um fenômeno multidimensional determinado pela conjugação de cinco conjuntos de fatores, denominados de dimensões: sistema de saúde, doença, tratamento, paciente e fatores relacionados ao cuidador. Essa classificação deixa claro que é enganosa a crença habitual de que os pacientes são os

únicos responsáveis pelo tratamento. Na maioria das vezes, essa crença reflete a falta de compreensão sobre a forma como diversos fatores afetam o comportamento das pessoas e sua capacidade de aderir ao tratamento (WHO, 2003, p.02).

Estudos abordam a falta de adesão ao tratamento na HA como um problema frequente. Múltiplos fatores colaboram para que esse acontecimento ocorra, destacando-se dentre eles os relativos à enfermidade, quanto à cronicidade e a deficiência de sintomas característicos; ao paciente portador de HA, como a idade, raça, religião, escolaridade, sexo, estado civil, ocupação, aspectos culturais, hábitos de vida, crenças de saúde e o nível socioeconômico; ao tratamento como custo, os efeitos indesejáveis e os planos terapêuticos difíceis; ao sistema de saúde aspectos institucional, como: a falta de política no atendimento das doenças crônicas; e ao relacionamento com membros da equipe de saúde (GOMES; PIERIN; MION, 2001; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

## 2.5. MÉTODOS UTILIZADOS AVALIAR A ADESÃO

Para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico de paciente já em tratamento existem diferentes métodos, podendo ser classificados em métodos diretos e indiretos (GUSMÃO et al., 2009).

### 2.5.1 Métodos Diretos

São métodos que procuram confirmar se houve realmente a ingestão dos fármacos prescritos. Há duas maneiras de se verificar tal confirmação: a análise biológica e a adesão de um marcador ou traçador ao fármaco ingerido. Embora nenhum desses métodos são 100% seguros, já que o paciente pode manipular o número de medicamentos, tomá-los somente no período dos exames. Sendo assim ambos os métodos não são utilizados costumeiramente (GUSMÃO et al., 2009).

### 2.5.2 Métodos Indiretos

Os métodos indiretos são: relatos de pacientes em tratamentos farmacológicos, a opinião do médico a resposta clínica, diário com histórico das tomadas das medicações,

contagem dos comprimidos, dispensação de medicamentos, monitorização do número de tomadas dos medicamentos e questionários (BEN, 2011).

Diante dos métodos apresentados para avaliação do tratamento farmacológico da hipertensão arterial os mais utilizados são os questionários. Estes instrumentos de estudos têm como principal vantagem o custo sendo relativamente baixo e sua simples aplicação em uma grande população (BEN, 2011).

São vários os questionários desenvolvidos para avaliar a adesão, os principais são apresentados a seguir:

Morisky-Green é um teste composto por quatro perguntas, que objetivam analisar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento, são elas: 1. Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?, 2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? 3. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixou de tomar seu remédio? e 4. Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? O paciente é classificado como “Alto grau de adesão” quando todas as perguntas são negativas, “Média adesão” quando uma ou duas respostas são afirmativas e baixa adesão se três ou quatro respostas são afirmativas. Essa avaliação permite também discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão é intencional ou não intencional, sendo, também, possível diferenciar pacientes de dois os tipos de comportamentos de baixa adesão (MORISKY; LEVINE, 1986).

O Brief Medication Questionnaire (BMQ) divide-se em três domínios e se propõe a investigar barreiras à adesão. Primeiro domínio – Domínio Regime - apresenta cinco itens que avaliam o comportamento do paciente em relação à adesão ao regime de medicamentos prescritos. O segundo domínio – Domínio Crença - avalia a crenças dos pacientes na eficácia dos tratamentos e a opinião dos pacientes sobre os efeitos colaterais indesejáveis. Terceiro domínio - Domínio Recordação – identificar problemas em relação à recordação em tomar os medicamentos. A presença de mais de uma resposta afirmativa para cada um dos domínios o paciente é identificado como de baixa adesão ao tratamento prescrito (SVARETAD et al., 1999).

### **3 OBJETIVO**

Identificar na literatura as intervenções utilizadas por enfermeiros brasileiros para melhoria e/ou manutenção da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de revisão integrativa de literatura no tema “Intervenções de enfermagem para melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo”.

#### 4.1.1 Referencial teórico-metodológico: Revisão Integrativa

Uma revisão integrativa inclui a análise de pesquisas que reúnem e resumem dados da literatura empírica e/ou teórica relevantes sobre o tema estudado, fornecendo assim, uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado, dando suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática clínica (POLIT; BECK, 2006). Estudos apontam possíveis lacunas no conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos e permite a síntese do conhecimento sobre a temática abordada, além do acúmulo exaustivo da produção científica no tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Este estudo adota o processo de revisão integrativa clássico, composto por seis etapas (POLIT; BECK, 2006; MENDES, SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

- a) Primeira etapa: definição do tema da pesquisa, elaboração da hipótese e ou questão norteadora e a escolhas dos descritores ou palavra chave, são etapas utilizadas para direcionar a construção do estudo. A questão da revisão integrativa pode ser delimitada focando em uma intervenção específica, ou mais abrangente, analisando diferentes intervenções.
- b) Segunda etapa: essa etapa irá depender muito dos resultados encontrados, devendo ser feita de forma bem detalhada, pois um problema amplamente descrito poderá acarretar uma amostra diversificada, exigindo maior critério de análise do pesquisador. Os critérios de inclusão e exclusão devem ser claros e objetivos, sendo identificados no estudo, podendo ser reorganizados durante o processo da revisão integrativa.
- c) Terceira etapa: incide em reunir e organizar todas as informações extraídas dos estudos selecionados (categorização), construindo um banco de dados de fácil acesso e manejo. As informações devem envolver a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia utilizada, resultados e as principais conclusões dos estudos sob análise.

d) Quarta etapa: análise das informações extraídas dos estudos encontrados na fase anterior são informações que devem ser elaborada individualmente e detalhadamente, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas de forma criteriosa para facilitar a próxima etapa.

e) Quinta etapa: esta etapa corresponde às fases de discussão e interpretação dos principais resultados da pesquisa. Através dos achados durante a pesquisa integrativa o pesquisador realiza a interpretação dos dados que será conferido com outros estudos encontrados na literatura, permitindo levantar as lacunas sobre o conhecimento existentes e sugerir pautas para futuras pesquisas.

f) Sexta etapa: essa última etapa incide na apresentação da revisão integrativa, que traz às informações e os resultados dos artigos estudados, devendo ser contemplada as etapas percorridas pelo pesquisador.

#### **4.1.2 Questão norteadora**

Quais as Intervenções propostas por enfermeiros brasileiros para a melhoria e manutenção da Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo?

#### **4.1.3 Critérios de inclusão**

Foram estabelecidos os seguintes critérios para revisão:

- a) Artigos sobre o tema “Intervenções para melhora da adesão”;
- b) Artigos em português e/ou inglês;
- c) Sem limite de tempo quanto à publicação;
- d) Artigos nacionais publicados com o primeiro ou segundo autor enfermeiro;
- e) Estudos originais;

#### 4.1.4 Critérios de exclusão

- a) Cartas ao editor, editoriais;
- b) Estudos duplicados.

Após as buscas dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foram analisados, quanto sua adequação à questão norteadora.

## 4.2 COLETA DE DADOS

### 4.2.1 Identificações dos Descritores Decs.

Os termos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), foram utilizados para realizar as buscas dos artigos que constituem um vocabulário estruturado, disponível em português, criado pela BVS (Biblioteca Virtual da Saúde). Como operadores de pesquisa (booleano) foi utilizado “*and*”.

Os descritores foram utilizados com diferentes combinações, de acordo com a necessidade das buscas, expandindo ou restringindo os resultados para facilitar a captação. Os Descritores escolhidos foram: “hipertensão arterial”, “adesão ao tratamento”, “enfermagem”, “intervenção educativa”, “educação em saúde”.

**Quadro 2** - Seleção inicial dos estudos, de acordo com os descritores e palavras-chave.

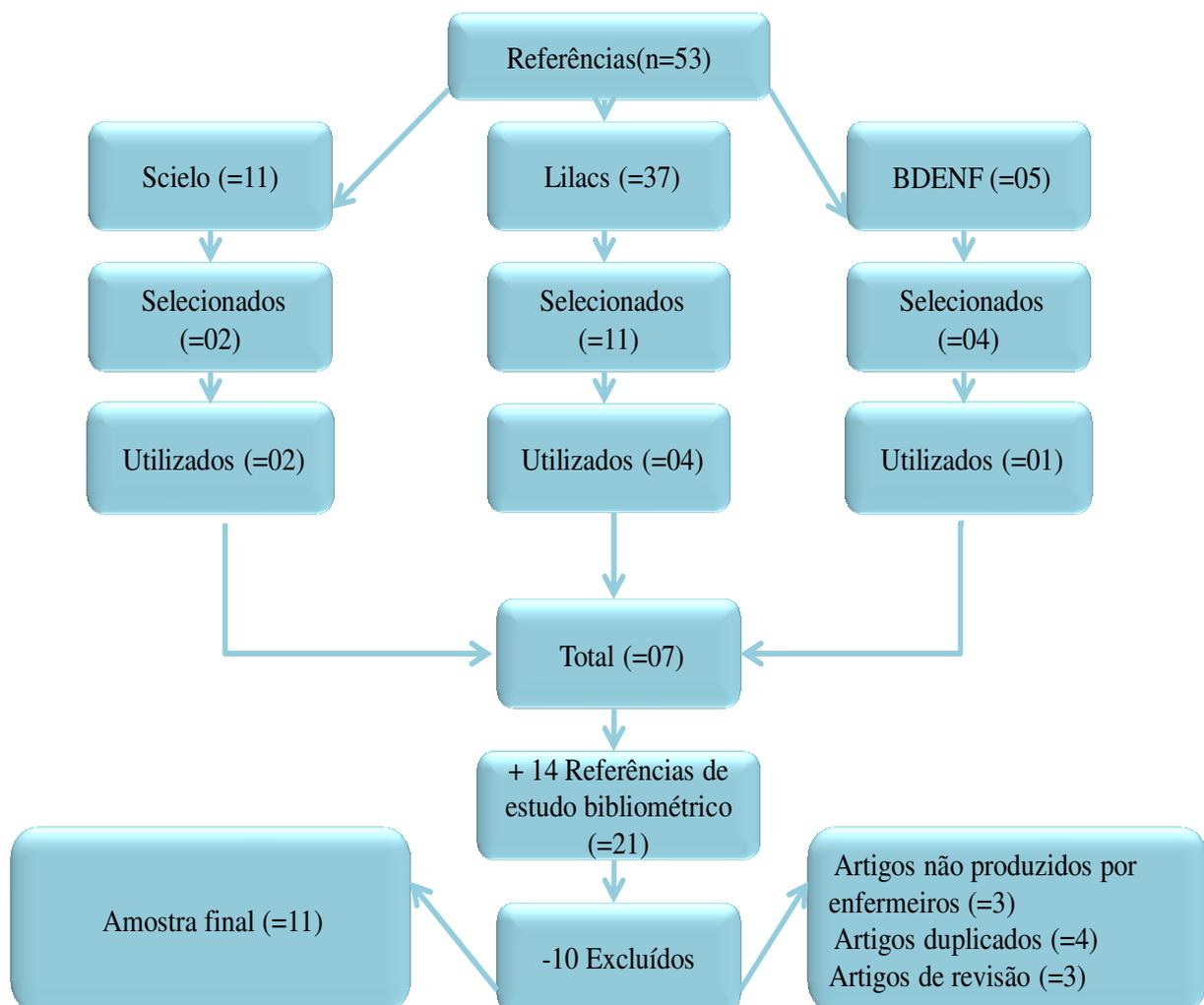
<b>TERMOS UTILIZADOS</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>SELECIONADOS</b>
“Hipertensão Arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Enfermagem”	SciELO	07	01
“Hipertensão arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Intervenção Educativa”	SciELO	0	0
“Hipertensão Arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Educação em Saúde”	SciELO	04	01
“Hipertensão Arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Enfermagem”	Lilacs	28	06
“Hipertensão arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Intervenção Educativa”	Lilacs	01	01
“Hipertensão Arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Educação em Saúde”	Lilacs	08	04
“Hipertensão Arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Enfermagem”	BDENF	03	02
“Hipertensão arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Intervenção Educativa”	BDENF	0	0
“Hipertensão Arterial” AND “Adesão ao Tratamento” AND “Educação em Saúde”	BDENF	02	02
<b>TOTAL</b>		<b>53</b>	<b>17</b>

#### 4.2.2 Buscas em portais e bancos de dados

Foram incluídos os bancos e bases de dados na área da saúde para realizar as buscas do estudo de revisão integrativa, acessadas via portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), que permite acessar as principais bases e banco de dados via internet, como: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), e BDENF (Base de Dados da Enfermagem).

As buscas para complementação do trabalho foram captadas através de consulta de estudo bibliométrico no tema.

O fluxo de seleção dos estudos é apresentado a seguir na FIGURA 2.



**FIGURA 2** – Fluxo de seleção dos artigos. Juína, 2015.

### 4.2.3 Armazenamento dos dados

Os achados foram transcritos em documento do Microsoft Word e em seguida armazenados em pastas segundo a base de dados em que foi captado, contendo as seguintes informações:

- a) base de dados utilizada;
- b) título e resumo dos artigos selecionado;
- c) total dos artigos encontrados;
- d) total dos artigos selecionados;
- e) total do artigos utilizados;
- f) descritores e booleanos;
- g) autor (es), fonte, ano, revista e idioma;
- h) resultado total da busca.

### 4.3 ANÁLISE DOS DADOS E REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE

Para análise bibliométrica e metodológica utilizou-se um instrumento de coleta baseado em outros instrumentos disponíveis na literatura, tais como o Crowe Critical Appraisal Tool (CCAT) e Strobe para estudos observacionais (CROWE; SHEPPARD; CAMPBERLL, 2012; MALTA et al., 2010).

Os aspectos seguintes, de cada estudo, são investigados pelo instrumento proposto.

1. Identificação geral do artigo;
2. Características metodológicas;
3. Abordagem metodológica;
4. Coleta de dados;
5. Aspectos éticos;
6. Resultados;
7. Conclusão.

#### 4.4 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Em 1980, nasce no Canadá o movimento da Prática baseada em evidências (PBE) associadas à medicina, a fim de gerar a melhoria da assistência à saúde (DRUMMOND; SILVA, 1998). A PBE indica o uso e prática de pesquisas disponíveis na literatura para se basear na tomada de decisões na prática clínica. No entanto, é necessário que os profissionais realizem uma análise criteriosa, e utilizam às bases de abordagem metodológica utilizadas no estudo (CLOSS; CHEATER, 1999). Deste modo, é indispensável que o pesquisador conheça as diversas metodologias, e assim consiga identificar os pontos fortes e fracos, além de analisar e aplicar a evidência de modo crítico (HUMPRIS, 1999).

Para classificar os estudos quanto ao nível de evidência utilizou-se o referencial do Joanna Briggs, publicado em 2014. **Abordagem do Instituto Joanna Briggs (IJB)**

“O IJB atesta que sua abordagem de evidência baseada no cuidado da saúde é peculiar, tendo como premissa que para ser confiável, a evidência deve considerar o contexto no qual o cuidado é ofertado, a preferência individual do cliente e o julgamento do profissional de saúde. O instituto considera o cuidado à saúde baseado em evidência como um processo cíclico. As necessidades de saúde globais, conforme identificadas por clínicos ou pacientes/usuários, são tratadas por meio de produção de pesquisa em evidência que é eficaz, porém também exequível, adequada e significativa para uma específica população, cultura e tempo. A evidência é examinada, confrontada e os resultados são avaliados, sintetizados e transferidos para locais de oferta de serviços e profissionais de saúde que os utilizam e avaliam seus impactos e efeitos na saúde e nos sistemas de saúde e na prática profissional. Contudo, para prover aqueles que trabalham e usam sistemas de saúde globais, com informações e recursos de nível internacional, o IJB:” (JOANNA, 2014 Apud LOPES, 2014, p. 32).

O IJB começou a utilizar em seus documentos novos níveis de evidência, no mês de Março de 2014. Sendo este um documento desenvolvido com intuito de proporcionar apoio aos **Níveis de Evidência e Graus de Recomendação** (JOANNA, 2014; CARVALLHO, 2008).

Os níveis de evidência envolvem todos os tipos de estudo em cinco categorias: eficácia, diagnóstico, prognóstico, custo e significados. Portanto, os graus da recomendação das evidências foram simplificados em duas categorias, forte ou fraco. Para a presente investigação utilizar-se-ão apenas os níveis segundo eficácia para quantitativos e significados para estudos qualitativos.

##### 4.4.1 Níveis de Evidência para Eficácia

Cada uma dessas categorias apresenta níveis específicos em função do tipo de estudo, numerados por letras do alfabeto (JOANNA, 2014).

Nível 1 - Desenhos experimentais

Nível 2 - Desenhos quase-experimentais

Nível 3 - Desenhos observacionais-analíticos

Nível 4 - Estudos observacionais-descritivos

Nível 5 - Opinião de especialista ou pesquisa não humana

#### 4.4.2 Níveis de Evidência para Significados

1 - Revisão sistemática de estudos qualitativos ou métodos-mistos.

2 - Síntese de estudos qualitativos ou métodos-mistos.

3 - Estudo qualitativo único.

4 - Revisão sistemática de Opinião de especialista.

5 - Opinião de especialista.

#### 4.4.3 Graus de Recomendação

A nova abordagem do uso de graus pelo IJB recomenda em não qualificar os estudos apenas pelo método, mas, levar em consideração outros aspectos. O estudo poderia ser classificado na abordagem tradicional em grau alto, moderado, baixo e muito baixo. Deste modo, um Ensaio Clínico Randomizado seria classificado como alto grau de recomendação e um estudo observacional como baixo. No entanto, evidências de estudos observacionais podem ser classificadas em grau mais alto que ensaios clínicos, como exemplificam os conceitos desses graus:

**Grau A** - Uma recomendação **forte** para certa estratégia de gerenciamento de saúde onde:

1- Está claro que os efeitos desejáveis da estratégia sobrepõem-se aos indesejáveis.

2 - Onde há evidência de qualidade adequada suportando seu uso.

3 - Há um benefício ou nenhum impacto (negativo) no uso do recurso.

4 - São levados em consideração os valores, preferências e experiências do paciente.

**Grau B** – Uma recomendação **fraca** para certa estratégia de gerenciamento de saúde onde:

1- Efeitos desejáveis parece sobreporem-se aos indesejáveis, embora isto não esteja claro.

2 - Existe evidência de qualidade suportando seu uso, embora possa não ser de alta qualidade.

3 - Existe benefício e nenhum ou mínimo impacto negativo no uso do recurso.

4 - Valores, preferências e experiências do paciente podem ou não terem sido levados em consideração.

A tomada de decisão dos graus “forte ou fraco” pode ser guiada com quatro recursos que o IJB denomina *FAME* (*Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness e Effectiveness*). Abaixo as questões que norteiam a classificação da evidência.

**F** (*feasibility; specifically*):

Qual é a eficácia do uso na prática?

Estão os recursos disponíveis para a prática?

Existe suficiente nível de experiência e competência disponíveis?

**A** (*Appropriateness; specifically*):

É culturalmente aceitável?

É transferível e aplicável à maioria da população?

É adaptável a uma variedade de circunstância?

**M** (*Meaningfulness; specifically*):

Está associada com experiências positivas?

Não está associada com experiências negativas?

**E** (*Effectiveness; specifically*):

Há um efeito benéfico?

É seguro (ou seja, há ausência de danos associados com a prática)?

Desta forma, a nova abordagem do IJB considera com igual peso os estudos observacionais, contudo destacam a necessidade de observar cuidadosamente os diferentes

aspectos de um estudo, com o processo metodológico e a aplicação de um julgamento crítico e raciocínio clínico. Sendo assim, considerando a expressiva quantidade de estudos observacionais e descritivos publicados por enfermeiros na área da hipertensão, optou-se pelo emprego do referencial do IJB para avaliar os estudos em apreço.

#### **4.4.4 Tratamento dos dados**

Os dados foram armazenados e tratados os achados no programa SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows. Com análise estatística das frequências relativas e absolutas.

#### **4.4.5 Procedimentos éticos**

Conforme a resolução Conselho Nacional de Saúde 196/96, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo Seres Humanos, esta pesquisa não necessitou da aprovação do comitê de ética, por se tratar de uma revisão de literatura.

## 5 RESULTADOS

Os achados foram discutidos de acordo com as intervenções utilizadas, sendo estas: Contato Telefônico, Palestras Educativas, Roda de Conversa, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e Visitas Domiciliares.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO BIBLIOMÉTRICA

Foram analisados 11 artigos, publicados no Brasil, sendo 10 em português e 1 em inglês. A TABELA 01 apresenta a produção de acordo com o ano de publicação.

**Tabela 1 - Distribuição dos estudos de acordo com o ano de publicação. Juína, 2015.**

Ano	Nº	%
2005	1	9,1
2007	2	18,2
2009	1	9,1
2010	2	18,2
2011	2	18,2
2012	2	18,2
2013	1	9,1
Total	11	100,0

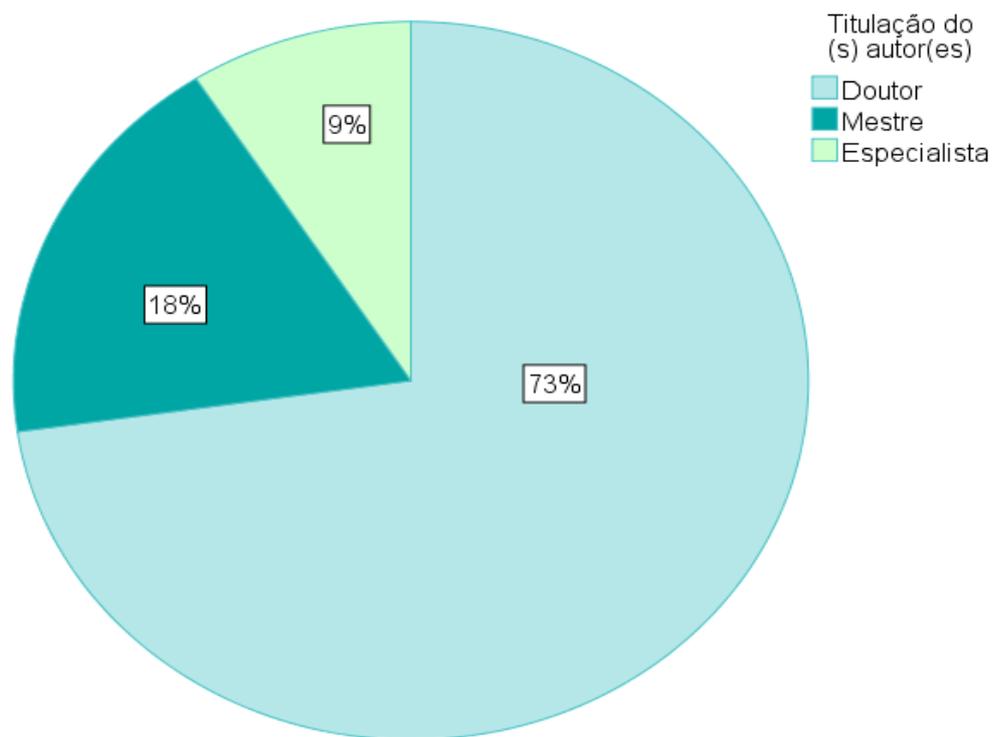
Pode-se observar na TABELA 01 o aumento de estudos de intervenção no tema nos últimos anos a partir de 2010 mantendo-se constante pelos próximos dois anos.

Buscou-se verificar a quantidade de autores por estudo, os dados são apresentados na TABELA 02.

**Tabela 2 - Quantidade de autores por publicação. Juína, 2015**

Autores	Nº	%
até 3	3	27,3
de 4 a 6	7	63,6
7 ou mais	1	9,1
Total	11	100,0

Os estudos foram publicados por grupos de 4 a 6 autores, o que corrobora com o limite máximo de autores permitidos na maioria dos periódicos nacionais que é de até seis autores por estudo. Analisou-se também a titulação do autor enfermeiro principal de cada estudo, os dados são apresentados na FIGURA 3 a seguir.



**Figura 3:** Distribuição dos enfermeiros de acordo com a titulação. Juína, 2015.

Para análise desta variável, considerou-se o primeiro ou o segundo autor do estudo enfermeiro. Pode-se observar que a produção no tema é feita predominantemente por doutores enfermeiros, em centros de pós-graduação (FIGURA 03). A TABELA 03 demonstra a área de atuação dos profissionais.

**Tabela 3 - Distribuição das áreas de atuação dos autores. Juína, 2015.**

<b>Atuação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Enfermagem	9	81,8
Multidisciplinar	2	18,2
Total	11	100,0

Observa-se, na TABELA 03, predominância de grupos formados por autores enfermeiros, embora outros estudos contassem com diferentes profissionais da saúde.

A TABELA 04 mostra a frequência dos passos da coleta e os aspectos éticos do estudo.

**Tabela 4 - Frequência dos passos de coleta e aspectos éticos. Juína, 2015.**

	<b>Passos da coleta</b>		<b>Aspectos Éticos</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Apresenta	10	90,9	11	100
Não apresenta	1	9,1	-	-
Total	11	100	11	100

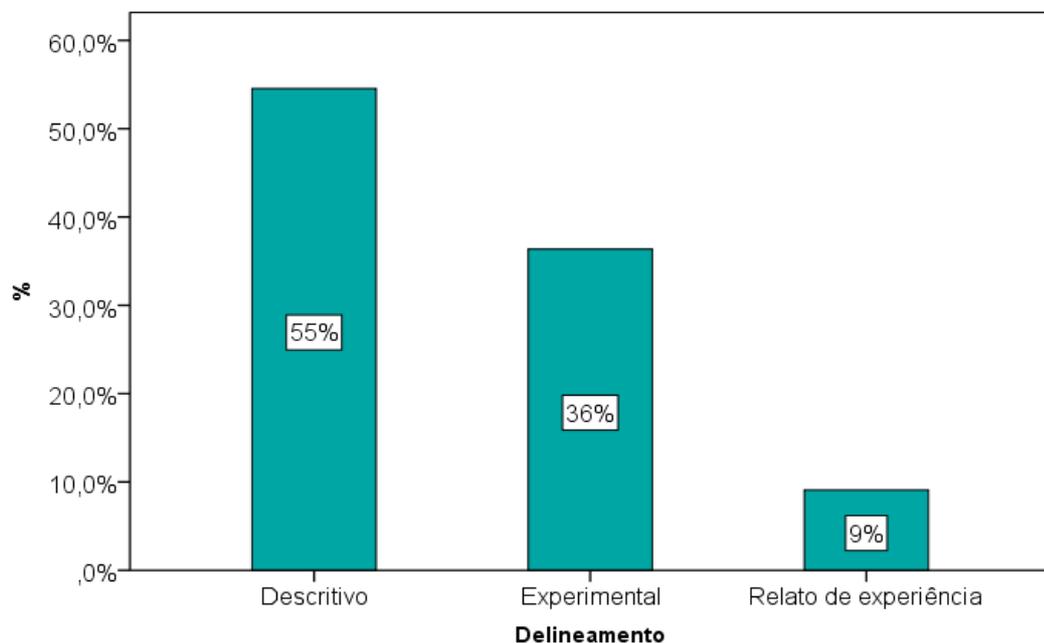
Na TABELA 04, todos os artigos apresentavam os aspectos éticos da pesquisa e apenas um desses não descrevia no método o procedimento de coleta de dados, fator que impossibilita a replicação do estudo.

Os dados da TABELA 05 mostram os critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

**Tabela 5** - Distribuição das amostras de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Juína, 2015.

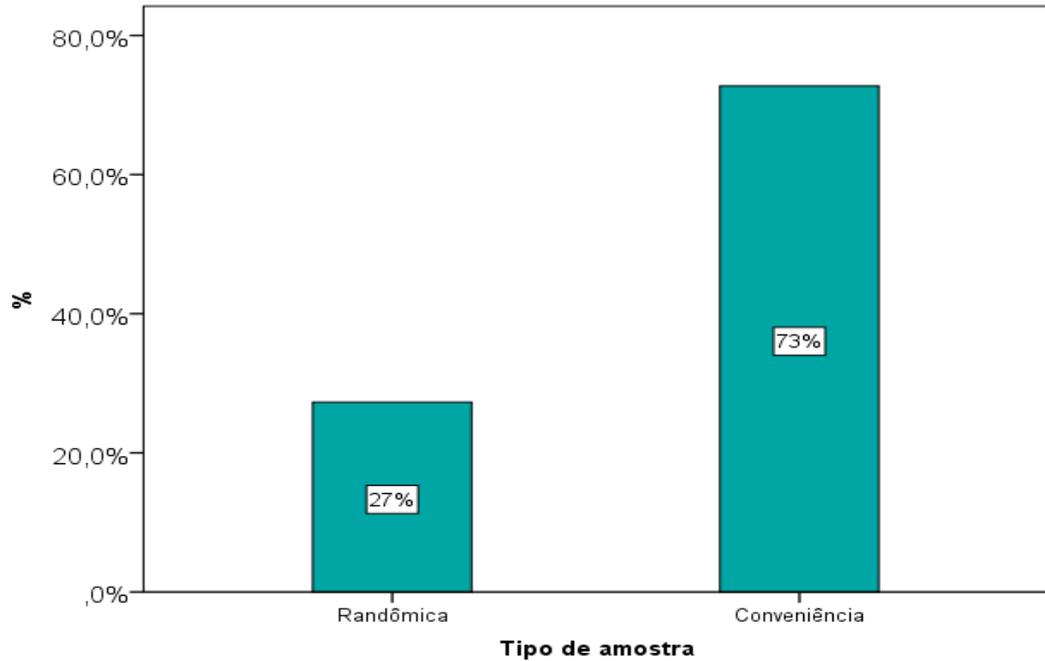
	Critérios de Inclusão		Critérios de Exclusão	
	N	%	N	%
Apresenta	11	100	5	45,5
Não apresenta	-	-	6	54,5
Total	11	100,0	11	100,

Destaca-se na TABELA 05, que todos os estudos apresentaram os critérios de inclusão e apenas cinco destes apresentaram de forma explícita os critérios de exclusão. É importante ressaltar, no entanto, que os autores deste estudo não consideram critérios de exclusão como o simples inverso dos critérios de inclusão. FIGURA 04 apresenta os delineamentos do estudo.



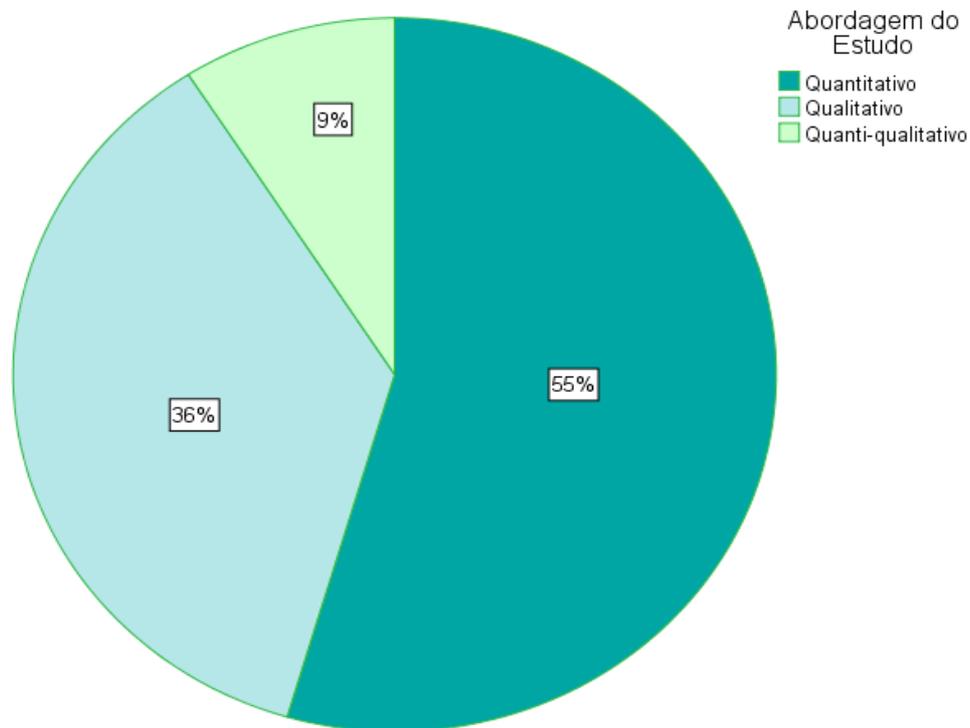
**Figura 4:** Distribuição quanto o delineamento dos estudos. Juína, 2015.

Pode-se observar na FIGURA 04, que os estudos são predominantemente descritivos e experimentais, tendo em vista o objetivo deste estudo que foi conhecer as intervenções no tema adesão ao tratamento. Na FIGURA 05, apresenta os estudos quanto suas abordagens



**Figura 5:** Distribuição dos estudos quanto ao tipo de amostras utilizada. Juína, 2015.

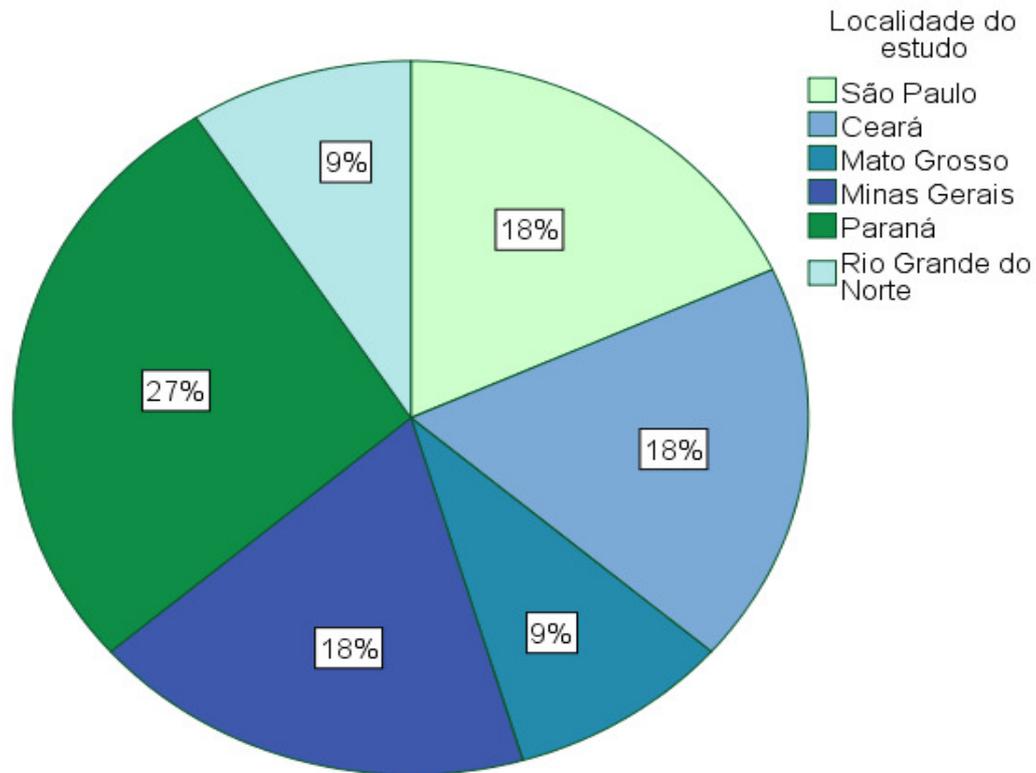
Os dados da FIGURA 05 mostram que na maioria dos estudos a amostra foi selecionada por conveniência, embora estes por vezes tenham sido aleatorizados em grupos para análise. Na FIGURA 06, apresenta os estudos quanto suas abordagens



**Figura 6:** Distribuição dos estudos quando a abordagem metodológica adotada. Juína, 2015.

Os estudos são predominantemente de abordagem quantitativa e qualitativos, embora haja também investigação com as duas abordagens reunidas.

A FIGURA 07, apresenta os resultados dos estudos quanto à localidade do estado.



**Figura 7:** Distribuição das publicações quanto ao estado em que os estudos foram realizados. Juína, 2015.

Pode-se observar que o Paraná se destaca com o número de publicações, porém há centros de produção no tema de Norte a Sul do país.

O QUADRO 3 apresenta os artigos selecionados para a pesquisa por meio dos Títulos, Periódico e Ano de Publicação, lembrando que a ordem da identificação da tabela e das referências serão as mesmas, para facilitar a identificação durante o capítulo “Discussão”.

**Quadro 3 - Apresentação dos artigos selecionados para a pesquisa. Juína, 2015**

<b>Artigos utilizados na Pesquisa</b>			
<b>Nº</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano de Publicação</b>
1	Diagnóstico de Enfermagem e Proposta de Intervenção para Clientes com Hipertensão Arterial	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro	2010
2	Conscientização do Usuário Hipertenso para a Adesão ao Tratamento	Rev. Latino-am Enfermagem.	2009
3	Educação em Saúde como Estratégia para Melhoria da Qualidade de Vida dos Usuários Hipertensos	Rev. Rene	2011
4	Dificuldade no Tratamento de Doença Crônica: Relato de Experiência de Atividade de Extensão	Cienc. Cuid. Saúde	2011
5	Importância do Cuidado Domiciliar para o Controle Pressórico de Pessoas com Hipertensão Arterial	Rev.pesq.Cuidado é Fundam.	2013
6	Adesão do Idoso ao Tratamento para Hipertensão Arterial e Intervenções de Enfermeiros	Rev. Rene	2012
7	Abordagem Educativa sobre Restrição Salina ao Paciente Hipertenso	Arq. Ciênc. Saúde	2004
8	Adesão às Orientações Fornecidas no Programa de Controle da Hipertensão: uma Aproximação aos Resultados Padronizados de Enfermagem	OBJM (Online Brazilian Journal of Nursing)	2007
9	How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment. The experience in São Paulo, Brazil	CLINICS	2010
10	Hipertensão Arterial e Orientação Domiciliar: o papel estratégia da saúde da família	Rev. Nutrição	2012
11	Visita Domiciliar de Enfermagem com Atividades Educativas no Tratamento da Pressão Arterial	Rev. Cient. em Ciênc. da Saúde	2007

A TABELA 6 apresenta os estudos incluídos nesta pesquisa de acordo com a temática do estudo, autor, objetivo, método, amostra, coleta de dados, principais resultados e nível de evidência. Para facilitar a identificação de cada estudo, o número de identificação da tabela e da referência será o mesmo.

Tabela 6 - Apresentação dos Estudos. Juína, 2015.

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta de dados	Principais Resultados	Nível
01	Fava, S.M.C.L., et al.	Identificar características definidoras e fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem "conhecimento deficiente". Estabelecer intervenções de enfermagem	Estudo descritivo, Descritivo	20 hipertensos	Instrumento com base nas necessidades humanas básicas	As características foram seguimento inadequado de instruções e verbalização do problema, relacionados à falta de interesse em aprender, a falta de capacidade de recordar e a interpretação errônea, entre outras. As intervenções priorizaram a educação para a saúde, orientação quanto ao sistema de saúde, entre outros.	4-B
02	Reiners, A.A.O.; Nogueira, M.S.	Compreender a perspectiva do profissional de saúde e do usuário hipertenso sobre a interação que ocorre entre eles no contexto da saúde pública, e analisar de que forma essa interação contribui para a não adesão ao tratamento	Descritivo, Qualitativo	15 profissionais e 10 hipertensos	Entrevista semi-estruturada com utilização de Instrumento próprio	Na interação entre o profissional de saúde e o usuário hipertenso, para resolver o problema da não adesão desse último ao tratamento, o primeiro lança mão da estratégia de conscientização. Essa, no entanto, tem sido realizada ainda pautada no biomédico de atenção e de maneira inadequada. O usuário, por sua vez, em relação ao tratamento, o tema administrado à sua maneira, indicando aos profissionais de saúde algumas questões relativas à sua adesão.	3-A
03	Menezes et al.	Analisar a prática de educação em saúde junto aos enfermeiros da rede de atenção básica enquanto estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão arterial.	Descritivo, Qualitativo	08 enfermeiros	Instrumento específico	Os enfermeiros compreendem a importância da realização da educação em saúde junto aos usuários, mesmo que esta prática apresente traços do modelo de educação em saúde que sobrepõe o saber científico em detrimento do popular.	3-B

Tabela 6 - Apresentação dos Estudos. Juína, 2015.

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta de dados	Principais Resultados	Nível
04	Mantovani, M.F. et al.	Relatar os resultados de uma roda de conversa utilizada como estratégia educativa com portadores de hipertensão arterial e diabetes Mellitus, acerca das dificuldades na adesão ao tratamento	Relato de experiência de uma roda de conversa, Qualitativo	13 hipertensos	Entrevista com roda de conversa	Os participantes demonstraram consciência de mudança nos hábitos alimentares no entanto relatam dificuldade em fazê-lo, quanto ao tratamento farmacológico a principal barreira é a ausência de sintomas.	3-B
05	Gaio, D.M. et al.	Descrever o efeito do acompanhamento domiciliar de enfermagem no conhecimento, internação hospitalar e níveis pressóricos de pacientes portadores de hipertensão arterial com tratamento comprometido	Retrospectivo, exploratório, Quantitativo	16 hipertensos	Consulta de Enfermagem e acompanhamento por 12 meses para coleta.	Houve maior frequência de mulheres, com média de idade de 63 anos. Observou-se melhora no conhecimento acerca da hipertensão arterial, redução na taxa de internação hospital decorrente de crise hipertensiva e aumento na proporção de indivíduos com pressão arterial controlada.	4-B
06	Santos, J.C. et al.	Averiguar a adesão ao tratamento da hipertensão de idosos acompanhados em um grupo e descrever as intervenções de enfermagem possíveis junto a esta clientela	Descritivo, Quantitativo	27 idosos	Identificação pelo formulário para avaliação da adesão ao tratamento e aplicação de roteiros durante técnica de grupo focal	23 Apresentaram algum grau de não-adesão. Selecionaram-se 34 intervenções de enfermagem a serem implementadas na clientela e dez discursos foram consolidados ao final. O estudo revelou as dificuldades de seguimento terapêutico, embora a clientela detenha o conhecimento sobre os meios viáveis de implementação das intervenções de enfermagem.	4-B
07	Cesarino, C.B. et al.	Verificar a eficácia de um programa educativo sobre restrição salina realizado pelo enfermeiro, de acordo com a metodologia conscientizadora de Paulo Freire	Exploratório, Quantitativo	46 pacientes	Entrevista com instrumento específico e 5 encontros em grupo	Concluímos que o programa educativo propiciou maior compreensão sobre a importância do tratamento como medida de prevenção de complicações, levando o grupo de estudo a uma significativa restrição salina em sua dieta avaliada pela excreção de sódio e importante diminuição tanto da PAS como da PAD.	3-B

Tabela 6 - Apresentação dos Estudos. Juína, 2015.

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta de dados	Principais Resultados	Nível
08	Rolim M.O.; Castro, M.E.	Analisar a adesão às orientações fornecidas pela enfermeira do Programa de Controle da Hipertensão de um Centro de Saúde em Fortaleza, relacionado-a a Classificação dos Resultados de Enfermagem	Descritivo, Qualitativo	74 indivíduos constituíram os sujeitos do estudo	Entrevista semi-estruturada, gravada com caracterização clínico-demográfica e fatores relativos a hipertensão	Pacientes demonstraram satisfação com o Programa de Controle da Hipertensão e com a assistência prestada pela enfermeira em evidência, porém isso não se torna o bastante para uma adequada adesão dos indivíduos às orientações. A clientela está informada acerca das mudanças necessárias de hábito de vida para o controle da doença, embora, por razões sociais, financeiras, estruturais ou orgânicas muitas vezes deixem de adotá-las	3-B
09	Gusmão, Josiane Lima et al.	Avaliar a importância de fornecer orientações aos pacientes por meio de telefonemas para o controle da HA e prevenção da interrupção do tratamento entre hipertensos	Experimental, Quantitativo	354 hipertensos	Medida da pressão arterial com dispositivo oscilométrico e randomização da amostra para receber ou não telefonemas com orientações	O grupo de pacientes que receberam as orientações via telefone apresentou menor número de interrupção do tratamento. O percentual de pacientes com a pressão controlada aumento no final do tratamento (74%)	3-A
10	Ribeiro, Amanda Gomes et al.	Analisar a importância, a efetividade e as limitações de estratégias de educação em saúde, relacionadas às orientações dietéticas, no enfrentamento da problemática da adesão ao tratamento da HAS, no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF).	Qualiquantitativa, Descritiva	27mulheres hipertensas	Os dados foram obtidos em entrevistas individuais nos domicílios e em dois grupos focais.	As duas estratégias de educação em saúde tiveram efeito positivo sobre a adesão às orientações nutricionais, o que favoreceu mudanças nos hábitos alimentares e na percepção das mulheres em relação à problemática da doença.	3-B

**Tabela 6 - Apresentação dos Estudos. Juína, 2015.**

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta de dados	Principais Resultados	Nível
11	Mantovani, Maria de Fátima; Mottin, Juliana Veiga.	Comparar a manutenção dos níveis de pressão arterial de portadores de Hipertensão Arterial, acompanhados e monitorados com atividades educativas em família (casos) ou individualizados (controle), visitados em domicílio mensalmente e bimestralmente.	Quantitativo, Descritiva	30 hipertensos	Visitas domiciliares, entrevista semi-estruturada e gravada, medida da pressão arterial.	Considerando o peso e a circunferência abdominal, 64% dos participantes do grupo-caso mantiveram peso e circunferência abdominal inalterados e em 29% houve redução tanto do peso quanto da circunferência abdominal. Já no grupo-controle, 28% mantiveram ambas as variáveis inalteradas e 38% apresentaram aumento dessas variáveis. Assim, pode-se comprovar a importância das orientações e do acompanhamento mensal dos usuários. Os dados preliminares do estudo demonstram que a maioria dos hipertensos tem consciência dos hábitos inadequados que possuem, porém sentem-se desencorajados a realizar mudanças devido ao caráter crônico da doença.	4-B

## 6 DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou identificar o que já foi produzido por enfermeiros brasileiros no tema, e conhecer as intervenções utilizadas para melhoria da adesão dos pacientes/clientes portadores de hipertensão arterial.

Foram utilizados 11 artigos sobre o tema pesquisado, houve participação expressiva de enfermeiros doutores em 81,8% dos estudos realizados. Ouve publicações de estudos de Norte a Sul do país, se destacando o estado do Paraná com 27% dos estudos realizados.

### 6.1 ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES IDENTIFICADAS.

Para facilitar as discussões do achados deste estudo, os resultados serão apresentados na ordem das intervenções identificadas: Contato Telefônico, Palestras Educativas, Roda de Conversa, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e Visitas Domiciliares.

#### 6.1.1 Contato Telefônico

Durante o estudo, os pacientes receberam ligações para serem lembrados de suas visitas médicas e orientações sobre o tratamento anti-hipertensivo, receberam revistas enviadas por e-mail, contendo informações relacionadas à saúde. Na última visita, os pacientes/clientes mostraram pressão arterial significamente, mais baixa após as orientações telefônicas, onde mostraram mais preocupados com a continuação do tratamento. A taxa de abandono do tratamento anti-hipertensivo reduziu, quando os pacientes receberam orientações por meio de telefonemas, folhetos, orientações em oficinas de grupos por profissionais da saúde, e a doação de todas as medicações (**estudo 9**) (GUSMÃO, et al., 2010).

Os contatos ativos por telefone com o paciente/cliente é importante, uma vez que se torna possível para as orientações e sanear as dúvidas em relação ao tratamento (MÁRQUEZ, 2005). Mata et al. (2014), ressalta que esse tipo de intervenção tem como principal objetivo, aumentar a adesão e facilitar o retorno para casa dos indivíduos no pós-operatório, diminuindo, o estresse e aumentando o conhecimento para lidar com os sintomas, e assim

resultar em uma maior confiança entre o paciente/cliente e o profissional e melhora da qualidade dos serviços, após alta hospitalar.

A literatura aponta o uso do telefone em amplos aspectos para uma melhora na adesão, é um importante método na comunicação enfermeiro/paciente. Os profissionais enfermeiros podem utilizar do telefone como método de intervenções terapêuticas nos cuidados de rotinas como: monitoramentos das pessoas com depressão, agendamentos e ou resultados de exames laboratoriais, orientação de pacientes com DM (diabetes melito), orientação para o não uso do tabaco, orientação na pós-alta hospitalar, triagem e reavaliação das prescrições (CAR; SHEIKH, 2003; BLAKE, 2008).

O acompanhamento por telefone requer dos profissionais uma determinada habilidade, competência e capacidade, para identificar as principais queixas, considerando as particularidades dos sujeitos, orientando de forma correta às intervenções de acordo com os relatos e ajudar em função deles (CORREIA; RAPOSO, 2003).

### **6.1.2 Palestras Educativas**

O **estudo 3**, identificou que a maioria dos enfermeiros utilizam a intervenção de palestras sobre o modelo hegemônico sendo o mais utilizado, porém eles salientam que a melhor prática nessa educação é o modelo de estratégia educacional, onde se exerce a escuta qualificada, a fim de permitir a participação ativa dos usuários por meio de estabelecimento de diálogo entre profissional e paciente/cliente (MENEZES et al. 2011).

Na pesquisa realizada por Bezerra et al. (2005), observou-se que 70% dos enfermeiros participantes do estudos referiram a efetivação de algum tipo de atividade educativa realizadas com os usuários da unidade de saúde, destacando-se as palestras e reuniões de grupo. Para Acioli (2008), é necessário que aconteça uma reorientação das estratégias educativas, por meio de uma ação de planejamento dinâmico, os enfermeiros devem avaliar todas as ações a serem aplicadas, analisando a realidade e o empenho da população assistida, e assim definir o melhor método educativo.

### 6.1.3. Roda de conversa

A roda de conversa é um instrumento de trabalho que propicia as pesquisas dando um caráter de cientificidade, o que sugere caracterizá-la de natureza qualitativa. É uma maneira de poder entender e explorar as diversidades de problemas sociais atribuídos por indivíduos ou grupos. Consiste em um método de participação coletiva, sendo possível dialogar com o sujeito através de exercícios reflexivos (CRESWELL, 2010; WARSCHAUER 2004). A roda de conversa facilita a comunicação, permite aos indivíduos maior interação e trocas de experiências, é um momento onde todos têm um pouco a falar e um pouco a ouvir (WARSCHAUER, 2001).

O **estudo 4**, relata as dificuldades dos participantes para realizar a adesão ao tratamento da hipertensão, eles reconhecem a importância e demonstram consciência da necessidade das mudanças no estilo de vida. É relevante para os profissionais de saúde, principalmente os da enfermagem, reconhecer que os indivíduos possuem dificuldades para aderir ao tratamento, principalmente quando se trata de uma enfermidade crônica.

A roda de conversa mostrou-se uma estratégia, onde usuários e profissionais possuem um espaço de acolhimento, troca de experiências e interação, sendo importante a participação ativa do usuário em seu tratamento, levando a um envolvimento e prática de hábitos saudáveis e melhora na qualidade de vida (**estudo 4**) (MANTOVANI, 2011).

Para Cesarino et al. (**estudo7**) (2004), as estratégias utilizadas facilitaram para o aprendizado, por meio de diálogos, possibilitando expressão de sentimento, necessidades, e um relacionamento melhor entre o profissional enfermeiro e o usuário dos serviços de saúde no tratamento e manutenção de hipertensão arterial. Quando bem realizada, a roda de conversa corrobora com ações sobre os determinantes sociais, já que esses dizem respeito aos modos simbólicos e materiais dentro dos quais a vida se atualiza, rompendo, portanto, com as perspectivas biomédicas que historicamente moldam o setor saúde (BUSS; PELEGRINI, 2007).

As rodas de conversa são diferentes de outras atividades grupais, como a terapia de grupo, nas rodas de conversas os indivíduos têm a liberdade para se expressarem, sem que aja a necessidade de revelar seus segredos e muito menos é orientada a invasão de sua intimidade (MÉLLO, 2007; AFONSO; ABADE, 2008).

#### 6.1.4 Sistematização de Enfermagem (SAE)

Nessa intervenção o estudo relata a utilização da SAE, priorizando as intervenções para educação em saúde, sendo importante que a equipe de saúde saiba lidar com as características individuais de cada pessoa, conhecendo suas crenças, mitos e tabus, de forma a contribuir significativamente no processo de auto cuidado, propiciando conhecimento com conscientização quanto ao cuidado de saúde e a necessidade de mudanças (**estudo 1**) (FAVA, et al 2010).

Quando utilizado a SAE, **no estudo 6**, para intervenção de enfermagem, revelou que a clientela tem dificuldade de seguir o regime terapêutico, embora tenham conhecimento sobre os meios viáveis de implementação das intervenções de enfermagem, eles enfatizam que a enfermagem precisa aprofundar-se cada vez mais no conhecimento e utilizar amplamente da sistematização de assistência de enfermagem para atender o cliente como um todo (SANTOS, 2012).

Os achados evidenciaram que os enfermeiros privilegiam ações prescritivas e rotineiras, focalizando no corpo, na doença, no tratamento e na adesão, sendo nada mais do que a reprodução do tradicional modelo biomédico, por ser sem equilíbrio, assimetria e desigual, centralizado no profissional de saúde que exerce o papel de ativo, onde determina o que o paciente/cliente pode e deve fazer, e o usuário o papel passivo na maioria das vezes, sem ter a oportunidade de participar. E assim são variadas as formas de comunicação, desde brincadeiras até ameaças (**estudo 2**) (REINERS; NOGUEIRA, 2009). É de grande relevância quando os enfermeiros prestam atendimento onde os usuários se sintam seguros, bem recebidos e confortáveis, os enfermeiros no momento das consultas devem avaliar e interpretar as percepções de cada indivíduo, para assim poder direcionar a sua intervenção.

Nas consultas individuais os pacientes se mostram estar satisfeitos com a assistência prestada pelos enfermeiros, os portadores de HA sabem que possuem a doença, reconhecem a importância do tratamento e a necessidade de mudar o estilo da vida, porém por diversas razões, sejam estruturais, financeiras, ou orgânicas, muitos deixam de aderir às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde (**estudo 8**) (ROLIN; CASTRO, 2007).

A sistematização de cuidados passou a ser obrigatória nas instituições de saúde em agosto de 2002, através da resolução 272/2002 do COFEN: Artigo 2º- “A implementação da Sistematização de Assistência Enfermagem- SAE deve ocorrer em toda a instituição de saúde,

pública ou privada” (COFEN, 2002). A consulta de Enfermagem baseada no método científico permite a satisfação dos usuários, uma vez que os enfermeiros durante a consulta enfatizam sua atenção aos usuários, resultando em sensação de bem-estar após o atendimento (CAMARGO; CARO 2009).

### **6.1.5 Visitas Domiciliares**

Esta intervenção de enfermagem demonstrou efeito positivo para o conhecimento dos fatores de risco, complicações, sinais e sintomas da HA. Com as visitas domiciliares (VD) de enfermagem os pacientes passaram a conhecer melhor a doença acerca de sua cronicidade, antes os pacientes acreditavam que a HA apresentava cura. Com as visitas no domicílio os profissionais enfermeiros trabalham com a realidade social e econômica de cada um, conhecendo suas crenças, costumes, e valores e como vive cada indivíduo. Sendo assim, as atividades propostas para aderir ao tratamento da HA podem ser adotadas frente à realidade dos mesmos (**estudo 5**) (GAIO et al., 2013).

Nas visitas domiciliares que envolvem os familiares nos processos de aprendizagem, observa-se uma mudança no comportamento frente ao tratamento da doença. Os pacientes relatam maior atenção individualizada nos domicílios. Quando os profissionais realizam as orientações domiciliares, permitem uma aproximação do profissional à realidade familiar, possibilitando de vivenciar as rotinas como: preparação dos alimentos, quantidade e qualidades dos alimentos, ambiente físico, material e afetiva de cada um, assim permite a formação de um espaço para o contato e o desenvolvimento de atividades educativas com a família, contribuindo para manutenção de hábito de vida saudáveis (**estudo 10**) (REBEIRO et al., 2012). As visitas que são realizadas mensalmente, favorecem maior aproximação do usuário e a família, esse compromisso demonstra maior comprometimento do indivíduo frente ao tratamento da HA, e assim, os usuários sentem que seu tratamento tem importância não só para ele, mais também para os profissionais de saúde (**estudo11**) (MANTOVANI; MOTTIN, 2007).

O Ministério da Saúde adotou oficialmente em 1994 a Estratégia de Saúde da Família, tendo como objetivo reorganizar a prática de assistencial à saúde, com ênfase nas ações curativas, de forma fragmentada e individual, tendo as visitas domiciliares entre as atividades atribuídas à equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2001). A VD vem sendo de

fundamental importância nas ESF, é uma tecnologia de interação nos cuidados a saúde do indivíduo, assim a equipe de saúde pode ter conhecimento sobre as condições de vida e saúde das famílias sobre sua responsabilidade. Devendo romper-se com o modelo hegemônico, aonde centraliza a doença como um todo, sem estabelecer vínculo com o paciente/cliente, predominando uma postura dos profissionais tecnocrática. Com a VD os profissionais podem oferecer um atendimento integral e humanizado, inserindo o indivíduo em seu contexto familiar (ALBUQUERQUE, 2009).

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo de revisão integrativa realizado permitiu analisar 11 artigos, todos produzidos por enfermeiros brasileiros no tema “Intervenções de Enfermagem para Melhoria da Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo”. Ao analisar os achados, pode-se observar um aumento de estudos de intervenção a partir de 2010 com (18,2 %). A maior parte dos estudos foram produzidos por grupos de 4 a 6 autores (63,6%), o que corrobora com o número máximo de autores permitido na maioria dos periódicos nacionais. Ao analisar as titulações dos autores, houve maior destaque para os enfermeiros doutores com (73%). Verificou-se que (81,8%) dos estudos foram realizados apenas por enfermeiros, e participação de grupo multiprofissional (18,2%). Embora este estudo tenha objetivado analisar intervenções de enfermagem, (55%) da amostra se intitulava como descritivo e outros (36%) como experimental. Quanto ao tipo de amostra a maioria dos estudos foi por conveniência (73%). A predominância dos estudos se destaca com as abordagens qualitativas (55%) e quantitativas (36%). Analisando o estudo quanto os locais de publicação, temos o estado do Paraná em destaque com maior número de produção científico na área (27%), porém há centros de produção no tema do Norte ao Sul do País.

Os achados foram divididos de acordo com as intervenções de enfermagem de cada estudo: Contato Telefônico (1 estudo), Palestras Educativas (1 estudo), Roda de Conversa (3 estudos), Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (4 estudos), e Visitas Domiciliares (2 estudos).

Este trabalho de revisão integrativa permitiu identificar as fronteiras do conhecimento no tema estudado. Observou-se avanço no emprego de metodologias mais complexas (estudos experimentais) e no desenvolvimento no uso de novos desenhos, porém acredita-se que muito terá de ser discutido em função do aproveitamento dos conteúdos dos estudos no campo da Prática Baseada em Evidências, na atuação do enfermeiro na área da hipertensão.

A pesquisa em enfermagem ainda permanece com uma produção predominantemente observacional descritiva, porém urge a necessidade de novos modelos teóricos e intervenções próprias da enfermagem para a eficaz manutenção e melhora da adesão ao tratamento anti-hipertensivo com conseqüente diminuição de eventos cardiovasculares e mudança no perfil de morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 01, p. 117-121, fev. 2008.

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. Para reinventar as rodas: rodas de conversa em direitos humanos. **RECIMAM**, Belo Horizonte, 2008.

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad de Saúde Pública**, Fortaleza, 25(5): 1103-12, 2009.

BEN, Ângela Jornada. Confiabilidade e Análise de Desempenho de Dois Questionários de Avaliação de Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo: Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire. **Ver. Saúde Pública**, Porte Alegre, 2011.

BEZERRA, A. L. Q. et al. O papel educador do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Rev. Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 22-28. jan./abr. 2005.

BLAKE, H. Innovation in practice: mobile phone technology in patient care. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 13, n. 4, p. 160-162, 2008.

BORGES, Jairo L.; CLAUDIA F.; GRAVIN, Stela Maris Grespan. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, vol.14(1): p. 33-36, 2007.

BORGES, Marta Elini dos Santos. **Fatores Intervenientes na Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Primária a Partir da Percepção dos Pacientes Renais Crônicos**. Dissertação (Mestrado Saúde da Família) - Universidade Estácio de SÁ, Rio de Janeiro, 2012.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Artmed, Porto Alegre, 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: MS; 2006.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Programa saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Suzanne C. Smeltzer [et al.]. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2009. 11ª edição. Volume 2.

BUSS, P. M.; PELEGRINI-FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMARGO, I. L.; CARO, C. V. C. Comportamientos de cuidado Del anciano e de los profesionales de enfermería: Evidencias para La cualificación profesional. **Rev. Enferm**, 7(1):48-59, 2009.

CAR, J.; SHEIKH, A. Telephone consultations. **British Medical Journal**, London, v. 326, n. 7396, p. 966-969, 2003.

CARVALHO, M. G. **Análise dos Guidelines da American Heart Association sobre medida da pressão**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Guarulhos Universidade. Guarulhos, 2008.

CLOSS, S. J.; CHEATER, F. M. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. **Journal of Advanced Nursing**, v. 30, n.1, p.10-7, 1999.

COFEM. **Resolução** n° 272, de 27/08/2002.

CORREIA, R.; RAPOSOS, V. Experiência da linha SOS SIDA em aconselhamento telefônico. In: Congresso Virtual de Hiv-Aids-Comunicação: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública, **Anais eletrônico**, Lisboa, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CROWE, M.; SHEPPARD, L.; CAMPBELL, A. Reliability analysis for a proposed critical appraisal tool demonstrated value for diverse research designs.40. **Journal of Clinical Epidemiology**, 65(4), 375–383. doi: 10.1016/j.jclinepi, 2012.

DAMASCENO, F. F. **Hipertensão Arterial Sistemica: ações coletivas no programa saúde da família**. Governador Valadares, MG 2010. Disponível: <<http://www.nescan.medicina.ufmh.br/biblioteca>>. Acesso em 07 de julho de 2015.

DATASUS. **Ministério da Saúde**. Jan. 2009. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>>. Acesso em: 30. 04. 15

DESCH, S. et al. **Effect of cocoa products on blood pressure: systematic review and meta-analysis.** Am J Hypertens; 23(1): 97–103. 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/datasus/index.php>>. Acessado em: 30. 04. 15.

DRUMMOND, J. P.; SILVA, J. P. E. Introdução. In: Drummond Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. **Atheneu**, São Paulo, p. XI-XII, 1998.

DUCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial. Conduas de atenção baseadas em evidências. 3. ed. **Artmed**, Porto Alegre, Seção VI, Capítulo 66, pg. 641 a 653, 2004.

FLETCHER, G. F. et al. Exercise standards for testing and training: a statement for health care professionals from the American Heart Association. *Circulation*; 104(14): 1694–1740. 2001.

FORMAN, J. P.; STAMPFER, M. J.; CURHAN, G. C. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. **JAMA**; 302(4): 401–411. 2009.

FUCHS, S. C; CASTRO, M. S.; FUCHS, F. C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. análise das evidências. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.7, n. 3, p. 90-93, 2004.

GELEIJNSEA, M. C.; SACKS, F.; ROSNER, B. Does fish oil lower blood pressure? A meta analysis of controlled trials. *Circulation*, 88: 523–533. 39. 1993.

GOMES, M. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION, J. R. D. Estratégias especiais para melhoria da adesão. Medidas domiciliares da pressão arterial. **Lemos Editorial**, São Paulo, p. 75-84. 2001.

GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton, Tetelbon; PELLANDA, Lúcia, Campos. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul. **ICFUC**, Porto Alegre. 2013.

GUIMARÃES, I. C. B. de. et al. Pressão arterial: efeito do índice de massa corporal e da circunferência abdominal em adolescentes. **Arq Bras Cardiol**, 90(6): 426–432. 2008.

GUSMÃO, Josiane Lima et at. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertensão**, vol. 16 (1) :38-43, 2009.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 1151 pag. 2011.

\_\_\_\_\_, Arthur C.; HALL; John, E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HORWITZ, R. I.; HORWITZ, S. M. Adherence to treatment and the amount of time spent in treatment. *ArchIntern*; 153(16):1863-8. **Review**, *Med*. 1993.

HUMPRIS, D. Types of evidence. In: Hamer S, Collinson G. Achieving evidence-based practice: a handbook for practitioners. **Baillière Tindall**, London, p.13-40, 1999.

IV DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. **Arq. Bras. Cardiol**, 88 (Supl.1): 1–19. 2007.

JESUS, Elaine dos Santos et al. Perfil de um grupo de hipertensos. aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento, **Acta. paul. enferm.**, São Paulo, v.21, n. 1, Mar. 2008.

JOANNA, Briggs Institute. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Best Practice: Evidence Based information sheets for health professionals, 2014.

JOINT. **National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern*; 157: 2413–46. *Med*. 1997.

KANNEL, W. B. **Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment**. *JAMA*; 273:15716. 1996.

KEARNEY, P. M. et al. **Global burden of hypertension: analysis of worldwide data**. *Lancet*, 365:217-23. 2005.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.775-782, jul./set. 2003.

LOPES, K. M. Baixa Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo: uma revisão teórica, 2010. Disponível:< <http://www.nescan.medicina.ufmh.br/biblioteca>>. Acesso em 07 de julho de 2015.

LOPES, Victor Cauê. **Conhecimento Produzido Por Enfermeiros Brasileiros Sobre Hipertensão Arterial: estudo de revisão integrativa**. 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos. SP, 2014.

MALTA, Monica et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.44, n.3, pp. 559-565. ISSN 0034-8910. 2010.

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Evolução de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa saúde da Família em um centro de Saúde Escola. **Acta Paul Enferm.** vol. 18, n. 3, p. 269-275, 2005.

MARCON, S. S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciências Y Enfermaria**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 1995.

MÁRQUEZ, C. E. et al. Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. **ETECUM-HTA** study. *Blood Press*. 2005.

MATA, Luciana Regina Ferreira da et al. Acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, vol.22, n.2, p. 337-345. ISSN 0104-1169, 2014.

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.758-64, 2008.

MÉTRY, J. M.; MEYER, U. (Eds.). **Drug regimen compliance: issues in clinical trial and patient management**. [S.l.]: Wiley, 1999.

MORISKY, Green L.W.; LEVINE, D. N. **Concurrent and predictive validity of e self-reported measure of medication adherence**. *Medical care*. 24 (1); 67-74, Jan 1986.

OMS – **Organização Mundial De Saúde**. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales, n.5, Ginebra, 2003.

PAIVA, V. Beyond magical solutions: prevention of HIV and Aids and the process of “psycho social emancipation”. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 6 (11), 25-38. 2002.

PESSUTO, Janete; CARVALHO, Emília Campos. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998.

PIERIN, A. M.; GUSMÃO, J. L.; CARVALHO, L. V. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial, **Rev. Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 100-103, 2004

PIERIN, A. M.; STRELEC, Maam; MION, Júnior D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. coordenadora. *Hipertensão arterial, uma proposta para o cuidar*. Barueri, cap. 16. p. 275-89 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization**. 6 ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, p. 457-94, 2006.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva**: contributo para o seu estudo. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. 1994.

RIBEIRO, Diliaana Costa. **Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida em Adultos e Adultos Idosos com Hipertensão**. Fatores Motivacionais. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. 2010.

ROCHA, et al. Adesão à prescrição médica em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup), Porto Alegre, RS p.703-710, 2008.

SACKS, F. M. et al. **Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH–Sodium Collaborative**. Research Group. *N Engl J Med*; 344: 3–10. 2001.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol 06, nº 03, p. 330-335, 2004.

SKRABAL, F. et al. Salt sensitivity in humans is linked to enhanced sympathetic responsiveness and to enhanced proximal tubular reabsorption. *Hypertension*; 6: 152–158. 1984.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G; Brunner e Suddarth – **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], n.1 vol.95, suppl.1, pp. I-III. ISSN 0066-782X. 2010.

STEVENS, V. J. et al. **Long-term weight loss and changes in blood pressure:** results of the trials of hypertension prevention, phase II. *Ann InternMed*; 134: 1–11. 2001.

SVARETAD, B. L. et al. **The Brief Medication Questionnaire:** a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient education and counseling*. 37(2) : 113-24. Jun. 1999.

UZUN, S. et al. **The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations.** *Anadolu Kardiyol Derg.* 2009.

VIGITEL. **Departamento de Análise de Situação de Saúde. secretaria de vigilância em saúde.** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Brasília, 2013. Disponível em: < [http://www.camarajuina.mt.gov.br/conteudo ver.php](http://www.camarajuina.mt.gov.br/conteudo-ver.php)> Acesso em: 15. 03, 2015

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-VI DBH. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 17, n. 1, p. 07-60, jan./mar. 2010.

WARSCHAUER, Cecília. Rodas em rede: oportunidades formativas na escola e fora dela. **Rev. Paz e Terra**, Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. Rodas e narrativas: caminhos para a autoria de pensamento, para a inclusão e a formação. **Rev. Vozes**, Petrópolis, 2004.

WHELTON, S. P. et al. **Effect of aerobic exercise on blood pressure:** a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann InternMed*; 136(7): 493–503. 2002.

WHO-World Health Organization. **Adherence to longterm therapies: evidence for action.** Geneva; 2003.

\_\_\_\_\_.World Health Organization. **Expert Committeeon Arterial Hypertension,** (Technical Report Series, 628 Geneva; 1978.

## REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO

01 FAVA, S. M. C. L. et al. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. **Rev. enferm. UERJ**, 18(4):536-40, out-dez .2010.

02 REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 17(1): jan-fev. 2009

03 MENEZES, Jr. J. E. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Rev Rene**, 12(n. esp.): 1045-51, 2011.

04 MANTOVANI, M. F. et al. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. **Cienc Cuid Saude**, 10(1): 157-161, Jan-Mar. 2011.

05 GAIO, D. M. et al. Importância do cuidado domiciliar de enfermagem para o controle pressórico de pessoas com hipertensão arterial. R. pesq. **cuid. Fundamagem**,5(2): 3819-27, Abr-jun. 2013.

06 SANTOS, J. C. et al. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev Rene**, 13(2): 343-53 2012.

07 CESARINO, C. B. et al. Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. Arq. **ciênc. Saúde**, 11(4): 234-7, 2004.

08 ROLIM, M. O.; CASTRO, M. E. Adesão às orientações fornecidas no programa de controle da hipertensão: uma aproximação aos resultados padronizados de enfermagem. **Online braz. j. nurs**, 6(1), abr. 2007.

09 GUAMÃO, Josiane Lima et al. How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment. **Clinics**, The experience in São Paulo, Brazil. 65(9): 2010.

10. RIBEIRO, Amanda Gomes et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar:o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutrição**, Campinas, 25(2): 271-282 mar./abr. 2012.

11 MANTOVANI, Maria de Fátima; MOTTIN, Juliana Veiga. Visita domiciliar de enfermería con actividades educativas en el tratamiento de presión arterial. **Rev. Cient. em Ciênc. da Saúde**, Curitiba-PR. 2007

## ANEXO A: Ficha de Identificação dos Estudos

<b>1. Identificação dos estudos</b>		Ficha Nº
Título do estudo:		
Autor(es) Enfermeiros:		
Titulação do Autor Enf:( ) 0.Doutor ( ) 1.Mestre ( ) 2.Especialista ( ) 3.Graduado ( ) 4.Estudante		
País de publicação:	Idioma:	Ano Publicação:
Periódico:	Localidade:	
Área do Periódico:( ) 0.Enfermagem ( ) 1.Endocrinologia ( ) 2.Ciência da saúde ( ) 3. Saúde Pública ( ) 4.Fisioterapia ( ) 5. Outros periódicos.		
Autoria: 0.( ) Individual 1.( ) Até 3 autores 2.( ) Até 6 autores 3.( ) mais de 6 autores.		
Área dos autores: 0.( ) Enfermagem 1.( ) multidisciplinar		
Filiação dos autores: ( ) 0. Universidade ( ) 1. Hospital ( ) 2. Acadêmico-assistencial		
<b>2.Método</b>		
2.1 Abordagem: ( ) 0.Quantitativa ( ) 1.Qualitativa		
2.2 Delineamento: ( ) 0. Descritivo ( ) 1. Exploratório ( ) 2. Experimental ( ) 3. Quase-experimental ( ) 6. Documental ( ) 7. estudo de caso ( ) 8. coorte ( ) 9. Relato de experiência ( ) 10. Caso-controle ( ) 11. Observacional ( ) 12. Outros.		
2.3 Quanto ao tempo: ( ) 0.transversal ( ) 1.Longitudinal ( ) 1.1 Retrospectivo ( ) 1.2 Prospectivo ( ) 2. Não se aplica		
<b>3. Amostra</b>		
3.1 Descreve a amostra: ( ) 0.Sim ( ) 1.Não ( ) 2.Não se aplica		
3.2 Tamanho da amostra:		
3.3 Tipo:( ) 0.randômica ( ) 1.conveniência ( ) 2.outra ( ) 3.Não se Aplica		
3.4 Cálculo de Amostra: ( ) 0.Informa ( ) 1.Não Informa ( ) 2.Não se Aplica		
3.5 Critérios de Inclusão: ( ) 0.Sim( ) 1.Não ( ) 2.Não se Aplica		
3.6 Critérios de Exclusão: ( ) 0.Sim( ) 1.Não ( ) 2.Não se Aplica		
<b>4. Coleta de Dados:</b>		
4.1- Descreve os passos da coleta: ( ) 0. Sim ( ) 1.Não ( ) 2. Não se aplica		
<b>5.Aspectos éticos:</b> ( ) 0.Informa ( ) 1.Não Informa ( ) 2. Não se aplica		
<b>6. Resultados:</b>		
6.1 Apresenta Resultados separadamente: ( ) 0.Sim ( ) 1.Não ( ) 2. Não se aplica		
<b>7. Conclusão:</b>		
7.1 Responde o(s) objetivo(s): ( ) 0.Sim ( ) 1.Não		