

Capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença: uma intervenção de enfermagem comunitária

Soraia Nobre Figueiredo¹

 orcid.org/0000-0001-7857-6614

Maria Jorge Brites²

 orcid.org/0000-0002-7650-0066

José Edmundo Sousa³

 orcid.org/0000-0003-2136-4471

¹ Mestrado. Serviço de Hemato-oncologia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

² Mestrado. Unidade de Saúde Familiar Ponte, ACeS Almada-Seixal, Almada, Portugal.

³ Doutoramento. Professor Doutor da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Professor Adjunto Departamento de Saúde Comunitária, Lisboa, Portugal.

Introdução

A hipertensão arterial é uma doença crónica com elevada prevalência nacional, bem como, é o principal fator de risco para a doença cérebro cardiovascular. Deste modo, a capacitação para a gestão da doença é essencial para o controlo e evicção de complicações. Através da determinação do nível de conhecimento da pessoa e família sobre a hipertensão, foi possível estruturar a intervenção visando a promoção da autonomia para a tomada de decisão consciente, adoção de estilos de vida saudáveis e participação ativa no seu projeto de saúde.

Objetivo

Capacitar para a gestão da doença a pessoa hipertensa na faixa etária compreendida entre os 45 e os 65 anos e família, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) na área de intervenção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Almada/Seixal.

Métodos

O estudo observacional transversal analítico, decorreu com base na metodologia de Planeamento em Saúde, assente no referencial teórico de enfermagem do Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem. Para a realização do Diagnóstico de Situação foi construído e aplicado um questionário para a obtenção da caracterização sociodemográfica da amostra, identificação dos comportamentos para gestão da doença. A amostra foi constituída através da técnica de amostragem intencional. Para a operacionalização foi previamente obtido parecer favorável da comissão de ética para a saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) com a referência – 5043/CES/INV2022.

Resultados

O diagnóstico de situação revelou défice de conhecimentos sobre a doença e sua gestão, bem como, défice de autocuidado, o que compromete a qualidade de vida dos participantes. Com a priorização dos problemas, foi selecionada a educação para a saúde enquanto estratégia. Após a intervenção comunitária, 70% dos participantes avalia e regista os valores de TA diariamente; 100% destes identifica corretamente os comportamentos de risco para o agravamento da HTA; 63% dos participantes pratica atividade física regular; 87% dos participantes refere ter reduzido a ingestão diária de sal; e, 100% dos familiares identificou duas áreas em que o seu familiar necessita de maior suporte, sendo as mais frequentes, o estímulo para a atividade física e restrição/substituição do sal na alimentação.

Conclusão

O presente projeto foi um importante contributo para a capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença, uma vez que, após o seu término verificou-se um aumento de conhecimentos dos participantes, bem como, alterações comportamentais associadas a estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave

Capacitação; Gestão da Doença; Adesão Terapêutica; Hipertensão Arterial; Enfermeiro.

Autor de correspondência

Soraia Nobre Figueiredo

E-mail: soraia.nobre87@gmail.com

Recebido: 07.02.2023

Aceite: 19.05.2023

Como citar este artigo: Figueiredo S, Brites M, Sousa J. Capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença: uma intervenção de enfermagem comunitária. Pensar Enf [Internet]. 2023 Jul; 27(1):64-75. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.258>



Introdução

A Hipertensão Arterial (HTA) afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 7,6 milhões das mortes prematuras a nível mundial. É o fator de risco mais prevalente para as doenças cardiovasculares (DCV), causando cerca de 14% do total de mortes a nível mundial, e 143 milhões de anos de vida associados à incapacidade [Disability Adjusted Life Years, (DALYs)].^{1,2} Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)³, decorrentes do Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF)³, a prevalência nacional de HTA é de 36%. Constitui-se como um problema de saúde pública, dada a sua elevada prevalência na população adulta, os baixos níveis de adesão terapêutica e frequentemente o diagnóstico tardio.⁴

É uma doença crónica não transmissível, que consiste na elevação mantida dos valores de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140mmHg e dos valores de pressão diastólica igual ou superior a 90mmHg.^{5,6} A sua instalação é progressiva, motivo pelo qual, inicialmente, os seus sinais e sintomas não são perceptíveis, contudo a sua elevação contínua no tempo gera lesões nos vasos fragilizando-os, podendo dar origem mais tarde a aneurismas, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC), enfarte agudo do miocárdio (EAM), insuficiência renal, entre outras.¹ Os seus sintomas são inespecíficos e facilmente associáveis a outras causas, levando a diagnósticos tardios.⁴ É classificada em três níveis de gravidade: (1) Grau 1 - hipertensão arterial ligeira (140-159/90-99 mmHg); (2) Grau 2 - hipertensão arterial moderada (160-179/100-119 mmHg); e (3) Grau 3 - hipertensão arterial grave (180/110 mmHg), quanto à etiologia é classificada como: HTA essencial, primária ou idiopática, a mais frequente (causa desconhecida); e HTA secundária, menos frequente, deriva de uma patologia associada (potencialmente tratável ou não), como, por exemplo, doença renal, síndrome de apneia obstrutiva do sono; obesidade; entre outros.^{4,5,6} A HTA é uma condição multifatorial, segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH)⁷ os fatores de risco para o seu desenvolvimento são, essencialmente, fatores genéticos não controláveis, relacionados com a etnia, idade, história familiar; fatores comportamentais, vinculados aos estilos de vida não saudáveis, passíveis de modificação; e fatores socioeconómicos como o nível de escolaridade, baixos rendimentos familiares e más condições habitacionais. Quanto aos fatores de risco potencialmente modificáveis, foram identificados pela World Health Organization (WHO)¹ o excesso de peso e/ou obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o excesso do consumo de bebidas alcoólicas, ingestão excessiva de alimentos ricos em gorduras e sal. Em Portugal cerca de dois terços dos hipertensos não sabem que o são, e dos que estão diagnosticados apenas 11% têm a sua HTA controlada.³

Amorim et al.⁸ sugerem que a gestão da HTA deve ser na sua maioria responsabilidade dos cuidados de saúde primários, assim neste sentido, urgindo a necessidade de identificação de estratégias eficazes para a gestão da doença, prevenindo situações de incapacidade e redução da

qualidade de vida, que acarretam uma elevada expressão no consumo de serviços de saúde, medicamentos e episódios de internamento.¹ As atuais normas da Direção-Geral da Saúde (DGS)⁹ ditam que “a pessoa com HTA deve ter a oportunidade de tomar decisões informadas sobre o seu tratamento”^(p.14) e que para isso o tratamento deverá “ser culturalmente adequado e acessível”^{9(p.4)}, bem como deve permitir aos “familiares serem envolvidos nas decisões sobre os cuidados ao doente e tratamento indicado”.^{9(p.5)} Sendo fundamental envolver a pessoa e família no processo terapêutico, regendo-nos pelo pressuposto que quanto melhor informados estiverem sobre a doença, terapêutica e estilos de vida saudáveis, maior será a autonomia na gestão da doença, alcançando melhores resultados de saúde.⁴ Alinhando os pressupostos referidos com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 “a complexidade dos problemas de saúde e os seus determinantes, e suas dinâmicas de interpenetração e dependência exigem que passemos (...) para abordagens multidimensionais”,^{10(p.36)} este eleger como uma das estratégias de intervenção dirigidas aos determinantes de saúde a “Educação para a (Auto)Gestão da doença crónica”.^{10(p.182)}

No domínio da gestão da doença crónica (DC), a intervenção diferenciada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), visa a capacitação sistematizada e coesa da pessoa e família para a gestão da doença crónica.¹¹ De forma a promover uma prática baseada na evidência científica mais atual, tal como refere Ferreira et al.¹² é fundamental promover a adesão ao regime terapêutico, principalmente no que diz respeito à atividade física e aos cuidados dietéticos, devendo o EEEEC atuar nestes determinantes por forma a aumentar a eficácia da gestão da HTA. Assim, e segundo os estudos consultados, quanto às intervenções de enfermagem com maior eficácia para a capacitação da pessoa hipertensa e família, destaca-se o potencial da Educação para a Saúde (EpS) em grupo ou individualmente, com enfoque na alteração de comportamentos no quotidiano, o acompanhamento, a promoção da literacia em saúde, o cuidado centrado na pessoa e, o envolvimento familiar.

Objetivo

Capacitar para a gestão da doença a pessoa hipertensa na faixa etária compreendida entre os 45 e os 65 anos e família, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) na área de intervenção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Almada/Seixal.

Método

Realizou-se um estudo observacional transversal analítico,¹³ desenvolvido segundo a metodologia de Planeamento em Saúde (Tavares, 1990)¹⁴, alicerçado no Modelo de Autocuidado de Orem (2001)¹⁵, visando a predeterminação de um conjunto de ações para atingir os resultados esperados.^{16,17} Planejar, em saúde, “é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços

necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) em várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro”.^{14(p.29)} Consiste, então, num processo contínuo de dinâmico, com várias etapas que preveem o rigor metodológico.

A intervenção comunitária foi desenvolvida na área de influência do ACeS A-S. A população desta área geográfica, apresenta grande diversidade cultural, baixo nível de escolaridade e a maior taxa de desemprego e de morbilidade do ACeS A-S.¹⁷ Com uma taxa de analfabetismo de 5,21% é a mais elevada a nível nacional. Apresenta uma taxa de desemprego de 19%.^{17(p.13)} Segundo o PLS A-S¹⁷ quanto aos grupos populacionais prioritários, “(...) a análise do estado de saúde da população evidenciou o elevado risco de morte prematura da população residente no concelho de Almada, designadamente associada à doença isquémica cardíaca(...)”.^{17(p.13)} Sendo as doenças do aparelho circulatório a causa mais frequente de morbilidade e mortalidade proporcional em todas as idades e sexo dentro da área de influência do ACeS.

A população do projeto são todos os indivíduos inscritos na USF, definiu-se como população-alvo, os utentes inscritos na USF com diagnóstico de HTA sem complicações na faixa etária compreendida entre os 45 e 65 anos, inscritos na USF, o que se traduz num total de 113 pessoas. Como critérios de inclusão foram definidos: população com diagnóstico de HTA sem complicações (codificados com o código K86 do ICPC-2 no sistema informático MedicineOne); na faixa etária suprarreferida; e, que aceitaram participar voluntariamente no estudo. A amostra foi constituída com recurso à técnica de amostragem por conveniência ou intencional, composta pelas pessoas com diagnóstico e faixa etária referidos, que realizaram consulta de vigilância com o médico de família e/ou consulta de enfermagem no período compreendido entre 8 e 30 de junho de 2022, e destas, as que se disponibilizaram e deram o seu consentimento informado para participar na recolha de informação. Integrada por trinta participantes. Foi construído e aplicado um questionário, que se estrutura em três partes: 1.ª parte - caracterização sociodemográfica; 2.ª parte - situação clínica e estilo de vida e 3.ª parte - Escala de Medida de Adesão Terapêutica (MAT).¹⁸ A escala é composta por sete questões estruturadas de forma a se conseguir sintetizar os hábitos e crenças da adesão ao tratamento medicamentoso, foi criada por Morisky, Green e Levine (1986) traduzida, adaptada e validada para a população e cultura portuguesa, por Delgado e Lima¹⁸, a quem foi solicitada e obtida a autorização para a sua aplicação. Para garantir uma intervenção eticamente sólida, foi solicitada a autorização para a realização do projeto à Coordenadora da USF e ao Ex.mo Sr. Diretor do ACeS Almada/Seixal, tendo sido concedida. Obteve parecer favorável (5043/CES/2022), da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Após o parecer favorável da CES ARSLVT, informaram-se os participantes sobre a metodologia, finalidade e os

objetivos do projeto, e foram aplicados os questionários a todos os participantes da amostra, assegurando que os mesmos preencheram e assinaram o consentimento informado. Assegurando que entenderam os riscos e os benefícios da sua participação, os seus direitos, incluindo o de não participar ou de abandonar a participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Foi entregue a cada participante o duplicado do consentimento informado. Os questionários foram autopreenchidos, à exceção das situações em que os participantes necessitaram de auxílio para o seu preenchimento, por analfabetismo e/ou alterações de visão, sendo substituídos nesta tarefa por um dos investigadores do projeto. Contudo, visando a minimização do enviesamento dos dados, os questionários foram preenchidos no início da consulta de enfermagem, sendo que os que foram preenchidos com auxílio, foram lidas as perguntas conforme redigidas no questionário. Os dados colhidos, foram codificados, assegurando o anonimato e confidencialidade.

O material empírico, proveniente da aplicação do instrumento de colheita de dados, foi tratado com recurso à análise de estatística descritiva, através do *software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences* (versão 28.0.0.0).

Resultados

Os participantes têm uma média de idades de 56,27 (DP= 6,38) anos, 47% dos participantes são do sexo masculino. Relativamente à constituição do agregado familiar da amostra, 34% dos inquiridos habitam em família do tipo díade nuclear após a saída dos filhos, 23% em família nuclear com cônjuge e filhos, 13% família monoparental e 30% refere viver sozinho, sendo o motivo mais frequente, o falecimento do cônjuge. Foi questionado se no agregado familiar existe mais algum elemento com HTA, 47% respondeu que sim, referindo ser o cônjuge, 60% dos participantes encontram-se profissionalmente ativos, em diferentes áreas profissionais. No referente à vigilância dos valores de Tensão Arterial (TA) 66% dos inquiridos apenas avalia em consulta semestral na USF. No que concerne à prática exercício físico, 87% dos participantes revelam elevados níveis de inatividade física e sedentarismo. Foi questionado se após o diagnóstico de HTA alteraram os seus hábitos de vida, 73% refere não ter alterado, e os 27% que responderam afirmativamente, e quais os hábitos alterados, tendo estes, respondido a redução de sal na alimentação, não especificando qual a quantidade de sal ingerida anteriormente, nem a atual redução, o questionário não nos permite quantificar o número de gramas ingerido por dia. Sobre as medidas de controlo que utiliza no quotidiano, 80% dos participantes referem apenas cumprir a medicação prescrita sem associar outras medidas de controlo. Quanto à restrição de sal na sua dieta diária, 53% refere não restringir. Sobre o apoio familiar para a implementação das medidas para controlo da sua HTA, 70% refere não ter apoio do seu agregado familiar. Na sua maioria os participantes não consideram a mudança de hábitos de vida como um benefício no controlo da HTA. Foi também aplicada a escala de MAT¹⁸ para identificação

do comportamento de adesão medicamentosa, uma vez que, 80% refere apenas cumprir a medicação como medida de gestão da HTA. Tendo como referência a indicação dos autores, 39% dos participantes não reúnem a totalidade dos critérios de adesão ao tratamento. Foram analisadas isoladamente as respostas às questões que compõem a escala, e enumeradas as fragilidades nos critérios de adesão, sendo estes: o esquecimento da toma, o atraso no horário da toma, abandono do tratamento por sentir melhorias e abandono por término da medicação. Em média, os participantes do estudo apresentaram excesso de peso, sendo a média de peso de 75,46 kg, relativamente aos antecedentes pessoais, 60,0% Diabetes Mellitus não insulino dependente e 80% dos participantes sofrem de dislipidemia.

Após o levantamento dos problemas e consequentes necessidades, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)¹⁹: (1) vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido; (2) conhecimento sobre regime de exercício físico comprometido; (3) conhecimento sobre o regime dietético comprometido; (4) conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido; (5) conhecimento [sobre a HTA] comprometido; (6) conhecimento da família sobre a doença comprometido; (7) adesão ao regime terapêutico comprometida; (8) autocuidado comprometido; (9) capacidade da família para gerir o regime comprometida; (10) risco de função cardiovascular prejudicada. Definindo, assim, o ponto de partida sobre o qual será avaliado o benefício da intervenção.¹⁴ A priorização das necessidades reais de saúde foi realizada com o suporte dos peritos, segundo o Método de Hanlon. O método foi aplicado de forma adaptada à amostra, considerando os critérios enunciados por Tavares¹⁴: (1) Amplitude/Magnitude do Problema; (2) Gravidade; (3) Eficácia da Solução e (4) Exequibilidade do Projeto classificada com o acrónimo PEARL (P- Pertinência, Exequibilidade Económica, Aceitação da Comunidade, Recursos e Legalidade). Segundo os resultados obtidos, o objetivo e o limite temporal do projeto, intervimos nos problemas que obtiveram maior pontuação, nomeadamente, vigilância de saúde comprometido; conhecimentos da família sobre a doença comprometido; autocuidado comprometido; conhecimento [sobre a HTA] comprometido; conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido; conhecimento sobre o regime de exercício comprometido; e conhecimento sobre o regime dietético comprometido. Prosseguimos com a fixação de objetivos, formulando o objetivo geral – Capacitar para a gestão da doença a pessoa hipertensa e família, inscritos na USF, de outubro de 2022 a janeiro de 2023 e os objetivos específicos para população-alvo no mesmo período temporal: (1) capacitar a pessoa hipertensa dependência segundo a escala de *Barthel* avaliada em *Sclicnic*[®], com recurso ao modelo de avaliação familiar de Figueiredo²², mais especificamente no domínio funcional (papel do cuidador). As atividades englobaram, uma caminhada, jogos lúdicos- pedagógicos, exibição de vídeos,

e família para a importância da vigilância em saúde; (2) capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime de exercício; (3) capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime dietético; (4) capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação de fatores de risco; (5) capacitar a pessoa e família sobre os ganhos em saúde da alteração de comportamentos no controlo da HTA; e, (6) envolver a família no processo de gestão da doença do familiar hipertenso. No que concerne à seleção de estratégias, foi fundamental repensar o conceito de gestão da DC. Segundo WHO²⁰, os custos imputáveis à DC para os sistemas de saúde mundialmente equivalem a 60%-80% das despesas totais, revelando a sobrecarga e problemas de sustentabilidade financeira para os sistemas de saúde. Em Portugal, segundo os dados do INSA³, cerca de 43,9% da população portuguesa sofre de DC. Factos que destacam a importância de implementação de estratégias promotoras da gestão da DC, enquanto garante de ganhos evidentes em saúde com repercussões positivas a nível dos custos em saúde e qualidade de vida.²⁰ Por definição, o conceito de gestão da DC, consiste num sistema coordenado de intervenções direcionadas ao indivíduo, grupo ou população, através da implementação de estratégias e/ou criação de programas que integrem as normas e *guidelines* mais recentes, para a promoção da autonomia para o autocuidado da pessoa com DC.²¹ Considerando que, a intervenção comunitária desenvolvida corresponde ao nível da prevenção secundária, visando capacitar a pessoa e família, para a tomada de decisão autónoma, aumentando a sua motivação para alterar comportamentos e promover a capacidade para a gestão da doença, conciliamos um conjunto de estratégias promotoras de saúde, como a educação para a saúde, envolvimento da pessoa e família e acompanhamento. Neste processo foram acauteladas as possíveis barreiras à aprendizagem existentes e assim implementadas estratégias facilitadoras da aprendizagem e de motivação e incentivo à participação dos indivíduos e família. As atividades desenvolvidas permitiram a consecução dos objetivos definidos, e tiveram como objetivo proporcionar um acompanhamento adequado aos participantes, criando um ambiente promotor da aceitação da DC, motivando-os para a aquisição de conhecimentos, mudança de comportamentos e gestão da doença. Como métodos recorremos à discussão em grupo, analogias, preleção, demonstração e prática, perguntas e respostas. As sessões em grupo constituíram uma oportunidade de estímulo dos participantes para a identificação de estratégias, partilha de experiências e identificação. Procedemos também ao acompanhamento de forma individualizada à pessoa e família em contexto de consulta de enfermagem e visitação domiciliária dos participantes que revelaram algum grau de

treino da autoavaliação da TA, e a informação transmitida foi compilada e distribuída em formato de folhetos informativos. Para avaliar os objetivos, atividades e indicadores da intervenção comunitária, foram considerados os conhecimentos obtidos pelos participantes

referentes às temáticas abordadas, coadunando-se aos objetivos e indicadores de resultado definidos. Através da ponderação: das respostas dos participantes após término de processo educativo individual em consulta de enfermagem de HTA; respostas aos questionários aplicados após término das sessões de EpS; e por fim, após o término de todas as atividades, foi aplicado um questionário final composto por algumas questões extraídas do instrumento de colheita de dados e questões

que pretendem aferir a aquisição de conhecimentos e a possível alteração de comportamentos para a gestão da doença. A sua análise e comparação com valores obtidos na fase de DS permite inferir que todos os objetivos foram atingidos conforme representado no quadro 1. Quanto às alterações obtidas com a intervenção, analisamos com recurso à estatística descritiva, os dados obtidos com o questionário final, que apresentamos nos quadros 2,3,4,5 e 6.

Quadro 1 – Avaliação do indicador de resultado, referente aos objetivos operacionais definidos

Objetivo: 30% dos participantes avalia-se e regista-se os seus valores tensionais	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que avalia e regista valores tensionais regularmente	70%
Objetivo: 70% dos participantes e seus familiares que estiveram presentes nas atividades identificassem os comportamentos de risco	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que identificou comportamentos de risco apos CE.	100%
Objetivo: 50% dos participantes que estiveram presentes nas atividades identificassem a importância de praticar 30 minutos seguidos de atividade física diária ou pelo menos em três dias da semana	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que considera importante realizar atividade física regular	100%
Objetivo: 50% dos participantes que estiveram presentes nas atividades restringissem a ingestão de sal na sua alimentação diária	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que restringe a ingestão de sal	87%
Objetivo: 70% dos participantes que estiveram presentes nas atividades identificassem as opções para a substituição do sal na alimentação diária.	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que identifica corretamente opções de substituição de sal na alimentação, através do questionário de avaliação da 2º EpS “controle o seu coração, reduza o sal na alimentação”	100%

Foram também analisados os dados referentes à alteração de comportamentos, que apresentamos

em quadro, contrastando os dados iniciais e os obtidos com a intervenção.

Quadro 2 – Comparação da variável frequência de avaliação e registo da TA no 1º momento e 2º momento

Com que frequência avalia e regista a sua Tensão Arterial?	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação <i>f</i> =30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final <i>f</i> = 30	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sempre	0	0%	21	70%
Quase sempre	0	0%	9	30%

Quadro 3 – Comparação da variável medidas de controlo da HTA no 1º momento e 2º momento

Que tipo de medidas toma para controlar a HTA	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação <i>f</i> =30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final <i>f</i> = 30	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Apenas medicação	24	80%	0	0%
Diminuição da ingestão de gorduras	1	3%	7	23%
Medicação e redução da ingestão de sal	5	17%	23	77%

Quadro 4 – Comparação da variável prática de atividade física no 1º momento e 2º momento

Pratica atividade física	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação <i>f</i> =30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final <i>f</i> = 30	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	4	13%	19	63%
Não	26	87%	11	37%

Quadro 5 – Comparação da variável restrição de sal na alimentação no 1º momento e 2º momento

Restrição de sal na alimentação	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação <i>f</i> =30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final <i>f</i> = 30	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	14	47%	26	87%
Não	16	53%	4	13%

Quadro 6 – Comparação do variável apoio familiar no 1º momento e 2º momento

Apoio familiar para seguir as recomendações de controlo da HTA	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação f=30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final f= 30	
	f	%	f	%
Sim	9	30%	24	80%
Não	21	70%	6	20%

Após análise e avaliação, todos os objetivos foram atingidos, bem como, os valores pré-estabelecidos, relativamente aos indicadores de processo e de atividade. Os resultados refletem a aquisição de conhecimentos por

parte dos participantes, bem como, a aquisição de competências promotoras da alteração dos comportamentos, adotando estilos de vida mais saudáveis.

Discussão

O aumento da DC a nível mundial, é um fenómeno multifatorial, contudo relaciona-se essencialmente com os estilos de vida e os padrões de consumo da sociedade atual. Aproximadamente metade das pessoas portadoras de DC desenvolve comorbilidades associadas à dificuldade de gestão da doença.^{1,23} Facto que remete para a importância da adoção de estratégias de promoção de saúde numa abordagem promotora da gestão da doença. A HTA é uma DC com elevada prevalência nacional^{3,25}, associada à não adesão ao regime terapêutico.^{1,25,26} Os comportamentos e estilos de vida inadequados são geradores de comorbilidades que levam à perda de qualidade de vida e elevado impacto económico, social e familiar, bem como o aumento de mortes prematuras.^{27,28,30} Emergindo assim, a fulcral importância do EEEC no processo de capacitação da pessoa e família para o desenvolvimento de competências que facilitem a tomada de decisão e implementação de comportamentos de autocuidado, tal como refere Silva et al.²⁹

Na intervenção comunitária desenvolvida as principais necessidades identificadas na etapa de DS corroboram o verificado em outros estudos desenvolvidos em Portugal^{30,31,32,33}, onde se salientam, a necessidade de promover intervenções de enfermagem para a orientação, aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de competências e instrumentação no autocuidado. Assim, segundo os objetivos definidos, foi utilizada como estratégia a EpS, visando a capacitação para a gestão da doença da pessoa hipertensa e família. Conforme referido por Oliveira et al.,³⁵ no seu estudo, a EpS enquanto estratégia promotora da adesão a estilos de vida saudáveis para controlo e gestão da HTA é a estratégia com maior eficácia, no que concerne às alterações dos estilos de vida, tendo encontrado uma mudança significativa relativamente ao consumo de sal, prática de atividade física, e no controlo dos valores tensionais. O mesmo é reafirmado por Gama et al.³⁶ na revisão bibliográfica, onde se destaca a EpS como intervenção com maior eficácia para o aumento dos níveis de conhecimentos,

adesão às recomendações e estilos de vida saudáveis da pessoa hipertensa.

Assim, relativamente à amostra, a variável sexo, merece uma especial atenção, pois apesar de não se verificar diferenças significativas de prevalência entre sexos dentro da amostra, existem comportamentos de autocuidado distintos, sendo os participantes do sexo feminino mais participativos nas atividades desenvolvidas, facto que relacionamos com a diferente perceção da sua condição de saúde, maior procura dos serviços de saúde, bem como, maior cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde, conforme verificado no estudo desenvolvido por Motter et al.³⁷

Quanto ao nível de escolaridade, maioritariamente os participantes apresentam baixos níveis de escolaridade, tal como, no estudo realizado por Ribeiro³², corroborando os dados expressos no INSEF³, onde se verifica uma maior prevalência de HTA nos indivíduos com menor grau de escolaridade. Relativamente à fase de DS aferiu-se uma má vigilância dos valores de Tensão Arterial (TA), a maioria dos participantes apenas avaliava a tensão em contexto de consulta na USF ou pontualmente na farmácia quando sintomatologia associada (tonturas, cefaleias ou zumbidos), revelando os diminutos conhecimentos sobre a doença, bem como competências para a vigilância e avaliação de TA no domicílio. Estudos recentes destacam a importância da monitorização da TA na gestão da doença.^{27,30,36} Um elevado índice de sedentarismo e inatividade física, com 87% dos participantes a não praticar atividade física regular, valor superior aos valores descritos no Relatório sobre o ponto de situação global da atividade física³³, 27,5% dos adultos não cumprem os níveis de atividade física recomendados pela OMS.³⁴ Relativamente à restrição de sal na sua dieta diária, 53% refere não restringir, valor coincidente com estudos nacionais, tal como no programa prioritário para a alimentação saudável.^{39,41,25}

No que concerne à alteração dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA, a maioria dos participantes não procedeu a nenhuma alteração, facto similar os resultados de estudos recentes, onde os participantes previamente à intervenção não tinham autonomamente na sequência do

diagnóstico alterado hábitos de vida^{35,40}, o que relacionamos com o déficit de conhecimentos sobre a doença, curso e gestão da mesma. Relativamente às medidas de controlo que utiliza no quotidiano para a gestão da HTA, à data do DS a maioria dos participantes apenas cumpria a medicação prescrita pelo médico, não aderindo às medidas não farmacológicas de controlo da HTA²⁵, dados coincidentes com o estudo de Ferreira et al.¹²; Pereira³⁸; Dantas et al.⁴⁴, onde a taxa de adesão às medidas de controlo varia entre os 16,9% e os 49,8%. Quanto ao apoio do agregado familiar para a implementação das medidas para controlo da sua HTA, 70% dos participantes nega ter apoio familiar para o controlo da HTA, revelando o não envolvimento da família no processo de gestão da doença. Destacando assim, mais uma vez a necessidade de promover a adesão ao regime terapêutico, incrementando a qualidade dos cuidados prestados à pessoa e à família, e assim consequentemente os ganhos em saúde.^{32,44,46,46}

Os resultados obtidos após a intervenção revelam o sucesso na consecução dos objetivos definidos, corroborando a evidência científica consultada, que destaca a EpS como recurso fundamental na intervenção terapêutica do enfermeiro, para o aumento de conhecimentos e alteração de comportamentos.^{36,38,42,43,44,45}

A implementação do processo educacional, em contexto de consulta de enfermagem, sessões de EpS em grupo e visitas domiciliárias revelaram um elevado potencial na aquisição de conhecimentos e consequente motivação para a alteração de comportamentos.³⁰ Tendo sido possível promover o estreitamento do vínculo entre o profissional de saúde, a pessoa e família, fomentando o desenvolvimento de processos educacionais direcionados à pessoa e às especificidades de cada família, que enquanto suporte social da pessoa hipertensa, são cruciais para a implementação e manutenção de hábitos saudáveis.^{29,30,43,45}

Na USF onde decorreu a intervenção comunitária, não existe implementada uma consulta de enfermagem de HTA (CEHTA), assim foi elaborado e aplicado em consulta de enfermagem o guião de boas práticas para a CEHTA, que integra protocolos e *guidelines* mais recentes de atuação para gestão da HTA, que possibilitou orientar a intervenção de forma adaptada à pessoa e família, guiando o processo educacional em cada consulta para as necessidades sentidas evitando, ensinamentos redundantes,^{29,35,43} estimulando a adesão às recomendações para a gestão da HTA, através do aconselhamento e acompanhamento.^{22,30,42}

Consideramos assim, que as atividades desenvolvidas, a distribuição de material informativo, o treino *in loco* de autoavaliação de TA, o fornecimento de instrumentos (descodificador de rótulos) que facilitem a interpretação da quantidade de sal de cada alimento no momento da sua compra e os jogos lúdicos, permitiram estabelecer uma correlação positiva entre o processo educacional desenvolvido, a adesão às recomendações referentes aos

estilo vida e a diminuição dos fatores de risco relacionados à doença, como exemplo disso temos o aumento dos participantes que avaliam e registam os valores tensionais frequentemente, que diminuíram o consumo de sal diário e aumentaram a prática de atividade física regular. Em suma, o EEEEC através das competências específicas⁴⁸ promove o processo de capacitação da pessoa e família para a gestão da doença, aumentando o envolvimento destes no projeto de saúde, fomentando uma atitude promotora de autonomia para a tomada de decisão informada. A estratégia de EpS contribuiu para a melhoria das condições de saúde do grupo, aumento da literacia em saúde, envolvimento e identificação, fortalecimento da relação terapêutica, melhoria da qualidade dos cuidados.^{36,45,49} Os resultados obtidos permitem afirmar que o planeamento da intervenção adequada à população, a consulta de enfermagem de HTA, o aconselhamento no domicílio e as parcerias que reforçaram a transmissão de informação sobre o regime dietético, atividade física, vigilância em saúde, autocuidado e envolvimento da família, promoveram uma maior adesão ao regime terapêutico, bem como, incrementaram a alteração no padrão comportamental.

No decurso da intervenção comunitária foram identificadas algumas limitações, atrasando o seu início e desenvolvimento, dada a demora nas respostas aos diversos pedidos necessários para assegurar os procedimentos éticos. Numa fase inicial foram várias as solicitações de autorizações e pareceres que não poderiam ser solicitados em simultâneo, foi primeiramente submetido o pedido de parecer ao NIF do ACES A-S e só após a resposta com parecer positivo, foi possível submeter à CES da ARSLVT), o que condicionou o início da aplicação do instrumento de recolha de dados. Após os pareceres foram convocados os participantes que dada a faixa etária são profissionalmente ativos, o que dificultou a sua disponibilidade em comparecer na USF, levando a uma amostra de trinta participantes num universo de cento e treze. Contudo, foi possível e de extrema importância o levantamento das necessidades reais da população, tal como, o seu contributo para o desenvolvimento adequado da intervenção comunitária.

Conclusões

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, gera um aumento da DC.³⁹ A elevada prevalência de HTA a nível nacional conduz a elevados custos, a nível económico, social e individual⁴⁰, pelo que se torna urgente intervir. A HTA deve ser abordada considerando as intervenções de enfermagem que apresentam maior efetividade, através da prática baseada na evidência, considerando o curso evolutivo da doença, para a obtenção de ganhos em saúde. Por esta razão é fundamental a intervenção do EEEEC⁴⁸ que recorre na sua prática diária a parcerias quer com outros profissionais, quer com a pessoa e família, promovendo a participação ativa dos mesmos em todo o processo.

A pessoa com DC e família carecem de um acompanhamento sistemático dada a especificidade das suas necessidades^{29,42,45,46}, por meio de uma abordagem integrada, considerando as alterações que conseguem realizar, a adaptações necessárias, os recursos internos, redes de apoio e situação de vida. A intervenção comunitária desenvolvida, sustentada pela metodologia de Planejamento em Saúde e no referencial teórico de Orem¹⁵, contribuiu para a capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença de uma USF do ACeS A-S, constituindo-se como um contributo para a prática evidenciando o benefício da intervenção do EEEC no processo de capacitação da pessoa hipertensa para a gestão da DC, conduzindo a uma abordagem centrada na pessoa e família com foco na evicção de complicações, manutenção da qualidade de vida e envolvimento da família. Destaca o contributo da intervenção do EEEC na melhoria da saúde da população por via de intervenções alicerçadas na Promoção e Educação para a Saúde. Revela que as estratégias de EpS no âmbito da gestão da DC mobilizada pelos enfermeiros potenciam a tomada de decisão autónoma e informada da pessoa hipertensa no seu quotidiano com o apoio familiar adequado. Consiste também num contributo para a formação no sentido que, fomenta o desenvolvimento da competência educativa integrada nos currículos do curso de enfermagem, com a mobilização de recursos individuais na prática clínica. Considerando que para tal, a formação deverá ser iniciada no curso de licenciatura, tendo aprofundamento nos cursos de especialização, com a transmissão de pressupostos teóricos e resultados de investigação, que permitam o desenvolvimento de competências específicas de relação interpessoal e conhecimento, orientadoras de condutas e disseminação de informação pertinente para o público-alvo.

Por fim, constitui-se a mesma como contributo para a investigação, enquanto evidência científica, sobre o benefício das intervenções em contexto de consulta de enfermagem, sessões de EpS e visita domiciliária, no processo de capacitação da pessoa e família para a gestão da DC. Com o término da intervenção de enfermagem comunitária, na sua maioria os participantes do projeto aumentaram os conhecimentos relativos ao curso da doença, medidas de controlo e vigilância da HTA e estilo de vida saudável adaptado à sua condição, revelando alterações comportamentais no seu quotidiano.

Relativamente ao referencial teórico optou-se pela utilização do sistema apoio-educação, preconizado na Teoria do Défice de Autocuidado de Orem¹, que se revelou adequado e essencial para a aquisição de conhecimentos e capacitação da pessoa e família para a tomada de decisão consciente e informada a gestão da doença. Este sistema pressupõem a associação de técnicas de ajuda efetiva com a com o apoio, provisão, guia e ensino, onde os requisitos da pessoa estão relacionados com a tomada de decisão, controlo de comportamento, aquisição de conhecimentos e estratégias, através da aprendizagem de comportamentos, tornando-se o próprio um agente de autocuidado. Quanto às

necessidades de ajuda da pessoa e família, relacionaram-se com a tomada de decisão, controlo do comportamento e aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, onde se estimulou a capacitação para a gestão da doença dos intervenientes. Sendo que, Orem¹ encara o autocuidado como uma habilidade, que pode ser treinada e assim melhorar o estado de saúde da pessoa, grupo ou comunidade.

Com a execução da intervenção comunitária, foi possível promover a capacitação dos participantes, as sessões de EpS foram uma estratégia fundamental de promoção do autocuidado da pessoa e família, favorecendo a identificação dos pares, partilha de conhecimentos, vivências e a aquisição de conhecimentos. A avaliação, enquanto etapa da metodologia, indicou o sucesso da intervenção através dos indicadores de processo, atividade e resultado, permitindo identificar os ganhos efetivos em saúde. Verificou-se um aumento de conhecimentos e alteração de comportamentos de autocuidado, contudo, existe uma discrepância entre os conhecimentos e a sua operacionalização consistente no quotidiano, que pretendemos reduzir com a implementação da consulta de enfermagem de HTA, promovendo a efetividade dos momentos de ensino, de comprometimento com o processo de mudança, capacidade de autocuidado e literacia em saúde. Tal como, a visitação domiciliária, que conforme constatamos, foi uma estratégia com bastante sucesso, enquanto instrumento de assistência, assente no plano de cuidados para capacitação relativa à gestão da doença, possibilitando o processo educacional, treino in loco e de interação familiar, a família é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e tem um papel fundamental na manutenção e incentivo para a gestão da doença crónica. A promoção dos comportamentos e estilos de vida saudáveis não pode ser descontextualizada do ambiente socioeconómico e político onde a pessoa e família está inserida, destacando assim a importância da intervenção do EEEC⁴⁷, dado a proximidade com a comunidade identifica os problemas de saúde, tendo um papel primordial no apoio e acompanhamento da comunidade, através das suas intervenções específicas que levam à melhoria da prestação de cuidados, com a implementação de projetos que respondam às necessidades identificadas.

Deste modo, assegurando a continuidade do presente projeto, os resultados obtidos foram apresentados à equipa multidisciplinar da USF, o material pedagógico desenvolvido foi cedido à equipa de enfermagem, possibilitando a continuidade da sua aplicação. Durante o projeto a consulta de enfermagem, alicerçada no guião de boas práticas que compila todas as normas e políticas nacionais referentes à gestão da doença e os processos de capacitação no domicílio, revelaram uma mais-valia para os resultados obtidos, foi também cedido todo o material que permite implementação e operacionalização, permitindo para além da continuidade a melhoria com introdução de novas estratégias e intervenções, que permitam o acompanhamento, aconselhamento e ensino.

E quanto à visita domiciliária, o treino in loco da pessoa hipertensa e família, centrando a atenção na interação familiar.

Apesar da evidência que comprova a gestão da HTA através de medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas eficazes, as taxas de controlo desta doença permanecem baixas⁴¹, constituindo-se como um dos maiores desafios globais, destacando a relevância do estudo desenvolvido, visto que, o processo de educação para a saúde, as parcerias estabelecidas e o envolvimento da equipa multidisciplinar possibilitou o aumento de conhecimentos quer dos profissionais onde foi possível validar a pertinência das estratégias e atividades implementadas, quer dos participantes no que toca à literacia em saúde e desenvolvimento de competências para a gestão da doença.

Posto isto, reforçamos a necessidade de prosseguir a investigação neste âmbito, com a implementação de projetos de intervenção na comunidade, fomentando a capacitação da pessoa e família para a gestão da doença crónica, identificando as estratégias promotoras da capacitação para a gestão da doença crónica e de medidas capazes de incrementar a mesma reduzindo os custos para a pessoa, família e sociedade. Em estudos futuros julgamos pertinente, alcançar mais participantes, principalmente os menos frequentadores dos serviços de saúde.

Contribuições autorais

SF: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Redação do manuscrito.

MB: Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica do manuscrito.

ES: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum conflito de interesse a declarar pelos autores.

Referências

- World Health Organization. A Global Brief on Hypertension: silent killer a global public health crisis. Geneva: WHO; 2013. 39 p.
- Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*. 2017; 317(2):165-182. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2596292>
- Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Lisboa; INSA; 2015. 50 p.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Tradução Portuguesa das Guidelines de 2018 das ESH / ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Lisboa: SPH; 2020. 76. 10-12. 111p.
- World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (CID-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 apr 23]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
- Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 020/2011. Hipertensão arterial: definição e classificação [Internet]. Lisboa: DGS; 2011 [cited 2022 mar 03]. Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Conheça melhor a hipertensão arterial. [Internet]. Lisboa: SPH; 2022 [cited 2022 mar 2]. Available from: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89
- Amorim L, Caldas P, & Roca S. Perfil dos valores de tensão arterial em indivíduos submetidos a mapa em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 2019; (72), 11-16.
- Direção-Geral de Saúde. Norma n.º 020/2011: Hipertensão Arterial: definição e classificação [Internet]. Lisboa: DGS; 2013 [cited 2023 jan 23]. Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf
- Direção-Geral da Saúde Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Lisboa: DGS; 2019 [cited 2022 jun 04]. Available from: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>
- Disease management association of America [Internet].c2004 [cited 2022 may 20]. Available from: <https://diseasemanagementassociationofamericawpa.wordpress.com>
- Ferreira, RSS; Graça, LCC & Calvino, MSE. Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 4(8): 7-15.
- Fortin, MF. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. 2009. 595 p.
- Tavares A. Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 1990. 223 p.
- Orem D. *Nursing: concepts of practice* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001. 542 p.
- Imperatori, E, Giraldes M. *Metodologia do Planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ed.Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993. 200 p.
- Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de identidade dos cuidados de saúde Primários, regulamento interno [Internet]. Lisboa: SNS; 2022 [cited 2022 apr 05]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

19. Delgado AD & Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 2001; 2 (2), 81-100.
20. International Council of Nurses. CIPE® versão 2015 - classificação internacional para a prática de enfermagem. Loures: Lusodidacta; 2015. 278 p.
21. World Health Organization. The World Health Statistic – Monitoring health for SDGs [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 mar 10]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.
22. Ordem dos Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica: «Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care» [Internet]. Lisboa: OE; 2010 [cited 2023 nov 03]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
23. Figueiredo MH. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Loures: Lusociência; 2012. 205 p.
24. Pan American Health Organization. Improving Chronic Illness Care (ICIC) [Internet]. Regional Office of the World Health Organization; c2012. [cited 2022 Mar 2]. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PA_HO-Factsheet-Chronic-care-2012.pdf
25. Tan CS, Hassali MA, Neoh CF, & Saleem F. A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharmacy Practice* [Internet]. 2017; 15(4), 1-12. Available from: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.04.1074>.
26. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazaré J. Prevalência, sensibilização, tratamento e controlo da hipertensão e consumo de sal em Portugal: mudanças ao longo de uma década. O estudo PHYSA. *Journal of Hypertension*. 2014; 32(6): 1211-1221.
27. Barreto M da S, Reiners AAO, Marcon SS. Conhecimento sobre hipertensão e fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2022 mar 5]; 22 (3): 484-90. Available from: <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442>.
28. Fu SN, Dao MC, Wong CKH, & Cheung, BMY. The Association of Health Literacy with High-Quality Home Blood Pressure Monitoring for Hypertensive Patients in Outpatient Settings. *International Journal of Hypertension* [Internet]. 2020 [cited 2022 mar 2]; (1): 1-15. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2020/7502468/>
29. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. WHO, 2018 [cited 2022 apr 27] 224 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
30. Silva SSB de, Oliveira S de F da SB de; Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2022 nov 6]; 50(1): 50-58. Available from: <https://www.scielo.br/j/recusp/a/VKhicBcGHFYdghKYXHrGqki/?format=pdf&lang=en>
31. Santiago M, Carvalho R, Pereira C, Magalhães A, Penetra J, Baptista A, Campos A, et al. Arterial hypertension: its knowledge, compliance and quality of life impact in hypertensive patients. *Rev Port Hiper e Risco Cardiovascular* [Internet]. 2016 [cited 2022 mar 2]; (56): 3-38. Available from: https://www.sphta.org.pt/files/sphta_56_2016_1112.pdf
32. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *J Hypertens*. 2005; 23(9): 1661–6.
33. Ribeiro, DC. Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais [dissertation on the internet]. Lisboa (Portugal): Universidade do Porto; 2013 [cited 2022 mar 30] Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/111008/2/255821.pdf>
34. Direção-Geral da Saúde. Relatório sobre o ponto de situação global da atividade física 2022: sumário executivo [Internet]. Lisboa: DGS; 2022 [cited 2023 jan 04]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365405>
35. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 jan 04]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf>
36. Oliveira T, Miranda L, Fernandes P & Caldeira P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013; 26 (2) 179-184.
37. Gama EJS, Queiroz JWG de, Rodrigues AKBF. Intervenções educativas no contexto da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão sistemática. *Temas em Educ. e Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2022 jun 06]; 7(00) e021010. Available from: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14729>.
38. Motter F, Olinto M. & Paniz V. 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*. 2015; 31 (2), 395-404.
39. Pereira, AM. Adesão ao tratamento: estudo com usuários hipertensos em uma unidade básica de saúde no município de São José de Ribamar. [master's thesis] Coimbra: Instituto Politécnico; 2018. 50 p.

40. Ribeiro, DC. Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais [dissertation on the internet]. Lisboa (Portugal): Universidade do Porto; 2013 [cited 2022 mar 30] Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/111008/2/255821.pdf>
41. Godinho F, Andrade C e Silva C. Acompanhamento dos doentes hipertensos nos cuidados de saúde primários - a nossa prática. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. 2017; (60): 16-17.
42. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para a promoção da alimentação saudável [Internet]. Lisboa: DGS; 2020 [cited 2022 jun 11]. Available from: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
43. Sousa P, Pereira G. Intervenção na hipertensão arterial em doentes em cuidados de saúde primários. Psicologia, Saúde & Doenças [Internet]. 2014 [cited 2022 dec 19]; 15 (1) 245- 261. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36231157020.pdf>
44. Barbosa ME, Bertelli EV, Aggio CM, Scolari GAS, Marcon SS, & Carreira L. Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2019 [cited 2022 dec 11]; (27): 1-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45894/33102>
45. Dantas RCO & Roncalli AG. Protocolo para hipertensos assistidos na atenção básica em saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [cited 2023 jan 03]; 24 (1): 13 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SPzOTO6dJjYvgf8w7czq8MO/?lang=pt#>.
46. Costa Y, Araújo C, Almeida LB, & Viegas S M. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. O Mundo da Saúde [Internet]. 2014 [cited 2022 jun 30]; 38(4): 473-481. Available from: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/364/310>
47. Barreto SM, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014 [cited 2022 jun 30]; 23(1): 38-46 Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/97d9/f36925d251114f901752a6fcc40345bbb476.pdf>
48. <https://pdfs.semanticscholar.org/97d9/f36925d251114f901752a6fcc40345bbb476.pdf>
49. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças cérebro cardiovasculares: Lisboa. DGS; 2017 [cited 2022 apr 09]. Available from: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>
50. Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Diário da República, II Série (nº 135 de 16-07-2018), 19354-19359.
51. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. Medicine [Internet]. 2017 [cited 2022 jun 8]; 96(4): e5641. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641>