

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RAVÍ PIMENTEL PEREIRA

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUTOCUIDADO DE PACIENTES
HIPERTENSOS AMBULATORIAIS**

Porto Alegre
2018

RAVÍ PIMENTEL PEREIRA

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUTOCUIDADO DE PACIENTES
HIPERTENSOS AMBULATORIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Graziella Badin Aliti

Porto Alegre
2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, a qual abriu mão de muitas coisas para me proporcionar educação e apoio para eu chegar até aqui. Especialmente à minha mãe Silvana e minha avó Maria Antônia, obrigado.

À minha orientadora, Graziella Aliti, pela disponibilidade, pela paciência, oportunidades de aprendizado e por ser um exemplo profissional, obrigado.

À professora Eneida, pela oportunidade de crescimento profissional, por nos incentivar a ir além, sempre com muita exigência.

À enfermeira Christiane, pelo exemplo profissional, disponibilidade, conhecimentos transmitidos durante a graduação.

À enfermeira Luana, pela oportunidade de trabalharmos juntos no projeto primário o qual este trabalho foi oriundo e pelos conhecimentos transmitidos.

Às professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS, as quais não perderam o amor em ensinar e inovar, servindo de exemplo para meu futuro profissional.

Aos colegas do GEPECADI, obrigado pelo aprendizado nestes dois anos de grupo, vocês são os exemplos dos progressos científicos na Enfermagem.

Aos colegas bolsistas, obrigado pela companhia, oportunidades de aprendizado e trocas de experiências; missões cumpridas e por deixarem os turnos de trabalho mais leves.

Às amigas que fiz durante a graduação, obrigado por estarem comigo durante estes anos.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica de alta prevalência e o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e as mudanças no estilo de vida, que incluem adesão à dieta hipossódica e realização de atividade física regular, são fundamentais para o controle da pressão arterial e prevenção de complicações. Nesse contexto, o autocuidado é essencial e determinante para adesão ao tratamento e, conseqüentemente, para a manutenção adequada do estado de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar os fatores que contribuem para o autocuidado de pacientes hipertensos ambulatoriais. Este é um estudo transversal, realizado no ambulatório de hipertensão arterial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados foram coletados do banco de dados de um estudo primário, no período de janeiro a julho de 2017. Para mensurar os fatores envolvidos no autocuidado coletaram-se dados sociodemográficos e dados resultantes da aplicação da Escala de Autocuidado de Hipertensão. O nível de atividade física foi estabelecido pelo Questionário Internacional de Atividade Física, a adesão ao uso regular das medicações foi verificada pelo Questionário de Morisky e a identificação dos fatores que dificultam e facilitam a adesão à restrição dietética de sódio foi obtida pelo Questionário de Restrição de Sódio na Dieta. Foram incluídos pacientes hipertensos, ambulatoriais, em uso de dois ou mais anti-hipertensivos por mais de seis meses. Dos 100 pacientes incluídos, a média de idade foi de 61 ± 10 , predominantemente do sexo feminino (72%), com renda individual de 2,5 (1,7 – 4,0) salários mínimos. A mediana da pressão arterial sistólica foi de 139 (126 – 152) mmHg e da pressão arterial diastólica foi de 78 (71 – 90) mmHg. O manejo do autocuidado foi considerado não adequado em 65% da amostra. Quanto ao nível de atividade física, 34,8% foram classificados como baixo; 31,5%, moderado e 33,7%, alto. 50% da amostra foi considerada aderente ao uso regular de anti-hipertensivos. As medianas dos scores do DSRQ foram 36 (32 – 39) para a subescala de Atitude e Norma Subjetiva, 5 (3 – 7) para Percepção de Controle Comportamental e 9 (6 – 13) para Comportamento Dependente. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre: renda individual ($P=0,05$) e anos de estudo ($P=0,01$) quando associados com a Escala de Manejo do AC; o Questionário de Morisky e a Escala de Confiança do AC ($P=0,04$); e o Controle Comportamental com a Escala de Manutenção do AC ($P=0,01$). As demais associações realizadas não obtiveram diferenças estatisticamente significativas. Os achados deste estudo apontaram que fatores como renda e anos de estudo e adesão à medicação influenciaram no autocuidado adequado de pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Autocuidado. Hipertensão. Cooperação do Paciente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra. Porto Alegre, 2017.	24
Tabela 2 - Classificação do autocuidado por seção, segundo a Escala de Autocuidado de Hipertensão (EAC-HI). Porto Alegre, 2017.	25
Tabela 3 - Percentual de resposta ao questionário de Morisky. Porto Alegre, 2017.	26
Tabela 4 - Percentual de resposta à subescala de Atitude e Norma subjetiva (n=100). Porto Alegre, 2017.	26
Tabela 5 - Percentual de resposta à subescala de Percepção de controle comportamental (n=100). Porto Alegre, 2017.	28
Tabela 6 - Percentual de resposta à subescala de Comportamento dependente (n=100). Porto Alegre, 2017.	28
Tabela 7 - Associação das variáveis de interesse entre os pacientes que possuem autocuidado adequado e não adequado, segundo a EAC-HI. Porto Alegre, 2017.	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Apresentação do tema	8
1.2 Justificativa.....	8
1.3 Questão de pesquisa	9
1.4 Hipótese	9
1.4.1 Hipótese operacional.....	9
1.4.2 Hipótese nula	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	11
3.1.1 Conceito e classificação	11
3.1.2 Epidemiologia.....	13
3.1.3 Diagnóstico, fisiopatologia e fatores de risco	13
3.1.4 Tratamento	14
3.1.4.1 Adesão ao tratamento: conceito.....	14
3.1.4.2 Tratamento farmacológico.....	14
3.1.4.4 Tratamento não farmacológico.....	15
3.1.4.5 Adesão à restrição dietética de sódio.....	15
3.1.4.6 Atividade Física: conceito e mensuração	16
3.2 Autocuidado	17
3.2.1 Conceito	17
3.2.2 Escalas de mensuração do autocuidado.....	18
4 MÉTODO.....	20
4.1 Tipo de estudo.....	20
4.2 Campo de estudo	20
4.3 População e amostra	20
4.4 Coleta de dados	21
4.5 Análise dos dados	22
4.6 Aspectos éticos	23

5 RESULTADOS	24
5.1 Autocuidado	25
5.2 Atividade física	25
5.3 Adesão ao uso regular de anti-hipertensivos	25
5.4 Fatores que dificultam e facilitam a adesão à restrição dietética de sódio	26
5.4.4 Escores das três subescalas do DSRQ.....	28
5.5 Associação das variáveis de interesse entre os pacientes que possuem autocuidado adequado e não adequado, segundo a EAC-HI	29
6 DISCUSSÃO	32
7 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXO A – Escala de autocuidado de hipertensão (EAC-HI)	40
ANEXO B – Questionário internacional de atividade física (IPAQ)	44
ANEXO C – Questionário de Morisky.....	47
ANEXO D – Questionário de restrição de sódio na dieta (DSRQ)	48
ANEXO E – Protocolo de análise da versão curta do IPAQ.....	50
ANEXO F – Aprovação da COMPESQ/EENF	51
ANEXO G – Aprovação do CEP/HCPA.....	52
ANEXO H – Termo de compromisso para utilização de dados	53
APÊNDICE A – Dados clínicos e sociodemográficos.....	54
APÊNDICE B – Carta de autorização para uso de dados.....	56

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica de alta prevalência e o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e insuficiência renal. Se não diagnosticada e tratada precocemente pode levar a muitas morbidades e ao óbito (JAMES et al., 2014).

Com a alta prevalência, tanto mundial quanto no Brasil, a HAS é um grande problema de saúde pública. Estima-se que 36 milhões de adultos brasileiros possuam o diagnóstico de HAS, cerca de 60% da população idosa do país é hipertensa (MALACHIAS et al., 2016). Além disso, por conta do sedentarismo e comportamentos de saúde não saudáveis, o índice de mortalidade de pacientes hipertensos tem aumentado durante a última década (RIBEIRO et al., 2016).

A adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e as mudanças no estilo de vida, que incluem adesão à dieta hipossódica e realização de atividade física regular, são fundamentais para o controle da pressão arterial (PA) e prevenção de complicações. A baixa adesão ao tratamento tem sido descrita como importante barreira para o controle adequado da PA. Por se tratar de um tratamento complexo e que exige mudanças no estilo de vida, pouco mais da metade dos pacientes consegue manter a PA controlada (WEBER et al., 2014). Nesse contexto, o autocuidado (AC) é essencial e determinante para adesão ao tratamento e, conseqüentemente, para a manutenção adequada do estado de saúde. Define-se autocuidado como o processo de decisão que envolve comportamentos para manutenção da estabilidade fisiológica (manutenção) e as respostas aos sintomas quando estes ocorrem (manejo) (RIEGEL; DICKSON, 2008).

1.2 Justificativa

Fatores como características pessoais, manejo dos problemas relacionados com a HAS e fatores ambientais são determinantes para a manutenção do autocuidado efetivo, entretanto, existem fatores desconhecidos que podem ser

determinantes para o autocuidado (PRESSLER et al., 2010; RIEGEL; DICKSON, 2008). O AC pode ser mensurado por meio de escalas que avaliam se esse comportamento é adequado ou não. Em pacientes hipertensos, a avaliação do AC pode ser realizada através da utilização de uma escala recentemente adaptada para uso no Brasil, a qual abrange o autocuidado em três dimensões (manutenção, manejo e confiança) e identifica qual dimensão está deficiente e deve ser alvo de intervenções para melhora do AC e conseqüentemente para melhora do estado de saúde (SILVEIRA et al., 2017).

Durante as experiências como acadêmico de enfermagem e bolsista de iniciação científica, o autor (RPP) participou de projetos de pesquisa na área de cardiologia, principalmente sobre hipertensão, nos quais foi possível presenciar as dificuldades que os pacientes ambulatoriais enfrentam para seguir o tratamento e gerenciar o autocuidado.

1.3 Questão de pesquisa

Considerando a importância de aprofundar os estudos sobre hipertensão e autocuidado, este estudo propõe a seguinte questão de pesquisa: “Quais fatores contribuem para o autocuidado de pacientes hipertensos ambulatoriais?”.

1.4 Hipótese

1.4.1 Hipótese operacional

Os fatores nível de atividade física, adesão ao uso regular das medicações e adesão à dieta hipossódica estão associados ao autocuidado adequado.

1.4.2 Hipótese nula

Os fatores nível de atividade física, adesão ao uso regular das medicações e adesão à dieta hipossódica não estão associados ao autocuidado adequado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os fatores que contribuem para o autocuidado de pacientes hipertensos ambulatoriais.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o autocuidado dos pacientes hipertensos por meio da Escala de Autocuidado de Hipertensão (EAC-HI).
- Verificar o nível de atividade física dos pacientes hipertensos, segundo o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).
- Verificar o comportamento de adesão do paciente em relação ao uso da medicação anti-hipertensiva por meio do Questionário de Adesão de Morisky.
- Identificar fatores que dificultam e facilitam a adesão à restrição dietética de sódio nos pacientes hipertensos, por meio do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (DSRQ).
- Verificar a associação de características sociodemográficas e clínicas, do nível de atividade física, do comportamento de adesão do paciente em relação ao uso da medicação e dos fatores que facilitam ou dificultam a adesão à restrição dietética de sódio entre os pacientes que possuem autocuidado adequado e não adequado, segundo a Escala de Autocuidado de Hipertensão (EAC-HI).

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura deste trabalho aborda os aspectos conceituais, epidemiológicos e clínicos relacionados à HAS, adesão ao tratamento, adesão à dieta hipossódica e atividade física.

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

3.1.1 Conceito e classificação

A HAS é uma condição clínica multifatorial, definida como parâmetros elevados e sustentados de PA \geq 140 mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 90 mmHg de pressão arterial diastólica (PAD). Frequentemente é associada a alterações funcionais e lesões em órgãos-alvo, alterações metabólicas e agravada por outros fatores de risco como obesidade, diabetes mellitus e dislipidemias; aumentando o risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MALACHIAS et al., 2016).

A íntima relação entre pressão arterial e os eventos cardiovasculares e renais tornam difícil o estabelecimento de um ponto de corte entre níveis pressóricos normais e a HAS. Entretanto, na prática clínica, os pontos de corte são universalmente utilizados e facilitam o diagnóstico e as decisões sobre o tratamento. As recomendações quanto às classificações não haviam mudado desde 2003 e permaneceram na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, publicada em 2016 (MALACHIAS et al., 2016; MANCIA et al., 2013). Recentemente, a *American Heart Association* (AHA), publicou o *Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults*, reclassificando os estágios da HAS (PAUL et al., 2017).

A diretriz brasileira considera normotensão quando os valores de medida de PA em consultório são \leq 120/80 mmHg e as medidas fora dele (medida ambulatorial de pressão arterial ou medida residencial de pressão arterial) confirmam valores considerados normais. A pré-hipertensão é definida pela presença de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg. O efeito do avental branco ocorre quando há diferença entre as medidas de PA no consultório e fora dele (quando a diferença é

maior que 20 mmHg na PAS e 10mmHg na PAD). Hipertensão do avental branco é caracterizada por valores elevados de PA aferida por profissional de saúde no consultório, mas com valores normais pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial de 24 Horas (MAPA-24H) ou residencial (MRPA) de PA, a MRPA é o registro da PA, quando realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada e a MAPA é um método que permite o registro da PA durante 24 horas. Hipertensão mascarada ocorre quando as medidas de PA em consultório estão normais e as medidas por MAPA ou MRPA estão elevadas. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS \geq 140 mm Hg e PAD $<$ 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3. Os valores que definem HAS estão expressos no Quadro 1 (MALACHIAS et al., 2011, 2016).

Quadro 1 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade, conforme diretriz brasileira. Porto Alegre, 2017.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	\leq 120	\leq 80
Pré-hipertensão	121–139	81–89
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 – 179	100 – e109
Hipertensão Estágio 3	\geq 180	\geq 110

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2016.

*Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

A nova classificação da HAS pela AHA, alterou os estágios de hipertensão, classificando em PA normal, elevada, estágio 1 e estágio 2. Os valores da nova classificação estão apresentados no quadro abaixo (PAUL et al., 2017).

Quadro 2 – Classificação da PA, conforme classificação da AHA. Porto Alegre, 2017.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	$<$ 120	$<$ 80
Elevada	120 – 129	$<$ 80
Hipertensão Estágio 1	130 – 139	80 – 89
Hipertensão Estágio 2	\geq 140	\geq 90

Fonte: American Heart Association, 2017.

*Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

3.1.2 Epidemiologia

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estima-se que até 2030, 41% dos norte-americanos terão o diagnóstico de hipertensão arterial (BORG I et al., 2015). No Brasil, a HAS atinge cerca de 22,5% dos adultos, a prevalência varia entre 22 e 44%. Estima-se que 60% da população idosa possui o diagnóstico de hipertensão (BRASIL., 2013; MALACHIAS et al., 2016)

Sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento de DCV, a HAS contribui direta ou indiretamente com 50% das mortes por estas doenças. Estudos demonstram que a HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE e 75% com insuficiência cardíaca (IC), além de ser responsável por aproximadamente 51% das mortes por AVE e 45% das mortes por doença cardíaca (MALACHIAS et al., 2016).

Ao longo do tempo, as taxas de mortalidade por doença hipertensiva vêm aumentando, enquanto as taxas de mortalidade por IAM e IC e outras DCV estão diminuindo. Desde a transição epidemiológica ocorrida no final da década de 60, a DCV é a principal causa de mortalidade na população brasileira e há uma tendência a aumentar devido a transição demográfica que está ocorrendo no país, com o consequente aumento do número de idosos. Além de contribuir com as altas taxas dos custos do Sistema Único de Saúde, a HAS tem alto impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (MALACHIAS et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016).

3.1.3 Diagnóstico, fisiopatologia e fatores de risco

O diagnóstico de HAS sofreu algumas alterações desde a possibilidade de medidas fora do consultório com o MAPA-24H e com a MRPA, que possibilitou a identificação de outros comportamentos da PA, antes desconhecidos, como a hipertensão do avental branco, que devem ser levados em conta ao se realizar o diagnóstico. A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial aferidas no consultório, em duas visitas e com PA \geq 140 mmHg de PAS e \geq 90 mmHg de PAD ou através da investigação com MAPA-24H em

indivíduos com baixo ou médio risco cardiovascular ou com MAPA-24H e PAS em 24 horas ≥ 130 mmHg ou PAS em 24 horas ≥ 80 mmHg ou em apenas uma consulta em indivíduos com risco cardiovascular alto e PAS ≥ 140 mmHg e PAS ≥ 90 mmHg (NOBRE, 2015; MALACHIAS et. al., 2016).

A HAS é multifatorial e poligênica, dependente de fatores como o ambiente e a dieta. As causas completas ainda não estão bem estabelecidas, sabe-se que o sistema renina-angiotensina-aldosterona tem um importante papel na regulação cardiovascular e equilíbrio homeostático. Existe a influência de vários mediadores, receptores e mecanismos celulares que estão envolvidos da gênese da hipertensão. Um desequilíbrio deste sistema pode causar a HAS (WATANABE; CASARINI, 2015).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, destacam-se: idade avançada, sexo feminino, pessoas negras, excesso de peso e obesidade, consumo excessivo de sódio, ingestão de álcool, fatores socioeconômicos: baixa escolaridade, baixa renda; e fatores genéticos (MALACHIAS et al., 2016).

3.1.4 Tratamento

3.1.4.1 Adesão ao tratamento: conceito

A adesão é definida como comportamento de um paciente perante recomendações de profissionais da saúde em relação ao uso das medicações, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida. Adesão ao tratamento depende da decisão do paciente e dos esclarecimentos dos os objetivos do tratamento (TAVARES D et al., 2016).

Estima-se que 25% dos pacientes não usam a medicação prescrita no início do tratamento e apenas um a cada cinco pacientes hipertensos possui adesão suficiente para se beneficiar do tratamento proposto. A não adesão contribui para a PA não controlada. A investigação da não adesão é fundamental para o estabelecimento do impacto em desfechos clínicos como eventos cardiovasculares, internações, entre outros (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; PAUL et al., 2017).

3.1.4.2 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico visa a redução da morbimortalidade por DCV. Há evidências de ensaios clínicos em que os desfechos demonstram que é benéfico o uso de diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores Tipo I da Angiotensina II (AT1). Estudos mostram que os benefícios do uso de betabloqueadores são menores quando comparados com outros grupos e devem ser usados em situações específicas. Dentre os efeitos adversos do uso de fármacos anti-hipertensivos destacam-se: hipotensão, bradicardia e disfunção erétil. A não adesão ao tratamento possui relação significativa com a ocorrência dos efeitos adversos, sendo um dos principais motivos para não adesão (MALACHIAS et al., 2016; MALDANER et al., 2008).

Em 1986 foi proposto um questionário para mensurar o comportamento de adesão ao uso regular das medicações. Este questionário é composto por quatro perguntas fechadas, avalia o comportamento autorrelatado do paciente em relação ao uso da medicação quanto ao esquecimento, descuido com horários e condutas do paciente quando se sente bem ou mal com a medicação. Cada pergunta vale um ponto quando a resposta é não, considera-se aderente o paciente que atingir quatro pontos e não aderente o que atingir três pontos ou menos (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

3.1.4.4 Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico envolve controle de peso, adesão à dieta hipossódica, realização de atividades físicas regulares, cessação do tabagismo, controle do estresse e redução no consumo de álcool. O tratamento da HAS com equipe multiprofissional demonstra melhores resultados no controle da PA e na adesão ao tratamento (MALACHIAS et al., 2016).

3.1.4.5 Adesão à restrição dietética de sódio

A adesão à dieta hipossódica é determinante para manutenção dos níveis pressóricos normais. Dados da literatura indicam que a restrição sódica é difícil de ser seguida pelo paciente. A falta de conhecimento, alto conteúdo de sódio nos alimentos industrializados e a palatabilidade constituem barreiras para adesão (D'ALMEIDA, 2012).

No Brasil, estima-se que o consumo de sódio é maior que o dobro do limite recomendado de ingestão nutricional, que é de 2g diariamente, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde. A conscientização quanto ao consumo adequado de sal fez o consumo do sal disponível no domicílio diminuir na população brasileira, entretanto houve um aumento da disponibilidade dos alimentos processados ricos em sódio. Não existem estudos comparando o consumo de sódio no domicílio com as refeições realizadas fora do domicílio, presume-se que as refeições realizadas fora do domicílio (restaurantes) possuam maior teor de sódio, sendo assim, a estimativa do consumo brasileiro está subestimada (SARNO et al., 2013).

Recentemente validado para uso no Brasil, o Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (DSRQ) identifica fatores que facilitam ou afetam a adesão à restrição dietética de sódio. É composto por questões relacionadas às barreiras e atitudes/crenças em seguir uma dieta hipossódica. Divide-se em três subescalas do tipo Likert, de 1 a 5 pontos (D'ALMEIDA, 2012).

A subescala de Atitude e Norma Subjetiva é composta por oito itens que avaliam as crenças dos pacientes sobre o comportamento de adesão e a importância de outras pessoas aprovarem ou reprovarem sua conduta em relação ao sódio e vai de 8 a 40 pontos; a subescala de Controle Comportamental Percebido é composta por três itens que avaliam o quanto capaz é o paciente em identificar barreiras quanto ao consumo de sódio e vai de 3 a 15 pontos; e a subescala de Comportamento Dependente avalia a presença de barreiras e facilitadores para seguir a dieta hipossódica e vai de 4 a 20 pontos. Os escores de cada subescala são calculados com a soma simples dos pontos obtidos. A subescala de Controle Comportamental Percebido e a de Comportamento Dependente são inversas, ou seja, quanto menor a pontuação, melhor o comportamento esperado (BARILLI, 2015; D'ALMEIDA, 2012).

3.1.4.6 Atividade Física: conceito e mensuração

Atividade física é definida como movimento corporal resultante da atividade muscular esquelética que gere um gasto energético acima do nível basal. Esta definição é ampla, incorporando diversas formas de movimento, sendo qualquer

atividade que gaste calorias, como: caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas. A prática regular de atividade física é benéfica e deve ser incentivada em toda a população, tanto para prevenção da hipertensão quanto para o tratamento; esta prática reduz a morbimortalidade por DCV (MALACHIAS et al., 2016).

Dentre os métodos de mensuração do nível de atividade física, destaca-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), validado para uso no Brasil. O IPAQ é um método subjetivo de mensuração, proposto pela Organização Mundial da Saúde e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos para padronizar e permitir a comparação entre estudos em diferentes países e populações. A versão curta é composta por quatro itens genéricos que incluem atividades vigorosas, as quais demandam um grande esforço físico e fazem respirar muito mais forte que o normal e aumentam muito os batimentos do cardíacos; as moderadas que demandam algum esforço físico e fazem o indivíduo respirar um pouco mais forte que o usual; além do deslocamento e tempo de permanência sentado em um período de recordação referente aos últimos sete dias ou uma semana usual. Este instrumento classifica os indivíduos em três níveis de atividade física: baixo, moderado e alto. Para análise uniforme do IPAQ, é recomendado o uso de protocolos propostos, considerando tipo de atividade física realizada, o tempo em atividade e o número de dias (GUSTAVO, 2009).

3.2 Autocuidado

3.2.1 Conceito

Especialistas concordam que autocuidado é o processo de manutenção do estado de saúde através de práticas de promoção da saúde e manejo de condições clínicas. O AC é fundamental para prevenção e controle de doenças crônicas (RIEGEL; DICKSON, 2008).

Define-se autocuidado, no âmbito da cardiologia, como o processo de decisão que envolve comportamentos para manutenção da estabilidade fisiológica e as respostas aos sintomas quando estes ocorrem. A manutenção da estabilidade

fisiológica envolve adesão a estilo de vida saudável, adesão às medicações e à monitorização dos sintomas da doença. O manejo é um processo ativo que inicia com o reconhecimento de alterações na saúde, a avaliação destas alterações, a tomada de decisão, implementação de uma estratégia para o tratamento e termina com a avaliação do tratamento implementado, por exemplo, um paciente hipertenso que ao aferir a PA, identifica parâmetros alterados e elevados e toma uma medicação anti-hipertensiva e após, verifica a PA novamente para avaliar o quanto a medicação fez efeito e se a PA está dentro da normalidade (RIEGEL; DICKSON, 2008).

3.2.2 Escalas de mensuração do autocuidado

O AC pode ser mensurado através de escalas e questionários. Uma revisão sistemática da literatura, a qual objetivou identificar as escalas que medem o autocuidado em pacientes hipertensos revelou que a maioria dos instrumentos possui confiabilidade e validade insuficientes; a aplicabilidade clínica destes instrumentos é limitada pela capacidade de abranger os comportamentos de autocuidado em hipertensão e adesão à medicação (HAN et al., 2014). Entretanto, pesquisadoras norte-americanas validaram uma escala para mensurar o AC em pacientes hipertensos. Este instrumento, recentemente, foi adaptado para uso no Brasil: Escala de Autocuidado de Hipertensão (EAC-HI), este instrumento abrange as três dimensões do AC: manutenção, manejo e confiança; permitindo identificar qual está deficiente e deve ser alvo de intervenções para melhora do AC (SILVEIRA, 2015).

A EAC-HI é composta por três escalas tipo Likert, de 1 a 4 pontos: Escala de Manutenção, Escala de Manejo e Escala de Confiança. A Escala de Manutenção possui 12 questões sobre a frequência com que as orientações, que normalmente são dadas aos pacientes hipertensos, são seguidas; a pontuação vai de um (nunca ou raramente) a quatro (sempre ou diariamente). A Escala de Manejo é composta por seis questões que abordam a probabilidade do paciente realizar alguma medida para controlar a pressão arterial; as questões vão de um (improvável) a quatro (muito provável). Seis questões compõem a Escala de Confiança, que vai de um (não confiante) a quatro (extremamente confiante) que mensura a confiança que o paciente tem no momento de realizar determinados cuidados. Cada escala possui

uma pontuação que varia de 0 a 100, o AC é considerado adequado para pontuações maiores ou iguais a 70 (SILVEIRA, 2015).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, oriundo de um ensaio clínico randomizado (ECR) (estudo primário) intitulado “Efeito da Entrevista Motivacional como Estratégia na Redução da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos Acompanhados em Clínica Especializada”, que objetivou testar o efeito da entrevista motivacional na redução da pressão arterial.

De acordo com Hulley et al. (2015), os estudos transversais são aqueles nos quais os fatores e as características de uma população são medidas em um determinado momento. São estudos de prevalência que permitem levantar hipóteses acerca de determinadas questões que, no presente estudo, são os fatores que interferem no autocuidado de pacientes hipertensos.

4.2 Campo de estudo

Este estudo foi realizado no ambulatório de HAS, referência em tratamento de pacientes hipertensos. O ambulatório funciona nas segundas e quartas-feiras à tarde, em seis consultórios da Zona 12 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os pacientes foram captados neste ambulatório e encaminhados ao Centro de Pesquisa Clínica do HCPA para avaliação inicial e demais procedimentos do estudo primário.

4.3 População e amostra

Inicialmente, amostra foi constituída pelos pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade utilizados no ECR: foram incluídos pacientes adultos, em acompanhamento regular no ambulatório de hipertensão do HCPA, em uso de dois ou mais anti-hipertensivos por mais de seis meses e excluídos pacientes com doenças inflamatórias crônicas e agudas, bem como diabetes mellitus tipo 1 e 2, doenças do trato gastrointestinal, aqueles que fazem acompanhamento no

ambulatório de nutrição e pacientes com déficits cognitivos ou sequelas neurológicas que impediam a compreensão dos questionários.

Posteriormente, ampliou-se a população para pacientes externos à instituição, medida necessária para que fosse possível completar a amostra do ECR. Os critérios de inclusão e exclusão permaneceram os mesmos, exceto pela necessidade de acompanhamento ambulatorial no HCPA.

Com base em um estudo prévio realizado com a mesma população de hipertensos, com um alfa menor ou igual a 0,05; o tamanho da amostra do ECR foi estimado em 100 pacientes, considerando como desfecho primário uma redução de 8 mmHg na PAS (CORREA et al., 2014). Somando-se 20% de perdas, a amostra final foi de 120 pacientes. A amostra do presente estudo foi composta de 100 pacientes do ECR.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados de janeiro a julho de 2017. A partir da consulta ao banco de dados do estudo primário, pré-intervenção do ECR, as variáveis de interesse foram reunidas no banco de dados deste estudo.

Para o presente estudo foram coletados os dados de todos os pacientes do ECR, tanto do grupo controle quanto do grupo intervenção. Os dados clínicos e sociodemográficos: idade (anos), sexo (feminino/masculino), cor (branca, não branca), escolaridade (anos de estudo), peso (em Kg), renda familiar (salário mínimo, em reais, de cada membro da família), tempo de acompanhamento no ambulatório de hipertensão (anos), tempo de diagnóstico HAS (anos), sinais vitais e medidas antropométricas foram coletados por um instrumento elaborado pelo autor (APÊNDICE A).

Para mensurar fatores envolvidos no autocuidado de pacientes hipertensos coletaram-se dados resultantes da aplicação da EAC-HI (ANEXO A), o nível de atividade física foi estabelecido pelo IPAQ (ANEXO B), a adesão ao uso regular das medicações foi verificada pelo do Questionário de Morisky (ANEXO C) e a identificação dos fatores que dificultam e facilitam a adesão à restrição dietética de sódio foi pelo DSRQ (ANEXO D), no total, estes questionários e escalas levaram aproximadamente 40 minutos para serem aplicados.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha Excel® e analisados no programa estatístico SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* v.18.

A análise dos dados foi retrospectiva. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão ou mediana e intervalo interquartilico (percentil 25 e 75). As variáveis categóricas foram expressas em número absoluto e percentuais. Qui-quadrado foi utilizado para as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores da Escala de Autocuidado. A comparação das variáveis quantitativas entre grupos (autocuidado adequado e autocuidado inadequado) foi realizada por meio do teste *t* de Student ou *Mann-Whitney*, conforme distribuição dos dados. O nível de significância adotado foi $P \leq 0,05$.

Para o cálculo do escore de autocuidado, pesquisadores indicam o uso da fórmula abaixo (ÁVILA, 2012).

- Escore de Manutenção do AC: $100 = (\text{soma da seção A} - 12) * x$
- Escore de Manejo do AC: $100 = (\text{soma da seção B} - 6) * x$
- Escore de Confiança do AC: $100 = (\text{soma da seção C} - 6) * x$

* multiplicação

O nível de atividade física foi classificado conforme a orientação das diretrizes de análise do IPAQ. Inicialmente foi calculada a unidade MET-minuto-semana, esta unidade padroniza a estimativa de equivalentes metabólicos (MET) em cada tipo de atividade realizada. Após o cálculo de MET-minutos-semana e, considerando tipo de atividade física realizada, o tempo em atividade e o número de dias, foi estabelecido o nível de atividade física conforme protocolo de análise (ANEXO E) (GUSTAVO, 2009).

4.6 Aspectos éticos

Os preceitos bioéticos foram respeitados e seguidos de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O ECR “Efeito da entrevista motivacional como estratégia na redução da pressão arterial em pacientes hipertensos acompanhados em clínica especializada” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o número 16-0225. O presente estudo foi registrado na Comissão de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) (ANEXO F), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o número 17-0141 (ANEXO G). Foi assinado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO H) e o uso do banco de dados do estudo primário foi autorizado pela pesquisadora principal, conforme Carta de Autorização para Uso de Dados (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

Os dados foram coletados de 100 pacientes provenientes do ECR. Não houve perdas. Destes pacientes, 18 foram recrutados fora do HCPA, por meio de divulgação em mídias sociais (jornais de grande circulação e *Facebook* institucional).

A idade média da amostra foi de 61±10 anos, predominantemente do sexo feminino. A mediana do tempo de diagnóstico de HAS foi de 15 anos e de acompanhamento médico foi de 10 anos. A Tabela 1 apresenta as demais características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	Amostra (n=100)
Idade, anos*	61± 10
Sexo (feminino)	72 (72%)
Cor (branca)	71 (71%)
Escolaridade, anos*	8 (5 – 11)
Profissionalmente inativo	51 (51%)
Renda individual, salários mínimos*	2,5 (1,7 – 4,0)
Índice de massa corporal, Kg/m ² *	29 (26,5 – 32,5)
Circunferência da cintura, cm [†]	98 ± 11
Pacientes ambulatoriais	82 (82%)
Tempo de diagnóstico, anos*	15 (8 – 24)
Tempo de acompanhamento, anos*	10 (5 – 20)
Pressão arterial sistólica, mmHg*	139 (126 – 152)
Pressão arterial diastólica, mmHg*	78 (71 – 90)
Medicações	
Diurético	85 (85%)
Beta-bloqueador	64 (64%)
Bloqueador canal de cálcio	48 (48%)
Inibidor da ECA	44 (44%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Variáveis categóricas expressas como n (%); * mediana e intervalo interquartilico e † média ± desvio padrão. ECA: Enzima conversora da angiotensina. Salário mínimo na época do estudo: R\$ 937,00.

5.1 Autocuidado

O autocuidado, classificado em adequado (>70 pontos) e não adequado (<70 pontos), por seção, está apresentado na Tabela 2. Em 58% dos pacientes a manutenção foi identificada como sendo adequada; o manejo foi considerado adequado em 35% dos pacientes e em 86% a confiança foi considerada adequada.

Tabela 2 - Classificação do autocuidado, por seção, segundo a Escala de Autocuidado de Hipertensão (EAC-HI). Porto Alegre, 2017.

Dimensão	Autocuidado				Total
	Adequado		Não adequado		
	>70	Escore	<70	Escore	
Manutenção	58 (58%)	80,3±6,7*	42 (42%)	60,9±7,0*	100 (100%)
Manejo	35 (35%)	82,3±8,2*	65 (65%)	50,70±15,5*	100 (100%)
Confiança	86 (86%)	94,04±8,4*	14 (14%)	53,9±13,8*	100 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Variáveis categóricas expressas como n (%); *média ± desvio padrão.

5.2 Atividade física

Com relação aos níveis de atividade física, indicados pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), 32 (34,8%) pacientes foram classificados como baixo nível, 29 (31,5%) pacientes como moderado e 31 pacientes (33,7%) foram classificados com alto nível de atividade física.

5.3 Adesão ao uso regular de anti-hipertensivos

A adesão ao uso regular de anti-hipertensivos foi verificada em 50% da amostra estudada, a Tabela 3 apresenta o percentual de resposta do questionário de Morisky.

Tabela 3 - Percentual de resposta ao questionário de Morisky. Porto Alegre, 2017.

Perguntas	Respostas		Total
	Sim	Não	
O Sr. (a) às vezes esquece de tomar os seus remédios?	20 (20%)	80 (80%)	100 (100%)
O Sr. (a) às vezes se descuida quanto ao horário de tomar os seus remédios?	44 (44%)	56 (56%)	100 (100%)
Quando o Sr. (a) se sente bem, às vezes deixa de tomar os seus remédios?	5 (5%)	95 (95%)	100 (100%)
Quando o Sr. (a) se sente mal com os remédios, às vezes deixa de toma-los?	6 (6%)	94 (94%)	100 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.
Variáveis expressas como n (%).

5.4 Fatores que dificultam e facilitam a adesão à restrição dietética de sódio

Os fatores que dificultam e facilitam a adesão à restrição dietética de sódio, avaliados pelo DSRQ estão apresentados nas Tabelas 4, 5 e 6 abaixo.

Tabela 4 - Percentual de resposta à subescala de Atitude e Norma Subjetiva (n=100). Porto Alegre, 2017.

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo totalmente	Total
É importante eu seguir uma dieta com pouco sal	1%	0%	0%	0%	89%	100%

Continua.

Tabela 4 - Percentual de resposta à subescala de Atitude e Norma Subjetiva (n=100). Porto Alegre, 2017. Continuação.

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo totalmente	Total
Fazer uma dieta com pouco sal irá evitar que haja acúmulo de líquido no meu corpo.	3%	1%	14%	10%	72 (72%)	100%
Seguir uma dieta com pouco sal evita que eu tenha inchaço.	5%	4%	12%	10%	69%	100%
Fazer uma dieta com pouco sal me ajudará a respirar com mais facilidade.	2%	1%	47%	10%	40%	100%
Quando sigo uma dieta com pouco sal, sinto-me melhor.	2%	1%	15%	18%	64%	100%
Seguir uma dieta com pouco sal manterá meu coração saudável.	1%	1%	10%	21%	67%	100%
Meu cônjuge e outros membros da família acham que eu deveria seguir uma dieta com pouco sal.	7%	3%	10%	13%	67%	100%
Geralmente eu quero fazer o que meu médico acha que eu devo fazer.	1%	3%	5%	21%	70%	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.
Variáveis expressas como n (%).

Tabela 5 - Percentual de resposta à subescala de Percepção de Controle Comportamental (n=100). Porto Alegre, 2017.

Questões	De jeito nenhum	Pouco	Neutro	Impede	Impede Muito	Total
Eu não entendo ou não sei como. (Eu não entendo: a importância do controle de sal. Não sei como: outra pessoa cozinha e não tem como controlar a quantidade de sal).	61%	17%	4%	9%	9%	100%
O gosto dos alimentos com pouco sal.	57%	20%	6%	9%	8%	100%
Não tenho força de vontade para mudar minha dieta.	63,6%	16,2%	3%	9,1%	8,1%	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.
Variáveis expressas como n (%).

Tabela 6 - Percentual de resposta à subescala de Comportamento Dependente (n=100). Porto Alegre, 2017.

Questões	De jeito nenhum	Pouco	Neutro	Impede	Impede Muito	Total
Não consigo escolher comida com pouco sal em restaurantes.	39,4%	22,2%	4%	9,2%	15,2%	100%
Os restaurantes de que eu gosto não servem comida com pouco sal.	43,9%	16,3%	4,1%	21,4%	14,3%	100%
Não consigo escolher alimentos com pouco sal no supermercado.	46,9%	20,4%	6,1%	11,2%	15,2%	100%
O que eu gosto de comer não tem pouco sal.	46%	15%	7%	16%	16%	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.
Variáveis expressas como n (%).

5.4.4 Escores das três subescalas do DSRQ

A mediana do escore da subescala de Atitude e Norma Subjetiva foi de 36 (32 – 39), da subescala de Percepção de Controle Comportamental foi de 5 (3 – 7) e a de Comportamento Dependente foi de 9 (6 – 13) pontos, os valores de referência dos escores para cada subescala varia de 5 a 40 pontos; 3 a 15 pontos de 4 a 20 pontos, respectivamente. Estas duas últimas escalas citadas são inversos, ou seja, quando menor a pontuação, melhor o comportamento esperado.

5.5 Associação das variáveis de interesse entre os pacientes que possuem autocuidado adequado e não adequado, segundo a EAC-HI

As associações entre as variáveis e as escalas de autocuidado estão representadas na Tabela 5. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre: renda individual ($P=0,05$) e anos de estudo ($P=0,01$) quando associados com a Escala de Manejo; a adesão ao uso regular dos anti-hipertensivos (Morisky) e a Escala de Confiança ($P=0,04$); e o Controle Comportamental com a Escala de Manutenção ($P=0,01$). As demais associações realizadas, não foram estatisticamente significativas.

Tabela 7 - Associação das variáveis de interesse entre os pacientes que possuem autocuidado adequado e não adequado, segundo a EAC-HI. Porto Alegre, 2017.

	Autocuidado								
	Manutenção			Manejo			Confiança		
	A	NA	P	A	NA	P	A	NA	P
Sociodemográficas e clínicas									
Idade, anos †	62±10	61±10	0,74	59±10	63±10	0,058	61±10	64±10	0,31
Sexo, masculino (%)	60,7	39,3	0,73	28,6	71,4	0,40	82,1	17,9	0,48
Cor, branca (%)	54,9	45,1	0,33	33,8	66,2	0,69	83,1	16,9	0,19
Índice de massa corporal, Kg/m ² *	28 (25-32)	26 (23-30)	0,13	30 (26-32)	28 (25-32)	0,42	29 (26-32)	28 (24-32)	0,46
Circunferência da cintura, cm †	97±10	99±11	0,29	99±10	97±11	0,58	98±11	97±13	0,83
Tempo diagnóstico HAS*	15 (8-28)	14,5 (8-23)	0,36	12 (5-20)	15 (9-28)	0,14	15 (8-27)	14 (18-10)	0,30
Tempo acompanhamento médico*	10 (5-19)	10 (4-20)	0,65	10 (4-17)	10 (7-20)	0,15	10 (5-20)	13 (9-15)	0,73
Pressão arterial sistólica, mmHg*	139 (126-158)	125 (118-137)	0,69	138 (127-151)	139 (126-152)	0,84	139 (126-154)	130 (123-144)	0,20
Pressão arterial diastólica, mmHg*	78 (70-93)	80 (89-70)	0,78	81 (74-91)	77 (69-89)	0,31	78 (71-91)	74 (60-83)	0,14
Renda individual, em SM*	2,2 (1,5-4,1)	3,0 (2,0-4,0)	0,82	3,0 (2,0-5,0)	2,0 (1,5-3,0)	0,05	2,2 (1,5-4,0)	3 (2,7-4,0)	0,33
Anos de estudo*	8 (5-11)	8 (5-11)	0,76	11 (6-12)	8 (4-11)	0,01	8 (5-11)	5 (4-11)	0,19

Continua.

Legenda: A- adequado; NA - não adequado. Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Variáveis categóricas expressas como n (%), Teste Qui-Quadrado de Pearson; * mediana e intervalo interquartilico, Teste U de Mann-Whitney; e † média ± desvio padrão, Teste *t* de Student. ECA: Enzima conversora da angiotensina. Salário mínimo na época do estudo: R\$ 937,00.

Tabela 7 - Associação das variáveis de interesse entre os pacientes que possuem autocuidado adequado e não adequado, segundo a EAC-HI. Porto Alegre, 2017.
Continuação.

	Autocuidado								
	Manutenção			Manejo			Confiança		
	A	NA	P	A	NA	P	A	NA	P
Atividade Física (IPAQ)									
Baixo (%)	51,5	48,5	0,45	36,4	63,6	0,88	90,9	9,1	0,25
Moderado (%)	68	32	0,45	32	68	0,88	92	8	0,25
Alto (%)	58,8	41,2	0,45	38,2	61,8	0,88	79,4	20,6	0,25
Adesão à medicação (Morisky)									
Aderentes (%)	62	38	0,41	38	62	0,52	94	6	0,04
Não aderentes (%)	54	46	0,41	32	68	0,52	78	22	0,04
Adesão à restrição dietética de sódio (DSRQ)									
Atitude e Norma subjetiva*	37 (33-40)	35 (32-38)	0,61	37 (35-40)	36 (31-35)	0,17	36 (33-39)	34 (30-37)	0,09
Controle Comportamental*	4 (3-6)	6 (3-9)	0,01	5 (3-7)	5 (3-7)	0,46	5 (3-7)	5 (3-8)	0,75
Comportamento dependente*	8 (5-12)	9 (7-15)	0,12	9 (7-13)	8 (4-12)	0,42	9 (6-12)	10 (6-15)	0,45

Legenda: A : adequado; NA: não adequado. Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Variáveis categóricas expressas como n (%), Teste Qui-Quadrado de Pearson; * mediana e intervalo interquartilico, Teste U de Mann-Whitney; e † média ± desvio padrão, Teste t de Student. ECA: Enzima conversora da angiotensina. Salário mínimo na época do estudo: R\$ 937,00.

6 DISCUSSÃO

Este estudo analisou os fatores que contribuem para o autocuidado de pacientes hipertensos ambulatoriais, explorando a relação das dimensões do autocuidado (manutenção, manejo e confiança) com as principais medidas farmacológicas e não farmacológicas (atividade física, a adesão ao uso regular de anti-hipertensivos e à dieta hipossódica) implicadas no controle da PA.

Ao contrário de estudos que investigaram o conhecimento, compreensão e autocuidado de pacientes com HAS, os indivíduos incluídos no presente estudo foram predominantemente do sexo feminino (72%). A média de idade, por sua vez, foi semelhante a outros estudos transversais (BILAL et al., 2016; WANG et al., 2013).

Os escores altos para a manutenção adequada do autocuidado ($80,3 \pm 6,7$) representaram que a maioria dos pacientes mantinham comportamentos como: verificar a pressão arterial regularmente, não faltar às consultas, tomar as medicações, etc., os quais contribuem para o autocuidado adequado. Destacou-se a dificuldade quanto ao manejo do AC, observado em 65% da amostra, que teve o menor escore médio dentre os não adequados ($50,70 \pm 15,5$). Isto demonstra dificuldade na tomada de decisão frente a elevação da PA, visto que a tendência observada foi de que os pacientes não tomariam medidas de redução da PA em caso de elevação. Ressaltou-se também, a confiança adequada, identificada em 86% da amostra estudada, indicando que a autoconfiança não prediz ter a manutenção e o manejo adequados.

Em relação ao nível de atividade física, cerca de 60% da amostra foi classificada como moderado ou alto nível de atividade física, indo ao encontro de um estudo brasileiro, de prevalência de atividade física em hipertensos, o qual utilizou o IPAQ como instrumento e classificou 63% dos indivíduos entre moderado e alto nível de atividade física (CUNHA et al., 2012). Quanto ao percentual de resposta do questionário de adesão ao uso regular de anti-hipertensivos, o descuido do horário de tomar a medicação constituiu uma barreira para adesão adequada, visto que 44% dos pacientes referiram este comportamento e 50% dos pacientes totais não faziam uso regular dos medicamentos.

Dentre os fatores que contribuem para adesão à dieta hipossódica, destacaram-se as crenças dos pacientes e a aprovação social do consumo de sódio. A mediana alta da Subscala de Atitude e Norma Subjetiva indicou que estes fatores influenciaram no consumo de sódio. A Subscala de Percepção de Controle Comportamental indicou que os pacientes foram capazes de identificar barreiras quanto ao consumo de sódio e a Subscala de Comportamento Dependente identificou como principal barreira o gosto dos alimentos com pouco sal e a dificuldade na escolha dos alimentos em restaurantes e supermercados.

Um estudo realizado com 48 pacientes ambulatoriais, hipertensos, que objetivou identificar barreiras e facilitadores para o manejo da hipertensão sob a perspectiva do paciente, destacou a baixa renda como barreira para seguir recomendações para o adequado manejo do autocuidado. Este achado vai ao encontro aos deste estudo, visto que se verificou diferença estatisticamente significativa, entre a renda individual e o manejo do autocuidado ($P=0,05$) (GEBREZGI; TREPKA; KIDANE, 2017).

Um estudo transversal, realizado com 211 pacientes em acompanhamento ambulatorial especializado, cujo objetivo foi avaliar a compreensão, o conhecimento e práticas de autocuidado em pacientes hipertensos averiguou que pacientes com alto nível educacional tiveram melhor conhecimento sobre a doença quando comparados com pacientes de menor nível educacional (BAKHSI et al., 2017). Outro estudo transversal, realizado com 298 indivíduos – majoritariamente analfabetos –, objetivou determinar o conhecimento sobre hipertensão por meio de um questionário e verificou que 80% dos pacientes incluídos não entendiam o que é HAS e 97% não souberam informar se eram ou não hipertensos (AUNG et al., 2012). Os estudos supracitados corroboram com os achados deste trabalho, haja vista que se verificou diferença estatisticamente significativa, ao associar anos de estudo com o manejo do autocuidado; àqueles em que a mediana de anos de estudo foi maior, tiveram manejo adequado do autocuidado ($P=0,01$).

Com relação à associação da confiança com a adesão à medicação, verificou-se que pacientes com e sem adesão ao uso regular de anti-hipertensivos possuíam confiança adequada no AC ($P= 0,04$). Estes dados podem sugerir que ter confiança adequada no autocuidado, isoladamente, não é determinante para a adesão ao uso regular de anti-hipertensivos (DEWEY et al., 2017).

Quanto às barreiras e atitudes em seguir a dieta hipossódica, um estudo norte-americano, transversal, realizado com 2.862 indivíduos que objetivou avaliar o conhecimento e o comportamento de saúde em relação ao sódio, identificou que melhorar o conhecimento da população, pode melhorar a adesão a comportamentos saudáveis como o consumo consciente de sódio (DEWEY et al., 2017). O presente trabalho verificou associação estatística significativa entre a subescala de Percepção de Controle Comportamental e a manutenção do AC ($P=0,01$). A mediana desta subescala foi de 4 (3-6) para os pacientes com a manutenção adequada do AC e de 6 (3-9) para a manutenção não adequada do AC. Este achado indica que os pacientes com melhor capacidade em identificar como barreiras a não compreensão do consumo adequado de sódio, o gosto dos alimentos sem sal e a influência da força de vontade em mudar a dieta (quanto menor o escore, melhor o comportamento esperado), possuem manutenção adequada do AC; corroborando com o estudo supracitado (DEWEY et al., 2017).

Tendo em vista os resultados deste trabalho, a hipótese nula foi aceita, visto que nem todos os fatores estudados foram estatisticamente associados com o autocuidado adequado.

7 CONCLUSÃO

Este estudo identificou o autocuidado por meio da EAC-HI em pacientes hipertensos, majoritariamente acompanhados em ambulatório especializado, além disto, verificou o nível de atividade física por meio do IPAQ; verificou a adesão ao uso regular de anti-hipertensivos por meio do Questionário de Adesão de Morisky e buscou identificar fatores que dificultam e facilitam a adesão à restrição dietética de sódio por meio do DSRQ.

Dentre os resultados, o Manejo do AC foi identificado como majoritariamente inadequado, um terço dos pacientes foi classificado em baixo nível de atividade física, a adesão regular às medicações foi verificada em metade da amostra; e as crenças dos pacientes e a aprovação social influenciaram no consumo de sódio. Foi verificada associação estatisticamente significativa entre: renda individual e anos de estudo quando associados ao manejo adequado do autocuidado; adesão ao uso regular de anti-hipertensivos e a Escala de Confiança do AC; e a subescala de Controle Comportamental com a Escala de Manutenção do AC.

Quando às limitações deste estudo, destacou-se a aplicação de questionários autorreferidos, e a não realização do cálculo amostral considerando o autocuidado como desfecho primário. Sugere-se a realização de estudos de método misto para melhor compreensão dos fatores que contribuem para o AC em pacientes hipertensos.

Diretrizes recentes confirmam que a realização regular de atividade física, adesão ao tratamento medicamentoso e adesão a dieta hipossódica têm o potencial de reduzir desfechos de morbidade e mortalidade em pacientes hipertensos (MALACHIAS et al., 2016; PAUL et al., 2017). Portanto, com este estudo, foi possível identificar fatores que contribuíram para o autocuidado em pacientes hipertensos permitindo a individualização do cuidado de Enfermagem na prática clínica e o planejamento de intervenções nos fatores modificáveis identificados através da EAC-HI, como a educação, adesão à medicação e adesão à dieta hipossódica para melhorar o autocuidado dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AUNG, M. N. et al. Assessing awareness and knowledge of hypertension in an at-risk population in the Karen ethnic rural community, Thasongyang, Thailand.

International Journal of General Medicine, v. 5, p. 553-561, jun. 2012.

ÁVILA, C. W. **Adaptação transcultural e Validação da Self-Care of heart failure index Versão 6.2 para o uso no Brasil**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

BAKHSI, L. A. et al. Awareness and Knowledge on Hypertension and its Self-Care Practices Among Hypertensive Patients in Saudi Arabia. **Annals of International Medical and Dental Research**, v. 3, p. 58-32, 2017.

BARILLI, S. L. S. **Conhecimento, barreiras e atitudes em relação ao sódio na dieta de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

BILAL, M. et al. Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension among Cardiac Hypertensive Patients. **Global Journal of Health Science**, v. 8, p. 9-19, 2016.

BORGI, L. et al. Fruit and Vegetable Consumption and the Incidence of Hypertension in Three Prospective Cohort Studies. **Hypertension**, v. 67, p. 288-293, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CORREA, V. et al. Blood pressure-lowering effect of simvastatin: a placebo-controlled randomized clinical trial with 24-h ambulatory blood pressure monitoring. **Journal of Human Hypertension**, v. 28, p. 62–67, 2014.

CUNHA, R. M. et al. Nível de atividade física e índices antropométricos de hipertensos e/ou diabéticos de uma cidade do Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 14, p. 429–437, 2012.

D'ALMEIDA, K. S. M. **Adaptação transcultural e validação do Dietary Sodium Restriction Questionnaire para uso no Brasil**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

DEWEY, G. et al. Does Sodium Knowledge Affect Dietary Choices and Health Behaviors? Results From a Survey of Los Angeles County Residents. **Preventing Chronic Disease**, v. 14, p. 1-10 2017.

GEBREZGI, M. T.; TREPKA, M. J.; KIDANE, E. A. Barriers to and facilitators of hypertension management in Asmara, Eritrea: patients' perspectives. **Journal of health, population, and nutrition**, v. 36, p. 11, 2017.

GUSTAVO, A. **Epidemiologia da Atividade Física e sua Associação com Obesidade em Amostra Representativa da População Adulta de Porto Alegre**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

HAN, H.-R. et al. Measuring Self-care in Patients With Hypertension. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 29, p. 55–67, 2014.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. ed 4. Porto Alegre: Artmed, 2015.

JAMES, P. A. et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. **JAMA**, v. 311, p. 507-520, 2014.

MALACHIAS, M. et al. V DIRETRIZES DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) E III DIRETRIZES DE MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 97, p. 1-22 , 2011.

MALACHIAS, M. et al. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, p. 1–103, 2016.

MALDANER, C. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: O doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, p. 647–653, 2008.

MANCIA, G. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. **Journal of Hypertension**, v. 31, p. 1281–1357, 2013.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical care**, v. 24, p. 67–74, 1986.

NOBRE, F. VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL PARA O DIAGNÓSTICO E METAS: ANÁLISE CRÍTICA DAS DIRETRIZES MAIS RECENTES. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 25, p. 19-22, 2015.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, p. 649–658, 2012.

PAUL, W. et al. Guideline for the Prevention , Detection , Evaluation , and Management of High Blood Pressure in Adults A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association. **Journal of American Cardiology**, Epub, p. 06–174, 2017.

PRESSLER, S. J. et al. Cognitive deficits in chronic heart failure. **Nursing research**, v. 59, p. 127–39, 2010.

RIBEIRO, A. L. P. et al. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. **Circulation**, v. 133, p. 422–33, 2016.

RIEGEL, B.; DICKSON, V. V. A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 23, p.190–196, 2008.

SARNO, F. et al. Estimated sodium intake for the Brazilian population, 2008-2009. **Revista de Saude Publica**, v. 47, p 571-578, 2013.

SILVEIRA, L. C. J. **ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E FIDEDIGNIDADE DA SELF- CARE OF HYPERTENSION INDEX PARA USO NO BRASIL**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

SILVEIRA, L. C. J. et al. Cross-cultural Adaptation of the Self-care of Hypertension Inventory Into Brazilian Portuguese. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, v.0 p. 1-7 , 2017.

TAVARES D et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 134–141, 2016.

WANG, Y.-B. et al. Patient related factors for optimal blood pressure control in patients with hypertension. **African Health Sciences**, v. 13, p. 579–583, 2013.

WATANABE, I.; CASARINI, D. SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA, NOVAS EVIDÊNCIAS NA FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO: IMPORTÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 25, p.14-18, 2015.

WEBER, M. A. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 16, p. 14–26, 2014.

ANEXO A – Escala de autocuidado de hipertensão (EAC-HI)

ESCALA DE AUTOCUIDADO DE HIPERTENSÃO

Todas as respostas são confidenciais.

Pense sobre como você se sentiu no último mês ou como tem se sentido desde a última vez que conversamos ao completar estes itens.

SEÇÃO A:

Abaixo se encontram listadas orientações normalmente dadas a pessoas com pressão alta. Com que frequência você segue essas orientações?

	Nunca ou raramente			Sempre ou diariamente
Verifica a sua pressão arterial?	1	2	3	4
Faz refeições ricas em frutas e vegetais?	1	2	3	4
Faz alguma atividade física? (ex.: atividades domésticas, caminhar no pátio, cuidar do Jardim, etc...)	1	2	3	4
Comparece a consultas com médicos ou enfermeiros?	1	2	3	4
Faz refeições com pouco sal?	1	2	3	4
Exercita-se por 30 minutos? (1=0x semana; 2=1-2x semana; 3=3-4x semana; 4=5-6x semana; 5= 7x semana)	1	2	3	4
Toma seus medicamentos?	1	2	3	4
Pede alimentos com pouco sal quando come fora ou visita	1	2	3	4

outras pessoas?				
Usa um sistema (caixa de comprimidos, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de tomar seus medicamentos?	1	2	3	4
Limita o consumo de álcool?	1	2	3	4
Faz refeições com pouca gordura saturada e colesterol?	1	2	3	4
Tenta perder peso ou controlar o peso?	1	2	3	4

SEÇÃO B:

Muitos pacientes têm dificuldade em controlar sua pressão arterial.

No passado, a sua pressão arterial ficou fora de controle, mesmo que brevemente? Circule uma resposta.

0) Não

1) Sim

Se você teve algum problema para controlar a sua pressão arterial no passado...

(circule um número)

Não tive problemas	Não reconheci	Demorei muito para reconhecer	Reconheci imediatamente
Com que rapidez você reconheceu que a sua pressão arterial estava elevada?	N/A	0	1 2 3 4

Abaixo se encontram listadas algumas medidas que pessoas com pressão alta utilizam para controlar a pressão arterial. Se a sua pressão arterial subir, qual a probabilidade de você tentar uma dessas medidas?

(circule um número para cada medida)

	Improvável			Muito provável
	1	2	3	4
Reduzir o sal da sua dieta	1	2	3	4
Reduzir o seu nível de estresse	1	2	3	4
Tomar um comprimido extra para pressão arterial	1	2	3	4
Ligar para o seu médico ou enfermeiro, ou procurar algum serviço de saúde para pedir orientação	1	2	3	4

Pense em uma medida que você tentou na última vez em que a sua pressão arterial subiu,

(circule um número)

	Não tentei nada	Não tenho certeza			Tenho muita certeza
	0	1	2	3	4
Qual a sua <u>certeza</u> de que essa medida ajudou ou não ajudou?	0	1	2	3	4

SEÇÃO C:

Em geral, qual a sua confiança em conseguir:

	Não confiante			Extremamente confiante
Manter a sua <u>pressão arterial</u> <u>sob controle</u> ?	1	2	3	4
<u>Seguir as orientações</u> sobre o tratamento que recebeu?	1	2	3	4
<u>Avaliar a importância</u> das alterações na sua pressão arterial?	1	2	3	4
<u>Reconhecer alterações</u> na sua saúde caso elas ocorram?	1	2	3	4
<u>Fazer alguma coisa</u> para baixar a sua pressão arterial?	1	2	3	4
<u>Avaliar</u> o quanto uma medida funciona?	1	2	3	4

ANEXO B – Questionário internacional de atividade física (IPAQ)

**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA –
VERSÃO CURTA**

Nome: _____

Data: ____/ ____/ ____ Idade : ____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10

minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10

minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica

aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos

elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia?**

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana?**

_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana?**

_____ horas ____ minutos

ANEXO C – Questionário de Morisky

ADESÃO MORISKY

1. O Sr. (a), às vezes esquece de tomar os seus remédios? Sim [0] Não [1]
 2. O Sr. (a), às vezes se descuida quanto ao horário de tomar os seus remédios? Sim [0] Não [1]
 3. Quando o Sr. (a) se sente bem, às vezes deixa de tomar os seus remédios? Sim [0] Não [1]
 4. Quando o Sr. (a) se sente mal com os remédios, às vezes deixa de tomá-los? Sim [0] Não [1]
- Somatório dos pontos** [__]

EsqRemed1 [__]

Descuida1 [__]

Bem1 [__]

Mal1 [__]

Somatório1 [__]

ANEXO D – Questionário de restrição de sódio na dieta (DSRQ)

Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (DSRQ)

Seção I

1. Algum profissional da saúde lhe prescreveu uma dieta com pouco sal?

[1] Sim (vá para questão 2) [0] Não (pule para questão 6)

Prescrição_dieta1 |__|

2. Que instruções específicas lhe foram dadas? (Por exemplo: "Cuidado com o sal." "Siga uma dieta de 2 grammas de sódio.")

3. Com que frequência você segue sua dieta prescrita com pouco sal?

[0] nunca [1] alguma vezes [2] na maioria das vezes [3] sempre

freq_dieta 1 |__|

4. É fácil ou difícil para você seguir sua dieta prescrita com pouco sal?

[0] muito difícil [1] difícil [2] fácil [3] muito fácil

seguir_dieta1 |__|

5. Seguir esta dieta tem ajudado a controlar sua condição cardíaca?

[0] não/em nada [1] pouco [2] muito

cond_cardiaca1 |__|

ALGUMAS PESSOAS ESCOLHEM SEGUIR UMA DIETA COM POUCO SAL MESMO SEM A PRESCRIÇÃO MÉDICA.

6. Você tenta seguir uma dieta com pouco sal ?

[1] Sim (vá para questão 7) [0] Não (pule para seção II deste instrumento)

Tenta_dieta1 |__|

7. Porque você decidiu seguir esta dieta ? (Por exemplo: "Li em uma revista." "Ouvi a respeito em um programa de notícias." "Um amigo me recomendou.")

8. O que você faz especificamente?

9. . Com que frequência você segue esta dieta?

[0] nunca [1] alguma vezes [2] na maioria das vezes [3] sempre

freq_tentar 1 |__|

10. É fácil ou difícil para você seguir esta dieta?

[0] muito difícil [1] difícil [2] fácil [3] muito fácil

seguir_tentar1 |__|

11. Seguir esta dieta tem ajudado a controlar sua condição cardíaca?

[0] não/em nada [1] pouco [2] muito

condcard_tentar1 |__|

Seção II:

Subescala de Atitude e Norma Subjetiva: Para cada afirmação abaixo, indicar o quanto você concorda ou não circulando o número apropriado na escala:

		Discordo totalmente			Concordo totalmente		
12	É importante eu seguir uma dieta com pouco sal.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
13	Fazer uma dieta com pouco sal irá evitar que haja acúmulo de líquido no meu corpo.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
14	Seguir uma dieta com pouco sal evita que eu tenha inchaço.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
15	Fazer uma dieta com pouco sal me ajudará a respirar com mais facilidade.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
16	Quando sigo uma dieta com pouco sal, sinto-me melhor.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
17	Seguir uma dieta com pouco sal manterá meu coração saudável.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
18	Meu cônjuge e outros membros da família acham que eu deveria seguir uma dieta com pouco sal.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
19	Geralmente eu quero fazer o que meu médico acha que eu devo fazer.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>

Subescala de Percepção de Controle Comportamental: Indique o quanto as afirmações a seguir impedem que você siga uma dieta com pouco sal, circulando o número apropriado na escala:

		De jeito nenhum			Muito		
21	Eu não entendo ou não sei como. (Eu não entendo: a importância do controle de sal. Não sei como: outra pessoa cozinha e não tem como controlar a quantidade de sal).	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
22	O gosto dos alimentos com pouco sal.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
23	Não tenho força de vontade para mudar minha dieta.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>

Subescala de Comportamento Dependente: Indique o quanto as afirmações a seguir impedem que você siga uma dieta com pouco sal, circulando o número apropriado na escala:

		De jeito nenhum			Muito		
24	Não consigo escolher comida com pouco sal em restaurantes.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
25	Os restaurantes de que eu gosto não servem comida com pouco sal.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
26	Não consigo escolher alimentos com pouco sal no supermercado.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>
27	O que eu gosto de comer não tem pouco sal.	1	2	3	4	5	<input type="text"/>

ANEXO E – Protocolo de análise da versão curta do IPAQ

IPAQ Scoring Protocol (Short Forms)

Continuous Score

Expressed as MET-min per week: MET level x minutes of activity/day x days per week

Sample Calculation

MET levels

Walking = 3.3 METs
 Moderate Intensity = 4.0 METs
 Vigorous Intensity = 8.0 METs

MET-minutes/week for 30 min/day, 5 days

$3.3 \times 30 \times 5 = 495$ MET-minutes/week
 $4.0 \times 30 \times 5 = 600$ MET-minutes/week
 $8.0 \times 30 \times 5 = 1,200$ MET-minutes/week

TOTAL = 2,295 MET-minutes/week

Total MET-minutes/week = Walk (METs*min*days) + Mod (METs*min*days) + Vig (METs*min*days)

Categorical Score- three levels of physical activity are proposed

1. Low

- No activity is reported **OR**
- Some activity is reported but not enough to meet Categories 2 or 3.

2. Moderate

Either of the following 3 criteria

- 3 or more days of vigorous activity of at least 20 minutes per day **OR**
- 5 or more days of moderate-intensity activity and/or walking of at least 30 minutes per day **OR**
- 5 or more days of any combination of walking, moderate-intensity or vigorous-intensity activities achieving a minimum of at least 600 MET-minutes/week.

3. High

Any one of the following 2 criteria

- Vigorous-intensity activity on at least 3 days and accumulating at least 1500 MET-minutes/week **OR**
- 7 or more days of any combination of walking, moderate- or vigorous-intensity activities accumulating at least 3000 MET-minutes/week

Please review the full document "Guidelines for the data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire" for more detailed description of IPAQ analysis and recommendations for data cleaning and processing [www.ipaq.ki.se].

ANEXO F – Aprovação da COMPESQ/EENF

1. ASPECTOS CIENTÍFICOS

Título - Adequado.

Introdução - revisão da literatura e fundamentação teórica pertinente adequada.

Objetivo Geral: Analisar os fatores que contribuem para o autocuidado de pacientes hipertensos acompanhados em ambulatório especializado.

Método - estudo transversal retrospectivo, vinculado pesquisa "Efeito da Entrevista Motivacional como Estratégia na Redução da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos Acompanhados em Clínica Especializada" Delineamento Estudo será realizado em ambulatório de HAS do HCPA, tendo como população pacientes hipertensos que fazem acompanhamento no ambulatório. Amostra estimada em 100 pacientes adultos, em acompanhamento regular no ambulatório de hipertensão do HCPA, que fazem uso de dois ou mais anti-hipertensivos por mais de seis meses. Serão excluídos pacientes com doenças inflamatórias crônicas e agudas, diabetes mellitus tipo 1 e 2, doenças do trato gastrointestinal e com acompanhamento no ambulatório de nutrição. Serão coletados dados sociodemográficos e para mensurar fatores de autocuidado será aplicado da EAC-HI, o nível de atividade física através do IPAC, a adesão ao uso regular das medicações através do Questionário de Morisky e a identificação dos fatores que dificultam e facilitam a adesão à restrição dietética de sódio será através do DSRQ. analisados no programa estatístico SPSS - Statistical Package for the Social Sciences v.18. A análise dos dados será retrospectiva, analítica. As variáveis contínuas serão expressas como média \pm desvio padrão ou mediana e intervalo interquartilico (percentil 25 e 75). As variáveis categóricas serão expressas em número absoluto e percentuais. Qui-quadrado será utilizado para as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores da Escala de Autocuidado. A comparação das variáveis quantitativas entre grupos (autocuidado adequado e autocuidado inadequado) será por meio do teste t de Student ou Mann-Whitney, conforme distribuição dos dados. O nível de significância adotado será de 5%.

Cronograma -. Adequado

Orçamento - apresenta.

Referências - adequadas ao projeto, atualizadas, citadas adequadamente.

2. ASPECTOS REGULATÓRIOS

Projeto de acordo com normas e diretrizes vigentes, sobretudo resolução CNS 466/12.

3. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa vinculado a pesquisa "Efeito da entrevista motivacional como estratégia na redução da pressão arterial em pacientes hipertensos acompanhados em clínica especializada" foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob número 16-0225.

Apresenta Termo consentimento livre e esclarecido, termo de compromisso de utilização dos dados.

4. COMENTÁRIOS GERAIS

Projeto APROVADO

ANEXO G – Aprovação do CEP/HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 170141

Data da Versão do Projeto: 23/03/2017

Pesquisadores:

GRAZIELLA BADIN ALITI

RAVI PIMENTEL PEREIRA

LUANA CLAUDIA JACOBY SILVEIRA

ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA

Título: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUTOCUIDADO DE PACIENTES
HIPERTENSOS ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 18 de abril de 2017.

Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

ANEXO H – Termo de compromisso para utilização de dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ACOMPANHADOS EM AMBULATORIO ESPECIALIZADO.	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ___ de _____ de 201_.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
RAVI PIMENTEL PEREIRA	
LUIZA CLAUDIA SACOSY SILVA	
Ercida Rejane R. Silva	
Craziella Bordin Aliti	

APÊNDICE A – Dados clínicos e sociodemográficos

Número do Prontuário: _____

Nome do
participante: _____

DATA: _____

Dia da semana: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO1. Nome do
participante: _____

2. Telefone residencial: _____

3. Celular: _____

4.

Rua/Avenida: _____

_____ Número _____

Complemento _____ 5. Bairro: _____

6. Cidade: _____

Estado _____ CEP _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

7. Qual é a sua data de nascimento? _____

8. Qual é a sua idade? _____ anos.

9. Sexo: _____

10. Qual é a sua cor ou raça: branca, negra, mista, índia ou outra? _____

11. Qual é a sua situação conjugal atual: solteiro, casado, com companheiro, viúvo,
separado? _____

12. Até que série você estudou na escola? _____ anos completados.

13.

Profissão: _____

—

14. Renda média familiar (em salários mínimos):_____

15. Tempo de diagnóstico de HAS (meses):_____

16. Tempo de acompanhando no ambulatório (meses):_____

17. Medicamentos em uso (nome, dose diária):

MEDIDAS DE PA E ANTROPOMÉTRICAS

18. Medida de Pressão Arterial:

Sistólica_____Diastólica_____ Freqüência cardíaca_____

Sistólica_____Diastólica_____ Freqüência cardíaca_____

19. Medidas Antropométricas:

Altura:_____

Circ. Cintura:_____

Circ. Braço:_____

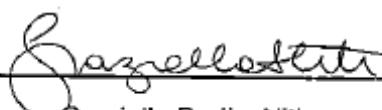
Peso:_____

APÊNDICE B – Carta de autorização para uso de dados

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Eu, Graziella Badin Aliti, autorizo o acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Ravi Pimentel Pereira, CPF nº 022.674.950-90, matrícula UFRGS nº 00229995, a utilizar os dados obtidos do projeto "Efeito da Entrevista Motivacional na Redução da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos Acompanhados em Ambulatório Especializado", realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob nº 16-0225, para a elaboração de seu trabalho de conclusão de curso (TCC) no período de 2017/1 a 2017/2, tendo a mim como pesquisadora responsável pelo referido projeto e orientadora de TCC.

Porto Alegre, 8 de dezembro de 2016.



Graziella Badin Aliti