

## Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde

Protocol for hypertensive individuals assisted in Basic Health Care

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas<sup>1</sup>  
Angelo Giuseppe Roncalli<sup>2</sup>

**Abstract** Hypertension has low control rate in Brazil and around the World, resulting in social and medical costs; thus there is the need to apply control strategies. This study aimed to create and validate a protocol for consultation and monitoring of hypertensive patients attended in primary health care. It is constituted a methodological research which uses the Delphi method for content validation. The analysis of the protocol by experts was performed in three cycles, using a scale that was not important to extremely important, with a graduation from 1 to 5. The analysis was performed by the Likert scale, percentage of agreement, content validation index, Pearson correlation. The percentage of agreement was 96%. The CVI of 0.98. The Likert scale scored items, at least, as very important. The Pearson correlation was positive for all items ranging from moderate to strong. The protocol is composed of 53 items, divided into seven dimensions. It was concluded that the protocol enables more expressive and systematic monitoring of hypertensive patients and it identifies social and individual conditions that contribute to high blood pressure, so it may be used to guide the consultation, encouraging dialogue between the professional and patient and effective recording of care.

**Key words** Hypertension, Primary Health Care, Validation, Protocol

**Resumo** A hipertensão arterial apresenta baixa taxa de controle no Brasil e no mundo, ocasionando custo médico-social, necessitando de estratégias de controle. Objetivou-se construir e validar um protocolo para consulta e acompanhamento do hipertenso atendido na Atenção Primária à Saúde. Constituiu-se uma pesquisa metodológica, de validação de conteúdo pelo método Delphi. A avaliação do protocolo por experts foi realizada em três ciclos, utilizando escala de não importante a extremamente importante, com graduação de 1 a 5. A análise se deu pela Escala de Likert, percentual de concordância, Índice de validação de conteúdo (IVC) e Correlação de Pearson. O percentual de concordância foi de 96%. O IVC de 0,98. A escala de Likert pontuou os itens, no mínimo, como “muito importante”. A correlação de Pearson foi positiva em todos os itens de moderada a forte. O protocolo é composto por 50 itens, dividido em sete dimensões. Concluiu-se que o protocolo permite um acompanhamento mais expressivo e sistemático do hipertenso e identifica condições individuais e sociais que contribuem para a manutenção de cifras pressóricas elevadas, constituindo-se em um guia para a condução da consulta, favorecendo o diálogo entre o profissional, o paciente e o registro efetivo da assistência.

**Palavras-chave** Hipertensão, Atenção Primária à Saúde, Validação, Protocolo

<sup>1</sup> Unidade de Ciências da Vida, Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande. R. Aprígio Veloso 882, Universitário. 58429-900 Campina Grande PB Brasil. rmercyco\_dantas@hotmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal RN Brasil.

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à sua saúde, de suas famílias e da população. Por isso deve ser orientada pelos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário<sup>1</sup>.

Por seu contexto organizacional a APS se destaca com três funções essenciais: resolutividade, através da qual lhe cabe, a partir da sua capacidade cognitiva e intelectual, a resolução de 85% dos problemas de saúde pública da população; comunicação, pela qual responsabiliza-se pela referência e contra referência das pessoas, dos produtos e das informações geradas pelos diversos componentes da rede; e a responsabilização, que compreende a vinculação com a população adscrita a partir da organização territorial, da gestão e da responsabilidade sanitária e financeira<sup>2</sup>.

Todavia, mesmo com o fortalecimento da APS, as internações por agravos, que sob a ação da Atenção Primária (AP) poderiam ser controlados, continuam ocorrendo, a exemplo da hipertensão. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se frequentemente a alterações nas funções e/ou estruturas dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e no metabolismo, ocasionando o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais<sup>3</sup>.

A HAS contempla três itens importantes na sua caracterização: prevalência, acomete entre 22,3% a 43,9% da população maior de 18 anos (32% em média, pontuando 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% para > 70 anos) e responde por uma parcela significativa das consultas da rede básica; transcendência, é um dos principais fatores de risco associado ao infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e outros agravos, inclusive morte, além de sua forma silenciosa de desenvolvimento; e vulnerabilidade, facilmente tratável e controlável no âmbito da APS, uma vez que 50 a 80% dos casos se resolve na rede básica<sup>4-6</sup>.

Apesar de ser considerada um grave problema de saúde pública, ainda apresenta baixa taxa de controle no Brasil (18% a 19,6%)<sup>6,7</sup> ocasionando custo médico-social, principalmente por suas complicações<sup>5,8</sup>. No cenário mundial, a média europeia de controle da HAS na AP é de 8%. Os

EUA entre 1988-2008 duplicaram o percentual de controle (27,3% vs. 53,5%) e o Canadá quintuplicou entre 1992-2009 (13,2% vs. 64,6%), refletindo importantes avanços na sua detecção e tratamento<sup>7</sup>. O Canadá, seguido de Cuba, apresenta os melhores indicadores no tocante à prevalência (22% e 20% respectivamente da população em geral e 50% na > de 50 anos), ao diagnóstico (87% - 78%), tratamento (82% - 61%) e controle (66% - 40%)<sup>6</sup>.

Por estas características, e falta de controle nos níveis pressóricos, a HAS tem respondido, conforme dados do DataSUS, no período de 2008 a 2015, por 302.051 mil internações em adultos, na faixa etária de 20 a 59 anos, no Brasil, com uma média de 37.756/ano e uma taxa de 3,5/1000 internações<sup>9</sup>. Tem apresentado um comportamento decrescente, com uma queda média respectiva de 7,3%/ano para as mulheres e 6,8%/ano para os homens,

Para se conseguir alcançar o controle dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos é necessário um maior empenho por parte dos profissionais da AP, sob a forma de trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade<sup>10</sup>. Destaca-se que operacionalizar e fazer a APS ser efetiva como eixo organizador do sistema de saúde é um desafio para todos, gestores e profissionais, em virtude das distintas formas de disputa de interesse e compreensão das formas de gerir o sistema e colocar o usuário como centro do processo de atenção à saúde<sup>11</sup>.

Estratégias vêm sendo utilizadas para otimizar o atendimento e acompanhamento de pacientes hipertensos na APS. No cenário mundial o uso de protocolos para o acompanhamento e controle da HAS tem sido adotado com destaque<sup>12,13</sup>. No Brasil, destaca-se o protocolo para diagnóstico da HAS proposto pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup> e o da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba<sup>14</sup>, além de instrumento específico para consulta de enfermagem como o proposto por Codogno et al.<sup>15</sup>, que limita o uso a uma categoria profissional, apesar de ser reconhecida a importância da consulta de enfermagem na integralidade da assistência, conforme disposto na Resolução 358<sup>16</sup>.

Sabe-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), através das suas ações e formas de organizar o processo de trabalho, deve realizar o acompanhamento dos hipertensos através das consultas mensais, por profissional médico ou enfermeiro, com aferição do peso, pressão arterial,

orientações e prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promovendo assim o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento instituído.

Estudo identificou que os municípios não dispõem de insumos exclusivos para a prestação de serviços/ações para a hipertensão, apesar da mesma requerer cuidados longitudinais, tornando-se ineficiente para esta ação específica, mesmo não o sendo para a atuação da ESF<sup>17</sup>. Alves e Calixto<sup>18</sup> destacam que indivíduos portadores de HAS apresentam dificuldade em aderir ao tratamento, tornando-se um grande desafio para os profissionais da saúde, que buscam soluções para vencê-lo, e que se isto se torna possível quando o paciente tem confiança nas informações recebidas e cria vínculo com a equipe. Dantas<sup>19</sup> observou que a maioria dos hipertensos acompanhados se queixa da qualidade da consulta. Esta situação torna-se um entrave para o paciente ganhar a confiança e criar vínculo com os profissionais e o serviço.

Este cenário, aliado à existência de protocolos e recomendações para diagnóstico e acompanhamento dos portadores de hipertensão elaborados pelo Ministério da Saúde, Associações e Secretarias Municipais de Saúde, compilados de forma volumosa e extensa, suscitou a necessidade de um instrumento de consulta e acompanhamento para hipertensos, compacto, que possa ser utilizado pela equipe de saúde da família, como forma de operacionalizar, sistematizar e objetivar a consulta, tornando-a um espaço para o diálogo, a escuta e a vinculação a partir de um atendimento mais holístico, bem como otimizar os registros e favorecer a adesão ao tratamento, e por conseguinte, ao controle dos níveis pressóricos.

Visibiliza-se um instrumento de relevante importância para a Saúde Coletiva, pois constitui-se um agregador de dados que, quando analisados, propiciará informações pertinentes para pesquisadores, gestores e profissionais, para a tomada de decisão e gestão do cuidado.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi construir e validar um protocolo para consulta e acompanhamento do portador de hipertensão arterial atendido na Atenção Básica.

## Método

Trata-se de uma pesquisa metodológica, onde buscou-se construir um instrumento confiável, preciso e aplicável que possa ser utilizado por outros pesquisadores e profissionais. Trabalhou-se

com a validade de conteúdo, seguindo o método Delphi, onde especialistas, com vasta experiência na área, puderam julgar, retirar e acrescentar itens de interesse para adequação do instrumento, avaliando o grau de relevância e representatividade de cada elemento constante<sup>20-22</sup>.

O instrumento foi elaborado com elementos relacionados à hipertensão arterial (HA), que compuseram os itens organizados por dimensões, obedecendo a premissa da clareza, simplicidade e objetividade, que oferece uma comunicação de fácil entendimento, afim de proporcionar a realização de uma consulta objetiva e de um acompanhamento efetivo, com elementos que favorecem uma análise de mudanças ocorridas ao longo do tempo com o quadro clínico do hipertenso. Foram utilizados como pressupostos teóricos as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>3</sup>, o I Posicionamento Brasileiro em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia<sup>7</sup>, as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde<sup>6</sup>.

A construção obedeceu às seguintes etapas:

1) Leitura prévia dos referenciais teóricos para a identificação das variáveis e agregação por dimensão.

2) Apresentação a uma banca de juízes composta por discentes e docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

3) Ajuste da proposta inicial que gerou a versão apresentada aos *experts*, composta de sete dimensões e 33 itens: (1) caracterização do paciente (nome, data de nascimento, altura, ocupação, data do diagnóstico, pressão arterial (PA) do diagnóstico, sexo, escolaridade e renda)<sup>3,6</sup>, (2) indicadores de saúde (PA, peso, cintura, quadril, circunferência abdominal, atividade física, dieta com baixo teor de sal, dieta com baixo teor de gordura, fumo, álcool, interrupção de tratamento e comorbidades)<sup>3,6,7</sup>, (3) indicadores psicossociais (estresse, depressão, baixa autoestima e emprego)<sup>3,6</sup>, (4) sinais de crise hipertensiva (cefaleia, alterações visuais, déficit neurológico, déficit visual, dispneia)<sup>3,6</sup>, (5) ocorrência de complicações (Interação, AVE, IAM)<sup>3,6,7</sup>, (6) realização de exames (colesterol, triglicerídeos, ureia, creatinina)<sup>3,6,7</sup> e (7) condutas.

4) Validação por *experts*.

O processo de validação ocorreu em três ciclos: na primeira versão os *experts* apontaram sugestões de acréscimos ou retiradas de itens, jus-

tificando-as e pontuando-as como: não importante (1), pouco importante (2), importante (3), muito importante (4), extremamente importante (5), justificando cada uma. Concluído primeiro ciclo, foi feito o consolidado das análises e devolvido aos *experts* como feedback, bem como a nova versão do instrumento para o segundo ciclo de avaliação. Findo o segundo ciclo procedeu-se como no primeiro, e enviou-se o consolidado e a versão para última alteração e mudança de valor nas avaliações dos itens se assim achassem pertinentes, justificando cada mudança. Cada ciclo tinha um prazo de 15 dias para ser devolvido. Foi enviado e-mail de lembrete no sétimo e 14º dia.

Para a seleção dos *experts* adotou-se, como critérios de inclusão, a experiência com hipertensão, reconhecida competência técnico-científica dentro da área específica e encontrar-se em plena atividade profissional como docente ou prestando assistência na ESF. Como critérios de exclusão, menos de um ano de atuação na ESF, aposentados, afastamento há mais de seis meses de suas atividades e prática docente que não contemple a APS/ESF ou cardiologia. Foram contatados e convidados por e-mail um quantitativo de 30 profissionais especialistas no tema, representantes de instituições de ensino superior (IES) e profissionais da ESF, distribuídos em 15 enfermeiros e 15 médicos. Destes, 20 aceitaram o convite, totalizando a amostra do estudo, sendo 11 enfermeiros e nove médicos. Na sequência, foram enviadas as instruções de avaliação do instrumento no tocante à redação, compreensão e pertinência dos itens com indicação de leitura dos referenciais teóricos utilizados na construção para consulta, o instrumento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN.

A análise dos dados se deu com a aplicação da escala de Likert, com a análise individual de cada item, e com a porcentagem de concordância entre os *experts*, com um escore aceitável  $\geq 90\%$ . O seu cálculo deu-se pelos números de respostas (3, 4 e 5) divididos pelo número de *experts*<sup>20</sup>.

Depois, calculou-se o índice de validação de conteúdo dos itens (IVC-I), considerando a soma do número de respostas positivas (3, 4 e 5) que caracterizam a importância do item, dividido pelo valor total, neste caso, 100 pontos, equivalente a nota máxima x número de *experts*. O limite mínimo para aceitação é de 0,80. O IVC foi calculado pela média dos IVC-I, que avalia a concordância dos especialistas quanto a representatividade do instrumento e dos itens e seu valor mínimo de aceitação é 0,90, por tratar-se

de um instrumento novo como recomenda Polit e Beck<sup>22</sup>. Para seleção dos itens que permaneceriam no instrumento foi realizada a correlação de Pearson, haja vista que seu coeficiente é a estratégia mais comum para avaliar a confiabilidade intraobservador<sup>20</sup>.

A apresentação das análises está disposta em tabelas. A tabela de distribuição das médias de respostas será apresentada por dimensão. A tabela do índice de validação será apresentada por itens. As dimensões estão identificadas por algarismo romano: I - Caracterização do paciente, II - Indicadores de saúde, III - Indicadores psicossociais, IV - Sinais de crise hipertensiva, V - Ocorrência de complicações, VI - Realização de exames e VII - condutas.

## Resultados

O instrumento inicial, após as rodadas e avaliações dos *experts*, passou de 33 para 53 itens com a inclusão de 20 itens propostos pelos *experts*. Todavia, com a remoção de três itens que não apresentaram percentual de concordância e IVC-I mínimos, passou a ter 50 itens. Os itens acrescentados e removidos foram: I - caracterização do paciente (sexo, escolaridade, renda (removido), Índice de massa corporal (IMC), comorbidade), II - indicador de saúde (insônia), III - indicador psicossocial (empregado, apoio familiar e lazer), IV - sinais de crise hipertensiva (tosse - removido), V - ocorrência de complicações (angina, insuficiência cardíaca, nefropatia, aterosclerose, arritmias, doença vascular periférica) e IV - exames laboratoriais (potássio, elementos e sedimentos anormais-urina tipo 1 (EAS-removido), Eletrocardiograma (ECG)) (Figura 1).

A análise de importância dos itens que compõe o instrumento, está representada pela média de respostas dos *experts* e sua proporção (Tabela 1). A resposta “sem importância” não foi citada pelos *experts*, por isto suprimida da tabela. 98,1% dos *experts* concordaram com a importância dos itens, revelando, na opinião dos mesmos, que o instrumento atende aos objetivos propostos. Os *experts* podiam alterar sua opinião entre as rodadas. Na terceira rodada apenas dois *experts* mudaram de opinião, pontuando um valor superior ao anterior, caracterizando uma mudança positiva na avaliação do item.

A análise estatística está disposta na Tabela 2, onde visualizam-se os valores dos itens individualmente da: porcentagem de concordância, Escala de Likert, IVC-I e da Correlação Pearson.

**Protocolo de consulta e acompanhamento para pacientes hipertensos na Atenção Primária à Saúde**

**1. Caracterização do paciente**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PA Diag: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_ Comorbidade: \_\_\_\_\_

**2. Indicadores de saúde**

Data	PA mmHg	Peso (Kg)	Cintura	Quadril	Circ. Abd	Ativ. Física	Dieta  Sal	Dieta  teor gordura	Fumo	Alcool	Insônia	Interup Trat.

**3. Indicadores Psicossociais:**

Data: \_\_\_\_\_

Estresse: \_\_\_\_\_

Baixa Autoestima: \_\_\_\_\_

Depressão: \_\_\_\_\_

Ansiedade: \_\_\_\_\_

Apoio familiar: \_\_\_\_\_

Empregado: \_\_\_\_\_

Lazer: \_\_\_\_\_


**4. Sinais de cifras pressóricas elevada**

Data: \_\_\_\_\_

Cefaleia: \_\_\_\_\_

Alterações visuais: \_\_\_\_\_

Déficit neurológico: \_\_\_\_\_

Dor precordial: \_\_\_\_\_

Dispneia: \_\_\_\_\_


**5. Ocorrência de complicações**

Data: \_\_\_\_\_

Internação: \_\_\_\_\_

AVE: \_\_\_\_\_

IAM: \_\_\_\_\_

Angina: \_\_\_\_\_

Insuficiência cardíaca: \_\_\_\_\_

Neuropatia: \_\_\_\_\_

Aterosclerose: \_\_\_\_\_

Arritmias: \_\_\_\_\_

Doença Vascular Periférica: \_\_\_\_\_


**6. Realizações de exames**

Data: \_\_\_\_\_

Colesterol HDL, LDL: \_\_\_\_\_

Triglicerídeos: \_\_\_\_\_

Ureia: \_\_\_\_\_

Creatinina: \_\_\_\_\_

Potássio: \_\_\_\_\_

ECG: \_\_\_\_\_


**7. Condutas:**

---



---



---



---



---

**Figura 1.** Protocolo de consulta e acompanhamento para hipertensos na Atenção Básica.

**Tabela 1.** Distribuição das respostas entre os experts por dimensão do instrumento, segundo o grau de importância.

Escala das respostas	Pouco Importante		Importante	Muito Importante		Extremamente Importante		Total	DP		
	%	%		%	%	%	%				
<b>Dimensão</b>											
Caracterização do paciente	0,9	4,5	3,9	19,5	5,4	27,0	9,8	49,0	4,24	96,0	0,867
Indicadores de saúde	0,3	1,5	0,8	4,0	5,3	26,5	13,6	68,0	19,7	98,5	0,561
Indicadores psicossociais	0,1	0,5	3,4	17,0	6,6	33,0	9,9	49,5	19,9	99,5	0,770
Sinais de alterações das cifras pressóricas	0,5	2,5	2,7	13,5	4,0	20,0	12,8	64,0	19,5	97,5	0,779
Ocorrência de complicações	0,0	0,0	0,9	4,5	3,7	18,5	15,4	77,0	20,0	100,0	0,513
Solicitação de exames	0,8	4,0	3,6	18,0	3,3	16,5	12,3	61,5	19,2	96,0	0,891
Conduta	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	25,0	15,0	75,0	20,0	100,0	0,444
$\bar{X}$	0,4	2,0	2,2	11,0	4,8	23,8	12,7	63,4	19,6	98,1	0,689

**Tabela 2.** Porcentagem de Concordância, Índice de validação de conteúdo, Escala de Likert e Correlação de Pearson por item.

	<b>Dimensão/ Itens</b>	<b>% Concord</b>	<b>IVC-I</b>	<b>Likert</b>	<b>Pearson (Min-Max)</b>	<b>p valor (Min - Max)</b>
I	Nome	100,0	0,85	4,25	0,45 - 0,85	0,044 - <0,001
	Sexo	90,0	0,80	4,20	0,46 - 0,95	0,037 - <0,001
	Data de nascimento	100,0	0,90	4,50	0,45 - 0,86	0,047 - <0,001
	Data do diagnóstico	100,0	0,86	4,30	0,49 - 0,81	0,027 - <0,001
	PA do diagnóstico	100,0	0,92	4,60	0,47 - 0,53	0,036 - 0,015
	Altura	90,0	0,80	4,20	0,45 - 0,95	0,049 - <0,001
	IMC	100,0	0,91	4,55	0,45 - 0,86	0,047 - <0,001
	Ocupação	95,0	0,79	4,05	0,45 - 0,88	0,048 - <0,001
	Escolaridade	95,0	0,78	4,00	0,45 - 0,84	0,042 - <0,001
	Renda	90,0	0,75	3,75	0,50 - 0,84	0,024 - <0,001
	Comorbidade	100,0	0,96	4,80	0,48 - 0,67	0,030 - 0,001
II	PA	100,0	0,95	4,75	0,45 - 0,86	0,047 - <0,001
	Peso	100,0	0,93	4,65	0,45 - 0,83	0,048 - <0,001
	Cintura	95,0	0,86	4,40	0,50 - 0,72	0,023 - <0,001
	Quadril	95,0	0,81	4,15	0,45 - 0,70	0,049 - 0,001
	Circunferência abdome	100,0	0,93	4,65	0,45 - 0,79	0,049 - <0,001
	Atividade Física	100,0	0,96	4,80	0,45 - 0,86	0,045 - <0,001
	Dieta baixo teor de sal	100,0	0,91	4,55	0,46 - 0,88	0,041 - <0,001
	Dieta baixo teor de gordura	100,0	0,91	4,55	0,45 - 0,90	0,048 - <0,001
	Fumo	100,0	0,93	4,65	0,45 - 0,92	0,049 - <0,001
	Álcool	100,0	0,92	4,60	0,45 - 0,92	0,043 - <0,001
Insônia	100,0	0,81	4,05	0,45 - 0,79	0,042 - <0,001	
Interrupção do tratamento	100,0	0,96	4,80	0,45 - 0,91	0,048 - <0,001	
III	Estresse	100,0	0,92	4,60	0,46 - 0,78	0,040 - <0,001
	Baixa autoestima	100,0	0,86	4,30	0,45 - 0,91	0,049 - <0,001
	Depressão	100,0	0,86	4,30	0,45 - 0,92	0,043 - <0,001
	Ansiedade	100,0	0,88	4,40	0,46 - 0,93	0,037 - <0,001
	Apoio familiar	100,0	0,87	4,35	0,45 - 0,89	0,048 - <0,001
	Empregado	100,0	0,83	4,15	0,45 - 0,91	0,048 - <0,001
	Lazer	95,0	0,79	4,05	0,45 - 0,93	0,045 - <0,001
IV	Cefaleia	100,0	0,87	4,35	0,47 - 0,92	0,035 - <0,001
	Alterações visuais	100,0	0,89	4,45	0,46 - 0,91	0,037 - <0,001
	Déficit neurológico	100,0	0,94	4,70	0,45 - 0,94	0,044 - <0,001
	Dor precordial	100,0	0,95	4,75	0,46 - 0,94	0,043 - <0,001
	Dispneia	95,0	0,91	4,55	0,45 - 0,87	0,042 - <0,001
	Tosse	90,0	0,75	3,95	0,46 - 0,76	0,043 - <0,001
V	Internação	100,0	0,95	4,75	0,45 - 0,69	0,045 - 0,001
	AVE	100,0	0,98	4,90	0,45 - 0,85	0,047 - <0,001
	IAM	100,0	0,98	4,90	0,45 - 0,85	0,047 - <0,001
	Angina	100,0	0,95	4,75	0,45 - 0,90	0,045 - <0,001
	Insuficiência cardíaca	100,0	0,95	4,75	0,45 - 0,90	0,045 - <0,001
	Nefropatia	100,0	0,95	4,75	0,46 - 0,91	0,043 - <0,001
	Aterosclerose	100,0	0,92	4,60	0,45 - 0,87	0,045 - <0,001
	Arritmias	100,0	0,92	4,60	0,45 - 0,87	0,045 - <0,001
	Doença vascular periférica	100,0	0,91	4,55	0,45 - 0,89	0,049 - <0,001

continua

**Tabela 2.** Porcentagem de Concordância, Índice de validação de conteúdo, Escala de Likert e Correlação de Pearson por item.

	Dimensão/ Itens	% Concord	IVC-I	Likert	Pearson (Min-Max)	p valor (Min - Max)
VI	Colesterol	100,0	0,91	4,55	0,45 - 0,90	0,049 - <0,001
	Triglicerídeos	100,0	0,91	4,55	0,45 - 0,90	0,049 - <0,001
	Ureia	100,0	0,88	4,40	0,45 - 0,91	0,045 - <0,001
	Creatinina	100,0	0,88	4,40	0,45 - 0,91	0,045 - <0,001
	Potássio	95,0	0,82	4,20	0,45 - 0,91	0,048 - <0,001
	EAS	80,0	0,69	3,85	0,45 - 0,86	0,049 - <0,001
	ECG	100,0	0,90	4,50	0,45 - 0,84	0,047 - <0,001
VII	Condutas	100,0	0,95	4,75	0,45 - 0,86	0,47 - <0,001

A porcentagem de concordância entre os *experts* define o quanto eles estão em sintonia na avaliação do instrumento. A sua aplicação juntamente com o IVC-I revelou três itens que devem ser retirados do protocolo: renda, tosse e EAS, uma vez que os mesmos apresentaram valores inferiores ao mínimo recomendado (90% e 0,80 respectivamente). No instrumento como um todo o percentual de concordância entre os *experts* foi de 99,4% e o IVC do protocolo foi de 0,90.

O escore gerado na Escala de Likert coloca os itens na condição de muito importante. A correlação de Pearson evidenciou que, apesar da avaliação dos *experts*, o item de Comorbidade-dimensão II, não apresentou nenhuma correlação. Sabendo-se da sua importância para definição do quadro clínico da hipertensão, a mesma foi agregada à dimensão I, onde apresentou correlação com vários itens, sendo mantida no instrumento na referida dimensão. As correlações dos itens foram positivas e mantiveram uma correlação de moderada (Pearson > 0,45) a forte (Pearson > 0,90), conforme a classificação de Dancey e Reily<sup>23</sup>.

Desta forma o instrumento ficou organizado em VII dimensões e 50 itens: I - caracterização do paciente, composta por 10 itens que elencam dados do hipertenso, permitindo traçar um perfil sociodemográfico do mesmo; II - Indicadores de saúde, nos quais os 12 itens que os compõem permitem a identificação, registro e análise de fatores de risco cardiovasculares e metabólicos; III - Indicadores psicossociais, compreendem sete itens que agregam condições contribuintes para o bem-estar social e mental; IV-Sinais de cifras pressóricas elevadas, destacam-se os sinais, distribuídos em cinco itens, com os quais se é possível identificar possíveis crises hipertensivas; V

- Ocorrências de complicações, apresentam nove itens, provenientes, na maioria das vezes, do não controle dos valores pressóricos; VI-Solicitação de exames, destacam os principais para o acompanhamento da função metabólica, constando de seis itens e VII-Condutas, composta apenas pelo item Condutas, que permite o registro da assistência prestada (Figura 1).

## Discussão

O protocolo foi pensado e construído como um instrumento para consulta e acompanhamento dos hipertensos, uma vez que o diagnóstico da hipertensão é determinado pelo médico, que ocorre geralmente durante uma consulta ao adulto ou ao idoso, que, a partir deste diagnóstico, passa a ser acompanhado pela equipe de saúde da APS em consulta mensal. Mafaliti e Assunção<sup>24</sup> destacam que, após o diagnóstico, espera-se uma vinculação do usuário com o serviço e um atendimento diferenciado pela equipe multiprofissional e para se evitar baixos níveis de acompanhamento é necessário a instalação de medidas.

A construção do instrumento seguiu um método rigoroso<sup>20</sup> e obedeceu aos preceitos teóricos do objeto estudado<sup>3,6,7</sup>. A inclusão de outros itens no estudo demonstra o compromisso e a participação efetiva dos *experts*, bem como o alcance do propósito da técnica, que permitiu uma análise individual dos itens e depois do protocolo como um todo, tornando-o mais consistente<sup>20</sup> no alcance dos objetivos a que ele se propõe. Este processo colaborou com a clareza da abrangência e evidenciou o poder discriminativo dos itens<sup>25</sup>.

Este trabalho colocou todas as dimensões na condição de muito importante, e, sendo assim, o

protocolo revela-se uma estratégia em potencial para a consulta e acompanhamento do hipertenso, haja visto que propicia elementos que favorecem a tomada de decisão sobre a condição clínica do portador e a condução do tratamento, o controle da pressão e a melhora dos indicadores de morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DCV), pois, como é destacado em outro estudo, a utilização de protocolo aumenta a percepção de pacientes e profissionais sobre os avanços no tratamento e viabiliza o estabelecimento de metas a serem alcançadas<sup>25</sup>.

Destaca-se que os itens mantiveram uma correlação positiva que variou de moderada a alta, demonstrando que eles respondem ao objetivo proposto, haja vista que os valores se apresentaram bem distantes de zero<sup>26</sup>. A aplicação da Escala de Likert, com cinco pontos, onde se situa um ponto neutro, permitiu a aquisição de respostas consistentes, com clareza para análise e evidenciou a importância dos itens do constructo. Sua aplicabilidade tornou-se pertinente em função da habilidade e experiência dos respondentes. Para Dalmoro e Vieira<sup>27</sup> o uso de escalas com pontos de 3 a 10 e a utilização de um ponto neutro permite um nível de confiabilidade adequado, pois conduz a identificação de relações importantes entre itens, e por consequência, em um constructo de alta validade. Dentre estas, a mais utilizada é a de 5 pontos, objeto deste estudo.

O protocolo se inicia com os dados de caracterização, que contemplam informações sociodemográficas, possibilitando a construção do perfil do paciente hipertenso e uma tomada de decisão mais direcionada. Estes dados têm relevância pois proporcionam o conhecimento de informações e fatores que podem influenciar o manejo terapêutico e a qualidade da assistência ofertada pela equipe de saúde<sup>3,15</sup>. A variável sexo/idade é importante haja vista que a HAS é mais prevalente no sexo masculino, com uma mudança nesta tendência após os 50 anos, quando a mulher atinge a menopausa, e é mais prevalente em idosos<sup>3,6</sup>. Conhecer a data do diagnóstico permite identificar o tempo de exposição do portador ao agravo e suas possíveis consequências clínicas, principalmente as lesões em órgãos alvo<sup>6,7</sup>.

O valor da PA do diagnóstico permite uma avaliação permanente da evolução do agravo. Altura e IMC são importantes indicadores para avaliação de risco metabólico. O conhecimento de comorbidades determina a escolha do fármaco e das orientações específicas para o tratamento não medicamentoso<sup>3,6</sup>. Destaca-se que a condição sócio econômica e educação despontam

como fatores de risco para as DCV, uma vez que são determinantes na adoção de condições que melhorem a qualidade de vida. Profissionais de saúde devem estimular medidas que impactem no estilo de vida, porém sua adoção depende da compreensão que o sujeito tem de seu problema, das motivações recebidas e das condições que ele dispõe<sup>6</sup>. Por isso, renda e escolaridade, como determinantes sociais de saúde, mantêm estreita relação com a hipertensão<sup>28</sup>.

Os indicadores de saúde agregam informações que possibilitam a identificação de fatores de risco para a manutenção dos valores pressóricos, e por isso favorecem a adoção de medidas específicas por parte dos profissionais a serem desenvolvidas com e pelo paciente. O valor PA da consulta permite uma análise, a cada encontro profissional/paciente, do comportamento da mesma no tocante ao controle. Peso, medida da cintura, do quadril e da circunferência abdominal, ao serem aferidos e avaliados, servem de indicadores de risco cardiovascular e metabólico<sup>6</sup>. A atividade física, dieta hipossódica e hipolipídica associados, permitem a avaliação nutricional do paciente e oferecem subsídios para a prevenção e controle da HAS, haja vista que a redução de peso, adoção de hábitos de vida e alimentares saudáveis se constituem na medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e diminuir os riscos cardiovasculares<sup>29</sup>. Os itens fumo e álcool são reconhecidos fatores de risco cardiovascular individual à instalação e baixo controle da HAS<sup>3,9,30</sup> e, por isso, devem ser alvo frequente de investigação.

A insônia crônica está associada ao risco aumentado do desenvolvimento de hipertensão em pacientes adultos, e este risco se torna mais acentuado em portador de depressão. Além disso, em pacientes hipertensos, favorece o aumento dos níveis pressóricos<sup>31,32</sup>. No tocante a interrupção do tratamento este item favorece o conhecimento da condição de como anda o tratamento do portador e, com isso, a adoção de estratégias para revertê-la. A interrupção do tratamento está associada ao não reconhecimento da doença por parte do paciente e a dificuldade de acesso a bens e serviços<sup>33</sup>.

Os indicadores psicossociais se destacam por incorporarem condições que alteram o emocional e, por conseguinte, o sistema circulatório e respiratório, favorecendo a instalação da HAS. As variáveis estresse, depressão, ansiedade e baixa autoestima, caracterizadas como distúrbios emocionais, acionam as estruturas límbicas, e produzem respostas cardiovasculares e respiratórias, ocasionando



nando alterações viscerais, dentre elas o aumento dos níveis tensionais<sup>34</sup>. Por isso, a sua investigação a cada consulta é ponto primordial, uma vez que, estas situações favorecem o não controle da pressão mesmo diante do tratamento adequado. O apoio familiar influencia positivamente na adesão dos pacientes ao tratamento<sup>18</sup> e a família atua como facilitadora neste processo<sup>35</sup>. Nesta premissa está a importância de saber qual o papel da família na vida do portador de hipertensão.

O trabalho/ocupação mantém relação com alteração nos níveis pressóricos, pois as condições em que ele ocorre podem favorecer ao aparecimento de outros fatores, como: preocupação, sobrecarga de trabalho, déficit de horas de sono, dentre outros, além de determinar a própria renda. Dias e Pereira<sup>36</sup> afirmam que a ocupação está relacionada ao aumento da PA, e quanto menor é o *status* ocupacional, maior é a tendência do aumento, fato explicado por situações agravantes, como insatisfação no trabalho, estresse ambiental e social dentre outras. Além disso destaca-se que um baixo *status* de ocupação limita as opções de lazer do sujeito. A Sociedade Brasileira de Hipertensão aponta o lazer, nono mandamento contra a hipertensão, para combater o estresse<sup>37</sup>.

As alterações nas cifras pressóricas, tendo como parâmetro a classificação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>3,6</sup>, bem como os valores sustentáveis do portador de hipertensão, são importantes indicadores do prenúncio de crises hipertensivas, devendo ser identificadas precocemente para a adoção de medidas preventivas. A cefaleia constitui-se um dos sintomas da crise hipertensiva e, juntamente com alterações visuais, déficit neurológico, dor precordial e dispneia, compreende o conjunto de sintomas que podem auxiliar na identificação da crise hipertensiva<sup>29</sup>. Estes sintomas podem ser investigados pelos profissionais de saúde, inclusive pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, e na presença deles encaminhar para o médico, pois caracteriza uma possível crise hipertensiva<sup>34</sup>.

As complicações, advindas da hipertensão, mantém íntima relação com a falta de controle nos níveis pressóricos e por isso destaca-se como imprescindível a investigação das mesmas no ato da consulta. O AVE, IAM, angina, insuficiência cardíaca e a doença vascular periférica são condições relacionadas a hipertensão<sup>3</sup>. Destaca-se que no cadastro do portador de hipertensão, após confirmação diagnóstica, na ESF para acompanhamento pela equipe, uma porcentagem significativa de usuários hipertensos apresenta uma ou mais complicações<sup>38</sup>. Por isso, o conhecimento

destas complicações, a partir de um acompanhamento efetivo pelas equipes da APS e a adoção de estratégias de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle, ajuda a reduzir futuras complicações cardiovasculares e as possíveis internações advindas das mesmas e do não controle da pressão<sup>29,39</sup>.

Os exames laboratoriais são caracterizados como apoio diagnóstico, na consulta inicial e no acompanhamento do paciente hipertenso, e auxílio para identificação de outros fatores de risco e adoção de condutas. O Ministério da Saúde<sup>28</sup> sugere que, no acompanhamento do portador de hipertensão, seja solicitado por ano, no mínimo, a dosagem de colesterol total, HDL e LDL, triglicerídeos, creatinina, potássio, análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1) e a realização do Eletrocardiograma, cabendo ao profissional estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes. A elevação da ureia é sugestiva da hipertensão arterial secundária<sup>3</sup>.

Em toda consulta e acompanhamento é imprescindível o registro das intervenções/ações propostas e/ou realizadas, pois ele é condição essencial para o conhecimento da evolução clínica do paciente e tomada de decisão. Por isso, o registro torna-se imprescindível à assistência ao paciente e importante fonte geradora de conhecimento, para os profissionais, paciente, família e comunidade<sup>40</sup>.

## Conclusão

O controle dos níveis pressóricos é um fator imprescindível para melhora nos indicadores de saúde no tocante a internações e ocorrência de complicações decorrentes da hipertensão, e exige cada vez mais a adoção de estratégias para este fim. A construção do protocolo permite um acompanhamento mais expressivo e sistemático do hipertenso, bem como a identificação de condições individuais e sociais que contribuem, direta ou indiretamente, para manutenção de cifras pressóricas elevadas. Além disso, torna-se um guia para a condução da consulta, permitindo um maior diálogo entre o profissional e o paciente, bem como um espaço para que os registros aconteçam de forma mais efetiva, garantindo um atendimento mais personalizado, voltado para as necessidades individuais de cada um.

O protocolo foi avaliado em todo o seu conteúdo pelos *experts* como muito importante, com

um nível de concordância próximo à unanimidade, caracterizando sua validade de conteúdo, tornando-se compatível para o acompanhamento do hipertenso na Atenção Primária à Saúde. Destaca-se que este estudo descreve o processo de validação de conteúdo do instrumento, fase importante para o desenvolvimento do mesmo e para gerar confiabilidade para a sua aplicação junto à população alvo, como etapa contínua deste processo.

### **Colaboradores**

RCO trabalhou na concepção, na pesquisa, na metodologia, na análise e na redação e AGR na metodologia, na análise e na redação final.

## Referências

- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília: OPAS; 2011.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 Supl. 1):1-51.
- Ferreira SRS, Bianchini IM, Glasenapp R, Nader EK, organizadores. *Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2009.
- Lucena MM, Medeiros JC, Dantas RCO. Conhecimento de Portadores de Hipertensão Arterial Acerca de seu Tratamento. *Fiep Bulletin* 2011; 81(spe. ed. - Article II):
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica-Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: MS; 2010. Nº 37.
- I Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente [Artigo Especial]. *Arq Bras Cardiol* 2012; 99(1):576-585.
- López-Jaramillo P, Sánchez RA, Diaz D, Cobos L, Bryce A, Parra-Carrillo JZ, Lizcano F, Lanas F, Sinay I, Sierra ID, Peñaherrera E, Bendersky M, Schmid H, Botero R, Urina M, Lara J, Foss MC, Márquez G, Harrap S, Ramirez AJ, Zanchetti A. Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2014; 58(3):205-225.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *DataSUS*. Brasília: MS; 2016.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Acompanhamento e avaliação da atenção primária*. Brasília: CONASS Documenta; 2004.
- Matumoto S, Vieira KCS, Pereira MJB, Santos CB, Fortuna CM, Mishima SM. Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20(4):[09 telas].
- Gbenga O, Plange-Rhule J, Gyamfi J, Chaplin W, Ntım M, Apusiga K, Khurshid K, Cooper R. A cluster-randomized trial of task shifting and blood pressure control in Ghana: study protocol. *Implementat Sci* 2014; 9:73.
- Stewart S1, Stocks NP, Burrell LM, de Looze FJ, Esterman A, Harris M, Hung J, Swemmer CH, Kurstjens NP, Jennings GL, Carrington MJ; VIPER-BP Study Investigators. More rigorous protocol adherence to intensive structured management improves blood pressure. *J Hypertens* 2014; 32(6):1342-1350.
- Maluf Júnior I, Zahdi MR, Unterstell N, Maluf EMCP, Sousa AB, Loures FD. Avaliação da Adesão de médicos ao Protocolo de Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(1):86-91.
- Codogno L, Toledo VP, Duran ECM. Consulta de enfermagem e hipertensão arterial na estratégia saúde da família: proposta de instrumento. *Rev Rene* 2011; 12(n. esp.):1059-1065.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358, 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. *Diário Oficial da União* 2009; 23 out.
- Rabetti AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Rev Saude Publica* 2011; 45(2):258-268.
- Alves BA, Calixto AATF. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst* 2012; 30(3):255-260.
- Dantas RCO. *Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde* [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2013.
- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3061-3068.
- Richardson RJ. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006; 29(5):489-497.
- Dancey C, Reidy J. *Estatística Sem Matemática para Psicologia Usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Malfatti CRM, Assunção NA. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1383-1388.
- Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DF. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2):232-239.
- Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje* 2009; 18(1):115-146.
- Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *RGO Revista Gestão Organizacional* 2013; 6(3):161-174.
- Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1357-1363.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Cad 37. Brasília: MS; 2013.
- Cavalcanti AM, Soares MS, Castellano Júnior FF, Sobania SRF, organizadores. *Protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2004.
- Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN, Liao D, Shaffer ML, Vela-Bueno A, Basta M, Bixler EO. Insônia com Sono de Curta Duração e Incidência de Hipertensão. *Penn State Coorte. Rev Bras Hipertens* 2013; 20(2):87-88.

32. Quintana JF. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. *Rev. SBPH* 2011; 14(1):3-17.
33. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saude Publica* 2010; 26(12):2389-2398.
34. Fonseca FCA, Coelho RZ, Nicolato R, Malloy-Diniz LF, Silva Filho HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(2):128-134.
35. Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(1):38-46.
36. Dias EM, Pereira RMN, Cavalcante HS, Ramalheiro NS, Silva NE, Carvalho Júnior MR. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém, PA. *Rev Med (São Paulo)* 2009; 88(3/4):191-198.
37. Santos SS, Vasconcelos DFSA. Hospitalizações por hipertensão arterial essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-2012. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* 2013; 12(n. esp.):465-471.
38. Tonello IMS, Nunes RMS, Panaro AP. Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação. *Inf. Inf.* 2013; 18(2):193-210
39. Santos JC, Moreira TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev. esc. enferm. USP* 2012; 46(5):1125-1132.
40. Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). O que é hipertensão. [acessado 2016 Set 25]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>

---

Artigo apresentado em 16/08/2016

Aprovado em 28/02/2017

Versão final apresentada em 01/03/2017