

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

**Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de
Cuidar em Saúde**

Cecilia Benevenuto Rezende

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O
CONHECIMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS SOBRE SUA
DOENÇA (REVISADO)**

São Paulo

2018

Cecilia Benevenuto Rezende

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O
CONHECIMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS SOBRE SUA
DOENÇA (REVISADO)**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem no processo de cuidar em Saúde - Strictu Sensu, do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof^ª Dr^ª Ivonete Sanches Giacometti Kowalski e co-orientado pela Prof^ª Dr^ª Grazia Maria Guerra, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

São Paulo

2018

Cecilia Benevenuto Rezende

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O
CONHECIMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS SOBRE SUA
DOENÇA (REVISADO)**

São Paulo, 03 de dezembro de 2018

Orientadora - Prof^a. Dr^a. Ivonete Sanches Giacometti Kowalski

Co-orientadora - Prof^a Dr^a Grazia Maria Guerra

Prof^a Dr^a

Prof^a Dr^a

REZENDE, Cecília Benevenuto. **Construção de um instrumento para avaliar o conhecimento de pacientes hipertensos sobre sua doença.** 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Enfermagem, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2018.

A hipertensão arterial (HA) é considerada um dos principais agravos à saúde no Brasil. Acredita-se que a compreensão e o conhecimento sobre a doença sejam fatores determinantes para a adesão terapêutica. A abordagem terapêutica da HA inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas e, apesar da eficácia do tratamento manter os níveis pressóricos do paciente controlados, ainda se mostra um desafio para os profissionais da saúde. Este estudo teve por objetivo construir um instrumento para avaliação do conhecimento de indivíduos hipertensos sobre a doença. Trata-se de um estudo psicométrico para a construção de uma escala de avaliação operacionalizada em três fases: dimensionalidade do construto; definição operacional e constitutiva do construto; e operacionalização em tarefas comportamentais. Para a elaboração da pergunta de pesquisa, optou-se pela utilização do acrônimo PICO: *quais são as evidências científicas sobre a existência de questionários/instrumentos para avaliar o conhecimento sobre a hipertensão?* A partir da pergunta de pesquisa, foram selecionados os descritores, grafados no idioma inglês e combinados com o auxílio do operador booleano “AND”, resultando em: *hypertension AND patient therapy knowledge; hypertension AND health knowledge, attitudes, practice AND knowledge; hypertension AND patient therapy knowledge AND questionnaire.* Para o levantamento de dados dos artigos na literatura, foi utilizado o acesso virtual às bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE)*; *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*; *Base de dados de Enfermagem (BDENF)*; *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, tendo como critérios de inclusão a disponibilidade virtual na íntegra, sem restrição temporal ou de idioma e possuir um instrumento de avaliação do conhecimento. Como critérios de exclusão adotou-se a repetição do artigo nas bases de dados, a falta de livre acesso *on-line*, e a falta de compatibilidade com os objetivos dessa pesquisa. A investigação ocorreu entre o período de julho de 2017 e janeiro de 2018. Foram levantados no total 2.675 artigos, submetidos à leitura dos títulos. Destes, 1.581 passaram pela leitura do objetivo e metodologia apresentados nos resumos, que deveriam mencionar o uso algum tipo de instrumento para avaliar o conhecimento sobre a hipertensão. No total, foram incluídos 32 artigos, porém nenhum deles apresentou um instrumento suficientemente abrangente para a realidade brasileira. Assim, para a construção do novo instrumento, foram determinadas variáveis de conhecimento, denominadas: dimensões, áreas, subáreas e itens de conhecimento, baseadas na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016). No total, foram agrupados 217 itens (extraídos dos instrumentos avaliados), o que permitiu a formatação do novo instrumento contendo 26 questões sobre o conhecimento da hipertensão. Com base nessa revisão integrativa da literatura foi possível elaborar um instrumento sobre o conhecimento da hipertensão arterial, no entanto, que necessita ser validado em estudo futuro.

Palavras-chave: Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Hipertensão – terapia. Inquéritos e questionários.

REZENDE, Cecília Benevenuto. **The construction of a instrument to measure the hypertensive patients knowledge about their disease.** 2016. 112 f. Dissertation (Master Degree) - Professional Master's Degree in Nursing, University Center São Camilo, São Paulo, 2018.

The arterial hypertension (HA) is considered one of the most health damaging diseases on Brazil. It's supposed that the comprehension and the knowledge about a disease are a decisive factor to the therapeutic accession. The HA therapeutic approach includes drug and non-drug steps and, despite the effectiveness of the treatment maintain the patient's blood pressure levels controlled, there's a challenge to the healthcare professionals. The objective of this article is to construct a instrument to measure the hypertensive patient's knowledge about their disease. It's a integrative literature review made following the six steps that ensure the methodological rigor of this method that, in the beginning, consisted on the research question elaboration, according to the PICO system: *What's the scientific evidences about the existence of questionnaires/instrument or forms to measure the hypertension knowledge?* From the research question, the descriptors have been selected, wrote in the english language and combined with the booleano operator "AND", resulting on: hypertension AND patient therapy knowledge; hypertension AND health knowledge, attitudes, practice AND knowledge; hypertension AND patient therapy knowledge AND questionnaire. For the literature data collection, it has been used the virtual access to data base *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem* (MEDLINE); *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS); *Base de dados de Enfermagem* (BDENF); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), having as inclusion criteria the complete virtual availability, without timing or language restriction and to have a knowledge measurement instrument. As exclusion criteria, it has been adopted the article repetition on the data bases, the miss of on-line free access and the incompatibility with this research' objects. The investigation has been done between July 2017 and January 2018. It has been collected 2.675 articles, submitted to titles' reading. After this, 1.581 passed through the reading of the objective and methodology presented on the abstracts, that should mention the usage of some kind of instrument or form to measure the knowledge about the hypertension. In total, it has been included 32 articles, but none presented an enoughly embracing instrument for the brazilian reality. So, for the construction of the new questionnaire, it has been defined knowledge variables called: dimensions, areas, subareas and knowledge items, based on the VII Brazilian Hypertension Guideline (2016). In total, it has been grouped 217 items (extracted from the measured instrument), which allowed the new instrument formatting contenting 26 questions about the hypertension knowledge. Based on this literature integrative review, it have been possible to elaborate a instrument about the arterial hypertension knowledge, that it must be validated in a future study.

Keywords: Knowledge, attitudes and practices in health. Hypertension - therapy. Surveys and questionnaires.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 Objetivo.....	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	13
3.2 Mensuração em saúde.....	20
3.3 Construção de um instrumento.....	22
3.3.1 Definir a área geral da investigação e o público a ser investigado.....	23
3.3.2 Elaboração das seções do instrumento.....	24
4 MATERIAL E MÉTODO.....	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.1.1 Revisão da literatura relacionada ao novo instrumento	25
4.1.1.1 Identificação do tema e questão de pesquisa.....	27
4.1.1.2 Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos.....	30
4.1.1.3 Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados.....	31
4.1.2 Procedimentos complementares a revisão teórica.....	31
4.1.3 Construção da definição operacional.....	39
4.1.4 Apresentação da síntese das questões: proposta de um novo instrumento.....	42
5 RESULTADOS.....	45
5.1 Resultado da revisão dos artigos analisados.....	45
5.2 Resultado da análise das questões extraídas dos artigos analisados.....	57
6 DISCUSSÃO.....	87
6.1 Discussão da revisão dos artigos analisados.....	87
6.2 Discussão da análise das questões extraídas dos artigos analisados.....	94
6.2.1 Análise dos itens – Dimensão 1.....	94
6.2.2 Análise dos itens – Dimensão 2.....	97
6.2.3 Análise dos itens – Dimensão 3.....	98
6.2.4 Análise dos itens – Dimensão 4.....	99

7 CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICE A - Instrumento sobre o conhecimento de pacientes hipertensos.....	115
APÊNDICE B - Orientações sobre as dimensões para uso exclusivo do pesquisador.....	117
ANEXO A – Instrumento adaptado de Ursi (2005) para extração das informações dos artigos selecionados.....	118

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é considerada um dos principais agravos à saúde em nosso país. É caracterizada pelo aumento da pressão que o sangue exerce na parede das artérias, consequência do resultado do produto entre o débito cardíaco versus resistência vascular periférica (BRASIL, 2007). Desta forma, pode-se explicar que o aumento da pressão arterial pode ocorrer nas seguintes situações: quando houver um aumento no volume de sangue a ser ejetado pelo coração; quando o coração contrai de modo insuficiente; quando a frequência cardíaca aumenta; quando a resistência oferecida pelas artérias para a passagem do sangue estiver aumentada (BRASIL, 2007).

Além de acometer o coração (oferecendo risco de cardiopatias, como insuficiência cardíaca ou infarto do miocárdio), a hipertensão arterial também compromete outros órgãos-alvos, como o cérebro (podendo causar um Acidente Vascular Encefálico – AVE), vasos sanguíneos e rins (podendo levar a Insuficiência Renal – IR) (BRASIL, 2007).

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), para receber o diagnóstico de hipertensão arterial, o indivíduo adulto deverá ter sua pressão sistólica e diastólica transcritas em valores acima de 140/90 mmHg. Para pacientes já acometidos por outras doenças, como os diabéticos, por exemplo, esses valores mudam e o paciente já é considerado hipertenso se os valores de medição estiverem acima de 130/85 mmHg. Vale lembrar que o diagnóstico não é baseado somente na medição da pressão arterial, o indivíduo com suspeita de hipertensão é submetido a uma rigorosa avaliação do seu estado de saúde (BRASIL, 2016).

A HA é classificada como uma doença crônica não transmissível (DCNT), que se refere a um grupo de doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida do indivíduo e que são de longa duração. Essa categoria de

doenças é considerada um problema de saúde pública devido o crescente aumento de sua prevalência (BRASIL, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), o Brasil atualmente possui 17 milhões de pessoas com diagnóstico de hipertensão. A doença está presente em 5% das crianças e adolescentes brasileiros e em mais de 50% da população da faixa etária acima dos 60 anos. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares encefálicos e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2016).

A situação fica cada vez mais alarmante observando outros números divulgados pela SBH (2016), referentes à HA e suas complicações, que mostram as DCV como a primeira causa de morte no Brasil, sendo responsáveis por aproximadamente 1,2 milhões de fatalidades por ano. Além disso, a cada ano 300 mil brasileiros são vítimas de infarto agudo do miocárdio (SBH, 2016).

Diante disso, acredita-se que a compreensão e o conhecimento sobre a doença e suas complicações sejam fatores determinantes para adesão ao tratamento do paciente hipertenso. Assim, a abordagem terapêutica da HA inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas e, apesar da eficácia do tratamento evidenciada em diversos estudos sobre a temática por todo o mundo, manter os níveis pressóricos do paciente controlados, ainda se mostra um desafio para os profissionais da saúde (PEREIRA, *et al*, 2007).

Um estudo realizado nos Estados Unidos em 2012 revelou que um terço dos pacientes com prescrição de medicação anti-hipertensiva tem a doença descontrolada e isso pode ser atribuído a fatores ligados ao paciente, principalmente à baixa adesão aos medicamentos e ao gerenciamento do estilo de vida (BOKHOUR, *et al*, 2012).

Por tratar-se de uma doença crônica insidiosa, a hipertensão arterial progride de maneira silenciosa e assintomática, o que contribui para um diagnóstico e adesão ao tratamento, frequentemente negligenciados (KROUSEL-WOOD, 2009). Altos índices de não adesão ao tratamento da hipertensão podem ser explicados pela complexidade do esquema de dosagem dos medicamentos, pelo custo dos medicamentos e, principalmente, pela falta de entendimento do paciente em relação à doença (KROUSEL-WOOD, 2009). Estudos reportam que essa falta de adesão ao

tratamento pode estar intimamente relacionada ao conhecimento do paciente sobre a doença; contudo, essa relação necessita de maiores evidências (PUCCI, *et al*, 2012).

Outro estudo trazido por Motter, Olinto e Vera (2015), relata que o tratamento não medicamentoso da HA, consiste em modificações do estilo de vida do paciente, tais como perda de peso, incentivo às atividades físicas e alimentação saudável. O mesmo estudo revela que os pacientes tendem a interromper os tratamentos por não associarem o efeito dos cuidados contínuos à manutenção dos níveis pressóricos.

Acredita-se que a intervenção mais eficiente para o controle da HA ainda seja a educação do paciente, ou seja, intervenções educacionais centradas no paciente, tais como, compreender o que a pessoa conhece da doença, como atua na tentativa de gerir a doença e como prioriza as ações voltadas ao seu dia a dia (BOKHOUR, *et al*, 2012).

Em busca na literatura por instrumentos capazes de verificar o conhecimento do indivíduo sobre a hipertensão, a primeira barreira encontrada pelos pesquisadores é a falta de um instrumento único, específico, de avaliação, que permita levantar a compreensão do paciente hipertenso sobre sua doença favorecendo as condições para a implementação de um processo educativo. Nota-se a falta de um instrumento capaz de unir todos os eixos de conhecimento acerca da doença. Os diversos estudos voltados à compreensão das intervenções educacionais mais adequadas para o tratamento do paciente com HA estão diretamente relacionados à avaliação do conhecimento do paciente sobre a doença, garantindo desta forma uma intervenção individualizada e mais eficiente.

Nesse sentido, justifica-se o desenvolvimento de um instrumento específico para avaliar o conhecimento do paciente hipertenso acerca da conceituação da doença, dos fatores de risco e complicações, do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, por atualmente não dispor de roteiro de perguntas adaptado à cultura e à realidade brasileira. Portanto, para este estudo objetiva-se propor um novo instrumento sobre o conhecimento da hipertensão arterial, reunindo as evidências científicas disponíveis sobre instrumentos de avaliação do conhecimento sobre a HA aplicados aos pacientes hipertensos e à população em geral.

2 OBJETIVO

Construir um instrumento para avaliação do conhecimento de indivíduos hipertensos sobre a hipertensão arterial.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica não transmissível (DCNT), e faz parte grupo de doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, essa categoria de doenças é considerada um problema de saúde pública devido o crescente aumento de sua prevalência, sendo responsáveis por aproximadamente 72,6% das mortes ocorridas no Brasil em 2013 (BRASIL, 2015).

O Quadro 1 mostra as quatro DCNT de maior impacto na população mundial e os fatores de risco mais comuns entre elas:

Quadro 1 – Doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco comum entre elas.

DCNT	Fatores de risco			
	Tabagismo	Alimentação não saudável	Inatividade física	Uso de bebidas alcoólicas
Doenças cardiovasculares	X	X	X	X
Câncer	X	X	X	X
Diabetes	X	X	X	X
Doenças respiratórias crônicas	X	X	X	X

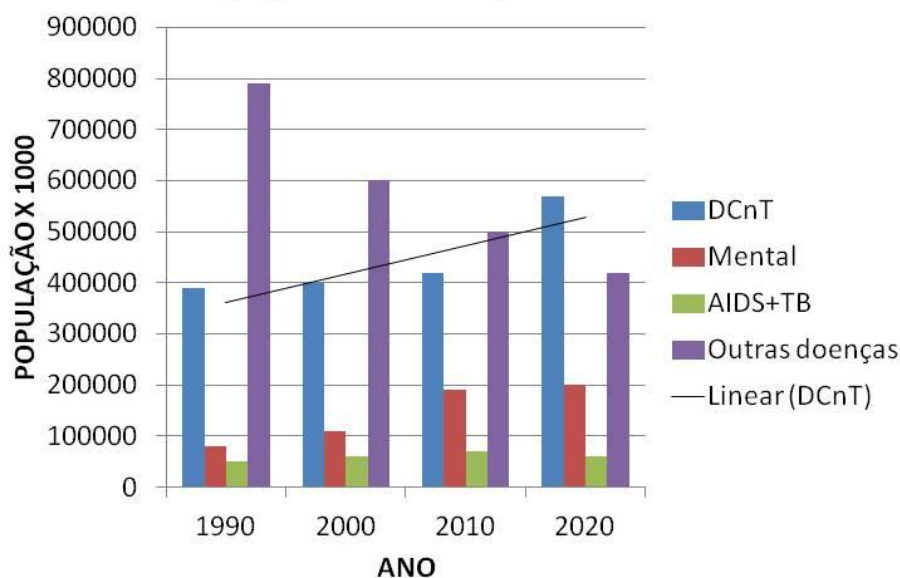
Fonte: Adaptado de (OMS, 2015).

As doenças cardiovasculares fazem parte de um dos principais grupos de DCNT e, entre elas, a hipertensão é a mais prevalente. A magnitude das DCNT dentre as causas de mortalidade global justifica esforços globais que estão sendo tomados

com objetivo de reduzir as mortes por essas doenças (BRASIL, 2015). Um relatório recente sobre medidas governamentais, divulgado em janeiro de 2015, defende a adoção de medidas para conter a epidemia dessas doenças, especialmente em países de baixa e média renda, onde o número de mortes por doenças crônicas não transmissíveis está atualmente superando as causadas por doenças infecciosas (BRASIL, 2015).

Essas doenças lideram o *ranking* das enfermidades mais frequentes na população e estima-se um aumento do número de casos nos próximos anos. Caso o ritmo de adoecimento da população continue acelerado, em 2020 aproximadamente 600 milhões de pessoas farão parte dessa estimativa. A Figura 1 mostra a carga global de doenças desde 1990 e a projeção para 2020 de acordo com o grupo de enfermidades em países em desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Figura 1 – Carga global de doenças no período de 1990 a 2020.



Fonte: Adaptado de (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Representantes do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação relataram que este conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo. Numa escala progressiva elas podem chegar a 73% de todas as mortes em 2020. Dos 38 milhões de vidas perdidas

em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis – um aumento de 14,6 milhões de mortes em relação ao ano de 2000 (BRASIL, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), o Brasil atualmente possui 17 milhões de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial. A doença está presente em 5% das crianças e adolescentes brasileiros e em mais de 50% da população da faixa etária acima dos 60 anos. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares encefálicos e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2016).

A situação fica cada vez mais alarmante quando se analisa outros números divulgados pela SBH (2016), referente à HAS e suas complicações, pode-se concluir que:

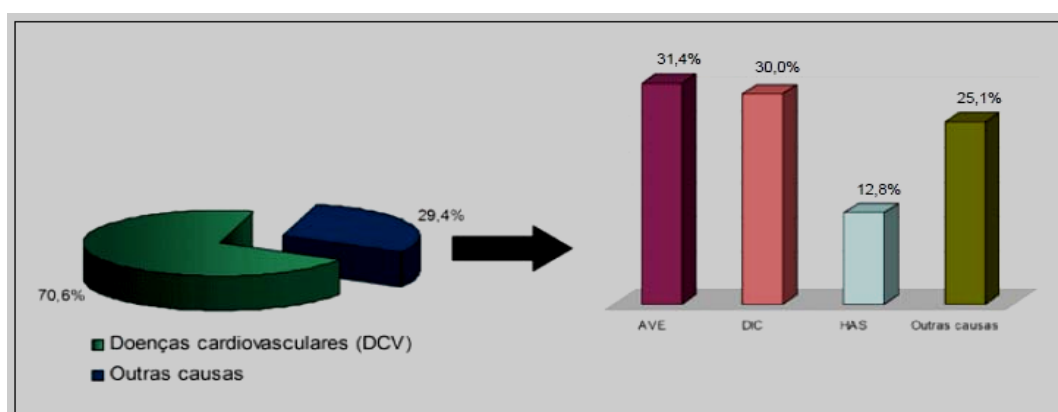
- as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil;
- as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1,2 milhões de mortes por ano no país;
- a cada ano 300 mil brasileiros são vítimas de infarto agudo do miocárdio.

Compreender o ser humano diante de sua saúde, como organiza sua vida para o autocuidado e quais reflexos gera à sociedade tem sido alvo de discussões e debates em encontros de especialistas da área da saúde. Isso ocorre devido a profundas mudanças sofridas pelo estilo de vida da sociedade nas últimas décadas. Com a globalização e a crescente imersão da tecnologia, o caráter multifuncional ao qual o indivíduo é condicionado e o dia a dia em ritmo acelerado tornaram-se regra, diminuindo o tempo de atenção dedicado aos cuidados com a saúde, a alimentação, as atividades físicas e o acompanhamento médico. Desta forma, dados apontados pelas Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) demonstram uma sociedade cada vez mais doente, e afirmam que as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são as responsáveis pela maioria dessas doenças mais prevalentes em todo o mundo (BRASIL, 2015).

No Brasil, atualmente a hipertensão atinge 31,3 milhões de adultos, o que corresponde a 21,4% desta população. A proporção de hipertensos no país aumenta com o passar da idade. Entre os jovens de 18 a 29 anos o índice é de apenas 2,8%; dentre as pessoas de 30 a 59 anos é de 20,6%, passando para 44,4% entre 60 e 64

anos, 52,7% entre 65 e 74 anos e 55% entre as pessoas com 75 anos ou mais (Figura 2) (BRASIL, 2004).

Figura 2 – Taxas de mortalidade por Doenças Cardiovasculares e suas diferentes causas no Brasil (2007).



Legenda: AVE – Acidente Vascular Encefálico; DIC – Doença Isquêmica do Coração; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

Fonte: (SBC, 2007).

A HAS é considerada uma doença de aspectos multifatoriais, o que exige um esforço maior por parte dos profissionais de saúde para seu diagnóstico e tratamento. Desta forma, deve-se realizar uma avaliação com abordagem complexa, na qual haja a interação entre as características da doença e seu desenvolvimento, no âmbito físico, psíquico e social do paciente, vislumbrando a melhor qualidade de vida (GUSMÃO; MION JUNIOR; PIERIN, 2005).

No diagnóstico do paciente com hipertensão arterial se faz necessário considerar os níveis tensionais da pressão, o risco cardiovascular estimado pela presença de fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos alvo e as comorbidades associadas, como a diabete, dislipidemia e obesidade, o que evidencia implicações

importantes quando se trata do gerenciamento das ações terapêuticas (BRASIL, 2006).

O paciente é diagnosticado com hipertensão arterial, quando já se realizou algumas medições de sua pressão arterial, em períodos diferentes (garantindo a não detecção da ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença de um profissional da área da saúde no momento da aferição da pressão), e seus valores pressóricos se igualam ou ultrapassam a 140/90mmHg, para as pressões sistólica e diastólica, respectivamente (BRASIL, 2006). O Quadro 2 demonstra a classificação da pressão arterial em jovens acima de 18 anos.

Quadro 2 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.		

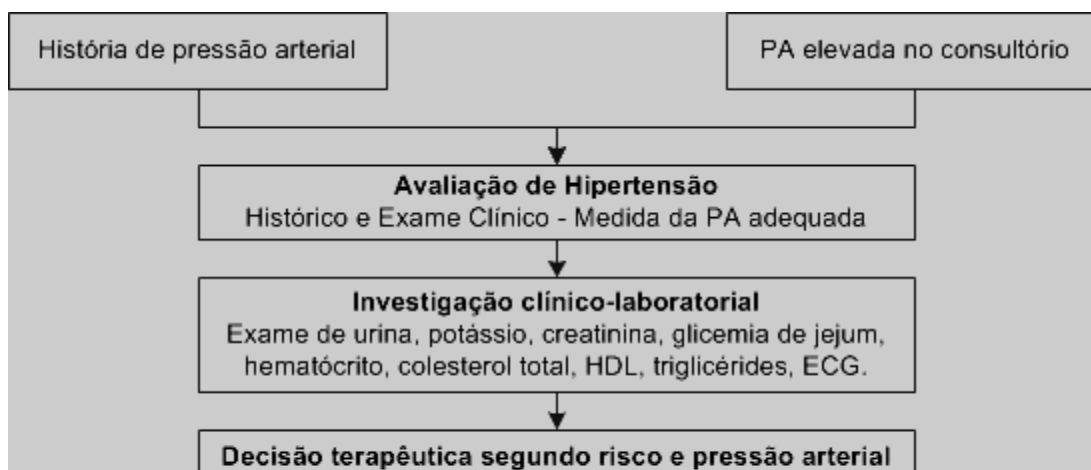
Legenda: PAS – Pressão Arterial Sistólica; PAD – Pressão Arterial Diastólica

Fonte: Adaptado de (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

O diagnóstico de hipertensão arterial não é feito isoladamente pelas altas taxas de medidas pressóricas, é necessário que o paciente seja acompanhado pela equipe multiprofissional, contemplando sua história clínica, seu exame físico e a avaliação laboratorial inicial, com interpretação exclusiva da equipe médica (BRASIL, 2016).

Com objetivo de sintetizar o conteúdo, apresentamos na Figura 3 o fluxograma de avaliação diagnóstica na hipertensão arterial, disponível no Caderno de atenção básica do Ministério da Saúde (2016):

Figura 3 – Fluxograma da avaliação diagnóstica na hipertensão arterial



Fonte: Adaptado de (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Após o processo de avaliação diagnóstica, o médico tem a tarefa de tomar a decisão terapêutica individual para o paciente hipertenso. Para isso ele deverá avaliar o risco individual do paciente para lesão em órgãos alvo e classificá-lo quanto ao risco cardiovascular individual. Dado todo esse processo, uma vez classificado como um paciente hipertenso, o indivíduo deverá ser acompanhado fundamentalmente por uma equipe multiprofissional, de modo a prevenir as complicações crônicas advindas da hipertensão (BRASIL, 2006).

O impacto na qualidade de vida trazido pela doença é um aspecto fundamental a ser levado em consideração. Desta forma, é importante que a abordagem ao hipertenso tenha caráter multiprofissional, isto é, que ele seja acompanhado diretamente pelos profissionais ligados ao seu atendimento, como: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, músico-terapeutas,

farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2016).

Sobre a terapêutica individual de cada paciente, um dos principais pilares para diminuir os riscos de complicações crônicas do indivíduo está calcado nas terapias não farmacológicas, que essencialmente se referem às mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2006). Adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, manejo das dislipidemias e doenças associadas, controle da pressão arterial e o uso contínuo e adequado dos fármacos recomendados pelo médico (BRASIL, 2006).

Dada a relevância do tema, muitas iniciativas governamentais foram instituídas visando à redução do número de pessoas portadoras da HAS e DCNT de uma maneira geral, baseados na meta colocada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, por meio do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil com ações previstas até 2022. Desta forma, está estabelecida como meta a redução da mortalidade por DCNT em 25%, redução do consumo de sal em 30%, do tabaco em 30%, do álcool (abusivo) em 10%, da inatividade física em 10%, além do aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras em 10% – com a expectativa de reduzir a hipertensão em 25% e reduzir o crescimento da prevalência de diabetes e da obesidade (BRASIL, 2016).

Organizações internacionais como OPAS e OMS propuseram estratégias e instrumentos para facilitar a construção de atividades de detecção precoce e controle permanente desta doença, assim como desenvolver metodologias e iniciativas que ampliem o nível de conhecimento das populações e das autoridades sobre seu impacto e consequências (BRASIL, 2009).

Uma estratégia efetiva para o combate de HAS ultrapassa os limites do setor saúde, envolvendo intervenções amplas na educação da comunidade. Entre essas atividades, em 2006 a Liga Mundial da Hipertensão (WHL), em parceria com a Sociedade Internacional da Hipertensão (ISH) e outras organizações, instituíram o Dia Mundial da Hipertensão (DMH) – 17 de maio (BRASIL, 2009). No Brasil o Dia Nacional do Combate e Detecção e Prevenção da HAS de acordo com o projeto de lei do Senado Federal n. 151 foi estabelecido todo o dia 26 de abril, que atualmente vem ganhando destaque conjuntamente com as sociedades internacionais fortalecendo

ações conjuntas. Nessa data realizam-se diversas ações com o intuito de aumentar a conscientização da população com relação ao diagnóstico da hipertensão. O DMH promove a campanha a partir de dois pontos cruciais:

- 1) Estabelecer programas de triagem comunitários para aferir a pressão sanguínea em populações de risco.
- 2) Incluir a aferição da pressão sanguínea como rotina em consultas médicas.

Para tanto, é importante que esse indivíduo, caso queira, tenha acesso ao controle de sua pressão arterial por meio de programas educativos, da mobilização das pessoas e da incorporação de conhecimentos e atitudes sobre sua doença (BRASIL, 2016). Desta forma, é necessário cuidar da educação do indivíduo, auxiliando-o no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais, com o objetivo de prepará-lo para a participação ativa e transformadora em sua própria vida (MORIN, 2000).

Uma das estratégias mais importantes proposta para a redução da HAS é a educação do indivíduo, tendo em vista a melhora da qualidade de vida. A educação é um processo contínuo de construção do conhecimento (BRASIL, 2004).

3. 2 Mensuração do padrão em saúde

Na atualidade, parece ser crucial para a ciência em saúde a noção da mensuração por meio de instrumentos de avaliação. É frequente perceber a experiência dos que se dedicam a mensuração no eixo escolar. Para tanto Vianna (2015) nos traz que o processo de medida não visa a obter apenas escores numéricos, mas examinar situações relativas ao processo de ensino aprendizagem ocorridos através da educação.

Os instrumentos, independentemente do seu aspecto formal, representam um estímulo e ao mesmo tempo um desafio ao respondente, instigando seu interesse e curiosidade intelectual ao tema abordado (VIANNA, 2015).

Voltados para a área da saúde, é possível destacar dois objetivos principais em relação à medição de resultados, o primeiro deles procura quantificar os progressos

dos doentes e, implicitamente, a eficácia de um determinado tipo de cuidado; já o segundo procura comparar a eficácia da proposta de um tratamento com outro (FERREIRA, 1998). Assim, afirma Ferreira (1998), que o efeito do processo no estado de saúde de uma pessoa, (seja ele uma intervenção médica ou o desenvolvimento natural de um problema de saúde) é quantificado por uma medida de resultado em saúde, devendo ser sensível a detecções clinicamente importantes.

Outros autores, como Lagardia, Portela e Vasconcelos (2007), consideram que a avaliação, obtida através da medição em saúde, se dá pela aplicação de determinados procedimentos metodológicos que podem determinar a relevância, efetividade e o impacto de certas atividades a partir da proposição de objetos, com base em critérios que poderiam ser internos e/ou externos, cujo fim seria a tomada de decisão sobre as estratégias de intervenção.

Em concordância como Lagardia, Portela e Vasconcelos (2007), para Luckesi (2007) a avaliação é formulada a partir de métodos de atribuição de valor ou qualidade sobre algo. Refere-se ao ato de determinar, verificar, reconhecer, fazer ideia, calcular, apreciar, ajuizar ou refletir sobre algo, ou seja, a avaliação, como investigação, tem o objetivo retratar a situação, trazer à luz seus impasses, para então permitir que se tome a decisão do que fazer para sanar a situação do ponto de vista de melhoria dos resultados (LUCKESI, 2007).

A avaliação de resultados é uma prática que tem sido utilizada desde o início do século XX e tem seus princípios e características pautados no campo da psicologia. Os primeiros registros dessa técnica se referem à utilização de testes padronizados para medir as habilidades e aptidões de alunos, principalmente nos Estados Unidos, pelos estudos de Robert Thorndike (BORBA; FERRI, 1997).

Para realizar esses testes, se faz necessária a utilização de instrumentos de medição. Já a decisão sobre qual será o instrumento de medição utilizado, o pesquisador deverá planejar o método de coleta de dados, baseado no desenho de sua pesquisa, e pensar em procedimentos que garantam indicadores confiáveis que validem seus resultados (MARTINS, 2006).

O caráter investigativo da avaliação procura apresentá-la como um instrumento de prospecção, desencadeando reflexão e ação desvinculando a ideia para fins

classificatórios. Desta forma caracteriza-se como um processo dinâmico, sem a conotação do erro como um fracasso ou dúvida como insuficiência (TEIVE, 2005).

Ao longo do processo de investigação, o investigador tornar-se o perito de seu objetivo de estudo e dos métodos e técnicas que irá utilizar. Para tanto, por vezes, se depara com a falta de instrumentos de medição específicos para o tema em questão que, já difundidos na literatura, sendo imperativo a construção do seu próprio instrumento de medida. A primeira etapa para a elaboração de um instrumento de medida é definir o que será medido e como será medido (HILL; HILL, 2008).

Ainda segundo Hill e Hill (2008), medir em saúde apresenta duas facetas:

- 1) Medida ligada à população global (índices, taxas, etc.).
- 2) Medida ligada ao indivíduo (objetiva ou subjetiva).

Por sua vez as medidas ligadas ao indivíduo, objetiva e subjetiva, emergem de dois tipos de variáveis:

- a) Diretamente observáveis, que estão relacionadas com características físicas e biológicas, tais como: peso, altura, temperatura corporal, entre outros;
- b) Não diretamente observáveis, cuja medição é feita por meio da manifestação de parâmetros, como: desenvolvimento motor, oral, dor, satisfação, bem-estar entre outros.

Dessa forma, surgiram os instrumentos de avaliação, que atualmente são considerados um grande problema dentro da área de pesquisa e investigação das ciências da saúde. Quando os profissionais da saúde e especificamente da enfermagem optam por realizar uma investigação a nível empírico ou clínico, encontram grande dificuldade na escolha do instrumento de avaliação para a sua prática. Isso porque, quando se pesquisa a melhor evidência científica, depara-se com inúmeros instrumentos, com diferentes formatos de medida e com diferentes formas de análise, o que dificulta a tomada de decisão (CURADO; TELES; MARÔCO, 2013).

Dessa maneira, quando se pretende desenvolver um instrumento de medição, se faz necessário seguir normas e diretrizes que garantam a efetividade deste instrumento, pois ele poderá ter um papel vital nas práticas profissionais desenvolvidas (HILL; HILL, 2008).

3. 3 Construção de um instrumento

Um instrumento é um recurso de investigação que visa recolher informações baseando-se na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. Assim, é colocada uma série de questões que abrangem um tema de interesse para o investigador, não havendo interação direta entre este e os inqueridos (AMARO, A; PÓVOA, A; MACEDO, L; 2008).

A importância da utilização dos instrumentos, se dá pela facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas, num espaço de tempo relativamente curto, assim através da aplicação deste instrumento a um público alvo constituído, por exemplo, pacientes hipertensos, é possível recolher informações que permitam conhecer melhor as suas lacunas, bem como melhorar as metodologias de abordagem, contribuindo para a individualização do atendimento quando necessário (AMARO; PÓVOA; MACEDO, 2008).

A utilização de instrumentos como recurso de recolha de dados em pesquisas científicas é bastante difundida na área da saúde. Embora nem todos os projetos utilizem o instrumento como instrumento para medição, construí-lo não é, contudo, uma tarefa fácil; portanto, aplicar algum tempo e esforço nesta tarefa pode ser um fator determinante no sucesso da pesquisa.

Analisando a questão prática, parece fácil elaborar um instrumento. Porém, para tal é necessário se calcar na devida sustentação científica, seguindo um processo de construção que, segundo Hill e Hill, (2008) consiste em:

- 1 – Definir ou identificar a área geral da investigação e o público a ser investigado.
- 2 – Elaborar as seções do instrumento.
- 3 – Definir as perguntas do instrumento.
- 4 – Respostas e escalas de medida.

3.3.1 Definir a área geral da investigação e o público a ser investigado

A primeira decisão a ser tomada pelo pesquisador, na construção de um instrumento, é identificar sua área de estudo para definir se o instrumento será auto-respondido, aplicado em entrevista ou aplicado de forma digital, através do uso da internet (MONTEIRO; HORA, 2013). Caso opte pela auto-resposta do inquerido, o pesquisador deve levar em consideração o grau de escolaridade do pesquisado, o que poderá comprometer diretamente a participação do inquerido na pesquisa (MONTEIRO; HORA, 2013).

Corroborando com a ideia supracitada, Amaro, Póvoa e Macedo (2008), mencionam que, para a construção de um instrumento, o pesquisador deve ter definido a área geral de sua investigação. Sendo assim, antes de mais nada, deve ter em conta as habilitações do público alvo a quem o instrumento será aplicado. O público alvo do estudo é determinante neste momento, pois a redação deverá ser adequada à compreensão dos sujeitos de pesquisa. Dessa forma, torna-se fundamental identificar e definir as informações necessárias sobre o evento que se quer avaliar (MONTEIRO; HORA, 2013).

A proposta do estudo deve ser estruturada para obter a colaboração do inquerido e alcançar o máximo de veracidade nas respostas, evitando situações que possam comprometer a participação do público alvo (MONTEIRO; HORA, 2013).

Para a atual pesquisa, tomou-se a preocupação com a redação do instrumento. Por saber que o Brasil se trata de um país de dimensões continentais que conta com uma riqueza de expressões regionais, podendo haver variações nas definições de alguns termos nas diversas partes de seu território, foi realizada a substituição de termos muito técnicos. Neste caso, é sabido que não se “tira” nem se “mede” a pressão arterial, mas que ela é aferida, no entanto a raridade do uso desse termo pode comprometer o entendimento das questões citadas no atual estudo.

3.3.2 Elaboração das seções do instrumento

Para a desenvolvimento de um novo instrumento, é fundamental que o pesquisador realize uma pesquisa bibliográfica com o principal objetivo de levantar itens que componham o constructo de interesse, identificando os mais representativos (MONTEIRO; HORA, 2013).

A partir dos dados levantados, o pesquisador poderá aglomerar os itens por afinidade, denominando de bloco ou dimensão, capazes de abordar um mesmo aspecto do constructo. Essa fase do desenvolvimento torna-se crucial no sucesso do instrumento, pois poderá comprometer sua aplicabilidade e aceitabilidade pelo inquerido (MONTEIRO; HORA, 2013).

Assim, é essencial determinar quais são as questões mais relevantes a serem propostas, relacionando cada item à proposta da pesquisa e às hipóteses que se quer provar/demonstrar/verificar.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Optou-se pelo estudo psicométrico para a construção do instrumento de avaliação do construto conhecimento sobre a hipertensão arterial. Para conduzir adequadamente a construção desse instrumento seguiu-se os procedimentos teóricos recomendados por Cohen, Swerdlik e Sturman (2014): conceitualização do teste, revisão da literatura acerca do construto em questão e desenvolvimento dos itens.

Assim, para garantir uma escala com características psicométricas adequadas, inclui-se aos procedimentos teóricos (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2016):

- a) Revisão da literatura relacionada ao novo instrumento (teoria em que o novo instrumento se baseia e instrumentos construídos segundo ela);
- b) Procedimentos complementares a revisão teórica (consulta a especialistas sobre a definição operacional);
- c) Construção da definição operacional;
- d) Apresentação da síntese das questões: proposta de um novo instrumento.

4.1.1 Revisão da literatura relacionada ao novo instrumento

Para sumarizar as pesquisas acerca do tema em questão, optou-se pela revisão integrativa da literatura, que consiste no método em que as pesquisas são reunidas e conclusões estabelecidas, considerando o delineamento da pesquisa. Dessa forma, é possível integrar opiniões, conceitos e ideias provenientes de diversos autores disponíveis na literatura (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

Para conduzir adequadamente uma revisão integrativa é necessário apresentar padrões em relação à clareza, ao rigor e aplicabilidade. Assim, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), é possível identificar generalizações precisas sobre fenômenos a partir das informações disponíveis na literatura, facilitando a tomada de decisões em relação a ações e intervenções de cuidados mais efetivos e com melhor custo-benefício.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) afirmam que este tipo de metodologia garante uma análise ampla da literatura, contribuindo para a compreensão sobre os métodos e resultados de pesquisas, bem como na identificação do direcionamento de futuras investigações. Dessa forma, reforçam que a síntese e análise dos artigos de uma determinada linha de pesquisa contribuem para a incorporação de novos conhecimentos à prática clínica.

O propósito da revisão integrativa é a obtenção de um profundo entendimento sobre o fenômeno a ser investigado. Para tanto, Whittemore e Knafl (2005) dizem que se trata de um método que permite a inclusão de diversos delineamentos de pesquisas

(experimentais, quase experimentais e não experimentais), que abrangem a literatura teórica e empírica, tendo o poder de figurar como um aliado à pesquisa.

A elaboração da revisão integrativa deve seguir padrões de rigor metodológico que possibilitem identificar as características reais dos estudos analisados. Para guiar a prática de elaboração desta revisão, foram seguidas as recomendações de Mendes, Silveira e Galvão (2008), distribuídas em 6 etapas a serem apresentadas (FIGURA 4):

- a) Etapa 1 – Identificação do tema e questão de pesquisa.
- b) Etapa 2 – Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos;
- c) Etapa 3 – Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados.
- d) Etapa 4 – Avaliação dos estudos incluídos na pesquisa.
- e) Etapa 5 – Interpretação dos resultados.
- f) Etapa 6 – Síntese do conhecimento.

Figura 4 – Etapas da revisão integrativa



Fonte: (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008; BOTELHO, 2011).

4.1.1.1 Identificação do tema e questão de pesquisa

Essa fase é considerada a norteadora para a elaboração de uma revisão integrativa, pois deve-se identificar o problema de pesquisa e o propósito do estudo de forma clara e específica (GANONG, 1987).

Como metodologia de construção da pergunta de pesquisa elegeu-se o acrônimo PICO que, segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007) trata-se de uma estratégia que pode ser utilizada para a elaboração do problema de pesquisa de natureza diversas, podendo ser derivadas da gestão de pessoas, de materiais e pela busca de instrumentos de avaliação clínica. Destacam ainda que uma questão de pesquisa

estruturada corretamente possibilita a definição de evidências suficientes para a resolução de uma questão clínica de pesquisa, com foco no escopo da pesquisa, podendo evitar buscas desnecessárias.

A descrição da estratégia PICO apresenta-se em quatro componentes, sendo: P = paciente ou problema (pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde); I = intervenção (representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômico); C = controle ou comparação (definida como uma intervenção padrão, ou a intervenção mais utilizada, ou ainda, nenhuma intervenção); O = desfecho “*outcomes*” (resultado esperado), segundo ilustra o Quadro 3.

Quadro 3 – Formulação da pergunta de pesquisa segundo a estratégia PICO

Estratégia PICO	
P População/Contexto/ Situação-problema	Avaliação das práticas, atitudes e conhecimento em saúde para o tratamento da hipertensão arterial.
I Intervenção	Questionários/instrumentos ou formulários que avaliem o conhecimento sobre a hipertensão arterial.
C Intervenção de comparação	Não mensurado.
O Resultado	Identificar as questões que estão sendo utilizadas em face do conhecimento do entrevistado.

Fonte: Adaptado de (SANTOS, PIMENTA e NOBRE 2007).

Para tanto, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: **quais são as evidências científicas sobre a existência de instrumentos para avaliar o conhecimento sobre a hipertensão?**

Para o levantamento dos artigos na literatura, foi utilizado o acesso virtual às bases de dados *Scientific Eletronic Library Online – Biblioteca Científica Eletrônica em Linha* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Base de dados de Enfermagem* (BDENF), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde. Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses na etapa do processo de elaboração desta revisão integrativa.

O SciELO é um modelo para a publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na internet. Especialmente desenvolvido para responder às necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina e Caribe, o modelo proporciona uma solução eficiente para assegurar a visibilidade e o acesso universal a sua literatura científica, contribuindo para a superação do fenômeno conhecido como “ciência perdida”. O modelo SciELO contém ainda procedimentos integrados para medir o uso e o impacto dos periódicos científicos (BIREME/OPAS/OMS, 2016).

MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional na área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine (NLM)*, dos Estados Unidos, e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros setenta países. Engloba referências de artigos publicados desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização nas bases de dados é mensal (BIREME/OPAS/OMS, 2016).

LILACS é uma base de dados que compreende a literatura técnico-científica em saúde produzida nos países da América Latina e Caribe e publicada a partir de 1982. Em 2009, a LILACS atingiu 500.000 registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos em ciência da saúde, dos quais aproximadamente 800 são atualmente indexados. Também indexa outros tipos de literatura científica e técnica como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais e regionais (BIREME/OPAS/OMS, 2016).

BDENF é uma base de dados digital, da Biblioteca da Rede Médica/Organização Pan-americana da Saúde Organização Mundial da Saúde (BIREME OPAS/OMS), cuja finalidade é organizar a produção científica de enfermagem, propiciando a sua divulgação ampla e o seu consumo por profissionais e estudantes. A BDENF cataloga toda a produção de enfermagem sem limite temporal, o que permite pesquisas históricas e também a preservação da memória da profissão (BIREME/OPAS/OMS, 2016).

Para a busca nas bases de dados mencionadas, optou-se por utilizar os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) contemplados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no Medical Subject Headings (MeSH) contemplados no sistema MEDLINE – PubMed.

A seleção dos descritores foi relacionada a cada um dos componentes da estratégia PICO, como mostrado no Quadro 4:

Quadro 4 – Descritores relacionados à estratégia PICO

Estratégia PICO	Descritores de assunto
Avaliação das práticas, atitudes e conhecimento em saúde para o tratamento da hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> ● Health knowledge, attitudes, practice ● Hypertension
Questionários/instrumentos ou formulários que avaliem o conhecimento sobre a hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> ● Patient therapy knowledge ● Questionnaire
Não mensurado	
Identificar as questões que estão sendo utilizadas em face do conhecimento do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> ● Knowledge

Para as buscas, os descritores foram grafados no idioma inglês e utilizados associados com o auxílio do operador booleano “AND”, assim temos 3 associações conforme se segue:

- Associação 1: Hypertension AND patient therapy knowledge;
- Associação 2: Hypertension AND health knowledge, attitudes, practice AND knowledge;
- Associação 3: Hypertension AND patient therapy knowledge AND questionnaire.

4.1.1.2 Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos

Os critérios de inclusão das publicações na presente revisão integrativa foram:

- publicações dispondendo de livre acesso eletronicamente, na íntegra;
- publicações sem limite temporal, origem e idioma;
- publicações possuindo instrumento de avaliação do conhecimento sobre a

hipertensão.

Como critério de exclusão, foram descartadas somente as publicações repetidas nas bases de dados pesquisadas.

O levantamento das publicações nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF E SCIELO foi realizado, concomitantemente, entre os meses de julho de 2017 e agosto de 2018. Suas cópias foram arquivadas no endereço eletrônico dos pesquisadores, separados por base de dados e pela combinação dos descritores para posterior avaliação. Na sequência os artigos foram salvos em pastas destinadas para esse fim.

4.1.1.3 Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados

Para a extração das informações dos artigos incluídos nesta revisão integrativa foi utilizado o instrumento de coleta de dados validado por Ursi (2005), que contempla as seguintes informações:

- identificação do estudo;
- instituição sede do estudo;
- tipo de publicação;
- características metodológicas do estudo;
- avaliação do rigor metodológico.

Atendendo aos objetivos desta revisão, foi necessária adaptação do instrumento, que originalmente foi proposto para enfermagem pré-operatória. A adaptação ocorreu no item (D) “característica metodológica do estudo”, no qual a alteração ocorreu no subitem 3, amostra, em que o “diagnóstico” foi substituído por instrumento de avaliação, e “tipo de cirurgia” foi excluído (ANEXO A).

4.1.2 Procedimentos complementares a revisão teórica

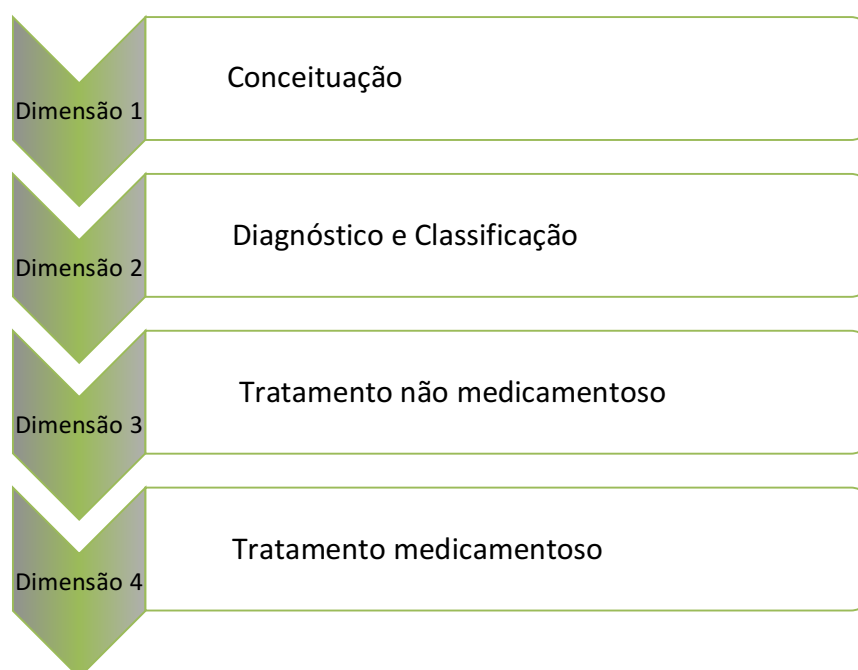
Considerando que a definição operacional do construto desse instrumento, é baseada na revisão da teoria e de instrumentos já existentes, observou-se que alguns aspectos da variável abordada não tenham sido mensurados ou abordados pela teoria. Assim, entendendo que o construto ainda exige exame mais detalhado, optou-

se pelo desenvolvimento de dimensões do conhecimento, através de rodadas de discussão entre as pesquisadoras especialistas na área clínica abordada.

Para tanto, foram determinadas variáveis principais e específicas da investigação desse estudo, baseadas na proposta de construção de questionários apresentada por Hill e Hill (2008). Assim, temos como variáveis principais: dimensões de conhecimento e variáveis específicas: áreas, subáreas de conhecimento. As questões retiradas dos artigos, para análise, a partir da revisão, foram denominadas de itens de conhecimento.

Desta forma, foram determinadas 4 dimensões de conhecimento, tendo seu conteúdo formado a partir da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) (FIGURA 6).

Figura 6 – Distribuição das dimensões de conhecimento sobre a hipertensão, a partir da análise da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão



Para cada uma das dimensões foi determinada uma área de conhecimento, e subáreas específicas de conhecimento sobre a doença, todas embasadas na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. A quantidade de subáreas variou de acordo com o tema relacionado. Para a dimensão um, obteve-se uma área e oito subáreas de conhecimento, referentes à conceituação da Hipertensão Arterial. Para a dimensão

dois, obteve-se uma área e seis subáreas, referentes ao diagnóstico e classificação da doença. Para a dimensão três, obteve-se uma área e quatro subáreas, referentes ao tratamento não medicamentoso. E, finalmente, para a dimensão quatro, uma área e duas subáreas, referentes ao tratamento medicamentoso (QUADROS 5, 6, 7 e 8).

Quadro 5 - Distribuição da dimensão (1), área (1) e subárea (1) de conhecimento da hipertensão, referentes à conceituação da doença

Dimensão 1	Área 1	Subáreas 1
Conceituação	Fatores de risco para hipertensão	Idade
		Gênero e etnia
		Excesso de peso e obesidade
		Ingestão de sal
		Ingestão de álcool
		Sedentarismo
		Fatores socioeconômicos
		Genética

Quadro 6 - Distribuição da dimensão (2), área (2) e subáreas (2) de conhecimento da hipertensão, referentes ao diagnóstico e à classificação da doença

Dimensão 2	Área 2	Subáreas 2
Diagnóstico e classificação	Pressão arterial	Sinais e sintomas
		Valores da pressão arterial
		Efeito do avental branco
		Visita ao serviço de saúde
		Progressão da doença
		Complicações da doença

Quadro 7 - Distribuição da dimensão (3), área (3) e subáreas (3) de conhecimento da hipertensão, referentes ao tratamento não medicamentoso da doença

Dimensão 3	Área 3	Subáreas 3
Tratamento não medicamentoso	Hábitos de vida	Padrão alimentar
		Atividade física/exercícios físicos
		Tabagismo
		Estresse

Quadro 8 - Distribuição da dimensão (4), área (4) e subáreas (4) de conhecimento da hipertensão, referentes ao tratamento medicamentoso da doença

Dimensão 4	Área 4	Subáreas 4
Tratamento medicamentoso	Adesão ao tratamento	Medicamentos anti-hipertensivos
		Efeitos adversos

Cada uma das dimensões, áreas e subáreas foram definidas e conceituadas segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) e artigos indexados na plataforma digital da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), assim, entende-se por:

- 1) Dimensão (1) – Conceituação:** Hipertensão Arterial (HA) como uma condição clínica associada a distúrbios multivariados (LEWINGTON S *et al.*, 2003).
- 2) Área (1) – Fatores de risco:** Por definição, trata-se de qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde. Para a hipertensão, são classificados como fatores de risco: dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (LEWINGTON S *et al.*, 2003).
- 3) Subárea (1) – Idade:** Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência da Hipertensão Arterial (HA), relacionado ao aumento da expectativa de vida da população brasileira e ao aumento da população de idosos (PICON *et al.*, 2013).
- 4) Subárea (1) – Gênero e etnia:** Prevalência de HA auto-referida, estatisticamente diferente entre os gêneros, sendo maior entre as mulheres e pessoas da raça negra/cor preta, comparada a adultos pardos (NASCIMENTO *et al.*, 2006).
- 5) Subárea (1) – Excesso de peso e obesidade:** Segundo estimativas apresentadas na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), dados do

VIGITEL (2014), 70% dos homens hipertensos e 61% das mulheres hipertensas são obesos, e estima-se, ainda, que a perda de peso corporal pode estar relacionada à diminuição dos riscos de hipertensão e novos eventos cardiovasculares.

- 6) **Subárea (1) – Ingestão de sal/sódio:** O consumo excessivo de sódio, um dos principais fatores de risco para HA, associa-se a eventos cardiovasculares e renais (ZHAO *et al*, 2011; HE, MACGREGOR, 2010). O impacto da dieta rica em sódio estimada na pesquisa do VIGITEL (2014) indica que apenas 15,5% das pessoas entrevistadas reconhecem conteúdo alto ou muito alto de sal nos alimentos (SBH. VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).
- 7) **Subárea (1) – Ingestão de álcool:** Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial de forma consistente (HE, MACGREGOR, 2010).
- 8) **Subárea (1) – Sedentarismo:** Associação significativa entre HA e idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho (SCALA *et al*, 2015).
- 9) **Subárea (1) – Fatores socioeconômicos:** Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA auto-referida (31,1%). A proporção diminuiu naqueles que completam o Ensino Fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2% (SCALA *et al*, 2015).
- 10) **Subárea (1) – Genética:** A miscigenação dificulta a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos (KIMURA *et al*, 2012; KIMURA *et al*, 2013).
- 11) **Dimensão (2) – Diagnóstico e classificação:** a avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do

diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular (SBH. VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

12) Área (2) – Pressão arterial: É o valor apresentado diante da medida da pressão arterial (PA). A PA deve ser medida em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados (SBH. VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

13) Subárea (2) – Sinais e sintomas: Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2018), na maioria dos indivíduos a hipertensão arterial não causa sintomas, apesar da coincidência do surgimento de determinados sintomas que muitos, de maneira equivocada, consideram associados à doença, como por exemplo dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço. Em situações de HA grave ou prolongada (e não tratada), dores de cabeça, vômito, falta de ar, agitação e visão borrada podem aparecer em decorrência de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração e os rins (SBH., 2018).

14) Subárea (2) – Valores da pressão arterial: Deve-se considerar que valores de PA obtidos por métodos distintos têm níveis de anormalidade diferentes (MANCIA *et al*, 2013; NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE, 2011). Os valores de referência para a definição de HA pelas medidas de consultório são: PA Sistólica (mmHg) ≥ 140 e/ou PA Diastólica (mmHg) ≥ 90 (MANCIA *et al*, 2013; NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE, 2011).

15) Subárea (2) – Efeito do avental branco: É a situação clínica caracterizada por valores anormais da PA no consultório, porém com valores considerados normais pela MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) ou MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial) (SBH. VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

- 16) Subárea (2) – Visita ao serviço de saúde:** Na consulta médica deve-se obter história clínica completa com perguntas sobre o tempo de diagnóstico, evolução e tratamento prévio. O paciente deve ser interrogado sobre fatores de risco específicos para doenças cardiovasculares, comorbidades, aspectos socioeconômicos e estilo de vida, além do uso prévio e atual de medicamentos ou outras substâncias que possam interferir na medição da PA e/ou no tratamento da hipertensão (MURABITO *et al*, 2004).
- 17) Subárea (2) – Progressão da doença/cronicidade:** A HA trata-se de uma doença crônica que pode acompanhar um indivíduo durante um tempo relativo de sua vida (SBH, 2016; LEWINGTON S *et al.*, 2003).
- 18) Subárea (2) – Complicações da doença:** O risco cardiovascular deve ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. A identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações cardiovasculares, especialmente infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico, é fundamental para uma orientação terapêutica mais agressiva (SBH, 2016).
- 19) Dimensão (3) – Tratamento não medicamentoso:** O tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (LIN *et al*, 2014).
- 20) Área (3) – Hábitos de vida:** A atitude terapêutica do cuidado procura encorajar o cliente a rever seu estilo de vida, sua percepção e maneiras de se relacionar em seu contexto social, de modo a encontrar recursos e novas maneiras de viver com satisfação (SBH, 2016).
- 21) Subárea (3) – Padrão alimentar:** O sucesso do tratamento da HA com medidas nutricionais depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável. A utilização de dietas radicais pode resultar em abandono do

tratamento, o foco em apenas um único nutriente ou alimento tem perdido espaço para a análise do padrão alimentar total, que permite avaliar o sinergismo entre os nutrientes/alimentos mais favoráveis ao tratamento do hipertenso (GREENBERG *et al*, 2009).

- 22) Subárea (3) – Atividade física/exercícios físicos:** Atividade física refere-se a qualquer movimento corporal que aumente o gasto energético, o que inclui andar na rua, subir escada, fazer trabalhos físicos domésticos, fazer práticas físicas de lazer. O termo exercício físico refere-se à atividade física realizada de forma estruturada, organizada e com objetivo específico (NASCIMENTO; ANGELIS, 2018).
- 23) Subárea (3) – Tabagismo:** O hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle de hipertensos, no desconhecimento da HA (DE GIUSTI *et al*, 2012).
- 24) Subárea (3) - Estresse:** Estudos sobre as práticas de gerenciamento de estresse apontam a importância das psicoterapias comportamentais e das práticas de técnicas de meditação, *biofeedback* e relaxamento no tratamento da HA (MAHTANI, NUNAN, HENEGHAN, 2012).
- 25) Dimensão (4) – Tratamento medicamentoso:** O tratamento medicamentoso da HA visa, em última análise, à redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares (SBH. VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).
- 26) Área (4) – Adesão ao tratamento:** Entende-se por adesão terapêutica o quanto há de concordância entre o comportamento do paciente na utilização de medicamentos ou seguimento de medidas não farmacológicas, e aquelas recomendações feitas pelos profissionais da saúde (ANGELO, 2017; PIERIN, 2017). A adesão terapêutica é mais do que apenas tomar os comprimidos (KANNEL, 1996).

27) Subárea (4) – Medicamentos anti-hipertensivos: Há evidências científicas por meio de estudos clínicos de desfechos que mostram benefícios do tratamento realizado com o uso de diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II. Deve ser ressaltado que a maioria desses estudos utilizou medicamentos em associação. Com base nas informações disponíveis, a proteção observada não depende do tipo de fármaco empregado, mas fundamentalmente da redução da PA (ANGELO, 2017; PIERIN, 2017).

28) Subárea (4) – Efeitos adversos: É qualquer resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função fisiológica (ANGELO, 2017; PIERIN, 2017).

A partir das definições citadas, as pesquisadoras, em nova reunião, agruparam todas as questões pertinentes a cada uma das subáreas de cada uma das dimensões de conhecimento, em quadros destinados para este fim, permitindo posterior análise.

4.1.3 Construção da definição operacional

Os resultados foram apresentados na forma descritiva, em duas etapas. A primeira consistiu na descrição dos dados de identificação dos artigos (título, autor, formação profissional, ano de publicação, periódico e continente de origem), características metodológicas dos estudos classificando-os de acordo com o delineamento da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) e nível de evidências proposto por Stetler *et al.* (1998), sendo usadas operações estatísticas simples de distribuição de frequência em porcentagem.

A qualidade da evidência científica atribuída a um estudo, tem como objetivo principal conferir transparência à procedência das informações nele contidas. Para tanto, se faz necessária a avaliação crítica do leitor na busca do delineamento

metodológico, utilizado pelo autor da pesquisa (CASTIEL, PÓVOA, 2002; URSI, 2005; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

O delineamento de pesquisa refere-se ao plano geral do pesquisador para responder as questões de pesquisa ou testar suas hipóteses, podendo ser de origem qualitativa ou quantitativa.

O método qualitativo visa à compreensão do universo de crenças, valores e significados da vivência humana por métodos não quantificáveis (MINAYO, 2006). Possui um delineamento flexível, holístico e que exige intenso envolvimento do pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Nos estudos com abordagem metodológica quantitativa, o delineamento de pesquisa pode ser dividido em pesquisa experimental, quase-experimental e não experimental. A pesquisa com o delineamento experimental oferece maior possibilidade de controle e o pesquisador é um agente ativo e não mero observador. Neste tipo de delineamento, a pesquisa possui três propriedades: a manipulação, o controle e a randomização. Na manipulação, o investigador manuseia a variável independente administrando um tratamento experimental (ou intervenção) em um grupo de sujeitos, enquanto suspende a administração nos outros ou administra um tratamento alternativo. No controle, o investigador introduz o grupo controle, que se refere ao grupo de participantes que recebe ou não tratamento/intervenção, com o objetivo de comparar os resultados com o grupo experimental. Na randomização, o pesquisador designa aleatoriamente os participantes para os grupos controle e experimental (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa com delineamento quase-experimental envolve a manipulação de uma variável independente, porém não possui características de randomização ou de grupo controle, aspecto que permite haver inferências, ou seja, explicações alternativas para os resultados. Por outro lado, esse tipo de delineamento possui a vantagem de ser prático e de introduzir algum controle de pesquisa quando não é possível realizar um estudo experimental (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa não-experimental é realizada quando a variável independente não é manipulável, quando não seria ético manipulá-la ou ainda quando a finalidade da pesquisa é a descrição, ou seja, o fenômeno é estudado da forma como ele naturalmente acontece (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Dentre os tipos de

pesquisas não experimentais, serão destacadas neste estudo a correlacional e a descritiva.

Na pesquisa correlacional, busca-se saber quais os possíveis relacionamentos entre as variáveis, sendo estas sempre estudadas em seu ambiente natural e após mudança na variável independente, por isso, algumas vezes, é descrita como retrospectiva ou prospectiva. O estudo retrospectivo é uma investigação correlacional, em que o fenômeno observado no presente é vinculado ao fenômeno ocorrido no passado. Já o estudo prospectivo inicia-se com o exame de uma causa presumida e prossegue até o efeito presumido. Outra classe de pesquisa não experimental é a pesquisa descritiva, cuja finalidade fundamental é observar, descrever e documentar uma situação. A principal vantagem desta pesquisa é a coleta de uma grande quantidade de dados sobre o assunto investigado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A qualidade da evidência é classificada hierarquicamente e expressa a força de sua recomendação, de modo que um estudo classificado no nível I possui forte recomendação e no nível VI possui recomendação restrita (STETLER *et al.*, 1998). Vale ressaltar que uma evidência é considerada forte ou fraca, de acordo com o delineamento e rigor do estudo (FERREIRA, 2007).

As classificações das evidências são fundamentais para tomada de decisões racionais por parte dos profissionais de saúde, proporcionando elementos para o profissional avaliar criticamente os resultados das pesquisas e, conseqüentemente, aplica-los na prática (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003; GALVÃO, 2007; GUAUDARD, 2008).

Para a presente revisão, adotou-se o sistema de classificação do nível de evidência proposto por Stetler *et al.* (1998), apresentado a seguir (FIGURA 7):

Figura 7 – Classificação dos níveis de evidência



Fonte: Adaptado de (STETLER *EL AL* .,1998).

A análise e síntese dos artigos selecionados para esta revisão, foram realizadas após leitura exaustiva de cada um deles. Os dados extraídos foram transcritos para o instrumento (ANEXO A), e deu origem a tabelas com importantes informações, possibilitando o detalhamento de cada estudo.

Os artigos foram organizados por planilhas em ordem numérica crescente no programa Microsoft Excel 2007, de acordo com o ano de publicação e o título da pesquisa.

Na segunda etapa foram descritas, segundo os artigos investigados, as questões utilizadas para avaliar o conhecimento do paciente hipertenso em diversos aspectos da doença, de acordo com as dimensões apresentadas anteriormente. Para tanto, os resultados foram agrupados em quadros, o que permitiu a construção do novo instrumento sobre o conhecimento do paciente hipertenso.

Para a análise dos quadros com as questões sobre o conhecimento, agrupadas a partir das definições já apresentadas, uma nova reunião entre as pesquisadoras

permitiu a continuidade da análise dos dados e a apresentação da proposta de um novo instrumento sobre o conhecimento da hipertensão.

As questões referentes ao conhecimento sobre a doença foram denominadas “itens”, e analisadas uma a uma para garantir que respondessem ao objetivo desta pesquisa. Os itens encontrados em outros idiomas foram traduzidos e dispostos nas subáreas temáticas.

Para elencar os itens que formaram o novo instrumento, novamente em reunião com pesquisadoras, foram excluídos aqueles que apresentavam repetição semântica e que não corroboraram com as definições apresentadas, anteriormente, a partir da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

4.1.4 Apresentação da síntese das questões: proposta de um novo instrumento

O novo instrumento apresenta duas sessões a serem preenchidas pelo respondente. A primeira sessão contempla a caracterização do indivíduo e a segunda as questões sobre o conhecimento da hipertensão arterial.

Para a primeira sessão foram elaborados itens/questões com opção de respostas mistas (abertas e fechadas), abordando os assuntos: dados pessoais (sete itens); hábitos de vida/histórico da doença (cinco itens); e dados clínicos (quatro itens); adaptados de um questionário de atividades de autocuidado com o diabetes, traduzido e validado em português (Brasil) (MICHELS et al., 2010).

Para a elaboração da segunda sessão, instrumento sobre o conhecimento da HA, no total foram agrupados 217 itens relacionados a todas as dimensões de conhecimento já mencionadas, o que permitiu a formatação do novo instrumento, contendo 26 itens sobre o conhecimento da hipertensão (APÊNDICE A).

Os itens foram posicionados dentro do instrumento em uma sequência lógica através da análise da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), como sugere Gunter (2003), pois, dessa forma, as questões estabelecem uma continuidade, uma ligação entre si, evitando mudanças repentinas de temas. Assim, o instrumento está dividido por dimensões, o que pode favorecer a análise do pesquisador, facilitando a

identificação de déficit de conhecimento em determinada área de conhecimento, favorecendo o trabalho multiprofissional de educação do público-alvo.

Optou-se por questões de resposta fechada, denominada resposta de escala nominal, que consiste num conjunto de categorias de respostas qualitativamente diferentes e mutuamente exclusivas, em que o respondente apenas seleciona a opção que mais adéqua sua opinião, reduzindo o tempo de dedicação ao instrumento, empregado pelo respondente (HILL; HILL, 2008). Esse tipo de resposta também pode ser favorável ao pesquisador, pois traz maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise de dados, favorecendo a categorização das respostas para posterior análise, em pesquisas de larga escala (HILL; HILL, 2008).

Assim, as questões do novo instrumento apresentam-se com respostas fechadas, em escala nominal SIM / NÃO / NÃO SEI.

Sugere-se como análise de pontuação a nota 1 para as questões corretas, em que o ponto de cada pergunta é somado para a pontuação total, no final do instrumento. Não será atribuído ponto negativo a uma opção de resposta, assim, cada resposta errada não será somada a pontuação total.

Para a análise da síntese da pontuação total, a nota oscilará entre 0 e 26 pontos. O pior resultado possível resulta da pontuação 0, no contraponto, a pontuação máxima resulta em 26 pontos.

O potencial de conhecimento do respondente, poderá variar entre baixo (% de acertos igual ou inferior a 49,9), regular (% de acertos entre 50 e 59,9) ou alto (% de acertos igual ou superior a 60). A escolha das diferentes percentagens correspondentes às diferentes classificações foi realizada de modo semelhante a metodologia apresentada por Abraldes e Ortin (2010), que consideram um “mau” nível de conhecimento porcentagens de resposta abaixo dos 50% e alto conhecimento porcentagens acima de 60% (QUADRO 9).

Quadro 9 – Níveis de conhecimento e síntese da pontuação para avaliação do potencial de conhecimento sobre a hipertensão

Potencial de conhecimento		
Nível de conhecimento	Número de acertos	% de acertos
Alto	> 15 questões	Igual ou superior a 60

Regular	Entre 13-15 questões	Entre 50 e 59,9
Baixo	< 13 questões	Igual ou inferior a 49,9

Os três níveis propostos de conhecimento facilitam a percepção do pesquisador em relação ao público estudado, possibilitando a criação de estratégias específicas para o déficit de conhecimento apresentado.

Por tratar-se de um instrumento que poderá ser aplicado a um público alvo abrangente, sugere-se que ambas as sessões possam ser preenchidas pelo respondente ou por meio da intervenção do pesquisador, tornando o instrumento um recurso de pesquisa versátil.

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados de todas as etapas de construção do novo instrumento sobre conhecimento da hipertensão, a partir da revisão integrativa será dividido em dois subcapítulos: Resultado da revisão dos artigos analisados e Resultado da análise das questões extraídas dos artigos analisados.

5.1 Resultado da revisão dos artigos analisados

A amostra desta revisão integrativa totalizou trinta e dois (32) artigos (Apêndice A), dos quais 19 (aproximadamente 59,3%) foram encontrados na base de dados

MEDLINE, 5 (aproximadamente 15,6%) na LILACS, a mesma quantidade foi encontrada na BDEF, ou seja, 5 artigos (aproximadamente 15,6%), e por fim, 3 artigos (aproximadamente 9,3%) encontrados na base SCIELO.

No Quadro 10, têm-se as respectivas publicações agrupadas segundo a base de dados, o título do artigo, os autores, a formação profissional dos autores e o ano de publicação.

Em relação à formação profissional dos autores, foi identificado que 15 (46,8%) estudos foram realizados por médicos, 11 (34,3%) por enfermeiros, 3 (9,4%) por farmacêuticos, 2 (6,2%) por assistentes sociais e 1 (3,1%) por nutricionistas. Vale ressaltar que em todos os artigos, estudantes de suas áreas específicas participaram da autoria.

Quadro 10 – Distribuição das publicações, segundo bases de dados, título, autores, formação profissional dos autores e ano de publicação

Nº do estudo	Base de dados	Título	Autores	Formação profissional dos autores	Ano de publicação	Nível de evidência do estudo
1	BDEF	O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença	Ângela M. G. Pierin; Décio Mion Junior; Júlia T. Fukushima; Alessandro R. Pinto; Marcia M. Kaminaga	Enfermagem	2001	IV
Nº do estudo	Base de dados	Título	Autores	Formação profissional dos autores	Ano de publicação	Nível de evidência do estudo
2	MEDLINE	Impact of educational mailing on the blood pressure of primary care patients with mild hypertension	Jaquelyn S. Hunt; Joseph Siemienczuk; Dan Touchett; Nicola Payne	Enfermagem	2004	II
3	MEDLINE	Hypertension Knowledge, Awareness, and Attitudes in a Hypertensive Population	Susan A. Oliveria; Roland S. Chen; Bruce D. McCarthy; Catherine C. Davis; Martha N. Hill	Medicina	2005	IV
4	MEDLINE	Access to Care as a Predictor of Patients'	Cedric K. Dark; Ugo A. Ezenkwele	Medicina	2007	IV

		Knowledge of Cardiovascular Diseases				
5	MEDLINE	Measuring Blood Pressure Knowledge and Self-Care Behaviors of African Americans	Rosalind M. Peters; Thomas N. Templin	Medicina	2008	IV
6	BDEF	Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento	Elaine dos Santos Jesus; Monica Aparecida de Oliveira Augusto; Josiane Gusmão; Décio Mion Júnior; Kátia Ortega; Angela Maria Geraldo Pierin	Enfermagem	2008	IV
7	MEDLINE	High Blood Pressure Knowledge Among Primary Care Patients with Known Hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) Study	Anthony J. Viera; Lauren W. Cohen; Madeline Mitchell; Philip D. Sloane	Medicina	2008	IV
8	MEDLINE	The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients	Hayrettin Karaeren; Mehmet Yokisoglu; Senay Uzun; Oben Baysan; Cem Koz; Belguzar Kara; Ata Kirulmaz; Ilkin Naharci; Murat Pinar; Mehmet Birhan Yilmaz; Mehmet Uzun	Enfermagem	2009	IV
Nº do estudo	Base de dados	Título	Autores	Formação profissional dos autores	Ano de publicação	Nível de evidência do estudo
9	MEDLINE	The effect of a patient education booklet and BP 'tracker' on knowledge about hypertension. A randomized controlled trial	Martin G Dawes; Janusz Kaczorowski; Graham Swanson; John Hickey; Tina Karwalajtys	Medicina	2010	III
10	BDEF	Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de	Talita de Souza Serafim; Elaine dos Santos Jesus; Ângela Maria Geraldo Pierin	Enfermagem	2010	IV

		peessoas hipertensas				
11	MEDLINE	Patients' Knowledge of Risk and Protective Factors for Cardiovascular Disease	Siddharth A. Wartak; Jennifer Friderici; Amir Lotfi; Ashish Verma; Reva Kleppel; Deborah Naglieri-Prescod; Michael B. Rothberg	Medicina	2011	IV
12	MEDLINE	Development and evaluation of a hypertension knowledge test for Korean hypertensive patients	Hae Ra Han; Ktty Chan; Heejung Song; Tam Nguyen; Jong Eun Lee; Miyong T. Kim	Enfermagem	2011	IV
13	MEDLINE	Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan	Aysha Almas; Saniya Siraj Godil; Saima Lalani; Zahra Aziz Samani; Aamir Hameed Khan	Medicina	2012	IV
14	MEDLINE	The development and validation of the hypertension evaluation of lifestyle and management knowledge scale	Marilyn M. Schapira; Kathlyn e. Fletcher; Avery Hayes; Dan Eastwood; Leslie Patterson; Kristyn Ertl; Jeff Whittle	Medicina	2012	IV
15	LILACS	Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva	Jefferson Antonio Buendía	Farmácia	2012	IV
Nº do estudo	Base de dados	Título	Autores	Formação profissional dos autores	Ano de publicação	Nível de evidência do estudo
16	LILACS	Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em idosos.	Nicole Pucci; Márcia Regina Pereira; Daniele Botelho Vinholes; Paolla Pucci; Naique Dellai Campos	Medicina	2012	IV
17	BDENF	Conhecimento dos pacientes	Daniela Fortes Neves Ibiapina; Alessandra	Nutrição	2013	IV

		com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos	Nascimento Santos; Layenne Nathanna Rodrigues de Oliveira			
18	MEDLINE	Incorporating hypertensive patient education on salt intake into an introductory pharmacy practice experience	Kimberly B. Garza; Salisa C. Westrick; Benjamin S. Teeter; Lynn Stevenson	Farmácia	2013	IV
19	MEDLINE	Health Literacy in Rural Areas of China: Hypertension Knowledge Survey	Xia Li; Ning Ning; Yanhua Hao; Hong Sun; Lijun Gao; Mingli Jiao; Qunhong Wu; Hude Quan	Medicina	2013	IV
20	LILACS	Oltre la malattia: un'indagine qualitative sui bisogni (in) formative dei pazienti ipertesi	Daniela Scala; Maria D'Avino; Giuseppe Caruso; Alessandra Izzo; Domenico Caruso	Enfermagem	2014	III
21	LILACS	Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia	Mayckel da Silva Barreto; Annelita Almeida Oliveira Reiners; Sonia Silva Marcon	Enfermagem	2014	IV
22	SCIELO	Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso	Inmaculada Zurera Delgado; Maria Teresa Caballero Villarraso; Margarita Ruiz García	Enfermagem	2014	IV
Nº do estudo	Base de dados	Título	Autores	Formação profissional dos autores	Ano de publicação	Nível de evidência do estudo
23	MEDLINE	Knowledge and Adherence to Medications among Palestinian Geriatrics Living with Chronic Diseases in the	Anas Najjar; Yazan Amro; Islam Kitaneh; Salam Abu-Sharar; Maryam Sawalha; Abrar Jamous; Muhannad Qiq; Enas Makharzeh; Bayan Subb Laban; Wafa Amro;	Medicina	2015	IV

		West Bank and East Jerusalem	Ahmad Amro			
24	MEDLINE	Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies	Chu-Hong Lu; Song-Tao Tang; Yi-Xiong Lei; Mian-Qiu Zhang; Wei-Quan Lin; Sen-Hua Ding; Pei-Xi Wang	Ciências Sociais	2015	II
25	MEDLINE	Patients' Knowledge, Attitudes, Behaviour and Health Care Experiences on the prevention, detection, management and control of Hypertension in Colombia: A Qualitative Study	Helena Legido-Quigley; Paul Anthony Camacho Lopez; Dina Balabanova; Pablo Perel; Patricio Lopez-Jaramillo; Robby Nieuwlaat; J-D Schwalm; Tara McCreedy; Salim Yusuf; Martin McKee	Medicina	2015	III
26	SCIELO	Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil	Fabiane Raquel Motter; Maria Teresa Anselmo Olinto; Vera Maria Vieira Paniz	Ciências Sociais	2015	IV
27	MEDLINE	Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension among Cardiac Hypertensive Patients	Muhammad Bilal; Abdul Haseeb; Sehan Siraj Lashkerwala; Ibrahim Zahid; Khadijah Siddiq; Muhammad Saad; Mudassir Iqbal Dar; Mohammad Hussham Arshad; Waqas Shahnawaz; Bilal Ahmed; Aimen Yaqub	Medicina	2016	IV
Nº do estudo	Base de dados	Título	Autores	Formação profissional dos autores	Ano de publicação	Nível de evidência do estudo
28	LILACS	Knowledge of hypertension and compliance with therapy among hypertensive	Bentley Mbekwa Akoko; Peter Nde Fon; Roland Cheofor Ngu; Kathleen Blackett Ngu	Medicina	2016	IV

		patients in the Bamenda Health District of Cameroon: A Cross-sectional study				
29	MEDLINE	Psychometric evaluation of the Polish adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale	Izabella Uchmanowicz; Beata Jankowska Polanska; Anna Chudiak; Anna Szymanska Chabowska; Grzegorz Mazur	Enfermagem	2016	IV
30	BDENF	Educação em saúde como ferramenta no conhecimento do usuário com hipertensão arterial	Ana Maria Gomes de Brito Azevedo; Daniele Oliveira da Silva; Liane Oliveira Souza Gomes	Enfermagem	2017	IV
31	SCIELO	Adaptação transcultural do teste de conhecimento sobre hipertensão em português europeu	Ana C. Cabral; Mariana Moura Ramos; Margarida Castel Branco; Margarida Caramona; Fernando Fernandez Llimos; Isabel V. Figueiredo	Farmácia	2018	VI
32	MEDLINE	Knowledge, attitude and practices on diabetes, hypertension and diabetic retinopathy and the factors that motivate screening for diabetes and diabetic retinopathy in a pyramidal model of eye health care	Sneha Lingam; Padmaja K. Rani; Sethu Sheeladevi; Vimala Kotapati; Taraprasad Das	Medicina	2018	III

Quanto ao ano de publicação, os achados variaram entre os anos de 2001 e 2018, destacando-se com quatro estudos, os anos de 2012 e 2015, seguidos de 2013, 2014 e 2016 com três estudos, 2010, 2011 e 2018 com dois estudos e os demais anos com apenas um estudo. Assim num intervalo de quatro anos, obteve-se um crescente de publicações, sendo 2 (6,3%) entre 2001/14, 6 (18,8%) entre 2005/2009 e 14 (43,8%) entre 2010/14. Vale ressaltar que o intervalo entre 2015/18 não será apontado

pois constitui-se um triênio, podendo haver novas publicação de novos artigos (TABELA 1).

Tabela 1 – Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação. São Paulo, 2018

Intervalo de anos	N	%
2001/04	2	6,3
2005/09	6	18,8
2010/14	14	43,8
2015/18	10	31,1
Total	32	100

Em relação ao delineamento de pesquisa, constatou-se 01 (3,0%) pesquisa de opinião de especialistas, 02 (6,3%) pesquisas experimentais, 02 (6,3%) pesquisas qualitativas, 04 (12,5%) pesquisas quase-experimentais, e 23 (71,9%) pesquisas não-experimentais, sendo 10 (31,3%) descritivas e 13 (40,6%) correlacionais. Dessa forma, verificou-se 25 (78,2%) publicações de nível de evidência IV, 04 (12,5%) publicações com nível de evidência III, 02 (6,3%) publicações com nível de evidência II e somente 01 (3,0%) com nível de evidência VI (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição das publicações segundo delineamento da pesquisa e nível de evidência científica

Delineamento	Níveis de evidência científica	Número de artigos	%
Estudo experimental	II	2	6,3
Estudo quase-experimental	III	4	12,5
Não experimental (correlacional)	IV	13	40,6
Não experimental (descritiva)	IV	10	31,3
Pesquisa qualitativa	IV	2	6,3
Opinião de especialistas	VI	1	3,0
Total		32	100

Legenda: II – Estudos experimentais individuais (ensaio clínico randomizado); III – Estudos quase experimentais como ensaio clínico não randomizado, grupo único de pré e pós teste, séries temporais ou caso-controle; IV – Estudos não-experimentais como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, pesquisa com abordagem metodológica qualitativa e estudo de caso; VI – Opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislações.

O Quadro 11 mostra a distribuição dos artigos de acordo com o continente/país sede do estudo, o periódico publicado, o tipo de instrumento de pesquisa utilizado, os tipos de resposta e a origem do instrumento. O desenvolvimento das pesquisas predominou na América do Norte, com 18 (56,2%) estudos nos Estados Unidos da América, seguido da América Latina com nove (28,0%) estudos, sendo sete do Brasil, um da Argentina e um da Colômbia; na Europa foram encontrados três (9,8%) estudos sendo dois de Portugal, um da França, e por fim, no continente Africano foi encontrado um (3,1%) estudo. Os artigos analisados trouxeram pesquisas realizadas em quatro continentes distintos. Um estudo de revisão mostrou que vários países vêm desenvolvendo pesquisas em busca de um índice de adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial no mundo (KROUSEL-WOOD, 2009). Este fato mostra que o interesse pelo conhecimento do paciente hipertenso sobre sua doença é uma preocupação mundial.

Quanto à publicação, 26 (81,2%) artigos foram localizados em periódicos nacionais e seis (18,8%) em periódicos internacionais provenientes dos Estados Unidos da América.

No que se refere ao tipo de instrumento utilizado para coleta de dados sobre o conhecimento da hipertensão, 23 (71,9%) estudos utilizaram questionários, cinco (15,6%) estudos utilizaram questões abertas aplicadas através de entrevista semiestruturada, e quatro (12,5%) artigos utilizaram formulários em suas pesquisas.

Em relação à origem do instrumento, 16 (50%) artigos trouxeram instrumentos desenvolvidos pelos seus próprios pesquisadores, e destes, somente um artigo mencionou aspectos de validade do instrumento; oito (25%) artigos retiraram os instrumentos de outros estudos, e dois deles mencionaram a validade do instrumento; seis (18,8%) artigos não mencionaram a origem do instrumento utilizado no artigo. Como visto, somente três artigos mencionaram aspectos de validade do instrumento, porém nenhum deles trata-se de um instrumento adaptado à realidade brasileira.

Em relação ao tipo de resposta utilizada pelos pesquisadores dos artigos contemplados nesta revisão, onze (34,4%) tiveram opções de respostas estruturadas, porém mistas (múltipla escolha e dicotômica); oito (25%) artigos utilizaram como opção de resposta o modelo estruturado, sendo que três instrumentos optaram pela dicotomia “Verdadeiro ou Falso (V/F)” e cinco utilizaram a dicotomia “Sim ou Não (S/N)”; sete (21,9%) artigos tinham como opção de resposta em seus instrumentos, a forma não estruturada, em que o respondente tem a possibilidade de expressar sua opinião, escrevendo-a com suas próprias palavras; quatro (12,5%) artigos utilizaram instrumentos com opção de respostas múltipla escolha; e somente dois (6,3%) artigos utilizaram a escala de Likert como opção de resposta em seu instrumento (QUADRO 11).

Quadro 11 – Distribuição das publicações, segundo continente sede, periódico, tipo de instrumento, tipo de resposta e origem do instrumento. São Paulo, 2018

Nº do artigo	Continente sede/país	Periódico	Tipo de instrumento	Tipo de respostas	Origem do instrumento
1	América Latina – Brasil	Rev. Esc. Enf. USP	Questionário	Estruturada Dicotômica (sim / não)	Não identificada
2	América do Norte – EUA	Journal of General Internal Medicine	Questionário	Estruturada Dicotômica (V / F)	Não identificada
3	América do Norte – EUA	Journal of General Internal Medicine	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Desenvolvido pelos pesquisadores
Nº do estudo	Continente sede/ país	Periódico	Tipo de instrumento	Tipo de respostas	Origem do instrumento

4	América do Norte – EUA	National Medical Association (US)	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Desenvolvido pelos pesquisadores
5	América do Norte – EUA	Research in nursing & health	Questionário	Escala de likert 7 pontos (extremamente improvável – extremamente provável)	Desenvolvido por outros estudos
6	América Latina – Brasil	Revista ACTA Paulista de Enfermagem	Formulário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Não identificada
7	América do Norte – EUA	American Board of Family Medicine	Questionário	Estruturada Dicotômica (sim / não)	Desenvolvido pelos pesquisadores
8	América do Norte – EUA	The Anatolian Journal of Cardiology	Questionário	Não estruturada	Desenvolvido pelos pesquisadores
9	América do Norte – EUA	World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians	Questionário	Estruturada Dicotômica (V / F)	Não identificada
10	América Latina – Brasil	Revista ACTA Paulista de Enfermagem	Formulário	Estruturada Dicotômica (sim / não)	Desenvolvido pelos pesquisadores
11	América do Norte – EUA	American College of Cardiology	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Desenvolvido pelos pesquisadores
12	América do Norte – EUA	American Society of Hypertension	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Instrumento retirado da: National Heart, Lung, and Blood Institute. Check your high blood pressure IQ 1994.
13	América do Norte – EUA	BMC Res Notes	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Não identificada

Nº do estudo	Continente sede/ país	Periódico	Tipo de instrumento	Tipo de respostas	Origem do instrumento
14	América do Norte – EUA	Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Desenvolvido pelos pesquisadores através de estudos piloto.
15	América Latina – Colômbia	Biomédica – Revista del Instituto Nacional de Salud	Entrevista semi-estruturada	Não estruturada	Desenvolvido pelos pesquisadores
16	América Latina – Brasil	Revista Brasileira de Cardiologia	Formulário	Estruturada Dicotômica (V / F)	Elaborado por um estudo realizado em SP, pela USP
17	América Latina – Brasil	Revista Interdisciplinar – Centro Universitário Uninovafapi	Questionário	Estruturada Múltipla escolha	Desenvolvido pelos pesquisadores
18	América do Norte – EUA	American journal of pharmaceutical education	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Formulado pelos pesquisadores a partir do conteúdo apresentado pelo: Centers for Disease Control and prevention. Get the facts: sodium reduction tips.
19	América do Norte – EUA	International Journal of Environmental Research and Public Health	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Retirado de outro estudo, pelos autores, denominado: HYPERTENSION KNOWLEDGE AMONG PATIENTS FROM AN URBAN CLINIC.
20	Europa – França	Revista Interdisciplinar – Centro Universitário Uninovafapi	Questionário	Não estruturada	Desenvolvido pelos pesquisadores

21	América Latina – Brasil	Revista Latino Americana de Enfermagem	Entrevista semi-estruturada – Questionário	Não estruturada e Estruturada Dicotômica (sim / não)	Questionário desenvolvido por outro estudo
Nº do estudo	Continente sede/ país	Periódico	Tipo de instrumento	Tipo de respostas	Origem do instrumento
22	América Latina – Argentina	UCG - Nefrologia	Entrevista semi-estruturada	Não estruturada	Desenvolvido pelos pesquisadores
23	América do Norte – EUA	PloS one, Public Library of Science -	Questionário	Não estruturada	Desenvolvido pelos pesquisadores
24	América do Norte – EUA	Journal of General Internal Medicine	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Desenvolvidos pelos pesquisadores
25	América do Norte – EUA	Public Library of Science	Entrevista semi-estruturada	Não estruturada	Não identificada
26	América Latina – Brasil	NAIL	Formulário	Estruturada Múltipla escolha	Desenvolvido pelos pesquisadores e testados em projeto piloto
27	América do Norte – EUA	Global Journal of Health Science	Questionário	Estruturada Múltipla escolha	Desenvolvido pelos pesquisadores
28	Camarões – África	Cardiol Ther	Questionário	Estruturada Dicotômica (sim / não)	Questionário desenvolvido por outro estudo (Instrumento Validado)
29	Europa	PMC	Questionário	Escala de likert 4 pontos (o tempo todo – nunca)	Adaptação de um questionário denominado Hill-Bone
30	América Latina – Brasil	Revista de Enfermagem UFPE on line	Entrevista semi-estruturada	Não estruturada	Questões desenvolvida pelos pesquisadores
31	Europa – Portugal	Braz. J. Pharm. Sci	Questionário	Estruturada Mista (Múltipla escolha / dicotômica)	Adaptação Transcultural de instrumento (Instrumento validado)
32	América do Norte – EUA	Saúde Rural e Remota	Questionário	Estruturada Múltipla escolha	Questionário desenvolvido por outro estudo

					(Instrumento Validado)
--	--	--	--	--	------------------------

5.2 Resultado da análise das questões extraídas dos artigos analisados

Para iniciar a análise das questões utilizadas pelos instrumentos a partir desta revisão, foram montados painéis, organizados por categorias denominadas de dimensão de conhecimento, que por sua vez foram denominadas em áreas e subáreas de conhecimento. A partir da categorização das áreas e subáreas as questões foram tratadas como itens e direcionadas para suas subáreas, a partir de uma discussão entre as pesquisadoras (doutoras em enfermagem, especialistas em hipertensão e educação em saúde) em conformidade com as definições apresentadas na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (QUADROS 12, 13, 14 e 15).

Analisando a Dimensão 1, foi estabelecido pelo grupo de especialistas, baseados na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, uma área de conhecimento, denominada: Fatores de risco para a hipertensão. Essa área de conhecimento foi dividida em oito subáreas e para cada uma delas, o agrupamento das questões encontradas nos artigos desta revisão, sequencialmente numeradas para cada subárea (QUADRO 12).

Quadro 12 – Agrupamento dos itens (questões), para as Dimensão 1, Área 1 e subárea 1 referentes aos fatores de risco para a hipertensão

Dimensão 1 – Conceituação		
Área 1	Subárea 1	Itens (questões)
Fatores de risco para a hipertensão	a) Idade	1) Pessoas jovens não têm pressão alta? 2) A pressão alta torna-se mais comum com o envelhecimento? 3) Jovens não têm hipertensão?
	b) Gênero e etnia	1) Homens e mulheres têm chances iguais de desenvolver pressão alta? 2) Hipertensão é um problema masculino? 3) Ser muito alto pode aumentar a pressão arterial? 4) A hipertensão é um problema só dos homens?
	c) Excesso de peso e obesidade	1) Se você está acima do peso tem duas a seis vezes mais probabilidade de desenvolver hipertensão? 2) Estar acima do peso pode contribuir para pressão elevada? 3) Manter o peso contribui para o controle da pressão arterial? 4) Um homem de 60 anos com excesso de peso tem pressão alta. Ele bebe uma garrafa de cerveja e 4 xícaras de café regularmente por dia. Ele adiciona sal de mesa regular a sua

		<p>comida na maioria das refeições. Perder peso provocaria diminuição da pressão arterial?</p> <p>5) Para melhorar sua pressão, você está tentando perder peso?</p> <p>6) Perder peso ajuda a controlar a pressão arterial?</p> <p>7) O tratamento da pressão alta inclui reduzir o peso?</p> <p>8) Se você está acima do peso e perder 10kg, como pode variar sua pressão arterial?</p> <p>9) Se você está acima do peso, tem 2 a 6 vezes mais chance de ter hipertensão?</p> <p>10) Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta?</p>
Dimensão 1 – Conceituação		
Área 1	Subárea 1	Itens (questões)
Fatores de risco para a hipertensão	d) Ingestão de sal	<p>1) Qual a quantidade de sódio presente nos alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - achocolatado em pó; - azeitona em conserva; - biscoito de chocolate recheado; - caldo de carne (tablete); - cuscuz de milho; - doce de leite; - extrato de tomate; - farinha de mandioca; - iogurte integral; - leite integral em pó; - macarrão instantâneo; - maionese; - milho verde enlatado; - cereal matinal; - pão francês; - pipoca (milho cru); - presunto; - refrigerante tipo cola. <p>2) Os americanos consomem mais sal do que precisam?</p> <p>3) Se você conseguir limitar a quantidade de sódio a 6 gramas como iria variar tua pressão?</p> <p>4) A palavra sal e sódio são a mesma coisa?</p> <p>5) A maior parte do sal que comemos é adicionado aos alimentos durante o cozimento ou direto na refeição?</p> <p>6) Alimentos enlatados têm mais sódio que os crus?</p> <p>7) Você pode reduzir a quantidade de sal olhando o rótulo dos alimentos?</p> <p>8) Pessoas que têm hipertensão devem consumir mais do que 1500 mg de sódio por dia?</p> <p>9) A ingestão diária máxima de sódio não deve ultrapassar uma colher de chá?</p> <p>10) Se você tem pressão alta, deve tentar aumentar a quantidade de sal da sua dieta?</p> <p>11) Diminuir o sal ajuda a controlar a hipertensão?</p> <p>12) A maior parte do sal consumido pelos americanos é adicionada com um agitador de sal?</p> <p>13) É importante ter uma dieta com baixo teor de sal?</p> <p>14) Comer menos sal geralmente faz a pressão arterial cair?</p> <p>15) Comer mais sal não tem efeito sobre a pressão?</p> <p>16) O limite superior da ingestão de sal diário não deve passar de 2g, 4g, 6g ou não sei?</p> <p>17) Na população em geral, consumir muito sal pode contribuir para o aumento da pressão?</p> <p>18) Existem alimentos associados ao aumento da pressão?</p> <p>19) Os coreanos comem duas a três vezes mais sal ou sódio do que precisam?</p> <p>20) Os portugueses consomem 2 a 3 vezes mais sal ou sódio do que precisam.</p> <p>21) Com que frequência você come comida salgada?</p> <p>22) Com que frequência você adiciona sal a comida antes de comê-la?</p> <p>23) Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta?</p> <p>24) Você come comida com sal?</p>
	e) Ingestão de álcool	<p>1) Você acha que a pressão arterial está relacionada à bebida alcoólica?</p> <p>2) Consumir muito álcool prejudica pessoas com pressão alta?</p>

		3) Beber álcool diminui a pressão arterial? 4) Consumir menos bebidas alcoólicas pode ajudar a diminuir a pressão arterial? 5) Reduzir a ingestão de bebida alcoólica faz parte do tratamento da pressão alta? 6) Beber álcool reduz a pressão arterial. 7) Bebe álcool? Com que frequência?
	f) Sedentarismos	1) Não fazer atividades física suficiente pode contribuir para pessoas com pressão elevada?
Dimensão 1 – Conceituação		
Área 1	Subárea 1	Itens (questões)
Fatores de risco para a hipertensão	g) Fatores socioeconômicos	1) Usar transporte público pode aumentar a pressão arterial?
	h) Genética	1) Se meu pai ou mãe tem pressão alta eu também posso ter? 2) Se sua mãe ou seu pai é hipertenso, seu risco de se tornar hipertenso é maior?

Analisando a Dimensão 2, foi estabelecido pelo grupo de especialistas, também baseados na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, uma área de conhecimento, denominada: Diagnóstico e classificação da doença. Essa área de conhecimento foi dividida em seis subáreas e para cada uma delas, o agrupamento das questões encontradas nos artigos desta revisão, sequencialmente numeradas (QUADRO 13).

Quadro 13 – Agrupamento dos itens (questões), para as Dimensão 2, Área 2 e subárea 2 referentes a hipertensão

Dimensão 2 - Diagnóstico e classificação		
Área 2	Subárea 2	Itens (questões)
Pressão arterial	a) Sinais e Sintomas	1) Você pode nos falar sobre seus primeiros sintomas de hipertensão? 2) Pressão alta é assintomática? 3) Pressão alta não tem sintomas? 4) Pressão arterial elevada geralmente não causa sintomas? 5) Geralmente pessoas com pressão alta não têm sintomas? 6) A maioria das pessoas pode dizer quando sua pressão arterial é alta porque eles se sentem mal? 7) Um paciente sempre tem sintomas como tontura e fadiga quando sua pressão arterial está alta? 8) Assinale os sintomas comuns da hipertensão: tonturas, dor de cabeça, palpitação, entorpecimento e formigamento no membros, todas as opções anteriores. 9) Você pode dizer se tem hipertensão (sem medi-la) apenas por sentir-se mal? 10) A hipertensão é assintomática? 11) Quais os sintomas da hipertensão? 12) A hipertensão sempre tem sintomas? 13) Na maioria das vezes, as pessoas hipertensas não apresentam sintomas? 14) A hipertensão tem sempre sintomas. 15) Uma pessoa é diagnosticada com hipertensão se tiver: muitas dores de cabeça que persista a mais de 6 meses; um familiar com hipertensão; tensão e pressão constantes; medição da pressão aumentada, medida em 3 lugares diferentes.

		16) Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente?
Dimensão 2 - Diagnóstico e classificação		
Área 2	Subárea 2	Itens (questões)
Pressão arterial	b) Valores de pressão arterial	<p>1) Pressão alta é 140/90 mmHg?</p> <p>2) Pressão alta é quando for maior que 140/90 mmHg?</p> <p>3) O que representa o maior número da pressão arterial?</p> <p>4) O que representa o número inferior da pressão arterial?</p> <p>5) Qual deve ser o número superior normal?</p> <p>6) Qual deve ser o número inferior normal?</p> <p>7) Qual medida você acha importante? (superior/inferior/ambas)</p> <p>8) Quais os valores de pressão considerados hipertensão?</p> <p>9) Sua meta de pressão arterial é 100 somada a sua idade?</p> <p>10) Quais os valores normais da pressão arterial?</p> <p>11) Considera-se que um pessoa tem hipertensão se a sua pressão arterial sistólica é de 140 ou a diastólica é 90 ou superior em duas ocasiões distintas?</p> <p>12) Um homem relata que sua pressão arterial é de 148/78 mmHg quando ele verifica usando a máquina de pressão sanguínea na farmácia, 144/66 mmHg medida no consultório do seu médico de família e 132/74 mmHg quando ele verifica em casa. É comum que as leituras de pressão sanguínea variem deste modo?</p> <p>13) A pressão arterial é medida com dois números, um superior e um menor. Normalmente é escrito como superior/inferior. Se alguém é informado de que sua meta de pressão arterial é 126/76 mmHg, quando alcançará esta meta?</p> <p>14) Se a pressão arterial de alguém é 120/80, é normal?</p> <p>15) Se a pressão arterial de alguém é 160/100, é hipertensão?</p> <p>16) A pressão arterial elevada é chamada hipertensão?</p> <p>17) Os critérios diagnósticos da hipertensão são: 140/90; 145/95; não sei.</p> <p>18) Qual deve ser o valor da pressão arterial sistólica?</p> <p>19) Qual deve ser o valor da pressão arterial diastólica?</p> <p>20) A pressão é alta quando está em ou acima de 140/90 mmHg?</p> <p>21) A pressão fica mais baixa no frio?</p> <p>22) Uma pessoa é diagnosticada com hipertensão quando ela tem a pressão em qual valor?</p> <p>23) Uma boa pressão é?</p> <p>24) Em que valores você acha que a pressão é considerada normal?</p> <p>25) O que significam os números referentes a pressão arterial?</p> <p>26) Quais são os valores para a pressão normal?</p> <p>27) Qual medida é mais importante, sistólica, diastólica, as duas ou não sei?</p> <p>28) A pressão arterial pode ser considerada alta quando acima de 140/90?</p> <p>29) A hipertensão arterial é igual ou superior a 140/90 mmHg?</p> <p>30) Uma boa pressão arterial é: menor de 90/50mmHg; menor que 140/90 mmHg; 145/110 mmHg; 180/100 mmHg?</p> <p>31) A partir de que valor de pressão o(a) senhor(a) considera uma pessoa com pressão alta ou hipertensa?</p> <p>32) A pressão é alta quando for > 14/9?</p>
	c) Efeito do avental branco	1) Em algumas pessoas, apenas ter sua pressão arterial medida no consultório médico pode fazê-la subir?
		1) Visitar o médico regularmente ajuda a controlar sua pressão?

	d) Visita ao serviço de saúde	<p>2) Você faz visitas regulares ao médico?</p> <p>3) O quanto você acha que a visita ao médico é importante para o tratamento da pressão arterial?</p> <p>4) Com que frequência você faz a próxima consulta após sair do consultório médico?</p> <p>5) Com que frequência você perde compromissos agendados?</p> <p>6) Você acredita que a equipe de saúde é importante para o tratamento da doença? Como é tua relação com a equipe de saúde?</p>
Dimensão 2 – Diagnóstico e classificação		
Área 2	Subárea 2	Itens (questões)
Pressão arterial	e) Progressão da doença/cronicidade	<p>1) Até que ponto você acha que a hipertensão é uma doença importante?</p> <p>2) Pressão alta é para a vida toda?</p> <p>3) A hipertensão é um condição incurável?</p> <p>4) A pressão alta geralmente pode ser curada?</p> <p>5) Você acha que a hipertensão é uma doença vitalícia?</p> <p>6) Da sua forma, o que poderia ser feito para melhorar a vida da pessoa com hipertensão arterial?</p> <p>7) A hipertensão não é fatal?</p> <p>8) A hipertensão relacionada a gravidez é temporária e não requer acompanhamento depois do nascimento do bebê?</p> <p>9) A pressão fica mais baixa no frio?</p> <p>10) Não há nada que se possa fazer para prevenir a pressão alta?</p> <p>11) Quão perigoso a hipertensão é para a saúde?</p> <p>12) O monitoramento da pressão arterial em casa nunca é confiável?</p> <p>13) A hipertensão não põe a vida em risco.</p> <p>14) Por que a hipertensão é chamada de “assassina silenciosa”?</p> <p>15) A pressão alta tem cura?</p> <p>16) Você sabe como controlar a pressão alta?</p> <p>17) Você sabe o que causa a pressão alta?</p> <p>18) A pressão alta ou hipertensão é uma doença que dura?</p> <p>19) Pressão alta é uma doença para toda a vida?</p> <p>20) O tratamento para a pressão alta é para a vida toda?</p> <p>21) O que você pensa sobre a pressão alta?</p> <p>22) Desde quando você tem pressão alta?</p> <p>23) Quando soube que tinha pressão alta, teve alguma reação?</p> <p>24) Você pensa que a pressão alta é algo grave? Pode explicar o porquê?</p> <p>25) Me interessaria saber o que te assusta a respeito da pressão alta.</p>
	f) Complicações da doença	<p>1) A pressão alta pode aumentar o risco de acidente vascular encefálico?</p> <p>2) A pressão arterial pode causar doenças cardiovasculares?</p> <p>3) Você acha que a pressão alta traz complicações?</p> <p>4) A pressão alta pode levar a problemas de saúde?</p> <p>5) Cite os órgãos que podem ser prejudicados pela pressão alta.</p> <p>6) Quais as consequências da hipertensão para a saúde?</p> <p>7) A pressão arterial alta pode levar a ataque cardíaco, acidente vascular encefálico e insuficiência renal?</p> <p>8) Quais são os órgãos afetados pela pressão arterial alta?</p> <p>9) A pressão arterial elevada pode causar problemas renais?</p> <p>10) Alta pressão arterial é um fator de risco para ataques do cardíacos e derrames?</p> <p>11) As complicações cardiovasculares da pressão alta não controlada, são: acidente vascular encefálico, doença coronária, falha renal. Verdadeiro ou falso?</p> <p>12) A hipertensão pode levar a outras doenças que ameaçam a vida?</p> <p>13) Assinale a alternativa correta. O tratamento da pressão arterial pode evitar: infarto, derrame, problemas renais, impotência sexual.</p>

		<p>14) Todos os problemas de saúde podem ser causados pela hipertensão, exceto: ataque cardíaco; artrite; AVC; insuficiência renal.</p> <p>15) Você sabe o que acontece com um indivíduo que não trata a pressão alta?</p> <p>16) Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins?</p>
--	--	--

Analisando a Dimensão 3, foi estabelecido pelo grupo de especialistas, também baseados na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, uma área de conhecimento, denominada: Tratamento não medicamentoso. Essa área de conhecimento foi dividida em quatro subáreas e para cada uma delas, o agrupamento das questões encontradas nos artigos desta revisão, sequencialmente numeradas (QUADRO 14).

Quadro 14 – Agrupamento dos itens (questões), para as Dimensão 3, Área 3 e subárea 3 referentes ao tratamento não medicamentoso

Dimensão 3 – Tratamento não medicamentoso		
Área 3	Subárea 3	Itens (questões)
Hábitos de vida	a) Padrão alimentar	<p>1) A carne vermelha é boa para controlar a pressão arterial?</p> <p>2) Tomar café em demasia pode contribuir para o aumento da pressão arterial?</p> <p>3) As afirmações abaixo são mudanças para fazer na dieta para reduzir a pressão arterial. Exceto: comer frango assado em vez de frito; parar de comer batatas fritas; evitar adicionar sal de mesa à comida; comer <i>fast food</i> ou frituras.</p> <p>4) Você sabe o que a pessoa com pressão alta não deve comer?</p> <p>5) Com que frequência come <i>fast food</i>?</p> <p>6) Você vive sozinho em casa? Quem prepara sua comida?</p> <p>7) Você considera que seguir uma dieta adequada para a HAS requer um gasto financeiro grande?</p>
	b) Atividade física / exercícios físicos	<p>1) Exercícios regulares podem ajudar a reduzir a hipertensão?</p> <p>2) A atividade física regular pode: evitar a hipertensão; não pode impedir a hipertensão; não sei responder.</p> <p>3) Praticar atividade física regular reduz as chances da pessoa desenvolver hipertensão?</p> <p>4) O paciente hipertenso deve praticar atividade física?</p> <p>5) As pessoas hipertensas não precisam tomar medicamentos se praticam atividade física?</p> <p>6) Fazer exercícios físicos ajuda a controlar a pressão?</p> <p>7) O tratamento da pressão alta inclui praticar exercícios físicos?</p> <p>8) Exercício físico regular pode ajudar a reduzir a pressão arterial?</p> <p>9) As afirmações abaixo são mudanças do estilo de vida para reduzir a pressão arterial, exceto: levantar 50kg; andar vigorosamente 30min 3 vezes por semana; beber menos que 2 doses de álcool por dia; parar de fumar.</p> <p>10) Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta?</p> <p>11) Faz exercícios regularmente? Como se sente depois?</p>
	c) Tabagismo	<p>1) Evitar o tabaco e a consumir álcool ajuda a controlar sua pressão?</p> <p>2) Fumar aumentam as chances de desenvolver hipertensão?</p> <p>3) O fumo prejudica pessoas com pressão alta?</p> <p>4) Parar de fumar pode ajudar a diminuir a pressão arterial?</p>

		5) Parar de fumar faz parte do tratamento para a pressão alta? 6) Um profissional já te aconselhou a parar de fumar? 7) Você acha que a pressão arterial está relacionada ao fumo? 8) Você fuma? Quantos cigarros por dia?
	d) Estresse	1) Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão arterial? 2) Ter um estilo de vida estressante prejudica pessoas com pressão alta? 3) Você acha que a pressão arterial está relacionada ao estresse? 4) Hipertensão afeta principalmente pessoas que estão sob muito estresse? 5) Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta?

Analisando a Dimensão 4, foi estabelecido pelo grupo de especialistas, também baseados na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, uma área de conhecimento, denominada: Tratamento medicamentoso. Essa área de conhecimento foi dividida em duas subáreas e para cada uma delas, o agrupamento das questões encontradas nos artigos desta revisão, sequencialmente numeradas (QUADRO 15).

Quadro 15 – Agrupamento dos itens (questões), para as Dimensão 3, Área 3 e subárea 3 referentes ao tratamento medicamentoso

Dimensão 4 – Tratamento medicamentoso		
Área 4	Subárea 4	Itens (questões)
Adesão ao tratamento	a) Medicamentos anti-hipertensivos	1) Qual o nome do medicamento que você utiliza? 2) Por que você usa este medicamento? 3) Se pode controlar a hipertensão com dieta e medicamentos? 4) Qual é a sua relação com os medicamentos? 5) Tomar medicamentos irá curar a pressão alta? 6) Se seu médico prescreve medicamentos para a pressão arterial alta elevada, você deve tomá-lo todos os dias? 7) Um betabloqueador é uma medicação muitas vezes prescrita para a pressão alta? 8) Uma vez que sua pressão arterial melhora, você deve parar de tomar seu medicamento? 9) Tomar medicação para hipertensão ao longo da vida pode prejudicar seu corpo? 10) Mesmo quando você se sente bem, deve continuar a tomar o medicamento para pressão? 11) Uma vez que você toma medicação para a pressão, irá tomar pela vida toda? 12) Quando você sentir que precisa ajustar a dose do medicamento para pressão, você precisa consultar seu médico? 13) Você acha que tem que tomar o remédio ao longo da vida? 14) Muitas drogas demoram até 6 semanas antes de mostrar seu efeito esperado? 15) Muitas pessoas com hipertensão precisam de dois ou mais medicamentos e mudanças no estilo de vida para reduzir seus níveis de pressão? 16) Uma vez que a pressão está sob controle com medicamentos, você pode para de tomar a medicação? 17) Você considera o medicamento um tratamento para a pressão arterial alta? 18) A medicação sozinha pode controlar a hipertensão? 19) Tomar os medicamentos prescritos pode controlar a pressão arterial? 20) As pessoas com hipertensão não precisam tomar remédios se exercitarem-se regularmente? 21) Indique quais afirmações são verdadeiras sobre os medicamentos para a hipertensão: há muitos tipos de medicamentos para hipertensão; deve-se usar um medicamento extra quando a pressão estiver muito elevada; os medicamentos não devem ser tomados quando se consumir álcool; todos os medicamentos causam impotência sexual.

		22) Indique qual é a afirmação falsa sobre os medicamentos anti-hipertensivos: tomar os medicamentos para hipertensão por muito tempo pode prejudicar seu organismo; a partir do momento que começa a tomar o medicamento, deve-se tomar no dia a dia; mesmo que se sintam bem, deve tomar o medicamento prescrito; quando você acha que a dose do medicamento deve ser alterada, deve falar primeiro com o médico. 23) Você sabe o nome dos medicamentos que você usa diariamente?
Dimensão 4		
Área 4	Subárea 4	Itens (questões)
Adesão ao tratamento	a) Medicamentos anti-hipertensivos	24) Além dos remédios, quais são as outras formas de controlar a pressão arterial? 25) Você sabe se todos os usuários com diagnóstico de HAS precisam tomar remédios? 26) Com que frequência se esquece de tomar o seu medicamento para pressão alta? 27) Com que frequência decide não tomar seu medicamento para pressão alta? 28) Com que frequência você esquece de pedir receita médica? 29) Com que frequência você fica sem o medicamento? 30) Com que frequência você deixa de tomar o medicamento antes de ir ao médico? 31) Com que frequência você sente falta de tomar seu medicamento para hipertensão quando se sente melhor? 32) Com que frequência você sente falta de tomar seu medicamento para hipertensão quando se sente doente? 33) Com que frequência você toma remédio para hipertensão de outra pessoa? 34) Com que frequência você esquece de tomar seu medicamento para hipertensão? 35) Algumas pessoas não tomam seus medicamentos diariamente, com você também é assim? 36) Você tem alguma regra para não esquecer de tomar seus medicamentos para pressão alta?
	b) Efeitos adversos dos medicamentos	1) Quais são os efeitos colaterais desta droga? 2) Todas as medicações para a pressão alta fazem o homem perder o apetite sexual?

No total foram agrupados 217 itens relacionados a todas as dimensões de conhecimento já mencionadas, sendo 52 itens sobre os fatores de risco para a hipertensão, 96 itens sobre o diagnóstico e classificação da doença, 31 itens sobre o tratamento não medicamentoso e 38 itens sobre o tratamento medicamentoso (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição do número de itens encontrados para cada dimensão. São Paulo, 2018

Dimensão	Número de itens	%
1	52	24
2	96	44

3	31	14
4	38	18
Total	217	100

A partir do agrupamento dos itens, já mencionado, foi realizada uma análise, pelas pesquisadoras, para excluir os itens com a semântica repetida. Assim, para a subárea “Idade” foram encontradas três itens, excluídos duas pela semântica e mantido somente um item para análise posterior. Para cada uma das subáreas de cada uma das dimensões seguiu-se a mesma estratégia, como mostram as Tabelas 4, 5, 6 e 7.

Tabela 4 – Apresentação do número de itens excluídos pela repetição semântica e itens mantidos para análise posterior dos itens pertencentes à Dimensão 1. São Paulo, 2018

Dimensão 1					
Subárea	Itens		Itens excluídos		Itens mantidos
	Número	%	Número	Número	
Idade	3	5,8	2	1	
Gênero e etnia	4	7,7	2	2	
Excesso de peso e obesidade	10	19,2	3	7	
Ingestão de sal	24	46,1	7	17	
Ingestão de álcool	7	13,5	2	5	
Sedentarismo	1	1,9	0	1	
Fatores socioeconômicos	1	1,9	0	1	
Genética	2	3,8	1	1	
Total	52	100	17	35	

Tabela 5 – Apresentação do número de itens excluídos pela repetição semântica e itens mantidos para análise posterior dos itens pertencentes à Dimensão 2. São Paulo, 2018

Dimensão 2					
Subárea	Itens		Itens excluídos		Itens mantidos
	Número	%	Número	Número	
Sinais e sintomas	16	17	9	7	
Valores da pressão arterial	32	33	22	10	

Efeito do avental branco	1	1	0	1
Visita ao serviço de saúde	6	6	3	3
Progressão da doença/cronicidade	25	26	17	8
Complicações da doença	16	17	11	5
Total	96	100	51	45

Tabela 6 – Apresentação do número de itens excluídos pela repetição semântica e itens mantidos para análise posterior dos itens pertencentes à Dimensão 3. São Paulo, 2018

Dimensão 3					
Subárea	Itens		Itens excluídos		Itens mantidos
	Número	%	Número	Número	
Padrão alimentar	7	22,5	4	3	
Atividade física/exercícios físicos	11	35,5	7	4	
Tabagismos/alcoolismo	8	26	1	7	
Estresse	5	16	1	4	
Total	31	100	13	18	

Tabela 7 – Apresentação do número de itens excluídos pela repetição semântica e itens mantidos para análise posterior dos itens pertencentes à Dimensão 4. São Paulo, 2018

Dimensão 4					
Subárea	Itens		Itens excluídos		Itens mantidos
	Número	%	Número	Número	
Medicamentos anti-hipertensivos	36	95	19	17	
Efeitos adversos dos medicamentos	2	5	1	1	
Total	38	100	20	18	

Após a exclusão dos itens repetidos, foram montados novos quadros contendo as questões restantes para cada subárea de conhecimento. Através de um novo encontro entre as pesquisadoras, foi realizada a análise estratégica individual do conteúdo de cada um destes itens, adequando-os com os conceitos trazidos pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) e artigos publicados pela Sociedade

Brasileira de Hipertensão, permitindo a inclusão, exclusão ou modificação do item para elaboração do novo instrumento.

Assim, para a subárea “Idade”, os dois itens selecionados referem-se à ocorrência da hipertensão com o envelhecimento. Corroborando com o conceito trazido pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) e, tendo em vista explicitar o conteúdo abordado, valorizando a clareza do vocabulário, optou-se por modificar a estrutura textual do item e manter uma questão para este assunto (QUADRO 16).

Quadro 16 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 1	
SUBÁREA - IDADE	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Pessoas jovens não têm pressão alta? 2) A pressão alta torna-se mais comum com o envelhecimento?	1) A pressão alta é mais comum em pessoas com mais idade?

Para a subárea **Gênero e etnia** foram selecionadas três itens, dos quais o item 1 relacionou a hipertensão ao gênero masculino e ao feminino; o item 2 relaciona somente ao gênero masculino; e o item 3 relaciona a hipertensão à estatura do indivíduo. Analisando o conteúdo abordado pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), optou-se por excluir o item relacionado a estatura e modificar o item relacionado ao gênero, assim mantendo um item para gênero e um item para etnia (QUADRO 17).

Quadro 17 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 1	
SUBÁREA – GÊNERO E ETNIA	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Homens e mulheres têm chances iguais de desenvolver pressão alta? 2) Hipertensão é um problema masculino? 3) Ser muito alto pode aumentar a pressão arterial?	2) Mulheres têm mais chance de desenvolver pressão alta? 3) Pessoas da raça negra/cor preta têm mais chance de desenvolver pressão alta?

Para a subárea **Excesso de peso e obesidade** foram selecionados seis itens, dos quais os itens 1 e 2 relacionam o excesso peso como fator de risco para a hipertensão; o item 3 relaciona manter o peso como forma de controlar a pressão arterial; e, finalmente, os itens 4, 5 e 6 mencionam a perda de peso como forma de melhorar os níveis pressóricos. Em conformidade com os conceitos apresentados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), optou-se por manter um item relacionado ao excesso de peso e outro relacionado à perda de peso (QUADRO 18).

Quadro 18 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 1	
SUBÁREA – EXCESSO DE PESO E OBESIDADE	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Se você está acima do peso tem duas a seis vezes mais probabilidade de desenvolver hipertensão? 2) Estar acima do peso pode contribuir para pressão elevada? 3) Manter o peso contribui para o controle da pressão arterial? 4) Um homem de 60 anos com excesso de peso tem pressão alta. Ele bebe uma garrafa de cerveja e 4 xícaras de café regularmente por dia. Ele adiciona sal de mesa regular a sua comida na maioria das refeições. Perder peso provocaria diminuição da pressão arterial? 5) Para melhorar sua pressão, você está tentando perder peso? 6) Se você está acima do peso e perder 10kg, como pode variar sua pressão arterial?	4) Estar acima do peso aumenta a probabilidade de desenvolver pressão alta? 5) Perder peso contribui para a melhora da pressão alta?

Para a subárea **Ingestão de sal**, foram selecionados 17 (dezessete) itens, dos quais o item 1 relaciona a nacionalidade ao consumo do sal; o item 2 compara a nomenclatura sal e sódio; os itens 3 e 10 relacionam o maior consumo de sal ao ato de adicionar o sal de mesa aos alimentos; os itens 4, 14 e 16 associam o consumo de sal ao processo de industrialização dos alimentos; o item 5 associa a redução do consumo de sal à leitura do rótulo dos alimentos industrializados; os itens 6, 7 e 12

estipulam quantidades máximas de consumo de sal para pessoas hipertensas; o item 8 sugere o aumento do consumo de sal para quem tem pressão alta; o item 9 associa a diminuição do consumo do sal à melhora da pressão arterial; o item 11 não associa o consumo de sal como fator de risco para hipertensão; o item 13 associa o excesso de sal como fator de risco para o desenvolvimento da pressão arterial; e finalmente os itens 15 e 17 associam a frequência do consumo de sal à hipertensão. Em conformidade com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), optou-se por manter os itens que mencionam a relação do excesso de sal como fator de risco para a hipertensão, e a diminuição do consumo de sal como forma de tratamento não medicamentoso para o hipertenso (QUADRO 19).

Quadro 19 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 1	
SUBÁREA – INGESTÃO DE SAL	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Os americanos consomem mais sal do que precisam? 2) A palavra sal e sódio são a mesma coisa? 3) A maior parte do sal que comemos é adicionado aos alimentos durante o cozimento ou direto na refeição? 4) Alimentos enlatados têm mais sódio que os crus? 5) Você pode reduzir a quantidade de sal olhando o rótulo dos alimentos? 6) Pessoas que têm hipertensão devem consumir mais do que 1500 mg de sódio por dia? 7) A ingestão diária máxima de sódio não deve ultrapassar uma colher de chá? 8) Se você tem pressão alta, deve tentar aumentar a quantidade de sal da sua dieta? 9) Diminuir o sal ajuda a controlar a hipertensão? 10) A maior parte do sal consumido pelos americanos é adicionada com um agitador de sal? 11) Comer mais sal não tem efeito sobre a pressão?	6) Consumir muito sal pode contribuir para o aumento da pressão arterial? 7) Diminuir o consumo de sal pode ajudar a controlar a hipertensão?

12) O limite superior da ingestão de sal diário não deve passar de: 2g; 4g; 6g; não sei?	
13) Na população em geral, consumir muito sal pode contribuir para o aumento da pressão?	
14) Existem alimentos associados ao aumento da pressão?	
Dimensão 1	
SUBÁREA – INGESTÃO DE SAL	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
15) Com que frequência você come comida salgada?	
16) Você sabe que produtos industrializados possuem grande quantidade de sal?	-----
17) Você come comida com sal?	

Para a subárea **Ingestão de álcool**, foram selecionados 5 itens, dos quais o número 1 relaciona o consumo de álcool a hipertensão; o item 2 relaciona o prejuízo da pressão arterial ao consumo excessivo de álcool; a questão 3 relaciona a melhora da pressão arterial ao consumo de álcool; e os itens 4 e 5 relacionam a redução do consumo de álcool como forma de tratamento não medicamentoso à hipertensão. Em conformidade com as afirmações trazidas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) em relação ao consumo de álcool e a hipertensão, optou-se por manter a questão que aponta o consumo excessivo de álcool como um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão (QUADRO 20).

Quadro 20 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 1	
SUBÁREA – INGESTÃO ÁLCOOL	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Você acha que a pressão arterial está relacionada à bebida alcoólica?	8) O consumo excessivo de álcool pode contribuir para o desenvolvimento da hipertensão?

2) Consumir muito álcool prejudica pessoas com pressão alta?	
3) Beber álcool diminui a pressão arterial?	
4) Consumir menos bebidas alcoólicas pode ajudar a diminuir a pressão arterial?	
5) Reduzir a ingestão de bebida alcoólica faz parte do tratamento da pressão alta?	

Para a subárea **Sedentarismo**, foi selecionado somente um item que relaciona a insuficiência da prática de atividade física com a hipertensão. O tema é levantado pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), que traz uma associação significativa entre a hipertensão e a inatividade física. Em discussão, optou-se por não incluir este item no instrumento, pois este mesmo tema será novamente abordado na Dimensão 2, subcategoria **Atividade física/exercício físico** (QUADRO 21).

Quadro 21 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 1	
SUBÁREA – SEDENTARISMO	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Não fazer atividade física suficiente pode contribuir para pessoas com pressão elevada?	-----

Analisando a subárea **Fatores socioeconômicos**, foi selecionado um item que relaciona o uso do transporte público ao aumento da pressão arterial. As definições trazidas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão não correlacionam diretamente o tema supracitado à hipertensão arterial, então optou-se por não incluir este item ao instrumento. E criou-se um item abordando a temática apresentada pela Diretriz (QUADRO 22).

Quadro 22 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 1
SUBÁREA – FATORES SÓCIO ECONÔMICOS

Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Usar transporte público pode aumentar a pressão arterial?	9) O aumento da escolaridade pode interferir no controle da pressão arterial?

Analisando a subárea **Genética**, foi selecionado um item que traz a hereditariedade como um fator de risco para a hipertensão. A partir dos conceitos apresentados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), optou-se por manter o item no instrumento, sendo necessárias modificações em sua construção, como mostra o Quadro 23.

Quadro 23 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 1	
SUBÁREA – GENÉTICA	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Se sua mãe ou seu pai é hipertenso, seu risco de se tornar hipertenso é maior?	10) Se seu pai e/ou sua mãe tem hipertensão, você também terá?

Para a subárea **Sinais e sintomas**, foram selecionados sete itens, sendo que os itens 1 e 2 relacionam a hipertensão à ausência de sintomas e os itens 3, 4, 5, 6 e 7 relacionam a hipertensão à presença de sintomas. Em conformidade com conceitos apresentados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), dentre todas os itens selecionados optou-se por manter o item 2 (QUADRO 24).

Quadro 24 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 2	
SUBÁREA – SINAIS E SINTOMAS	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Pressão alta é assintomática? 2) Pressão arterial elevada geralmente não causa sintomas?	11) A pressão arterial alta geralmente não causa sintomas?

<p>3) A maioria das pessoas pode dizer quando sua pressão arterial é alta porque eles se sentem mal?</p> <p>4) Um paciente sempre tem sintomas como tontura e fadiga quando sua pressão arterial está alta?</p> <p>5) Você pode dizer se tem hipertensão (sem medicação) apenas por sentir-se mal?</p> <p>6) Quais os sintomas da hipertensão?</p> <p>7) A hipertensão sempre tem sintomas?</p>	
---	--

Para a subárea **Valores da pressão arterial**, foram selecionados dez itens, sendo os itens 1 e 2 relacionando os valores de 140/90 mmHg à hipertensão; o item 3 menciona um cálculo matemático relacionado à pressão e à idade como meta ideal de pressão arterial; os itens 4 e 5 mencionam a variação dos valores de pressão em diferentes momentos; o item 6 aborda o possível valor de 120/80 mmHg, como o valor para a pressão arterial normal; o item 7 menciona o valor de 160/100 mmHg como hipertensão; o item 8 relaciona a nomenclatura pressão alta com hipertensão; o item 9 relaciona a baixa da pressão arterial com a temperatura ambiente; e, finalmente, o item 10 correlaciona a importância entre a sistólica e a pressão diastólica. A partir das considerações trazidas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, optou-se por manter, com modificações no texto, uma questão abordando os valores de pressão acima de 140/90 mmHg e uma questão abordando a variação das leituras em diferentes situações (QUADRO 25).

Quadro 25 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 2	
SUBÁREA – VALORES DA PRESSÃO ARTERIAL	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
<p>1) Pressão alta é 140/90?</p> <p>2) Pressão alta é quando for maior que 140/90 mmHg?</p> <p>3) Sua meta de pressão arterial é 100, somada a sua idade?</p> <p>4) Considera-se que uma pessoa tem hipertensão se a sua pressão arterial sistólica</p>	<p>12) É considerado hipertensão, quando o valor medido for maior que 140/90 mmHg?</p> <p>13) É comum que as leituras da pressão arterial variem quando medidas na farmácia, no consultório médico e em casa?</p>

<p>é de 140 ou a diastólica é 90 ou superior em duas ocasiões distintas?</p> <p>5) Um homem relata que sua pressão arterial é de 148/78 mmHg quando ele verifica usando a máquina de pressão sanguínea na farmácia, 144/66 mmHg medida no consultório do seu médico de família e 132/74 mmHg quando ele verifica em casa. É comum que as leituras de pressão sanguínea variem deste modo?</p> <p>6) Se a pressão arterial de alguém é 120/80, é normal?</p>	
Dimensão 2	
SUBÁREA – VALORES DA PRESSÃO ARTERIAL	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
<p>7) Se a pressão arterial de alguém é 160/100, é hipertenso?</p> <p>8) A pressão arterial elevada é chamada hipertensão?</p> <p>9) A pressão fica mais baixa no frio?</p> <p>10) Qual medida é mais importante, sistólica, diastólica, as duas ou não sei?</p>	-----

Para a subárea **Efeito do avental branco**, foi encontrado somente um item, dentre todos os instrumentos analisados. Dessa forma não se fez necessário excluir itens por repetição. Por tratar-se de um tema abordado pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, optou-se por manter o item no instrumento, realizando modificação de seu texto (QUADRO 26).

Quadro 26 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 2	
SUBÁREA – EFEITO DO AVENTAL BRANCO	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Em algumas pessoas, apenas ter sua pressão arterial medida no consultório médico pode fazê-la subir?	14) Para algumas pessoas, o valor da pressão arterial pode ser maior quando medido durante a consulta médica?

Para a subárea **Visita ao serviço de saúde**, foram selecionados três itens, no qual o item 1 relaciona a visita ao serviço de saúde com o controle da pressão arterial; o item 2 faz menção a regularidade de visitas ao médico; e o item 3 menciona a importância da equipe de saúde para o tratamento da doença. Atendendo aos conceitos apresentados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), optou-se por manter os itens 1 e 3, por contemplarem o tema (QUADRO 27).

Quadro 27 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 2	
SUBÁREA – VISITA AO SERVIÇO DE SAÚDE	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Visitar o médico regularmente ajuda a controlar sua pressão?	15) Visitar o médico regularmente ajuda a controlar sua pressão?
2) Você faz visitas regulares ao médico?	16) A equipe de saúde é importante para o tratamento da doença?
3) Você acredita que a equipe de saúde é importante para o tratamento da doença?	

Para a subárea **progressão da doença**, foram elencados seis itens, sendo os itens 1, 2, 6 e 7 relacionados á cronicidade da doença; o item 3 relacionado à hipertensão na gestação; o item 4 mencionando a falta de confiabilidade em considerar os valores de medição da pressão, quando medidos na residência; o item 5 questiona o saber do paciente para controlar sua pressão. O item 3 foi excluído por tratar-se de um tema específico, hipertensão na gestação, e não se aplicar à população de modo geral. Analisando os conceitos apresentados a partir da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), optou-se por manter os itens 1 e 6, como mostra o Quadro 28.

Quadro 28 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 2

SUBÁREA – PROGRESSÃO DA DOENÇA	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Pressão alta é para a vida toda? 2) A hipertensão é uma condição incurável? 3) A hipertensão relacionada à gravidez é temporária e não requer acompanhamento depois do nascimento do bebê?	17) Pressão alta é para a vida toda? 18) O tratamento para a pressão alta é para a vida toda?
Dimensão 2	
SUBÁREA – PROGRESSÃO DA DOENÇA	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
4) O monitoramento da pressão arterial em casa nunca é confiável? 5) Você sabe como controlar a pressão alta? 6) O tratamento para a pressão alta é para a vida toda?	-----

Para a subárea **Complicações da doença**, foram selecionados cinco itens. O item 1 relaciona a hipertensão ao risco de acidente vascular encefálico; o item 2 relaciona a hipertensão às doenças cardiovasculares; o item 3 não menciona doença, traz somente o termo “complicações relacionadas à hipertensão”; o item 4 menciona o acidente vascular encefálico, o ataque cardíaco e a insuficiência renal como complicações; e por fim, o item 5 menciona a somente a relação da insuficiência renal como complicação da hipertensão. Como a VII Diretriz aponta como principais complicações da hipertensão o AVE as doenças cardiovasculares e a IR, optou-se por manter o item 4, que menciona as três complicações (QUADRO 29).

Quadro 29 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 2	
SUBÁREA – COMPLICAÇÕES DA DOENÇA	
Itens selecionados a partir da	Itens incluídos no

Revisão Integrativa	Novo Instrumento
1) A pressão alta pode aumentar o risco de acidente vascular encefálico? 2) A pressão arterial pode causar doenças cardiovasculares? 3) Você acha que a pressão alta traz complicações? 4) A pressão arterial alta pode levar a ataque cardíaco, acidente vascular encefálico e insuficiência renal?	19) A pressão arterial alta pode levar a ataque cardíaco, acidente vascular encefálico e insuficiência renal?
Dimensão 2	
SUBÁREA – COMPLICAÇÕES DA DOENÇA	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
5) A pressão arterial elevada pode causar problemas renais?	-----

Para a subárea **Padrão alimentar** foram selecionados três itens. O item 1 abordou a relação entre o controle da pressão arterial e o consumo de carne vermelha; o item 2 associou o aumento da pressão arterial ao consumo demasiado de café; e o item 3 relacionou a dieta do hipertenso ao gasto financeiro. Não foi encontrado em artigos publicados na Sociedade Brasileira de Hipertensão nem na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão referência à relação entre a dieta específica para hipertensão e um grande custo financeiro. Dessa forma, optou-se por manter a questão (com modificações semânticas) que relaciona a HA o consumo do café, e acrescentar uma questão relacionada ao consumo de frutas e vegetais (QUADRO 30).

Quadro 30 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 3	
SUBÁREA – PADRÃO ALIMENTAR	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos/modificado Novo Instrumento

1) A carne vermelha é boa para controlar a pressão arterial?	20) Tomar café em demasia pode contribuir para o aumento da pressão arterial?
2) Tomar café em demasia pode contribuir para o aumento da pressão arterial?	21) O consumo de frutas e verduras ajuda a controlar a pressão arterial?
3) Você considera que seguir uma dieta adequada para a HAS requer um gasto financeiro grande?	

Para a subárea **Atividade física/exercícios físicos** foram selecionados quatro itens. O item 1 relaciona a redução da PA à prática de exercícios físicos regulares; os itens 2 e 4 relacionam a atividade física como uma das formas de tratamento para a hipertensão; e o item 3 mencionam a prática da atividade física como única forma de tratamento para a hipertensão, excluindo o tratamento medicamentoso. Optou-se por manter no novo instrumento o item 1 (modificando o texto), e acrescentou-se um item evidenciando a atividade física como fator de preventivo no desenvolvimento da HA, para se adequar ao conceito trazido pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016). (QUADRO 31).

Quadro 31 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 3	
SUBÁREA – ATIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIOS FÍSICOS	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos/modificados Novo Instrumento
1) Exercícios regulares podem ajudar a reduzir a hipertensão?	22) Exercícios regulares podem ajudar a reduzir a pressão alta?
2) O paciente hipertenso deve praticar atividade física?	23) Exercícios regulares podem prevenir a hipertensão?
3) As pessoas hipertensas não precisam tomar medicamentos se praticam atividade física?	
4) O tratamento da pressão alta inclui praticar exercícios físicos?	

Para a subárea **Tabagismo**, foram elencados sete itens. Os itens 1, 4 e 5 mencionam a relação entre parar de fumar e a diminuição da pressão arterial; os itens 2 e 7 abordam a relação entre o fumo e o desenvolvimento da hipertensão arterial; o

item 3 menciona o prejuízo do fumo para quem já tem hipertensão; e o item 6 menciona o envolvimento do profissional de saúde no aconselhamento ou indicação da cessação do ato de fumar. A partir das definições apresentadas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), optou-se por manter o item que menciona o fumo como fator de risco para hipertensão e o item que aponta o fumo como prejudicial para o hipertenso (QUADRO 32).

Quadro 32 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 3	
SUBÁREA – TABAGISMO	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos/modificados Novo Instrumento
1) Evitar o tabaco e o álcool ajuda a controlar sua pressão?	24) O fumo prejudica pessoas com pressão alta?
2) Fumar aumenta as chances de desenvolver hipertensão?	25) Fumar aumentam as chances de desenvolver hipertensão?
3) O fumo prejudica pessoas com pressão alta?	
4) Parar de fumar pode ajudar a diminuir a pressão arterial?	
5) Parar de fumar faz parte do tratamento para a pressão alta?	
6) Um profissional já te aconselhou a parar de fumar?	
7) Você acha que a hipertensão arterial está relacionada ao fumo?	

Para a subárea **Estresse**, foram elencados 4 (quatro) itens. O item 1 se refere ao controle da pressão arterial relacionado à diminuição do estresse; os itens 2, 3 e 4 mencionam a relação do estresse e o desenvolvimento da pressão arterial. A fim de

atender aos conceitos apresentados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), manteve-se o item 2 para esta subárea (QUADRO 33).

Quadro 33 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 3	
SUBÁREA – ESTRESSE	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos/modificados Novo Instrumento
1) Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão arterial?	26) Ter um estilo de vida estressante, prejudica pessoas com pressão alta?
Dimensão 3	
SUBÁREA – ESTRESSE	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos/modificados Novo Instrumento
2) Ter um estilo de vida estressante prejudica pessoas com pressão alta? 3) Você acha que a pressão arterial está relacionada ao estresse? 4) Hipertensão afeta principalmente pessoas que estão sob muito estresse?	-----

Para a subárea **Medicamentos anti-hipertensivos**, foram selecionados 17 itens. Os itens 1, 12 e 13 mencionam o uso do medicamento como forma de tratamento da hipertensão; o item 2 relaciona o medicamento à cura da doença; os itens 3 e 8 mencionam a frequência e duração que o hipertenso deverá tomar o medicamento; o item 4 relaciona o tratamento a um tipo específico de medicamento; os itens 5 e 7 relacionam o ato de parar de tomar o medicamento se a pressão arterial normalizar; o item 6 relaciona o uso contínuo do medicamento com possíveis prejuízos à saúde; o item 9 refere-se à tomada de decisão do hipertenso em relação ao ajuste da dose do medicamento; o item 10 refere-se ao tempo de início de ação do medicamento; o item 11 refere-se à associação de dois medicamentos para o tratamento; os itens 12, 13, 14 e 15 mencionam o uso de medicamentos como forma de tratamento; e os itens 16 e 17 relacionam o esquecimento do paciente em tomar o

medicamento. Dada a análise dos conceitos trazidos pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) optou-se por manter os itens 7, 8 e 17 (QUADRO 34).

Quadro 34 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 4	
SUBÁREA – MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos/modificados Novo Instrumento
<p>1) Se pode controlar a hipertensão com dieta e medicamentos?</p> <p>2) Tomar medicamentos irá curar a pressão alta?</p> <p>3) Se seu médico prescreve medicamentos para a pressão arterial alta elevada, você deve tomá-lo todos os dias?</p> <p>4) Um betabloqueador é uma medicação muitas vezes prescrita para a pressão alta?</p> <p>5) Uma vez que sua pressão arterial melhora, você deve parar de tomar seu medicamento?</p> <p>6) Tomar medicação para hipertensão ao longo da vida pode prejudicar seu corpo?</p> <p>7) Mesmo quando você se sente bem, deve continuar a tomar o medicamento para pressão?</p> <p>8) Uma vez que você toma medicação para a pressão, irá tomar pela vida toda?</p> <p>9) Quando você sentir que precisa ajustar a dose do medicamento para pressão, você precisa consultar seu médico?</p>	<p>27) Você tem alguma regra para não esquecer de tomar seus medicamentos para pressão alta?</p> <p>28) Mesmo quando você se sente bem, deve continuar a tomar o medicamento para pressão?</p> <p>29) Uma vez que você toma medicação para a pressão, irá tomar pela vida toda?</p>

<p>10) Muitas drogas demoram até 6 semanas antes de mostrar seu efeito esperado?</p> <p>11) Muitas pessoas com hipertensão precisam de dois ou mais medicamentos e mudanças no estilo de vida para reduzir seus níveis de pressão?</p> <p>12) Você considera o medicamento um tratamento para a pressão arterial alta?</p> <p>13) A medicação sozinha pode controlar a hipertensão?</p> <p>14) As pessoas com hipertensão não precisam tomar remédios se exercitar-se regularmente?</p>	
Dimensão 4	
SUBÁREA – MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos/modificados Novo Instrumento
<p>15) Você sabe se todos os usuários com diagnóstico de HAS precisam tomar remédios?</p> <p>16) Você se esquece de tomar o seu medicamento para pressão alta?</p> <p>17) Você tem alguma regra para não esquecer de tomar seus medicamentos para pressão alta?</p>	-----

Para a subárea **Efeitos adversos dos medicamentos**, foi selecionado um item, que evidenciou a falta de apetite sexual no homem como efeito adverso ao uso de anti-hipertensivos. Analisando a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão em relação aos efeitos adversos, ela estratifica os possíveis efeitos adversos para cada classe de medicamentos, a inclusão de cada um deles inviabilizaria a proposta do atual instrumento. Dessa forma, optou-se por criar uma questão genérica para tal assunto (QUADRO 35).

Quadro 35 – Construção do novo instrumento – Seleção dos Itens a partir da revisão integrativa e adequação do item para a sua construção

Dimensão 4

SUBÁREA – EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS	
Itens selecionados a partir da Revisão Integrativa	Itens incluídos no Novo Instrumento
1) Todas as medicações para a pressão alta fazem o homem perder o apetite sexual?	30) Você acredita que as medicações que toma para pressão alta, podem ter efeitos não esperados?

A partir das seleções apresentadas, foi estruturada primeira versão do novo instrumento com um total de 30 itens, Todas as questões foram montadas para que as respostas fossem sim, como mostra o Quadro 36.

Quadro 36 – Proposta do novo instrumento

Dimensão 1			
Questões	Sim	Não	Não sei
1) A pressão alta é mais comum em pessoas com mais idade?			
2) Mulheres têm mais chance de desenvolver pressão alta?			
3) Pessoas da raça negra/cor preta têm mais chance de desenvolver pressão alta?			
4) Estar acima do peso aumenta a probabilidade de desenvolver pressão alta?			
5) Perder peso contribui para a melhora da pressão alta?			
6) Consumir muito sal pode contribuir para o aumento da pressão arterial?			
7) Diminuir o consumo de sal pode ajudar a controlar a hipertensão?			
8) O consumo excessivo de álcool pode contribuir para o desenvolvimento da hipertensão?			
9) O aumento da escolaridade pode interferir no controle da pressão arterial?			
10) Se seu pai e/ou sua mãe tem hipertensão, você também terá?			
Dimensão 2			
Questões	Sim	Não	Não sei
11) A pressão arterial alta geralmente não causa sintomas?			
12) É considerado hipertensão quando o valor medido for maior que 140/90 mmHg?			
13) É comum que as leituras da pressão arterial variem quando medidas na farmácia, no consultório médico e em casa?			
14) O valor da pressão arterial pode ser maior quando medido durante a consulta médica?			
15) Visitar o médico regularmente ajuda a controlar sua pressão?			
16) A equipe de saúde é importante para o tratamento da doença?			
17) Pressão alta é para a vida toda?			
18) O tratamento para a pressão alta é para a vida toda?			
19) A pressão arterial alta pode levar a ataque cardíaco, acidente vascular encefálico e insuficiência renal?			
Dimensão 3			

Questões	Sim	Não	Não sei
20) Tomar café em demasia pode contribuir para o aumento da pressão arterial?			
21) O consumo de frutas e verduras ajuda a controlar a pressão arterial?			
22) Exercícios regulares podem ajudar a reduzir a pressão alta?			
23) Exercícios regulares podem prevenir a hipertensão?			
24) O fumo prejudica pessoas com pressão alta?			
25) Fumar aumentam as chances de desenvolver hipertensão?			
26) Ter um estilo de vida estressante, prejudica pessoas com pressão alta?			
Dimensão 4			
Questões	Sim	Não	Não sei
27) Você tem alguma regra para não esquecer de tomar seus medicamentos para pressão alta?			
Dimensão 4			
Questões	Sim	Não	Não sei
28) Mesmo quando você se sente bem, deve continuar a tomar o medicamento para pressão?			
29) Uma vez que você toma medicação para a pressão, irá tomar pela vida toda?			
30) Você acredita que as medicações que toma para pressão alta podem ter efeitos não esperados?			

A partir do instrumento apresentado, nova reunião entre as pesquisadoras foi realizada para análise do material obtido. Assim, realizando a análise crítica de cada um dos itens, foram excluídos os itens 2, 9, 25 e 27, por não atenderem ao objetivo do estudo ou não corroborarem com as definições apresentadas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) (QUADRO 37).

Sintetizando os resultados dos itens desse estudo, no total foram agrupados 217 itens relacionados a todas as dimensões de conhecimento já mencionadas, o que permitiu a formatação do novo instrumento, contendo 26 itens sobre o conhecimento da hipertensão.

Para tanto, foram seguidos os critérios de inclusão e exclusão mencionados no método do trabalho e apresentados na Tabela 8, a seguir:

Tabela 8 – Exclusão de itens por semântica para cada dimensão de conhecimento e itens selecionados para o novo instrumento. São Paulo, 2018

Dimensão	Itens encontrados -	Itens excluídos - Semântica	Itens excluídos -	Itens Selecionados -
-----------------	----------------------------	------------------------------------	--------------------------	-----------------------------

	Revisão integrativa		Não atenderam aos conceitos da VII Diretriz	Novo instrumento
1	52	17	27	8
2	96	51	36	9
3	31	13	12	6
4	38	31	4	3
Total	217	112	79	26

Vale ressaltar que alguns dos itens incluídos no novo instrumento sofreram adaptação do texto, para adequar-se ao vocabulário português (Brasil), e tornarem-se visualmente mais fáceis e agradáveis ao respondente. É o caso da questão 14 da dimensão 2, que se apresentava:



14) Em algumas pessoas, apenas ter sua pressão arterial medida no consultório médico pode fazê-la subir?

MODIFICADO



14) Para algumas pessoas, o valor da pressão arterial pode ser maior quando medido durante a consulta médica?

Quadro 37 – Proposta do novo instrumento – versão final

Dimensão 1			
Questões	Sim	Não	Não sei
1) A pressão alta é mais comum em pessoas com mais idade?			
2) Pessoas da raça negra/cor preta têm mais chance de desenvolver pressão alta?			
3) Estar acima do peso aumenta a probabilidade de desenvolver pressão alta?			
4) Perder peso contribui para a melhora da pressão alta?			
5) Consumir muito sal pode contribuir para o aumento da pressão arterial?			

6) Diminuir o consumo de sal pode ajudar a controlar a hipertensão?			
7) O consumo excessivo de álcool pode contribuir para o desenvolvimento da hipertensão?			
8) Se seu pai e/ou sua mãe tem hipertensão, você também terá?			
Dimensão 2			
Questões	Sim	Não	Não sei
9) A pressão arterial alta geralmente não causa sintomas?			
10) É considerado hipertensão quando o valor medido for maior que 140/90 mmHg?			
11) É comum que as leituras da pressão arterial variem quando medidas na farmácia, no consultório médico e em casa?			
12) O valor da pressão arterial pode ser maior quando medido durante a consulta médica?			
13) Visitar o médico regularmente ajuda a controlar sua pressão?			
14) A equipe de saúde é importante para o tratamento da doença?			
15) Pressão alta é para a vida toda?			
16) O tratamento para a pressão alta é para a vida toda?			
17) A pressão arterial alta pode levar a ataque cardíaco, acidente vascular encefálico e insuficiência renal?			
Dimensão 3			
Questões	Sim	Não	Não sei
18) Tomar café em demasia pode contribuir para o aumento da pressão arterial?			
19) O consumo de frutas e verduras ajuda a controlar a pressão arterial?			
20) Exercícios regulares podem ajudar a reduzir a pressão alta?			
21) Exercícios regulares podem prevenir a hipertensão?			
22) O fumo prejudica pessoas com pressão alta?			
23) Ter um estilo de vida estressante, prejudica pessoas com pressão alta?			
Dimensão 4			
Questões	Sim	Não	Não sei
24) Mesmo quando você se sente bem, deve continuar a tomar o medicamento para pressão?			
25) Uma vez que você toma medicação para a pressão, irá tomar pela vida toda?			
26) Você acredita que as medicações que toma para pressão alta, podem ter efeitos não esperados?			

Assim, por meio desse estudo, obteve-se um instrumento com 16 itens relativos a caracterização sociodemográfica/clínica e 26 itens sobre o conhecimento da HA que serão validados em estudo subsequente, pelos mesmos pesquisadores (APÊNDICE A).

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo é apresentada a discussão de todas as etapas de construção do novo instrumento sobre conhecimento da hipertensão, a partir da revisão integrativa e será dividido em dois subcapítulos: Discussão da revisão dos artigos analisados e Discussão da análise das questões extraídas dos artigos analisados.

6.1 Discussão da revisão dos artigos analisados

O processo da criação de um novo instrumento para avaliar o conhecimento do paciente hipertenso sobre sua doença é complexo e o empenho para a obtenção de um instrumento útil e adequado à realidade do nosso país, vai além do ato de criar novas questões, sendo necessário o aprofundamento do pesquisador sobre o tema, de modo a assegurar sua qualidade.

O primeiro passo durante a criação do novo instrumento foi a verificação na literatura atual disponível, por meio de uma revisão integrativa, da disponibilidade de instrumentos utilizados para verificar o conhecimento sobre a hipertensão em todo o mundo. Analisando os dados encontrados, percebe-se uma predominância de artigos advindos de bases de dados internacionais como MEDLINE e LILACS, fato tal que reafirma a preocupação com o tema abordado mundialmente.

Para justificar a construção de um novo instrumento a partir da análise de cada questionário encontrado através da revisão (Quadro 11), foi possível agrupar os instrumentos quanto ao seu tipo e respostas utilizadas pelo autor. Assim, em nova rodada de discussão entre as pesquisadoras, foi analisada a adequação de cada questionário em relação a todas as dimensões (e suas subáreas) pré-estabelecidas por esse estudo.

O primeiro agrupamento analisado, mostrou que dos sete artigos que utilizaram como instrumento um questionário com respostas abertas (não estruturadas), nenhum deles contemplou todas as subáreas de conhecimento das dimensões já mencionadas. O artigo número 8, Karaeren et al. (2009), utilizou em seu questionário seis questões que abordaram somente os temas relacionados as subáreas de complicações da doença e efeitos colaterais dos medicamentos. O artigo número 15, Buendía (2012), utilizou em seu questionário três questões que abordaram somente os temas progressão da doença, padrão alimentar, complicações da doença e tratamento medicamentoso. O artigo número 20, Scala et al. (2014), utilizou em seu questionário, seis questões que abordaram os temas valores da pressão arterial e excesso de peso e obesidade. O artigo 22, Delgado et al. (2014), dividiu o questionário em três esferas de questões específicas aos temas: conhecimento sobre a doença; adesão ao tratamento farmacológico; e cumprimento do tratamento não farmacológico. Para atingir o objetivo do atual estudo, somente as questões sobre o conhecimento da doença foram consideradas. Assim, o estudo 22 utilizou em seu questionário seis questões que abordaram somente os temas progressão da doença, tratamento medicamentoso e visita ao serviço de saúde. O artigo número 23, Najjar et al. (2015), também dividiu o questionário em três esferas diferentes, sendo a primeira, conhecimento e diagnóstico; a segunda tratamento; a terceira acesso e uso; e a quarta experiência e recomendações de saúde. Mais uma vez, para atender ao objetivo desse estudo, foram consideradas somente as questões sobre o conhecimento da doença. Assim, o estudo 23 utilizou em seu questionário cinco questões que abordaram somente os temas sinais e sintomas da doença e visita ao serviço de saúde. O artigo 25, Legido-quigley et al. (2016), utilizou em seu questionário cinco questões que abordaram somente os temas valores da pressão arterial, tratamento medicamentoso e tratamento não medicamentoso. O artigo 30, Azevedo, Silva e Gomes (2017), utilizou em seu questionário nove questões que abordaram os temas

relacionados ao tratamento medicamentosos, tratamento não medicamentoso e cronicidade da doença.

Continuando a análise dos questionários encontrados, dos 8 artigos que utilizaram como instrumento um questionário com respostas fechadas (estruturadas, V/F ou Sim/Não), nenhum deles contemplou todas as subáreas das dimensões desse estudo. O artigo 1, Pierin et al. (2001), utilizou em seu questionário treze questões que abordaram os temas ingestão de sal, estresse, ingestão de álcool, padrão alimentar, atividade física e exercício físico, gênero e etnia, progressão da doença e complicações da doença. O artigo 2, Hun et al. (2004), utilizou em seu questionário dez questões que abordaram os temas estresse, tratamento medicamentoso, valores da pressão arterial, complicações da doença, sinais e sintomas e ingestão de sal. O artigo 7, Viera et al. (2008), utilizou em seu questionário seis questões que abordaram os temas progressão da doença, sinais e sintomas, tratamento medicamentoso, valores da pressão arterial e ingestão de sal. O artigo 9, Dawes et al. (2010), utilizou em seu questionário o total de dez questões que contemplaram os temas progressão da doença, tratamento medicamentoso, efeito do avental branco, complicações da doença, padrão alimentar, ingestão de álcool, estresse, ingestão de sal, sedentarismo, excesso de peso e obesidade e tabagismo. O artigo 10, Serafim, Jesus e Pierin (2010), utilizou em seu questionário quatro questões que abordaram os temas excesso de peso e obesidade, atividade física e exercícios físicos e ingestão de álcool. O artigo 16, Pucci et al. (2012), utilizou em seu questionário dez questões que abordaram os temas progressão da doença, sinais e sintomas, valores da pressão arterial, complicações da doença, tratamento medicamentosos, atividade física e exercícios físicos, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e estresse. O artigo 21, Barreto, Reiners e Marcon (2014), utilizou em seu questionário dez questões que abordaram os temas progressão da doença, sinais e sintomas, valores da pressão arterial, complicações da doença, exercícios físicos e atividade física, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e estresse. E finalmente, terminando os artigos contemplados nesse agrupamento, o artigo 28, Akoko et al. (2017), utilizou em seu questionário quinze questões que abordaram os temas sinais e sintomas, gênero e etnia, progressão da doença, idade, padrão alimentar, excesso de peso e obesidade, atividade física e exercícios físicos, ingestão de sal, tratamento medicamentoso e complicações da doença.

Realizando a análise dos dois artigos que trouxeram questionários com respostas estruturadas em Likert, nenhum deles contemplou todas as subáreas das dimensões desse estudo. O artigo número 5, Peters e Templin (2008), utilizou em seu questionário dez questões que abordaram os temas padrão alimentar, atividade física e exercícios físicos, excesso de peso e obesidade, visita ao serviço de saúde, ingestão de sal e tratamento medicamentoso. O outro artigo, de número 29, Uchmanowicz et al. (2016), utilizou em seu questionário quatorze questões sobre o conhecimento abordando os temas tratamento medicamentosos, ingestão de sal e visita ao serviço de saúde.

Analisando os quatro artigos que utilizaram como tipo de respostas em seu questionário a múltipla escolha (estruturada), nenhum deles contemplou todas as subáreas das dimensões desse estudo. O artigo 17, Ibiapina, Santos e Oliveira (2013), utilizou em seu questionário dezoito questões que abordou somente um tema relacionado ao padrão alimentar, pois corrobora como objetivo do estudo que visa avaliar o conhecimento do indivíduo somente sobre o padrão alimentar relacionado a hipertensão arterial. O artigo 26, Motter, Olinto e Paniz (2015), utilizou em seu questionário somente duas questões que abordaram os temas progressão da doença e valores da pressão arterial. O artigo 27, Bilal et al. (2016), utilizou em seu questionário treze questões relacionadas aos temas valores da pressão arterial, visita ao serviço de saúde e progressão da doença. E o último artigo desse grupo, o número 32, Lingam et al. (2018), para atingir o objetivo do estudo, mesclou em seu questionário de quatorze questões, perguntas relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas da doença diabetes e da doença hipertensão. Então para corroborar com o objetivo desse trabalho, foram consideradas somente as questões relacionadas ao conhecimento sobre a hipertensão, que para tanto se relacionaram somente ao tema complicações da doença.

O último grupo de artigos em que os autores utilizaram questionários com tipo de respostas mistas (estruturadas - sim/não e múltipla escolha) traz os questionários com o maior número de abordagens dos temas propostos por esse estudo, mas ainda assim, nenhum deles contemplou todos os temas relacionados ao conhecimento da hipertensão, como se segue. O artigo de número 3, Oliveria et al. (2004), apresenta um questionário com oito questões relacionadas aos temas complicações da doença, progressão da doença e valores da pressão arterial. O artigo de número 4, Dark e

Ezenkwele (2007), utilizou um questionário de cinco questões que abordaram os temas visita ao serviço de saúde, tabagismo, sinais e sintomas e complicações da doença. O artigo 6, Jesus et al. (2007), utilizou um questionário com nove questões que abordaram os temas progressão da doença, complicações da doença, genética, idade, sinais e sintomas, e valores da pressão arterial. O artigo número 11, Wartak et al. (2001), utilizou em seu estudo um questionário de vinte e nove questões com o objetivo de compreender as atitudes do indivíduo frente a saúde. Dessas, somente seis questões estão relacionadas ao conhecimento do paciente hipertenso em relação a sua doença, e elas abordaram os temas relacionados aos valores da pressão arterial, excesso de peso e obesidade, padrão alimentar, exercícios físicos e atividade física e tabagismo. Analisando o artigo 12, Han et al. (2011), o estudo utilizou um questionário de vinte e uma questões relacionadas aos temas genética, idade, sinais e sintomas, valores da pressão arterial, excesso de peso e obesidade, atividades físicas e exercícios físicos, ingestão de sal, ingestão de álcool, gênero e etnia, progressão da doença, tratamento medicamentosos e complicações da doença. O artigo 13, Almas et al. (2012), apresentou em seu questionário quinze questões relacionadas aos temas valores da pressão arterial, sinais e sintomas, progressão da doença, tratamento medicamentoso, idade, complicações da doença e padrão alimentar. O artigo número 14, Schapira et al. (2012), utilizou em seu estudo um questionário com quatorze questões relacionadas aos temas valores da pressão arterial, sinais e sintomas, complicações da doença, tratamento medicamentoso, ingestão de sal, idade, padrão alimentar e exercícios físicos e atividades físicas. O artigo 18, Garza et al. (2013), utilizou em seu estudo um questionário de nove itens relacionados somente ao conhecimento do indivíduo sobre a quantidade de sal contida nos alimentos, logo só se adequa a uma das vertentes do conhecimento, que é a ingestão de sal. O artigo 19, Li et al. (2013), utilizou um questionário em seu estudo com dez questões relacionadas aos temas valores da pressão arterial, complicações da doença, progressão da doença, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e tratamento medicamentoso. O artigo 24, Lu et al. (2015), utilizou em seu estudo um questionário com dez questões relacionadas aos temas valores da pressão arterial, exercícios físicos e atividades físicas, progressão da doença, ingestão de sal, sinais e sintomas, complicações da doença e padrão alimentar. E finalmente o último artigo desse grupo, de número 31, Cabral et al. (2018), utilizou um questionário com o maior

número de questões entre todos os apresentados com vinte e uma questões que abordaram os temas genética, idade, sinais e sintomas, valores da pressão arterial, excesso de peso e obesidade, exercícios físicos e atividade física, ingestão de sal, ingestão de álcool, gênero e etnia, progressão da doença, tratamento medicamentoso e complicações da doença.

Analisando esses agrupamentos de questionários, nenhum deles contemplou todos os temas já mencionados nas dimensões desse trabalho, deixando de fora do questionário temas relevantes para o saber do paciente, como por exemplo: fatores de risco relacionados a idade, gênero e etnia, genética, ingestão de álcool; ou mesmo temas relacionados ao diagnóstico e classificação da doença, como o efeito do jaleco branco relacionado a hipertensão arterial. Resumidamente, nenhum dos questionários abordou os vinte temas das subáreas de conhecimento da hipertensão arterial apresentados nesse trabalho, logo isso inviabilizaria a adaptação transcultural de qualquer um deles, pois perderiam suas características iniciais, o que torna necessária a construção de um novo instrumento para a realidade brasileira.

Foi interessante perceber que os artigos analisados advinham de pesquisadores de diversas áreas de conhecimento da saúde, o que deixa claro que a preocupação com a doença hipertensão é de cunho multiprofissional, envolvendo todas as áreas responsáveis pela prevenção e tratamento da doença. Os maiores números de publicações advêm das áreas da medicina e enfermagem e isso pode ser explicado pela maior quantidade de profissionais, destas áreas, envolvidos no atendimento ao paciente com hipertensão.

O ano de publicação dos estudos variou bastante, o que deixou bastante claro que a busca por compreender o que o paciente conhece sobre sua doença, inquieta pesquisadores o tempo todo, fazendo com que novas publicações sejam realizadas, quase que anualmente.

A grande maioria dos artigos analisados trouxeram como instrumentos de avaliação do conhecimento, o questionário, ou seja, instrumentos com questões fechadas, o que pode ser justificado pela maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise das respostas (SELLTIZ, et al. 1974). Nota-se que 50% dos artigos analisados, apresentaram um instrumento (questionário) desenvolvido pelo próprio pesquisador para avaliar o conhecimento do paciente hipertenso, e, de todos eles, somente 3 artigos mencionaram a validade do instrumento. Erkok et. al, (2012) afirma

que ao longo dos anos têm sido desenvolvidos instrumentos utilizados em várias populações de forma a determinar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e os seus fatores de risco.

Os objetivos de todos os artigos reunidos convergiam entre si, pois todos buscavam analisar o conhecimento do paciente hipertenso sobre algum aspecto da doença. Naturalmente, metodologias diferentes foram utilizadas por cada pesquisador, porém alguns utilizaram questionários para abordar a mesma temática como visto entre Garza et al., (2008) e Ibiapina, Santos e Oliveira (2013), que elaboraram questões sobre o conhecimento dos pacientes a respeito do teor de sódio presente nos alimentos industrializados.

Outros nove artigos procuraram avaliar o conhecimento do paciente hipertenso através de questões semiestruturadas, abordando assuntos como o conceito da doença, valores da pressão arterial, terapia medicamentosa e não medicamentosa e alguns fatores de risco, por exemplo, Karaeren et al. (2009) que enfatiza em sua pesquisa questões relacionadas ao conhecimento do tratamento medicamentoso. Já Motter, Olinto e Paniz (2015), Legido-quigley et al. (2015), Azevedo, Silva e Gomes (2017), Scala et al. (2014), Almas et al. (2012), Delgado, Villarraso e García (2014), Buendía (2012), Najjar et al. (2015) abordam em seus instrumentos temáticas variadas em relação ao conhecimento, como terapia medicamentosa, fatores de risco, complicações da doença e valores da pressão arterial. A preocupação dos pesquisadores em questionar os pacientes sobre tal temática, corrobora com o texto apresentado por Guirado (2011), em que afirma a forte relação existente entre o conhecimento do paciente sobre a HA e a sua adesão ao tratamento.

Todos os outros artigos reunidos nesta revisão, apresentaram questões variadas sobre a temática supracitadas, porém, somente os artigos 28, 31 e 32 citaram validade de seu conteúdo. O artigo de nº 28, Akoko et al. (2017), foi um estudo realizado na cidade de Camarões (África) em 19 distritos diferentes e utilizou o método de entrevista semiestruturada. Para avaliar o conhecimento, foi utilizado pelos pesquisadores um instrumento desenvolvido e validado por paquistaneses num estudo similar ao desenvolvido em Camarões, porém como relatado anteriormente, o instrumento não reuniu todos os eixos de conhecimento sobre a doença. O artigo 3, Cabral et al. (2018), realizou a adaptação transcultural (português de Portugal) e validação de um instrumento desenvolvido por norte-americanos para avaliar o

conhecimento sobre a hipertensão de indivíduos coreanos-americanos em 2011, mas também se mostrou insuficiente para avaliar o conhecimento do paciente sobre a doença, por não abordar todos os eixos de conhecimento já citados. O artigo 32, Lingam et al. (2018), utilizou um instrumento testado e validado num projeto piloto desenvolvido com paciente diabéticos e hipertensos na Austrália em 2003. O instrumento utilizado nesse estudo priorizou em seu questionário o conhecimento sobre a doença hipertensão e diabetes em relação as suas complicações oculares, sendo considerado insuficiente em relação aos eixos de conhecimento supracitados.

Assim, por nenhum dos instrumentos validados supracitados demonstrarem adaptação à realidade brasileira a partir dos conceitos apresentados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, nos levou a motivação para a construção deste instrumento, considerando ainda que a hipertensão é um problema de saúde pública, atualmente responsável por 17 milhões de pessoas no Brasil (SBH, 2016).

Fazendo a análise do conteúdo retirado dos artigos, percebeu-se que grande parte dos itens apresentados (44%) se tratavam de questionamentos referentes a diagnóstico e classificação da hipertensão arterial, o que evidencia um maior interesse dos pesquisadores sobre o conhecimento dos pacientes em relação aos sinais e sintomas da doença, valores da pressão arterial, visita aos serviços de saúde, cronicidade e complicações da hipertensão arterial fatores estes, que podem estar diretamente relacionados à adesão do paciente ao tratamento da HA. Corroborando com essa revisão, a Organização Mundial da Saúde (2003) cita cinco diferentes grupos de fatores que podem afetar a adesão ao regime terapêutico da HA, e, dentre eles, está à ausência de informação e de conhecimento/educação dos doentes relativos à sua doença.

Por meio da análise de todos os itens levantados, foi construído um instrumento com 16 questões relativas aos dados sociodemográficos e clínicos e 26 itens de conhecimento sobre a hipertensão, a serem validados em estudo subsequente, pelas mesmas pesquisadoras (APÊNDICE A), e um documento esclarecedor para uso exclusivo do usuário (APÊNDICE B).

6.2 Discussão da análise das questões extraídas dos artigos selecionados

Para facilitar a compreensão da análise dos itens do novo instrumento, será feita a discussão dos resultados por dimensão de conhecimento. Assim, para a primeira dimensão foram discutidos os itens pertinentes as subáreas de conhecimento: idade; gênero e etnia; excesso de peso e obesidade; ingestão de sal; ingestão de álcool; sedentarismo; fatores socioeconômicos; e genética.

6.2.1 Análise dos itens – Dimensão 1

O primeiro item contemplado no novo instrumento refere-se à ocorrência da HA com o envelhecimento, que corrobora com o conceito trazido pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), que mostra uma associação direta e linear entre o envelhecimento e a prevalência da HA. Acredita-se na importância do conhecimento sobre essa temática uma vez sabido que a população de idosos mantém um ritmo populacional crescente. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017), a população brasileira manteve a tendência de crescimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017.

O item dois do instrumento, inicialmente tratava-se da relação entre a maior prevalência da HA no gênero feminino. Analisando os dados trazidos pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) há maior prevalência estatística da ocorrência da hipertensão entre as mulheres, porém a relação entre a HA e o gênero não é unânime na literatura. A VI edição das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), aponta que a prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Tal mudança estaria relacionada às alterações hormonais decorrente do climatério e menopausa, fragilizando a mulher no contexto cardiovascular. Em discussão entre as pesquisadoras, entendeu-se que tal temática não influenciaria diretamente no conhecimento do paciente em relação a sua doença, excluindo este item do instrumento.

Assim, se manteve como item dois a questão que relacionada a etnia (raça/cor preta) com a maior prevalência da HA, conceito tal, defendido pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

Os itens três e quatro do instrumento relacionam a prevalência da HA a antropometria do indivíduo, em que a obesidade é considerada fator de risco para a doença. Segundo estimativas apresentadas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), 70% dos homens hipertensos e 61% das mulheres hipertensas são obesos, e estima-se ainda que a perda de peso corporal pode estar relacionada à diminuição do risco de hipertensão e novos eventos cardiovasculares.

Os itens cinco e seis relacionam o consumo de muito sal ao aumento da HA e a diminuição do consumo ao controle da HA. Segundo os conceitos apresentados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), o consumo excessivo de sal é considerado fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão, e sua redução é vista como forma de tratamento. No Brasil, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) a maior proporção do sal adicionado ao alimento, é originada do uso culinário deste ingrediente. A tática para a redução do consumo do sal deve ser a diminuição gradativa da quantidade utilizada, lançando mão do uso de outros temperos para dar sabor o alimento (GOWDAK, 2017). Para tanto, foi decidido manter esses dois itens (cinco e seis) no instrumento, dada relevância do assunto.

O item sete foi mantido no instrumento (a partir da revisão) por tratar o consumo excessivo de álcool como fator de risco para HA. Segundo o Centro de Informações sobre a Saúde e Álcool (CISA, 2018) as evidências da relação da HA com o uso de álcool foram confirmadas em 1970, caracterizando que o consumo excessivo da bebida como fator de risco para HA, independente do sexo e de outros potenciais fatores de confusão (como etnia, ingestão de sódio, percentual de gordura ou tabagismo).

A subárea sedentarismo não foi contemplada com nenhum item no instrumento, por entender que o mesmo tema foi novamente abordado na Dimensão 2, subárea atividade física/atividade física.

O item selecionado, a partir da revisão, que compôs a subárea fatores socioeconômicos, correlacionou a HA ao uso do transporte público. Em discussão com as pesquisadoras e em conformidade com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), não foram encontradas evidências que corroborassem com esta temática. A VII Diretriz Brasileira de Hipertensão apresenta, para esta subárea, a relação de uma maior prevalência de HA referida entre os adultos com menor nível de escolaridade. Porém, em discussão com as pesquisadoras, compreendeu-se a baixa relevância do

tema relacionada ao saber do hipertenso, então optou-se por não incluir um item no instrumento relacionado a esta temática.

Analisando a última subárea da dimensão 1, genética, o item selecionado a partir da revisão foi mantido no novo instrumento (item oito), por corroborar com a literatura. Estudos realizados por Jardim *et. al* (2015) e Lopes (2013), apontaram que jovens saudáveis, com pais hipertensos, apresentaram alterações metabólicas, de morfologia cardíaca e do comportamento da pressão arterial, sugerindo predisposição hereditária para o desenvolvimento da HA. A temática a partir da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) diz que a miscigenação dificulta a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos, porém não descarta a associação entre a hereditariedade e a HA.

6.2.2 Análise dos itens – Dimensão 2

Para a segunda dimensão foram discutidos os itens pertinentes as subáreas de conhecimento: sinais e sintomas; valores da pressão arterial; efeito do avental branco; visita ao serviço de saúde; progressão da doença; e complicações da doença.

O item nove abordou a primeira subárea da segunda dimensão, que foi mantido no instrumento por corroborar com a literatura. Segundo conceitos apresentados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2018) e pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) na maioria dos indivíduos a hipertensão arterial não causa sintomas, apesar da coincidência do surgimento de determinados sintomas associados erroneamente à doença.

Os itens dez e onze do novo instrumento, se referem a subárea valores da pressão arterial. A partir das considerações trazidas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), optou-se por manter, com modificações no texto, uma questão abordando os valores de pressão acima de 140/90 mmHg e uma questão abordando a variação das leituras em diferentes situações. Sobre esta última temática, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009), publicou uma resolução que voltou a permitir a medição da pressão arterial em farmácias, por exemplo. Antes, a norma proibia que os farmacêuticos medissem a pressão por não comprovarem treinamento específico para esse fim podendo passar dados incorretos para o paciente, além de induzir a compra desnecessária de medicamentos.

O item doze aborda uma temática que foi citada somente num artigo da revisão, efeito do avental branco. Corroborando com o conceito apresentado pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), Gus (2008) define a hipertensão do avental branco como valores pressóricos persistentemente elevados dentro do consultório com medidas consideradas normais nas medidas por monitorização ambulatorial de 24 horas (MAPA) ou monitorização residencial de pressão arterial (MRPA). Afirma, ainda, que essa condição clínica ocorra em 20% dos indivíduos considerados hipertensos por medidas de pressão arterial usuais.

Segundo Guerrariccio et al (2004) ao acompanhar 100 pacientes durante seis meses observou-se que o grupo de paciente que teve maior número de consultas de Enfermagem (12 consultas) quando comparado com o grupo controle (3 consultas) teve significativa redução da resposta do jaleco branco na medição da pressão arterial de consultório, portanto pode ser aventada que a interação interpessoal e proximidade do paciente com o enfermeiro pode colaborar como estratégia para diminuir este efeito.

Os itens onze e doze fazem parte da subárea visita ao serviço de saúde. Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) e dados trazidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008), a HA, por ser considerada concomitantemente uma doença com fator de risco elevado para agravos cardiovasculares e desconhecida pela maioria de seus portadores, exige uma complexidade de recursos para seu controle, dentre eles visitas regulares ao médico, como atendimento por equipe bem treinada.

Analisando os itens quinze e dezesseis, tratando-se da progressão da doença, a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) aponta que a HA e seu tratamento podem acompanhar um indivíduo durante um tempo relativo de sua vida, o que configura a importância do tema para o conhecimento do paciente.

O último item desta dimensão (dezessete, do novo instrumento), subárea complicações da doença, menciona as três complicações principais apresentadas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), que são a o AVE as doenças cardiovasculares e a IR.

6.2.3 Análise dos itens – Dimensão 3

Para a terceira dimensão foram discutidos os itens pertinentes as subáreas de conhecimento: padrão alimentar; atividade física/exercícios físicos; tabagismo; e estresse.

O item dezoito contempla e relaciona o consumo de café a HA, segundo Klein (2017), o consumo de café deve ser em quantidades moderadas, pois ele induz pequena elevação da pressão em indivíduos que têm o hábito de consumir essa bebida. Em contrapartida, e corroborando com o item dezenove Gowdak (2017), relata que aumentar o consumo de frutas e vegetais que sejam ricos em potássio pode ajudar a controlar os níveis da pressão arterial.

Os itens vinte e vinte e um fazem parte da subárea atividade física/exercícios físicos. Segundo Nascimento e Angelis (2017), o exercício físico é eficaz para o tratamento da hipertensão porque regula naturalmente o funcionamento do organismo, atuando em mecanismos como o controle autônomo dos barorreceptores e outros ainda especulados pela ciência. Além disto, fazer exercícios regularmente previne o desenvolvimento de hipertensão.

O item vinte e dois aborda a relação entre o fumo e a HA. A VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) nos traz que o hábito de fumar é apontado como fator negativo do controle da pressão em hipertensos. Aponta ainda que o fumo é o principal fator de risco de doenças cardiovasculares.

O último item contemplado nesta dimensão (item vinte do novo instrumento) aborda a relação entre o estresse e a HA. A VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) menciona a importância do controle do estresse como parte do tratamento da pressão arterial.

6.2.4 Análise dos itens – Dimensão 4

Os itens vinte e quatro e vinte e cinco, fazem parte da subárea medicamentos anti-hipertensivos. Tal tema se mostra bastante abrangente, considerando a gama de opções de medicamentos anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HA. Por esta razão, irá se deter aos conceitos trazidos pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), que aponta como fragilidade sobre a temática, a relação entre a

terapia medicamentosa e o hipertenso (usuário do medicamento). A principal queixa apontada pelos hipertensos, que dificulta sua adesão à terapia medicamentosa, é lembrar o horário para tomar, diariamente, seu medicamento (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). Este mesmo estudo aponta outro impasse em relação ao tratamento medicamentoso, referido por pacientes, que é o questionamento da continuidade do tratamento medicamentoso, uma vez que a pressão está controlada.

O último item a ser analisado, faz parte da subárea efeitos adversos dos medicamentos, que como o tema anterior é bastante abrangente. Analisando a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) em relação aos efeitos adversos dos medicamentos anti-hipertensivo, ela estratifica os possíveis efeitos adversos para cada classe de medicamentos, a inclusão de cada um deles inviabilizaria a proposta do atual do instrumento. Este fato motivou as pesquisadoras a criar um item que abordasse de forma generalizada a temática.

A proposta terapêutica medicamentosa somente terá êxito se houver a adesão adequada por parte do paciente. O grande desafio é a mudança de comportamento, a escolha por hábitos de vida saudáveis e a conscientização de que a HAS é uma doença crônica não transmissível incurável, que se faz necessário o seu efetivo controle para evitar complicações futuras. No entanto, o esforço desta pesquisa tem como propósito mapear o conhecimento de pacientes hipertensos visando identificar os déficits para suprir e elaborar programas educacionais, que possam oferecer subsídios para a mudanças de comportamento e o controle da doença.

7 CONCLUSÃO

A revisão integrativa da literatura identificou diferentes instrumentos usados para medir o conhecimento de pacientes sobre hipertensão arterial, mas nenhum deles pode ser considerado suficientemente abrangente. Estas diferentes formas de coleta de dados não permitem a comparação de resultados entre estudos sobre o tema.

Com base nesta revisão integrativa da literatura foi possível elaborar um instrumento sobre o conhecimento de hipertensão arterial, aplicável a pacientes hipertensos. O estudo utilizou como referencial teórico a VII Diretriz da SBH o que possibilitou à luz dos artigos formular as dimensões que contribuiu para estruturação do instrumento propostos: Dimensão 1- Conceituação, Dimensão 2 – Diagnóstico e Classificação, Dimensão 3 – Tratamento não medicamentosos e Dimensão 4 Tratamento medicamentosos. No entanto, este instrumento necessita ser validado em estudo futuro.

REFERÊNCIAS

ABRALDES, J. A., & ORTÍN, A. Conocimiento en primeros auxilios de los profesores de Educación Física en ESO. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte**, 10(38), 271–283 abr 2010.

AKOKO, Bentley Mbekwa et al. Knowledge of Hypertension and Compliance with Therapy Among Hypertensive Patients in the Bamenda Health District of Cameroon: **A Cross-sectional Study. Cardiology And Therapy**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.53-67, 29 dez. 2016. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40119-016-0079-x>. Acesso em: nov. 2018.

ALMAS, Aysha et al. Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. **Bmc Res Notes**, Eua, p.1-8, dez. 2012.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Marcia de Assunção. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p.315-319, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf>>. Acesso em: maio 2016.

ANGELO, Luciana Ferreira. **Tratamento da hipertensão: como fazer para aderir?** 2017. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/vidasaudavel/artigo/tratamento_da_hipertensao_como_fazer_para_aderir.html>. Acesso em: 1 dez. 2017.

ARAUJO GBS. Adesão ao tratamento antihipertensivo: análise conceitual. [dissertação]. João Pessoa: **Centro de Ciências da Saúde da UFPB**, 2002.

AZEVEDO, Ana Maria Gomes de Brito; SILVA, Daniele Oliveira da; GOMES, Liane Oliveira Souza. Educação em saúde como ferramenta no conhecimento do usuário com hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Jequié, v. 11, n. 8, p.3279-3289, ago. 2017.

BARRETO, Mayckel da Silva et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Mandaguari, v. 22, n. 3, p.484-490, maio 2014.

BASTOS, F. A pessoa com doença crônica – Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, **Instituto de Ciências da Saúde – Porto**.

BELLUZZO, Regina Célia Baptista; DUDZIAK, Elisabeth Adriana. Educação, Informação e tecnologia na sociedade contemporânea: diferenciais à inovação? **Rev. Bras. de Biblioteconomia e Documentação**, São Paulo, v. 2, n. 4, p.44-51, dez. 2008.

BILAL, Muhammad et al. Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension Among Cardiac Hypertensive Patients. **Glob J Health Sci**, Pakistan, v. 8, n. 2, p.9-19, jun. 2015.

BIREME/OPAS/OMS. **Guia BVS 2005**. Acesso em: jan. 2016.

BOKHOUR, Barbara G. et al. The Role of Patients' Explanatory Models and Daily-Lived Experience in Hypertension Self-Management. **Jgim**, Boston, v. 27, n. 12, p.1626-1634, maio 2012.

BORBA, A.; FERRI, C. Avaliação: Contexto e Perspectivas. Revista Alcance. Itajaí, **UNIVALI**, ano IV, n. 2, p. 47-55. Jul-Dez. 1997.

BRANDÃO AA, Pozzan R, Freitas EV, Pozzan R, Magalhães MEC, Brandão AP. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. **J Hypertens** 2004; 22 (Suppl 1): 111S.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2009, p. 244.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2007, p. 70.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 58.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde. Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 160.

BRASIL, Organização Pan-Americana da Saúde. **Portfólio de cooperação técnica OPAS/OMS, Representação no Brasil**. Brasília: OPAS, 2015, p. 128.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Hipertensão, Arq Bras Cardiol, p. 126–163, 2004.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Hipertensão, Arq Bras Cardiol, p. 5 – 48, 2006.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Hipertensão, Arq Bras Cardiol, 2007.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Hipertensão, Arq Bras Cardiol, 2016.

BUENDÍA, Jefferson Antonio. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. **Biomédica**, Medelin, v. 31, n. 1, p. 578-584, jul. 2012.

CABRAL, Ana C. et al. Adaptação transcultural do teste de conhecimento sobre hipertensão em português europeu. **Braz. J. Pharm. Sci.**, Lisboa, v. 53, n. 4, p.1-13, mar. 2018.

CARVALHO, Jair Antonio de (et al). Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. **Ensino Saúd. e Ambi.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 78-90, abr. 2010.

CARVALHO, M. C. M. D. Metodologia Científica: Fundamentos e Técnicas. São Paulo: **Papirus**, 1998.

CESARINO C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V; CIORLIA, L.A.; GODOY M. R. P.; CORDEIRO, J.A.; RODRIGUES I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**. 2008; 91(1): 31–35.

CHAN, Eric K. H.. Standards and Guidelines for Validation Practices: Development and Evaluation of Measurement Instruments. Validity And Validation In Social, Behavioral, And Health Sciences, [s.l.], p.9-24, 2014. **Springer Science + Business Media**. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-07794-9_2. Acessado em: 02/2016.

CHANG, Veronica Y. P. (et al). Improving cardiovascular prevention through patient awareness. **Rev Assoc Med Bras**, Sao Paulo, v. 85, n. 5, p. 550-556, dez. 2012.

CUNHA, Ana Lúcia Silva Mirancos da; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Pta de Enferma.**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.151-160, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000200007>. Acesso em: nov. 2018.

CURADO, Maria Alice Santos; TELES, Julia; MARÔCO, João. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Rev. Esc. de Enferma. da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p.149-156, out. 2013.

DALKEY, Norman C. The Delphi Method: An experimental study of group opinion. Santa Monica: **Rand**, 1969, p. 79.

DARK, Cedric K.; EZENKWELE, Ugo A.. Access to care as a predictor of patients' knowledge of cardiovascular diseases. **National Medical Association (US)**, Washington DC, v. 99, n. 12, p.1338-1346, dez. 2007.

DAWES, Martin G et al. The effect of a patient education booklet and BP 'tracker' on knowledge about hypertension. A randomized controlled trial. **World Organization Of**

National Colleges Academies And Academic Associations Of General Practitioners/family Physicians, Quebec, v. 27, n. 5, p.472-478, out. 2010.

DAYAL, Bhawana; SINGH, Neetu. Public knowledge of cardiovascular diseases and its risk factors among early adulthood: A review. **International Journal Of Applied Research**, Uttar Pradesh, p. 1-12, mar. 2016.

DE GIUSTI M. et al. A survey on blood pressure levels and hypertension control in a sample of the Italian general population. **High Blood Press Cardiovasc Prev.** 2012;19(3):129-35.

DELGADO, Inmaculada Zurera; VILLARRASO, Maria Teresa Caballero; GARCÍA, Margarita Ruiz. Análise dos fatores que determinam a adesão terapêutica do hipertenso. **Ucg - Nefrologia**, Córdoba, v. 15, n. 4, p.1-8, dez. 2014.

DIEHL, Leandro A.. **Desenvolvimento e Avaliação de um Serious Game Baseado na Web para Treinamento de Profissionais de Saúde no Manejo da Insulina no Tratamento do Diabetes Mellitus**. 2013. 132 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013. Cap. 3.

FARO, Ana Cristina Mancussi e. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.1, p. 259-73, ago. 1997.

FERNANDES, Conceição Aparecida Viúde; BARBOSA, Ieda Maria da Silva Pinto. Educação e Mudança. **Rev. Educação**, Guarulhos, v. 2, n. 1, p. 55-58, jan. 2006.

FISTAROL, Isabela Ribeiro Braga. A influência do ambiente virtual de aprendizado (AVA) na adesão terapêutica e no efeito do jaleco branco. **Centro Universitário São Camilo**: São Paulo, 2015.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health.** 1987; 10 (1): 1-11.

GARZA, Kimberly B. (et al). Incorporating Hypertensive Patient Education on Salt Intake Into an Introductory Pharmacy Practice Experience. **American Journal Of Pharmaceutical Education**, Alabama, v. 77, n. 9, p. 1-7, dez. 2013.

GAZONI F. M.; BRAGA, I.L.S.; GUIMARÃES, H.P.; LOPES R.D. Hipertensão sistólica no idoso. **Rev. Bras. Hipertens.**, 2009 ;16 (1): 34-37

GIOVINAZZO, Renata. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Adm. On Line**, Sao Paulo, v. 2, n. 2, p.1-3, jun. 2001.

GRANT, J. S. and DAVIS, L. L., Selection and use of content experts for instrument development. **Res. Nurs. Health**, 20: 269–274.

GREENBERG I. et al. Adherence and success in long-term weight loss diets: the dietary intervention randomized controlled trial (DIRECT). **J Am Coll Nutr.** 2009;28(2):159-68.

GROUP, Hypertension Study. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study. **Bulletin Of The World Health Organization**, Boston, v. 79, n. 6, p. 490-500, dez. 2001.

GROUP, The Prisma. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação **PRISMA.Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.335-342, jun. 2015. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>.

GUIRADO, Ester Amado et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gaceta Sanitaria**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.62-67, jan. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.015>.

GUSMÃO, Joseane Lima de; MION JUNIOR, Décio; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Avaliação da qualidade de vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 8, p. 22-29, dez. 2005.

HAN, Hae-Ra. et al. Development and Evaluation of a Hypertension Knowledge Test for Korean Hypertensive Patients. **American Society Of Hypertension**, Baltimore, Maryland, v. 13, n. 10, p.750-757, out. 2011.

HILL, Andrew; HILL, Manuela Magalhães. Investigação por questionário. Lisboa: **Edições Silabo**, 2008.

HUNT, Jacquelyn S. et al. Impact of educational mailing on the blood pressure of primary care patients with mild hypertension. **Journal Of General Internal Medicine**, [s.l.], v. 19, n. 9, p.925-930, set. 2004. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40046.x>.

IBIAPINA, Daniela Fortes Neves; SANTOS, Alessandra Nascimento; OLIVEIRA, Layenne Nathanna Rodrigues de. Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. **Revista Interdisciplinar Uninovafapi**, Santo Agostinho, v. 6, n. 4, p.75-80, nov. 2013.

JESUS, Elaine dos Santos et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.59-65, maio 2007.

KANNEL W. B. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. **JAMA.** 1996;275(20):1571-6.

KARAEREN, Hayrettin et al. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. **The Anatolian Journal Of Cardiology**, Istanbul, v. 9, n. 3, p.183-188, jun. 2009.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G.. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal Of Health-system Pharmacy**, [s.l.], v. 65, n. 23, p.2276-2284, dez. 2008.

KIMURA L. *et al.* Multilocus family-based association analysis of seven candidate polymorphisms with essential hypertension in an African-derived semiisolated Brazilian population. **Int J Hypertens**. 2012;2012:859219. 29.

KIMURA L, *et al.* Genomic ancestry of rural African-derived populations from Southeastern Brazil. **Am J Hum Biol**. 2013;25(1):35-41.

KOWALTOWSKI, Doris (et al). Métodos e instrumentos de avaliação de projetos destinados à habitação social. **Ant Ac**, Califórnia, p.149-184, 2013.

LAGARDIA, Josué; PORTELLA, Margareth Crisóstomo; VASCONCELLOS, Miguel Murat. Avaliação em Ambientes Virtuais de aprendizagem. **Fundação Osw. Cruz**, São Paulo, v. 3, n. 33, p. 513-530, dez. 2007.

LEGIDO-QUIGLEY, Helena et al. Patients' Knowledge, Attitudes, Behaviour and Health Care Experiences on the Prevention, Detection, Management and Control of Hypertension in Colombia: A Qualitative Study. Plos One, [s.l.], v. 10, n. 4, p.112-122, 24 abr. 2015. **Public Library of Science** (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0122112>.

LENSELA, A.-s. (et al). La connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire est-elle meilleure après la survenue d'un évènement ischémique majeur. Enquête auprès de 135 cas et 260 témoins. **Journal Des Maladies Vasculaires**, Lyon, v. 38, n. 6, p. 360-366, dez. 2013.

LEWINGTON S; *et al.* Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**. 2002;360(9349):1903-13. Erratum in: **Lancet**. 2003;361(9362):1060.

LI, Xia et al. Health Literacy in Rural Areas of China: Hypertension Knowledge Survey. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.1125-1138, 18 mar. 2013. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10031125>.

LIMA, Dalmo Valério Machado. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Online braz. J. nurs**, abr-ago. 2011.

LIN J.S, et al. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle for cardiovascular disease prevention in persons with cardiovascular risk factors: an updated systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Rockville (MD): **Agency for Healthcare Research and Quality** (US); 2014.

LOPES, Heno Ferreira. Obesidade e síndrome metabólica na criança e adolescente. **Rev. Soc. Cardiol**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.67-70, abr. 2013.

LU, Chu-hong et al. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.15-33, 29 jan. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1401-6>.

LUCKESI, Cipriano Carlos. Maneiras de avaliar a aprendizagem. **Pátio**. São Paulo, ano 3. nº 12. p. 7-11, 2007.

LYNN, MARY R. Nursing Research: V. 35 - Issue 6 - ppg 382-386 **Methodology Corner**, 1986.

MACKEY, Alison; GASS, Susan M. Second Language Research: Methodology and Design. New Jersey: **Lawrence Erlbaum Associates**, 2005, p. 118.

MAHTANI K.R., NUNAN D., HENEGHAN C.J. Device-guided breathing exercises in the control of human blood pressure: systematic review and meta-analysis. **J Hypertens**. 2012;30(5):852-60.

MANCIA G., et al. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the **European Society of Hypertension** (ESH) and of the **European Society of Cardiology** (ESC). **Eur Heart J**. 2013;34(28):2159-219.

MALACHIAS M. V. B. (et al). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2016, 107 p. 1-83.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Sobre confiabilidade e validade. **Rev. Brasil. de Gest. de Neg.**, São Paulo, v. 8, n. 20, p.1-12, fev. 2006.

MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Pano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural em enfermagem. **Rev. Br. de Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 65, p.368-373, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028449025>>. Acesso em: maio 2016.

MCDONALD, Margaret (et al). Prevalence, Awareness, and Management of Hypertension, Dyslipidemia, and Diabetes Among United States Adults Aged 65 and Older. **The Journals Of Gerontology**, Estados Unidos, v. 64, n. 2, p. 256-263, jan. 2009.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072008000400018&pid=S0104-07072008000400018&pdf_path=tce/v17n4/18.pdf&lang=pt>. Acesso em: jan. 2018.

MESSICK, Samuel. Validity of Psychological Assessment: Validation of Inferences from persons responses and performances as scientific inquiry into score meaning. **American Psychologist**, Estados Unidos, v. 9, n. 50, p. 741-749, set. 1995.

MICHELS, Murilo José et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s.l.], v. 54, n. 7, p.644-651, out. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27302010000700009>.

MION Jr., D; PIERIN A. M. G. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. **Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão 5**, São Paulo, 1996. Anais, p. 120.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: **Cortez**; Brasília: UNESCO, 2000.

MOTTER, Fabiane Raquel; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; PANIZ, Vera Maria Vieira. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.395-404, fev. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00061914>.

MURABITO J. M., *et al.* Accuracy of offspring reports of parental cardiovascular disease history: the Framingham Offspring Study. **Ann Intern Med.** 2004;140(6):434-40.

MURRAY Christopher; LOPEZ Alan. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: **Harv. Univer. Press**, 1996.

NAJJAR, Anas et al. Knowledge and Adherence to Medications among Palestinian Geriatrics Living with Chronic Diseases in the West Bank and East Jerusalem. *Plos One*, [s.l.], v. 10, n. 6, p.1-6, 5 jun. 2015. **Public Library of Science (PLoS)**. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0129240>.

NASCIMENTO, Maria de Jesus Viana. Avaliação multidimensional do potencial de adesão terapêutica: validação de instrumento. **Centro Universitário São Camilo: São Paulo**, 2017.

NASCIMENTO, Mario Cesar; ANGELIS, Kátia de. **Aderência ao exercício físico, uma importante atitude para seu tratamento.** 2018. Disponível em:

<http://www.sbh.org.br/vidasaudavel/artigo/aderencia_ao_exercicio_fisico_uma_importante_atitude_para_seu_tratamento.html>. Acesso em: 7 jul. 2018.

NASCIMENTO-Neto R. M., et al., Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Atlas corações do Brasil**. Rio de Janeiro; 2006.

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE (NCGC). Hypertension: the clinical management of primary hypertension in adults. London: **Royal College of Physicians**; 2011. (Clinical Guideline 127).

NAVARROS CÁRDENAS J. M. (et al). Nivel de information médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el nivel de control glucémico. **Aten Primaria**, 2000.

OKONOFUA, Eni C. (et al). Ethnic Differences in Older Americans: Awareness, Knowledge, and Beliefs About Hypertension. **Ajh**, South Carolina, v. 18, n. 7, p. 972-979, jul. 2005.

OLIVEIRA, Susan A. et al. Hypertension Knowledge, Awareness and Attitudes in a Hypertensive Population. **Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 20, n. 1, p.219-255, mar. 2002

OMS (2002).The world report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, <http://www.who.int/whr/2002/en/> BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>>. Acesso em: jan. 2007

OMS.The world report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: **World Health Organization**, 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf. Acesso em: dez. 2017.

PERROCA M. G., Gaidzinski R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev Esc Enferm da USP**. p. 153-168, 1998.

PETERS, Rosalind M.; TEMPLIN, Thomas N.. Measuring blood pressure knowledge and self-care behaviors of African Americans. **Research In Nursing & Health**, [s.l.], v. 31, n. 6, p.543-552, dez. 2008. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20287>.

PICON, R.V, *et al.*, Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Am J Hypertens**. 2013;26(4):541-8.

PIERIN, Angela M. G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **Rev. Esc. Enf. Usp**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.11-18, mar. 2001.

PIERIN, Angela. **Como tomar corretamente os remédios para hipertensão arterial.** Disponível em: <http://www.sbh.org.br/vidasaudavel/artigo/como_tomar_corretamente_os_remedios_para_hipertensao_arterial.html>. Acesso em: 7 jul. 2017.

PUCCI, Nicole et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Lages, v. 25, n. 4, p.322-329, ago. 2012.

RAYMUNDO, Valéria Pinheiro. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letr. de Hoj.**, Porto Alegre, v. 3, n. 44, p. 86-93, set. 2009.

RODRIGUES, Rogério Manuel Clemente. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. **Rev Panam Salud Pub.** p. 109-115, 2008.

ROZADOS, Helen Beatriz Frota. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Quest.**, Porto Alegre, v. 3, n. 21, p. 64-86, dez. 2015.

SALAHSHOORI, Arash (et al). The Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) of Women Health Services Staff About Risk Factors of Cardiovascular Disease (CVDs) in City of Fereydan and Chadegan. Jundishapur **Journal Of Chronic Disease Care**, v. 4, n. 1, p. 1-5, 20 jan. 2015.

SCALA, Daniela (et al). Oltre la malattia: un'indagine qualitativa sui bisogni (in)formativi dei pazienti ipertesi. **Recenti Prog Med**, Napoli, v. 105, n. 1, p. 56-62, set. 2014.

SCALA L. C. *et al.* Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol.** 2015;105 (3 supl 1):20.

SCARPARO, Ariane Fazzolo (et al). Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas de enfermagem. **Rev. Rene**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 13, p. 242-251, dez. 2012.

SCHAPIRA, Marilyn M. et al. The Development and Validation of the Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale. **Journal Of Clinical Hypertension (greenwich, Conn.)**, Filadélfia, v. 14, n. 1, p.461-466, dez. 2012.

SCHULTENS, T. (et al). Awareness of hypertension: will it bring about a healthy lifestyle? **Journal Of Human Hypertension, Utrecht**, v. 24, n. 1, p. 561-567, jun. 2010.

SELLTIZ, Claire (et al). Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: **E.P.U**, 1974.

SERAFIM, Talita de Souza et al. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p.658-664, jun. 2010.

SIMON E. (et al). Active teaching-learning methodologies and popular education: agreements and disagreements in the context of health professionals' education. **Interface**, Botucatu, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 1995.

SPÍNOLA, Aracy Witt Pinho. *Delfos: proposta tecnológica alternativa*. São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública**, USP, 1984, p. 91.

STEMLER, S. E. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practi. Ass.*, **Research & Evaluation**, v. 9, n. 4, 2004.

STOCKWELL, David H. (et al). The Determinants of Hypertension Awareness, Treatment, and Control in an Insured Population. **American Journal Of Public Health**, Bronx, v. 84, n. 11, p. 1769-1774, nov. 1994.

STRELEC, Maria Aparecida A Moura; PIERIN, Angela M. G.; MION JUNIOR, Décio. The Influence of Patient's Consciousness Regarding High Blood Pressure and Patient's Attitude in Face of Disease Controlling Medicine Intake. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 349-354, dez. 2003.

TEIVE, Raimundo. A avaliação da avaliação no processo de ensino aprendizagem: estudo de caso na engenharia. **XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO DE ENGENHARIA**, 23., 2005, Campina Grande. Anais. São Sojé: Cobenge, 2005. p.12-13. Disponível em: <<http://www.abenge.org.br/CobengeAnteriores/2005/artigos/SC-7-53992423972-1118693878229.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2016.

TINSLEY, H. E. A.; WEISS, D. J. Interrater reliability and agreement. In: TINSLEY, H. E. A.; BROWN, S. D. (Ed.). *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling*. New York: **Academic Press**, 2000. p. 95-124.

TROCHIM, William, Research Methods Knowledge Base. **Soc. Rese. Meth.** p.1-8, Out. 2006. Disponível em: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/scallik.php>. Acesso em: mar. 2015.

UCHMANOWICZ, Izabella et al. Psychometric evaluation of the Polish adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. **Bmc Cardiovascular Disorders**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-9, 10 maio 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-016-0270-y>.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. **Cad. Aten. Básica**. Educação, [S.l.], v. 8, p. 18-29, 2007. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: maio 2016.

VIERA, Anthony J. et al. High Blood Pressure Knowledge Among Primary Care Patients with Known Hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) Study. **American Board Of Family Medicine**, Chapel Hill, v. 21, n. 4, p.300-308, ago. 2008.

VIEIRA, S. Como elaborar questionários. **São Paulo**: São Paulo, 2009. p. 147.

VONDERWELL, Selma; LIANG. Asynchronous Discussions and Assessment in Online Learning in Jour. Journal of Research on Technology in Education; Spring, v.39, n.3 pg. 309, 2007; ProQuest **Edu. Jour.**, disponível em: <http://eric.ed.gov/PDFS/EJ768879.pdf>

WARTAK, Siddharth A. et al. Patients' Knowledge of Risk and Protective Factors for Cardiovascular Disease. **The American Journal Of Cardiology**, [s.l.], v. 107, n. 10, p.1480-1488, maio 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.01.023>.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, 2005.

WRIGHT, James Terence Coulter; GIOVINAZZO, Renata Alves. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cad. Pesq. Adm., São Paulo**, v. 12, n. 1, p. 55-65, out. 2000. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1310202/mod_resource/content/1/DELPHI_QUESTIONARIO_1.pdf. Acesso em: maio 2016.

YAHYA, Ranimah; MUHAMAD, Rosediani; YUSOFF, Harmy Mohamed. Association between Knowledge, Attitude and Practice on Cardiovascular Disease among Women in Kelantan, Malaysia. **International Journal Of Collaborative Research On Internal Medicine & Public Health**, Kelantan, v. 8, n. 4, p.1507-1523, dez. 2012.

APÊNDICE A

Instrumento sobre o conhecimento de pacientes hipertensos

I- Caracterização sociodemográfica e clínica

Dados pessoais:

Nome: _____ . Idade: _____ anos.

Com qual gênero se identifica: M (). F (). Outro: Qual? _____.

Estado civil: Casado (). Divorciado ().
 Solteiro (). União Estável ().
 Viúvo (). Outro: Qual? _____.

Com qual cor ou raça se identifica: Branca (). Amarela ().
 Preta (). Indígena ().
 Parda (). Outra: Qual? _____.

Escolaridade: Analfabeto ().
 Sabe ler/escrever ().
 Ensino fundamental (1º grau) (). Completo (). Incompleto ().
 Ensino Médio (2º grau) (). Completo (). Incompleto ().
 Ensino Superior (). Completo (). Incompleto ().

Profissão: _____.

Hábitos de vida/ Histórico da doença:

É fumante: Sim (). Não (). Ex-fumante ().

Consome bebida alcoólica em excesso: Sim (). Não (). Às vezes ().

Pratica atividade física: Sim (). Não (). Às vezes (). Já praticou ().

Atualmente, faz tratamento medicamentoso para hipertensão: Sim (). Não ().

Tem histórico de hipertensão na família: Sim (), Quem? _____ Não ().

Dados clínicos (Atenção, o preenchimento destes dados deverá ser realizado pelo pesquisador):

Peso: _____ Kg. Altura: _____ m. IMC: _____.

Valor da Pressão Arterial: _____ mmHg.

II- Questões direcionadas ao conhecimento da hipertensão arterial

Assinale com **X** apenas uma opção de resposta, para cada uma das questões a seguir:

Questões	Sim	Não	Não sei
1) A pressão alta é mais comum em pessoas com mais idade.			
2) Pessoas da raça negra/cor preta têm mais chance de desenvolver pressão alta.			
3) Estar acima do peso aumenta a probabilidade de desenvolver pressão alta.			
4) Perder peso contribui para a melhora da pressão alta.			
5) Consumir muito sal pode contribuir para o aumento da pressão arterial.			
6) Diminuir o consumo de sal pode ajudar a controlar a hipertensão.			
7) O consumo excessivo de álcool pode contribuir para o desenvolvimento da hipertensão			
8) Se seu pai e/ou sua mãe tem hipertensão, você também terá.			
9) A pressão arterial alta geralmente não causa sintomas.			
10) É considerado hipertensão, quando o valor medido for maior que 14x9 mmHg.			
11) É comum que as leituras da pressão arterial variem quando medidas na farmácia, no consultório médico e em casa.			
12) O valor da pressão arterial pode ser maior quando medido durante a consulta médica.			
13) Visitar o médico regularmente, ajuda a controlar sua pressão.			
14) A equipe de saúde é importante para o tratamento da doença.			
15) Pressão alta é para a vida toda.			
16) O tratamento para a pressão alta é para a vida toda.			
17) A pressão arterial alta pode levar a ataque cardíaco, acidente vascular encefálico e insuficiência renal.			
18) Tomar café em demasia pode contribuir para o aumento da pressão arterial.			
19) O consumo de frutas e verduras ajuda a controlar a pressão arterial.			
20) Exercícios regulares podem ajudar a reduzir a pressão alta.			
21) Exercícios regulares podem prevenir a hipertensão.			
22) O fumo prejudica pessoas com pressão alta.			
23) Ter um estilo de vida estressante, prejudica pessoas com pressão alta.			
24) Mesmo quando você se sente bem, deve continuar a tomar o medicamento para pressão.			
25) Uma vez que você toma medicação para a pressão, irá tomar pela vida toda			
26) Você acredita que as medicações que toma para pressão alta, podem ter efeitos não esperados?			

APÊNDICE B

Orientações sobre as dimensões para uso exclusivo do pesquisador

Dimensão 1 – Conceituação da doença e fatores de risco, que por definição, trata-se de qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde. Para a hipertensão, são classificados como fatores de risco: dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (LEWINGTON S *et al.*, 2003).

Dimensão 2 - Diagnóstico e Classificação, que por definição, trata-se da avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular (SBH. VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Dimensão 3 - Tratamento não medicamentoso, que por definição envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros outros (LIN *et al*, 2014).

Dimensão 4 - Tratamento medicamentoso, que por definição visa, em última análise, a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares (SBH. VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

N de questões por dimensão de conhecimento		
Dimensão	Sequencia das questões	N total das questões
1	De 1 a 8	8
2	De 9 a 17	9
3	De 18 a 23	6
4	De 24 a 26	3

ANEXO A**Instrumento adaptado de Ursi (2005) para extração das informações dos artigos selecionados**

ESTUDO NÚMERO:	
TÍTULO DO ARTIGO	-----
FONTE	-----
AUTORES	-----
ANO DE PUBLICAÇÃO	-----
OBJETIVO	-----
PERCURSO METODOLÓGICO	-----
RESULTADOS	-----
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	-----
CONCLUSÃO	-----