

**EFETIVIDADE DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ADESÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Fernanda Moura Lanza¹

Beatriz Amaral Moreira Mota²

Daniel Nogueira Cortez³

Conflito de interesses: nenhum.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ. Divinópolis, MG – Brasil.
fernandalanza@ufsj.edu.br

²Enfermeira. Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ. Divinópolis, MG – Brasil.
beatriz.am@live.com.pt

³Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ. Divinópolis, MG – Brasil.
danielcortez@ufsj.edu.br

RESUMO

Objetivo: avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de usuários de um serviço de atenção primária diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica antes e após a implementação da consulta de enfermagem sistematizada.

Métodos: Ensaio clínico não-controlado realizado em uma Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais, onde 14 participantes foram acompanhados por meio da assistência sistematizada de enfermagem entre os meses de outubro de 2016 e setembro de 2017.

Resultados: Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica após as intervenções de enfermagem ($p=0,102$), que foram realizadas individualmente e coletivamente. “Disposição para controle aumentada do regime terapêutico” e “Estilo de vida sedentário” foram os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes. **Conclusão:** A assistência sistematizada de enfermagem pode beneficiar pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária em saúde. Faz-se necessário o fortalecimento da utilização do processo de enfermagem e da identidade do enfermeiro no cuidado das condições crônicas.

Descritores: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Enfermagem; Processo de Enfermagem; Hipertensão.

Abstract

Objective: Assessing the adherence to both drug and non-drug therapy by users of primary care service diagnosed with systemic arterial hypertension before and after the implementation of systematic nursing appointments. **Methods:** Open clinical trial held in a Family Health Strategy in the state of Minas Gerais, in which 14 participants were followed up through systematic nursing care from October 2016 to September 2017. **Results:** Data showed a statistically significant difference in the adherence to systemic arterial hypertension therapy after nursing intervention ($p=0,102$) conducted both individually and in group. The most prevailing nursing diagnoses were “Readiness for enhanced health management” and “Sedentary lifestyle”. **Conclusion:** Systematic nursing care may benefit people diagnosed with systemic arterial hypertension in primary care service. It is mandatory to consolidate the use of nursing process as well as the nurse identity in chronic conditions care.

Descritores: Nursing; Primary Health Care; Nursing Assessment; Nursing Process; Hypertension.

INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro décadas, o número de pessoas diagnosticadas no mundo com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) aumentou 90%, principalmente em países de baixa e média renda, sendo impulsionado pelo crescimento e envelhecimento populacional (1). No Brasil, no ano de 2013, a prevalência de HAS autorreferida entre adultos foi de quase um quarto da população adulta, chegando a 24,1% (2).

Por ser considerada problema de saúde pública no Brasil e no mundo, a HAS é uma condição crônica que faz parte das áreas estratégicas de atuação da Atenção Primária em Saúde (APS). Para fortalecer e qualificar a atenção dispensada aos usuários com essa condição, foram criadas diretrizes federais e estaduais que norteiam esse cuidado, respeitando a integralidade e longitudinalidade do atendimento nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde no país. (3,4).

Na assistência ao usuário com condição crônica, o enfermeiro tem papel relevante na realização de ações de rastreamento de novos casos; promoção e manutenção da saúde; e a prevenção de complicações por meio da Consulta de Enfermagem individual e coletiva (3,4). Destaca-se, também, a capacidade de potencializar o trabalho das equipes de APS por meio do seu conhecimento técnico-científico, tecnologias relacionais e na gestão dos serviços de saúde (5,6). Entretanto, estudos mostram que, no cotidiano dos serviços de APS, a realização da consulta de enfermagem ao hipertenso ainda é fragilizada e fragmentada devido a diversos fatores, como os aspectos culturais da população, atendimento médico-centrada, gestão insuficiente, ausência de protocolos e capacitação de enfermagem, sobrecarga de trabalho e baixa adesão do usuário ao tratamento (7,8).

Dentre os fatores que influenciam a adesão dos usuários ao tratamento estão os custos financeiros; quantidade e efeitos colaterais de fármacos; vínculo com o profissional

de saúde; fatores sociais, comportamentais e culturais; gênero; assiduidade as consultas; hábitos de vida e ausência de programas educativos (9). Os usuários se sentem valorizados e cuidados quando os atendimentos são humanizados, individualizados e com ações educativas em grupo, e isso intensifica o vínculo da equipe de saúde com a comunidade, aumentando a adesão ao tratamento (10).

Um estudo que avaliou a efetividade das ações de controle da HAS na APS segundo a óticas de enfermeiros, médicos e ACS, identificou significativa qualidade de atendimento, porém apresentou algumas falhas nas atribuições dos profissionais de saúde no que tange, principalmente, à educação em saúde. Apesar disso, o autor considera que a HAS é um dos grandes desafios da APS por sua incidência, e deve servir de estímulo para que estratégias mais estratégias de controle sejam desenvolvidas (10).

Levando-se em consideração as evidências científicas apresentadas, justifica-se a necessidade de estudar a efetividade das ações de enfermagem na APS ao usuário hipertenso para fortalecer a atuação do enfermeiro nessa área estratégica. Diante disto, objetivo desse estudo foi avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de usuários de um serviço de APS que possuem diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica antes e após a implementação da consulta de enfermagem sistematizada.

MÉTODOS

Trata-se de um ensaio clínico não-controlado realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), que é campo de atuação da Residência em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde Família, em um município da Região Ampliada Oeste de Minas Gerais. “Os ensaios clínicos não-controlados descrevem o curso da doença em um único grupo de pacientes antes e depois da exposição a uma intervenção. Um outro nome para esse delineamento é estudo antes-depois” (11).

A referida ESF possui 3.383 pessoas vinculadas, sendo 412 com HAS, dos quais 244 não possuem diabetes mellitus (DM) como comorbidade. Entre os que não possuem DM, 32 estavam classificados como baixo risco, 125 como risco moderado e 87 como alto risco para eventos cardiovasculares em 10 anos, segundo o escore de Framingham revisado (3). O levantamento dos dados dos participantes foi realizado por meio do Sistema de Informação de Saúde do município, que disponibiliza quais são as pessoas vinculadas a ESF, a classificação de risco cardiovascular, endereço e o contato telefônico.

Foram convidados para participar do estudo todos os usuários com diagnóstico médico de HAS classificados com o risco cardiovascular moderado e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado na ESF de estudo; ter no mínimo 18 anos de idade; capacidade cognitiva e auditiva preservada; disponibilidade para participar das consultas de enfermagem, atividades em grupo e, se necessário, receber visitas domiciliares. O risco moderado foi escolhido por dois motivos: em primeiro lugar, pela ausência de lesões de órgãos-alvo (LOA), possibilitando intervenções de prevenção de complicações cardiovasculares e, em segundo lugar, pelo risco moderado representar a maior quantidade de participantes em potencial. Foram excluídos os usuários hipertensos

classificados como risco moderado que são gestantes ou que possuem o diagnóstico médico de DM tipo 1, 2 ou gestacional.

Todas as 125 pessoas diagnosticadas com HAS e classificadas como risco moderado tiveram a oportunidade de participar da pesquisa. Os participantes elegíveis foram recrutados entre o período de outubro de 2016 e março de 2017 por meio de contato telefônico, visitas domiciliares do pesquisador ou Agentes Comunitários de Saúde e convites deixados nos prontuários, sendo que 17 compareceram a primeira consulta e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Durante o desenvolvimento do estudo, três participantes comunicaram desistência da pesquisa e, portanto, foram excluídos da amostra final. Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida com 14 participantes, constituindo-se em uma amostra intencional, conforme Figura 1.

Os participantes foram acompanhados por meio da assistência sistematizada de enfermagem por um período mínimo de quatro meses. O período total de coleta de dados compreendeu entre outubro de 2016 e setembro de 2017. A coleta de dados foi dividida em três momentos: Primeira consulta de enfermagem, Intervenção de enfermagem e segunda consulta de Enfermagem.

Durante a primeira consulta de Enfermagem Individual, o participante foi convidado a participar da pesquisa, esclarecendo ao participante sobre quais os objetivos e procedimentos metodológicos adotados na pesquisa e finalmente a manifestação do aceite a integrar o estudo mediante leitura e assinatura do TCLE. Os instrumentos utilizados na coleta de dados das variáveis do estudo foram:

A) Instrumento da Assistência de Enfermagem para Portadores de Hipertensão baseado nas Teorias de Enfermagem de Wanda Horta e Dorothea Orem. Trata-se de um formulário que abrange informações sobre data de nascimento, sexo, etnia, estado civil,

número do Cartão SUS, profissão, religião, ocupação, renda, habitação, histórico da HAS, hábitos de vida, comorbidades, medicamentos em uso, sinais vitais e exame físico.

B) Para avaliar a adesão ao tratamento da HAS, foi utilizado a segunda parte do instrumento validado “Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS)” (12). Este contém 12 questões estruturadas sobre tratamento medicamentoso e não medicamentoso, como o uso da medicação, consumo de sal, gordura, carne branca, doces e bebidas açucaradas, prática de atividades físicas e frequência as consultas agendadas para o tratamento da HAS. Os níveis da escala de adesão são 60, 70, 80, 90 e 110, mostrando quais aspectos que o usuário precisa focar para melhorar o nível de adesão, sendo que o nível 110 indica melhor adesão do usuário ao tratamento.

As variáveis idade, sexo, etnia, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, religião, tempo de diagnóstico de HAS, comorbidades, presença de LOA, sintomas de crise hipertensiva nos últimos seis meses, etilismo, tabagismo, atividade física e tratamento medicamentoso foram autorreferidos pelos participantes.

Para aferição do peso e altura corporal, foi utilizada uma balança digital com régua acoplada, disponível no local do estudo, utilizando técnicas apropriadas (13). O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado utilizando a fórmula $\text{peso}/\text{altura}^2$, classificado em baixo peso, peso normal, sobrepeso, obeso, obeso grau I, II e III (14). A Circunferência de Cintura Abdominal (CCA) foi mensurada utilizando fita métrica resistente e maleável (15). A mensuração dessas variáveis foi realizada duas vezes, considerando a média aritmética dos dois valores. A aferição da PA sistólica e diastólica foi realizada conforme preconizado na Linha-Guia de Minas Gerais (2013). Foram realizadas duas aferições, uma sentada e outra deitada, sendo a média aritmética das duas medições consideradas neste estudo (3).

Para verificação do perfil clínico-laboratorial, foram avaliados os níveis séricos de Colesterol Total, LDL, HDL, VLDL e Triglicérides, Creatinina e Glicemia de jejum. O valor da Taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGE) foi calculado por meio da fórmula Cockcroft-Gault e classificado segundo recomendação brasileira (16).

Foi realizado o levantamento dos diagnósticos de enfermagem segundo a classificação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I), que subsidiou o planejamento da assistência, contemplando as intervenções e a definição de metas (17). As intervenções de enfermagem foram estabelecidas de acordo com a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a avaliação por meio da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (17,18,19).

O Segundo momento, que foram as Intervenções de Enfermagem, consistiu na realização de atividades educativas em grupos ou individuais. Foram realizados seis encontros em grupo com os temas “Mapa dos Sentimentos” (20), “Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)” (21) e “Lesões de Órgão Alvo”, com duração média de uma hora e meia, e duas intervenções educativas no domicílio com o tema Dieta DASH. Os temas, horários e locais das atividades educativas foram disponibilizadas de forma que todos os usuários interessados tivessem oportunidade de participar dos três encontros.

O terceiro momento da intervenção - que foi a segunda consulta de enfermagem - aconteceu no intervalo médio de 161 dias da primeira consulta, de acordo com a disponibilidade do participante, utilizando os mesmos instrumentos da primeira consulta. As consultas do primeiro e terceiro momento foram realizadas na ESF de estudo ou no domicílio do participante, mediante necessidade de cada um.

Os dados foram digitados no software Microsoft Office Excel, versão 2016 e analisados no IBM SPSS® versão 20. A normalidade e homogeneidade das variáveis foram analisadas e avaliadas pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Foi feita análise estatística

descritiva considerando a frequência absoluta, relativa, média e desvio padrão. Na estatística analítica, para comparação das variáveis numéricas antes e após a intervenção, utilizou-se o teste t-pareado para variáveis com distribuição normal e o teste de Wilcoxon para variáveis com distribuições não normais. Os testes de McNemar e de Wilcoxon foram utilizados para as variáveis categóricas. Em todos os testes foi considerado o nível de significância estatística de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$).

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei - Campus Centro-Oeste Dona Lindu (CAAE 59503616.0.0000.5545 / parecer nº 1.748.411), sendo cumprida de acordo com os padrões éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

RESULTADOS

As características sociodemográficas predominantes dos participantes foram sexo feminino (78,6%), cor branca (50%), casados (57,1%), nível de escolaridade fundamental incompleto (64,3%), exercem trabalho remunerado (50%), com renda de 1 a 2 salários mínimos (42,9%) e praticam a religião católica (64,3%). A maioria possui idade de 30 a 59 anos (71,4%), sendo a média de 50,7 anos ($\pm 11,2$).

Segundo as características clínicas, a maioria dos participantes possuía tempo de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica entre 1 a 5 anos (42,6%) e com alguma comorbidade (71,4%). A média do tempo de intervalo entre a primeira e a segunda consulta de enfermagem foi de 161 dias. AS participações nas atividades de saúde “Sentimentos”, “Dieta Dash” e “Lesão de Órgãos Alvo” foram de, respectivamente, 7 (50%), 6 (42,6) e 1 (7,1%) participantes.

Houve associação estatística para o nível de adesão ao tratamento segundo o QATHAS após as intervenções de enfermagem ($p=0,005$) (Tabela 1). Em relação às variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas, foi possível observar que, após as intervenções de enfermagem, houve aumento na média dos níveis de PA sistólica ($p=0,309$), PA diastólica ($p=0,624$), colesterol total ($p=0,682$) e HDL ($p=0,541$). Houve redução na média do peso ($p=0,096$), IMC ($p=0,76$), CCM geral ($p=0,074$) e CCM no sexo feminino ($p=0,039$), glicemia de jejum ($p=0,505$), LDL ($p=0,908$), VLDL ($p=0,961$), Triglicérides ($p=0,852$) e TFGE ($p=0,33$).

Durante o acompanhamento sistematizado de enfermagem, observou-se que, após as intervenções, houve redução das crises hipertensivas ($p=0,625$) e o grupo manteve-se sem lesões de órgãos alvo, sem significância estatística. Houve melhora da classificação do IMC ($p=0,655$), com deslocamento de participantes classificados como sobrepeso para peso normal. Na estratificação do CCM houve aumento daqueles participantes classificados

como normais ($p=0,083$). O nível da escala QATHAS sofreu modificações no que se refere ao aumento do número de participantes em níveis mais elevados de adesão após as intervenções ($p=0,102$) (Tabela 2).

Os diagnósticos de enfermagem mais encontrados na primeira consulta de enfermagem, em 42,9% dos participantes, foram “Disposição para controle aumentada do regime terapêutico” e “Estilo de vida sedentário”. O diagnóstico de enfermagem mais encontrado na segunda consulta de enfermagem, em 42,6% dos participantes, foi “Disposição para controle aumentada do regime terapêutico” (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Para o controle da pressão arterial, é fundamental a adesão ao tratamento pelo usuário. Alguns fatores podem interferir nesse processo, como aspectos culturais, conhecimento sobre a doença, mudanças de hábitos e estilos de vida (22). Embora não se possa notar redução da PA no presente estudo, fica evidenciado que a intervenção de enfermagem promoveu aumento do nível de adesão ao tratamento segundo o QATHAS, de forma efetiva. Um estudo quase experimental do tipo antes e depois que avaliou a adesão ao tratamento do usuário hipertenso na APS, utilizando o mesmo questionário, concluiu que a intervenção de enfermeiros e educadores físicos elevou o nível de adesão dos usuários ao tratamento, de 98,03 para 100,71 ($p < 0.001$) (23).

É importante destacar que nem todos participantes dessa pesquisa aderiram às três modalidades de educação em saúde ofertados. Essa baixa adesão demonstra que os atendimentos individuais ainda são mais valorizados do que os grupos de educação em saúde, não sendo reconhecido como espaço para troca de experiências, reflexões, aprendizado e construção de estratégias de enfrentamento (8). Pode ser que isso ocorre devido às metodologias tradicionais de educação em saúde utilizadas pelos profissionais de saúde, com palestras autoritárias e prescritivas, desmotivando a adesão dos participantes a essa modalidade de assistência. Por este motivo, o segundo momento que foram as intervenções educativas em grupo basearam-se na valorização das vivências, conhecimentos prévios e sentimentos dos participantes por meio do diálogo, dinâmicas e recursos didáticos com finalidade pedagógica, a fim contribuir com a promoção do autocuidado, de forma que o participante seja o principal ator do seu cuidado de forma efetiva. É necessário romper com a cultura do modelo tradicional de educação em saúde existente na APS, para que os usuários valorizem e reconheçam a importância das atividades educativas em grupo, e conseqüentemente, aumentem a adesão.

Tanto o momento da consulta individual de enfermagem quanto os grupos de educação em saúde são adequados para estimular ações de modificação do estilo de vida, motivando a redução da ingestão de sal e álcool; adesão à dieta DASH; redução do peso corporal; realização de atividade física regular; interrupção do tabagismo e combate a fatores estressores (21,3). As atividades de educação em saúde devem ser realizadas por toda a equipe de saúde, em especial pelo enfermeiro, pois este é capacitado durante a sua formação acadêmica a desempenhar essa atividade importante para a promoção da saúde e prevenção de agravos (24). No entanto, os profissionais de saúde apresentam déficit no desempenho das atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de educações em saúde, mesmo essa sendo atribuição essencial na APS (24).

Em relação aos parâmetros clínicos, após a assistência sistematizada de enfermagem não houve mudanças significativas na pressão arterial. A aferição da pressão arterial ocorreu em duas ocasiões, na primeira e segunda consulta de enfermagem, podendo ser viés de informação, uma vez que a pressão arterial é influenciada por estresse, não utilização dos medicamentos anti-hipertensivos e outros fatores. A aferição da pressão arterial em vários momentos diferentes poderia aumentar o nível de evidência do estudo. Em outra pesquisa desenvolvida em Minas Gerais, houve melhora da pressão arterial após visitas domiciliares e educações em saúde (25). Já no cenário internacional, ao verificar o efeito das intervenções de enfermagem na Suécia, os participantes dos grupos de controle e intervenção apresentaram redução da PA, não havendo diferença significativa entre os grupos (26). Ensaio clínico controlado realizado no Chile, com intervenções presenciais e telefônicas realizadas por enfermeiros, verificou que, no grupo de intervenção, não houve redução da PA sistólica e diastólica com significância estatística no sexo feminino. Contudo, os homens que receberam intervenção tiveram diminuição estatisticamente significativa da pressão sistólica e da pressão diastólica (27).

Os resultados do colesterol total, frações e triglicérides encontrados neste estudo foram diferentes de outra pesquisa de intervenção de enfermagem, que apontou melhora nos níveis séricos, não sendo o último estatisticamente significativo (27). Como mostram evidências científicas, o HDL alto é considerado fator de proteção, pois a cada um mg/dl de diminuição do HDL a chance de se ter risco elevado a infarto ou morte por doença coronariana nos próximos 10 anos é quase uma vez maior (28). O monitoramento da creatinina e TFGE são importantes para acompanhar a função renal de indivíduos com HAS, evitando a perda progressiva do rim e a necessidade de terapia renal substitutiva. Embora haja protocolos para que isso aconteça, ainda existem fragilidades nesse acompanhamento e registro em prontuários (29).

Observou-se redução da média do peso, IMC, e CCM geral, mais incidente no sexo feminino, assim como o estudo realizado no Chile (27). Em contrapartida, uma pesquisa semelhante a esta não observou mudanças significativas nesses parâmetros, provavelmente relacionado ao curto período de tempo do estudo, considerando essas variáveis como difíceis de mudar (23).

A consulta de enfermagem necessita de um maior tempo de acompanhamento, pois trabalha com mudança de comportamento e tratamento não-medicamentoso. Talvez isto explique uma boa resposta na adesão, mas poucas mudanças nas respostas clínicas. As evidências científicas apontam que os resultados de intervenções de enfermagem podem evoluir com o tempo (26).

Para prevenir complicações causadas pelas doenças decorrentes de condições crônicas, a consulta de enfermagem necessita ser baseada em evidências científicas (30). O enfermeiro deve se apropriar do Processo de Enfermagem (PE), considerado um método científico que sistematiza a assistência de enfermagem. É importante que o Enfermeiro tenha julgamento clínico sobre a resposta à situação de saúde que o indivíduo apresenta

para conseguir levantar os principais problemas e, a partir disso, elaborar os diagnósticos de enfermagem, e dar continuidade a demais etapas (31). Para estabelecer uma linguagem padronizada entre os enfermeiros, que descreve o seu conhecimento, as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC foram criadas, fazem parte do PE e devem ser utilizadas. Apesar de sua importância, existem lacunas na sua implementação durante a consulta de enfermagem (31,5).

A média de diagnósticos de enfermagem na primeira e segunda consulta de enfermagem é um pouco superior ao encontrado em outro estudo, que foi de 1,2 diagnósticos de enfermagem por participante. Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados também foram semelhantes, como “Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais”, “Estilo de vida sedentário”, “Risco para infecção” e “Dor aguda” (31). Em contrapartida, “controle ineficaz da saúde”, “risco de glicemia instável”, “risco de constipação”, “perfusão tissular periférica ineficaz” e “risco de Intolerância a Atividade” foram os mais encontrados em outra pesquisa feita com hipertensos e diabéticos na APS (30).

Finalizando, o processo de enfermagem é uma ferramenta para a prática segura do enfermeiro, que é uma maneira de sistematizar a assistência prestada à pessoa, família ou comunidade tendo como foco a integralidade do cuidado e a interação entre profissional-paciente-família. Apesar da Resolução COFEN 358/2009 normatizar que o processo de enfermagem deve ser feito em todos os serviços em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, verifica-se que há um distanciamento entre a teoria e a real utilização dessa ferramenta pelos profissionais, sendo que o principal fator dificultador é a falta de capacitação e a implementação do conhecimento na prática. Por isso, é fundamental que os cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem repensem esse conteúdo na

formação acadêmica, que necessita de investimentos na abordagem teórica e prática para que os discentes tenham uma vivência profissional da práxis.

Devem ser consideradas algumas limitações encontradas neste estudo, como a amostra intencional e as perdas que ocorreram durante o seu desenvolvimento. A falta de um grupo controle não permite inferências mais evidentes. Alguns termos presentes no questionário utilizado para avaliar a adesão ao tratamento QATHAS são de difícil compreensão para as pessoas com baixa escolaridade.

Percebe-se com este estudo que a efetividade da assistência sistematizada de enfermagem pode contribuir com a saúde das pessoas diagnosticadas com HAS na APS, principalmente no que se refere ao aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do participante. O sucesso do tratamento depende não apenas do profissional de saúde, mas também do usuário que convive em todo o tempo com a condição crônica, sendo o principal ator do seu cuidado.

Por ser uma doença multifatorial, melhores resultados podem ser alcançados diante de um atendimento multiprofissional. Nesse atendimento, a identidade do enfermeiro precisa estar bem estabelecida para que a consulta de enfermagem não seja vista apenas como um complemento ao atendimento médico. Desta maneira, o enfermeiro deve apropriar-se do PE, que é específica do enfermeiro e aborda problemas reais e potenciais do usuário, com a implementação de intervenções e avaliação de resultados baseados cientificamente.

Esse estudo pode contribuir com o fortalecimento da identidade profissional do enfermeiro na APS e subsidiar o desenvolvimento de novos protocolos de assistência ao usuário que tenha o diagnóstico de HAS. É desejável que mais estudos com metodologias que apresentem evidências científicas mais fortes sejam desenvolvidos, avaliando a efetividade da assistência sistematizada de enfermagem a esses usuários.

Financiamento: Estudo desenvolvido com os recursos dos próprios autores.

REFERÊNCIAS

1. NCD-RisC .Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017; 389: 37–55.
2. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCdA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2017 ; 51(Supl 1): 11s.
3. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Atenção à Saúde do Adulto/ Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. 2013.
4. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. Melo, LM; Wernet, M; Napoleão, AA. Atuação do enfermeiro a pessoa hipertensa na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. *CuidArte enfermagem*. 2015; 9(2): 160-70.
6. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013; 47(1):107-14.
7. Sousa ASdJ, Marques MB, Moreira TMM, Araújo, ADIRd, Silva Azd, Machado ALG. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*. 2015; 23(1): 102-7.
8. Trindade Engela M, Rodarte A C, Rotondaro Júnior A, Terenzi Seixas C, da Fonseca Viegas S, Moura Lanza F. Use of health technology in primary health care in approach to hypertension / Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas

em condições de hipertensão arterial sistêmica. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2018. 10(1): 75-84.

9. Fava SMCL, Teraoka E, Oliveira AdS, Calixto AATF, Eid LP, Veiga EV. Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Rene. 2014; 15(2): 354-61.

10. Araújo FNFD, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Paes NA, Santos HEAMd. A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Pesq Saúde. 2016; 17(2): 80-6.

11. Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2006.

12. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DFrd. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(2): 232-40.

13. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

14. Associação Brasileira Para O Estudo Da Obesidade E Da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. Itapevi: ABESO, Agência Científica Farmacêutica, 2009.

15. World Health Organization (WHO). Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. 2008.

16. Sociedade Brasileira de Hipertensão (Brasil). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

17. NANDA International (NANDA-I). Diagnósticos de enfermagem da NANDA : definições e classificação 2015-2017. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

18. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner, CM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 6ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas LM, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem – NOC. 5ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier; 2016.
20. Chaves FF, Chaves FA, Cecílio SG, Amaral, Torres HdC. Mapa De Conversação Em Diabetes: Estratégia Educativa Na Visão Dos Profissionais Da Saúde. Rev. Min Enferm. 2015; 19(4): 854-8.
21. Sociedade Brasileira de Hipertensão (Brasil). VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2016; 107(3).
22. Pinho NdA, Pierin AMG. O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. Arq Bras Cardiol. 2013;101(3):e65-e73.
23. Souza ACC, Moreira TMM, Oliveira ESd, Menezes AVBd, Loureiro AMO, et al. Effectiveness of Educational Technology in Promoting Quality of Life and Treatment Adherence in Hypertensive People. PLoS One. 2016; 11(11): e0165311.
24. Araújo-girão AL, Martins de OGY, Gomes EB, Parente-Arruda L, Aires FCH. A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial. Rev. salud pública. 2015; 17(1): 47-6
25. Oliveira TL, Miranda LdP, Fernandes PdS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta paul. enferm. 2013; 26(2): 179-84.
26. Rasjö WG, Törnkvist L, Hasselström J, Wändell PE, Josefsson K. Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: a questionnaire survey. International Nursing Review. 2015; 62:187–95.

27. Vílchez BV, Klijn TP, Salazar MA, Sáez CKL. Effectiveness of personalized face-to-face and telephone nursing counseling interventions for cardiovascular risk factors: a controlled clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: e2747.
28. Silva VR, Cade NV, Molina MdCB. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*. 2012; 20(4):439-44.
29. Passigatti, CP; Molina, MDC; Cade, NV. Alteração de taxa de filtração glomerular em pacientes hipertensos do município de Vitória-ES. *Rev. bras. enferm*. 2014; 67(4): 543-49.
30. Sampaio FdC, Oliveira PPd, Mata LRFd, Moraes JT, Fonseca DFd, Vieira VAdeS. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas. *Invest. educ. enferm, Medellín*. 2017; 35(2): 139-53.
31. Ferrari RFR, Zanin AC, Pereira CD, Shirabayash JBd, Jaques A E, Oliva AP et al. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial primária. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*. 2013; 17(2): 93-8.
32. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009.

TABELAS

Tabela 1 – Comparação da adesão ao tratamento segundo escala QATHAS, variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas, antes e depois às intervenções realizadas por meio da assistência sistematizada de enfermagem em uma unidade da Estratégia Saúde da Família, Minas Gerais, 2016-2017.

Variáveis	Tempo 1		Tempo 2		f	p*
	Média	DP	Média	DP		
antropométricas, clínicas e bioquímicas						
QATHAS	95,8	6	99,9	6,1	-4,1	0,005 ^a
PA sistólica (mmHg)	123,9	16,7	128,2	13,6	-4,3	0,309 ^a
PA diastólica (mmHg)	80,9	14,3	82,5	10,7	1,6	0,624 ^a
Peso (kg)	74,3	19,3	74,2	19,5	0,04	0,96 ^a
Altura (m)	1,5	0,09	1,5	0,09	0	-
IMC (kg/m²)	30,5	5,9	30,4	5,9	0,1	0,76 ^a
CCM (cm) (n=14)	100,4	17,3	98,3	15,9	2,1	0,074 ^a
CCM estratificado sexo feminino (n=11)	99,9	19,4	97,3	17,3	2,6	0,039 ^a
CCM estratificado sexo masculino (n=3)	102,1	6,3	102,1	11	0,1	0,978 ^a
Glicemia jejum (mg/dL)**	93,1	7,8	90	13,1	3,1	0,505 ^a
Colesterol Total (mg/dL)**	190,7	46,6	195,1	48	-4,4	0,682 ^a
HDL (mg/dL)**	49	12,8	47,2	12,9	1,8	0,541 ^a
LDL (mg/dL)**	121,8	44,6	120,7	38,9	1	0,908 ^a
VLDL (mg/dL)**	30,2	10,7	30	8,1	0,2	0,961 ^a

Triglicérides (mg/dL)**	141,5***	41****	138,5***	45,3****	2,1	0,852 ^a
Creatinina (mg/dL)**	1***	0,8-2****	0,84***	,7-0,9****	0,2	0,08 ^b
TFGE (ml/min)**	88,27	50,2-124,2	100,92	60-148	-12,64	0,33 ^b

f valor para a diferença entre os tempos 1 e 2

*Nível de significância $p < 0,05$.

** $n=12$

*** Mediana

****Mínimo-Máximo

^aTeste T

^bTeste de Wilcoxon

$n=12$

PA: Pressão arterial; IMC: Índice de massa corporal; CCM: circunferência de cintura abdominal média; QATHAS: Questionário De Adesão Ao Tratamento Da Hipertensão Arterial Sistêmica; LDL: Low Density Lipoprotein; HDL: High Density Lipoprotein; VLDL: Very Low Density Lipoprotein; TFGE: Taxa de filtração glomerular estimada.

Tabela 2 - Comparação das variáveis clínicas, antes e depois às intervenções realizadas por meio da assistência sistematizada de enfermagem em uma unidade da Estratégia Saúde da Família, Minas Gerais, 2016-2017.

Variáveis clínicas	Tempo 1		Tempo 2		p*
	n	%	n	%	
Crise hipertensiva					
Sim	4	28,6	2	14,3	0,625 ^a
Não	10	71,4	12	85,7	
Lesão de órgãos alvo					
Sim	0	0,0	0	0,0	-
Não	14	100,0	14	100,0	
IMC estratificado					
Peso normal	2	14,3	3	21,4	0,655 ^b
Sobrepeso	3	21,4	2	14,3	
Obesidade grau I	7	50,0	7	50,0	
Obesidade grau II	1	7,1	1	7,1	
Obesidade grau III	1	7,1	1	7,1	
CCM estratificado					
Normal	2	14,3	4	28,6	0,083 ^b
Aumentado	2	14,3	1	7,1	
Aumentado substancialmente	10	71,4	9	64,3	
Nível da escala QATHAS					
80	1	7,1	0	0,0	0,102 ^b
90	9	64,3	8	57,1	
100	4	28,6	5	35,7	
110	0	0,0	1	7,1	

*Nível de significância $p < 0,05$.

^a Teste de McNemar ^b Teste de Wilcoxon

IMC: Índice de massa corporal; CCM: circunferência de cintura abdominal média; QATHAS:

Questionário De Adesão Ao Tratamento Da Hipertensão Arterial Sistêmica

Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem encontrados nas consultas de enfermagem individuais no Tempo 1 e 2, segundo a NANDA (2011-2014; 2014-2015)

Título do Diagnóstico de Enfermagem	Tempo 1		Tempo 2	
	n	%	n	%
Ansiedade	2	14,3	2	14,3
Autonegligência	2	14,3	1	7,1
Controle ineficaz da saúde	0	0,0	1	7,1
Disposição para controle aumentada do regime terapêutico	6	42,9	6	42,9
Disposição para melhora do autocuidado	0	0,0	1	7,1
Disposição para nutrição melhorada	1	7,1	2	14,3
Estilo de vida sedentário	6	42,9	2	14,3
Integridade da pele prejudicada	2	14,3	0	0,0
Mobilidade física prejudicada	1	7,1	1	7,1
Obesidade	4	28,6	1	7,1
Risco de baixa autoestima situacional	1	7,1	1	7,1
Risco de constipação	1	7,1	0	0,0
Risco de débito cardíaco diminuído	0	0,0	1	7,1
Risco de glicemia instável	0	0,0	1	7,1
Risco de infecção	1	7,1	0	0,0
Risco de nutrição desequilibrada: maior que as necessidades corporais (2011-2014).	4	28,6	1	7,1
Risco de quedas	0	0,0	1	7,1
Sentimento de impotência	0	0,0	1	7,1

n total=14

FIGURA

Figura1. Diagrama de distribuição dos participantes do estudo.

